

LIBRO DE RESUMENES

2020

CONGRESO VIRTUAL

del 7 al 11 de Diciembre de 2020

XXVIII Congreso Nacional de Medicina (SAM)

- 4° Congreso Internacional Ibero-Panamericano de Medicina Interna
- XXVI Congreso de la Sociedad de Medicina Interna General (SAMIG)
- IX Congreso Internacional de Consejo de Medicina Hospitalaria
- I Jornada de European Federation Internal Medicine (EFIM) y SAMIII
- Congreso Internacional del Foro de Medicina Clínica (FMC)
- II Jornadas Internacionales de Distritos SAM

- XLV Jornadas Nacionales de Residencias de Medicina Clínica
- XII Jornadas Internacionales de Residentes de Medicina Interna
- VI Escuela de Residentes

- I Jornada Virtual SMIBA-SAM de la Sociedad Latinoamericana de Aterosclerosis SOLAT



SOCIEDAD ARGENTINA DE
MEDICINA



1	 	Indice de Autores
19	 	Comunicaciones Libres
47	 	Investigación Cualitativa
57	 	Proyectos y Programas
59	 	Casos Clínicos
135	 	Serie de Casos

2020

CONGRESO VIRTUAL

IA | INDICE DE AUTORES







ALZUGARAY , D.	PC-31-05; PC-03-16	
ABDALA, B.	PC-07-15	
ABDALA, R.	SC-07-01	
ABELENDIA, F.	PC-23-05	
ABERASTAIN, A.	SC-13-03; PC-03-13	
ABRAMSON, D.	PC-09-02	
ABRAMSON, D.	PC-31-06	
ABUABARA TURBAY , Y.	IC-31-01	
ABUABARA, Y.	CL-20-01	
ABUD, A.	PC-18-07	
ACCETA, D.	PC-31-05; PC-03-15; PC-03-16;	
	PC-16-57	
ACEVEDO, J.	PC-13-48	
ACIAR, D.	PC-13-12	
ACOSTA ALEGRE, J.	PC-18-03	
ACOSTA, C.	SC-13-04	
ACOSTA, D.	PC-16-04; PC-03-01	
ACOSTA, G.	CL-33-03	
ACTIS DANNA ZAIEG, R.	PC-14-03	
ACTIS PIAZZA, M.	PC-18-03	
ACUÑA , V.	PC-31-02	
ACUÑA COTRONEO, C.	CL-14-02	
ACUÑA, C.	CL-07-01; IC-05-01	
ACUÑA, M.	PC-18-03	
ADAMO, F.	PC-13-16; PC-16-16	
ADARO, M.	PC-11-10; PC-18-06; PC-16-62;	
	PC-24-23	
AGAZZI, M.	PC-16-50	
AGNOLETTI, C.	PC-23-04; CL-16-16; CL-05-04	
AGRA, M.	PC-13-16; PC-13-19	
AGRIELLO, M.	PC-24-03	
AGUAS ROMERO, A.	PC-13-26	
AGUERRE, B.	SC-13-03	
AGUIAR, V.	PC-26-12	
AGUILAR, A.	PC-11-15	
AGUILAR, N.	CL-09-02	
AGUILAR, N.	1; PC-16-12; PC-26-18	
AGUILERA ARIÑO, L.	CL-22-01	
AGUILERA, F.	PC-26-21	
AGUIRRE, C.	CL-19-08	
AGUIRRE, F.	PC-07-15	
AGUIRRE, M.	CL-13-09; CL-13-11; CL-17-03; CL-	
	19-05; CL-13-13	
AGUIRRE, M.	CL-19-02	
AGUIRRE, M.	CL-13-12	
AGUIRRE, M.	CL-19-03	
AGUIRRE, M.	PC-26-19	
AGUIRRE, V.	SC-11-01	
AGUZEZKO, R.	PC-25-07; PC-16-59; PC-13-45; PC-	
	26-19; PC-01-02	
AHUMADA, N.	PC-26-04	
AIELLO BATTAN, F.	PC-03-06	
AISINSCHARF, C.	PC-13-32	
ALARCÓN, Y.	PC-03-17	
ALBA, P.	CL-26-01	
ALBARRACIN, R.	PC-16-21; SC-03-01	
ALBELBIDE, J.	CL-13-13	
ALBIERO, A.	CL-26-01	
ALBIERO, E.	CL-26-01	
ALBIGER, J.	PC-13-06; PyP-31-02	
ALBIGER, L.	PC-23-01; PC-13-05; PC-13-06;	
	PC-24-01; PC-11-17; PC-03-02; PC-	
	24-12; PyP-31-02; PC-04-01	
ALCOCEER VARGAS, C.	PC-11-07; PC-24-16	
ALDERETE, H.	PC-24-13; IC-16-02	
ALEJANDRA LUNA, G.	PyP-31-01	
ALEMÁN TORRENEGRA, H.	PC-24-28	
ALEMAN, D.	PC-13-20; PC-16-56	
ALEMÁN, D.	SC-13-01	
ALESSANDRI, M.	PC-23-09	
ALESSANDRINI, G.	PC-22-06	
ALFANO, S.		PC-16-20
ALFONSIN, A.		CL-13-09
ALIAGA, A.		PC-11-14; PC-26-08
ALIPERTI, V.		CL-33-03
ALMEIDA SOUTO, M.		PC-13-31
ALONSO, C.		CL-26-01
ALONSO, L.		PC-01-06
ALONSO, R.		PC-16-52
ALTAMIRANO, A.		PC-24-05; PC-09-01; CL-09-03
ALTAMIRANO, A.		PC-13-34
ALTUNA RUIZ, J.		PC-24-03
ALUL, E.		CL-05-02
ALUL, G.		IC-22-01
ALVARADO, R.		PC-26-20
ALVAREZ , A.		PC-01-07
ÁLVAREZ , E.		PC-16-48
ALVAREZ , I.		PC-11-17
ALVAREZ BERTEA, J.		PC-13-40
ÁLVAREZ HERNÁNDEZ, L.		CL-13-02; CL-13-03; CL-13-05; CL-
		13-06; CL-16-03
ALVAREZ ROTONDO, M.		PC-16-53
ALVAREZ, A.		1; CL-19-09
ALVAREZ, B.		PC-16-06
ALVAREZ, D.		PC-01-02; PC-13-45; PC-16-59
ALVAREZ, F.		PC-24-14
ÁLVAREZ, F.		PC-16-45
ALVAREZ, M.		CL-14-01; CL-14-02; IC-05-01
ALVAREZ, N.		PC-13-43
AMADO, V.		PC-13-03
AMARILLO, C.		PC-03-06
AMARILLO, J.		PC-23-09
AMATO, A.		CL-09-01
AMAYA , S.		PC-13-47
AMAYA, J.		PC-31-02
AMAYA, M.		PC-07-07
AMBROSIO, G.		CL-29-01
AMELIA, E.		PC-13-18
AMELL MENCO, C.		PC-13-28
AMELOTTI, L.		SC-13-01
AMETLLA, Y.		IC-16-04; PC-16-14; PC-13-24
AMORÓS, E.		PC-31-04
ANADÓN, P.		CL-05-01
ANCI ÁLVAREZ, C.		PC-03-18; CL-17-05; PC-07-16
ANDRADA, L.		PC-16-28
ANDRADE, D.		CL-22-01
ANDRADE, K.		PC-13-55
ANDRADE, R.		SC-16-01
ANDREOCCI, M.		1; CL-19-09
ANGEL, A.		PC-13-36
ANNETTA, V.		PC-16-46; PC-16-31
ANTAR, N.		CL-07-07
ANTINUCCI, D.		CL-33-03
ANTUNES, L.		PC-31-04
APARICIO, L.		CL-19-03
APELLIDO , F.		PC-18-05; PC-07-12
AQUINO, L.		PC-23-08
ARAMAYO, V.		PC-14-04
ARANDA, F.		PC-01-12
ARANDA, M.		PC-11-10; PC-24-27; PC-24-18
ARANZAZU CEBALLOS, A.		CL-13-06
ARAQUE MEDINA, J.		PC-16-41
ARAYA , C.		IC-31-01; CL-20-01
ARBE, J.		PC-14-01
ARBELBIDE, J.		PC-13-42
ARBOLEDA ROJAS, M.		CL-16-03
ARCE, M.		PC-24-14
AREA CASTELLI, A.		SC-16-04
ARECO, L.		PC-22-03
ARELLANO , C.		PC-16-53
ARGAÑARAZ, G.		PC-16-28
ARGENTE, L.		SC-16-04
ARIAS MAHIQUES, J.		CL-16-06
ARIAS, C.		IC-31-01; CL-20-01

ARIAS, M.	IC-22-01	BARON, P.	PC-22-04
ARIAS, P.	CL-07-06	BARONE, L.	PC-04-01
ARIAS, S.	CL-31-07	BARONE, M.	PC-22-01
ARISTIZABAL, J.	CL-13-04	BARONI, M.	PC-16-64
ARIZA, L.	CL-09-01	BARRA, L.	PC-16-48; PC-07-05
ARIZTEGUI, C.	PC-11-17	BARRA, M.	PC-13-54; PC-11-16; PC-18-08;
ARMANO, A.	PC-13-43; CL-16-18; PC-16-61		PC-13-55
ARNEDILLO, D.	PC-31-04	BARRAGAN, P.	PC-18-02
ARONA, M.	PC-24-06	BARRALE, I.	PC-24-12
ARRASCO, S.	PC-13-07	BARRERA, M.	CL-16-11
ARRECHEA, M.	1; CL-19-09	BARRETO, M.	PC-16-62; PC-24-23
ARREGUI, L.	PC-14-01	BARRETO, S.	PC-24-15
ARRIETA, A.	PC-01-08	BARRIENTOS, D.	PC-13-07
ARRIETA, M.	SC-16-03	BARRIONUEVO, D.	PC-24-12
ARRIGO, D.	CL-16-09	BARRIOS, J.	CL-20-01
ARRUE, A.	CL-19-07	BARRIOS, P.	PC-03-08
ARTEAGA CABALLERO, A.	IC-05-03	BARROS, C.	PC-13-11
ASINER, M.	IC-16-05	BARROS, C.	CL-16-08
ASPREA, V.	CL-16-09	BARROS, M.	CL-31-07
ASSALONE, K.	PC-13-43; PC-16-61	BARROSO TROPIANO, M.	SC-13-03
ASSANELLI, J.	IC-16-05	BARROSSO, J.	PC-16-63; PC-31-05; PC-03-15;
ASSON, C.	PC-13-45		PC-03-16
ASTIGUETA, M.	CL-05-03; CL-16-17	BASABE, M.	IC-22-01
ASTUDILLO, M.	PC-13-21	BASBUS, L.	CL-16-08
ATAMAÑUK, A.	CL-29-01	BASIL, L.	PC-14-01
AUFIERO, J.	PC-23-01	BASQUIERA, A.	CL-13-13
AUTERI, M.	CL-19-03	BASSI, G.	PC-26-04
AVEIGA CEDEÑO, L.	PC-18-02	BASTIDA, N.	PC-16-62; PC-24-23
AVELLA, F.	PC-01-08	BATAREV, V.	CL-13-14
AVENA, S.	PC-24-25	BATISTA RUJANO, N.	IC-31-01; CL-20-01
AVENDAÑO ALARCON, V.	IC-05-03	BAUER, R.	PC-18-08
AVILA, G.	CL-16-18; PC-16-61	BAZAN, L.	PC-11-05
AVILA, J.	PC-16-28	BEATRIZ, I.	PyP-09-02; CL-09-04
AVILA, T.	CL-07-07	BEDUINO, F.	PC-16-64
AVILÁN, E.	IC-16-08	BEGHETTI, M.	PC-03-11; PC-13-40; SC-13-03;
AYALA FERNANDEZ, J.	PC-02-01		PC-24-20; PC-03-13; PC-26-13;
AYALA, M.	CL-31-03; SC-24-01; CL-09-03	BEHERAN, C.	PC-13-48
AYMAR, M.	IC-16-03; PC-16-11; PC-13-13	BELEN, M.	PC-23-04
AZAR, A.	PC-22-02	BELFER, M.	PC-16-34
AZZATO, F.	CL-29-01; CL-29-02	BELIGOY, J.	SC-16-04
			PC-02-04; PC-07-08; PC-18-04;
			PC-24-29
			SC-16-04
			CL-06-04
			PC-13-36
			PC-16-01
			PC-11-17
			PyP-09-02; CL-09-04
			CL-19-05; CL-13-13
			PC-13-46
			PC-26-03
			PC-07-06; PC-26-11
			CL-12-01
			CL-31-04; CL-09-04; PC-26-14
			PC-16-17
			PC-16-05
			PC-24-19; CL-05-03
			PC-11-03; PC-26-16
			PC-23-01
			CL-31-01; CL-14-01; CL-07-02; IC-
			05-01; PC-11-01; CL-14-02
			PC-16-30; PC-03-10
			CL-31-01; CL-14-01; CL-14-02;
			CL-07-01; IC-05-01; PC-11-01;
			CL-07-02
			IC-31-02; CL-17-06
			PC-13-09
			PC-23-04; PC-22-04
			CL-09-01
			PC-07-10; PC-24-24
			PC-03-01; PC-13-04
			PC-16-64
			PC-31-10
			PC-01-11
BADIAS, M.	SC-16-04	BELLETTI, A.	
BADINO, J.	PC-02-05; PC-02-02	BELLI, L.	
BAECK, I.	PC-13-32	BELLIDO PANASIUK, B.	
BAENA, D.	PC-14-04	BELLINI, M.	
BÁEZ, G.	PyP-15-01; PyP-09-01; IC-27-01	BELLO, I.	
BAEZ, M.	PC-25-06	BELLOMO, M.	
BAEZ, S.	PC-13-41; PC-24-24	BELZITI, C.	
BAEZA, N.	PC-03-09	BENAVENTE, A.	
BAGG, V.	PC-22-03	BENAVIDES, A.	
BALA, M.	IC-24-01	BENAVIDES, A.	
BALA, M.	CL-24-02	BENCHIMOL, J.	
BALANZAT, A.	CL-09-06	BENDELMAN, G.	
BALDERRAMA, J.	PC-16-69	BENEDETTO, E.	
BALDESSARI, E.	PC-16-06; PC-13-08; PC-13-09	BENEGAS, M.	
BALDOMÁ, F.	PC-31-11; PC-16-24	BENGOLEA, A.	
BALESTRASSE, D.	PC-03-05; PC-16-56	BENÍTEZ CRUZ, A.	
BALETTTO, A.	PC-07-02	BENITEZ, E.	
BALLESTAS TEJADA, F.	PC-13-03	BENÍTEZ, E.	
BANDEO, L.	IC-24-01; CL-24-02	BENITEZ, G.	
BANDZIUS, G.	PC-13-43; CL-16-18	BENITEZ, M.	
BARABINO, M.	PC-07-13		
BARACAT, N.	PC-24-06		
BARADA, C.	PC-03-18; PC-07-16		
BARBEREAU, S.	PC-03-02		
BARCA, S.	PC-16-35; PC-24-24		
BARCELO, G.	1; CL-19-09		
BARCOS, J.	CL-16-12		
BARETTO, M.	CL-16-06		
BARLA, J.	CL-12-01		
BARLETTA, J.	PC-16-13		
BAROCHINER, J.	CL-02-01		

BERTOLINI, M.	PC-16-13	BRUETMAN, J.	SC-13-02
BERTORELLO, L.	PC-07-09	BRUGNOLO, M.	PC-13-28
BERTORELLO, M.	PC-13-25	BRULC, E.	CL-13-13
BESADA, C.	SC-31-02	BRUNMAN, E.	CL-31-05
BESIMSKY, M.	PC-23-09	BRUNO, A.	CL-16-12
BESTEIRO, G.	PC-16-03; PC-03-01	BRUNO, A.	PC-16-01
BETANCOURT TORRES, I.	IC-31-01; CL-20-01	BRUNO, R.	PC-01-12
BEVILACQUA, E.	PC-01-05	BRUNO, T.	PC-24-12
BIAGGIONI, M.	IC-16-03; PC-16-11; PC-24-04	BRUSSAIN, M.	PC-11-17; PC-04-01
BIANCHI, M.	PC-26-10	BRUTTI, J.	PC-13-10
BIANCHI, V.	PC-16-01	BRUZZI, M.	PC-16-31
BIANCO, V.	PC-22-02	BUCCELLA, J.	PC-11-14; PC-01-11
BISSO, A.	CL-20-01	BUCHACA FAXAS, E.	CL-20-01
BLANC, M.	CL-26-02	BUDDE, D.	CL-13-53
BLANCO ASPIAZU, M.	CL-20-01	BUFFONE, I.	CL-19-07
BLANCO MARCHETTI, M.	PC-23-01; PC-13-05; PC-13-06; PC-24-01; PC-11-17; PC-03-02; PC- 24-12; PyP-31-02	BURMAN, M.	CL-16-19; PC-16-33; IC-16-07
	PC-16-09; PC-24-04	BURRELO, M.	CL-31-09
BLANCO, J.	PC-13-52	BUSAMIA, B.	CL-26-01
BLANCO, M.	PC-07-15	BUSANICHE, I.	PC-22-05
BLAZEVICH, N.	PyP-09-02	BUSSER, S.	PC-04-01
BOBILLO, M.	PC-16-14	BUSO VANRELL, A.	PC-01-01
BOBROWSKI, F.	PC-16-34	BUSTAMANTE, C.	CL-05-02
BOCCADORO, A.	SC-03-01	BUSTILLO VALERIANO, P.	IC-31-01
BODEGA, F.	PC-13-09	BUTRON, M.	PC-16-06
BODENSIEK, L.	CL-24-01; CL-16-04; CL-01-02; CL-16-07	BUTTARO, M.	CL-12-01
BOGARIN, D.	CL-06-03; PyP-15-01; PyP-09-01; CL-12-01	BUTTAZZONI, N.	PC-24-15
BOIETTI, B.	IC-13-02		
BOIETTI, B.	1; CL-19-09		
BOITIER, G.	PC-13-33; PC-26-03	CABALLERO, G.	PC-16-29
BOJANOVICH, J.	PC-22-02	CABALLERO RINALDY, Y.	PC-16-41
BONABITTA, G.	IC-24-01; CL-24-02	CABALLERO, M.	PC-31-05
BONARDO, P.	PC-16-63; PC-03-16	CABO, V.	PC-31-10
BONASSIN, R.	PC-16-03; PC-13-10	CABRAL, D.	PC-16-18; PC-24-07; PC-26-07
BONAVITA, G.	CL-31-04; CL-09-04	CABRERA ROMAN, O.	IC-31-03; IC-16-01; IC-16-02; IC- 07-01
BONELLA, M.	PC-11-13; PC-23-08		PC-07-13
BONETTI, P.	PC-14-04	CABRERA, S.	CL-20-01
BONICATTO, A.	PC-16-64	CABRERA-RAYO, A.	PC-11-06; PC-18-05; PC-16-26;
BONIFACIO, C.	PC-23-02	CACERES RINCON, H.	PC-07-12; PC-24-18; PC-11-13; PC- 24-21; PC-23-08
BONILLA, A.	PC-24-16; PC-11-07		PC-13-08
BORELLO, N.	PC-13-51	CACERES, A.	PC-03-06
BORGHERINI, A.	PC-16-07; PC-16-08	CACERES, M.	PC-13-38
BORGABELLO, D.	CL-31-09	CAFFE, J.	CL-31-04
BORIS, C.	PC-16-40	CAFFERATA, C.	CL-16-13
BORODOWSKI, H.	PC-13-13; PC-24-04	CAGNONI, A.	PC-23-06
BORRA, L.	PC-22-02	CAHAIS, M.	PC-16-41
BORRI, R.	PC-24-19; PC-16-50; PC-16-58	CAICEDO, A.	PC-26-02
BORT, P.	PC-16-66	CAILLAVA, I.	CL-09-05
BOSCH, C.	PC-11-03	CALABRO, P.	PC-26-10
BOSIO, M.	PC-24-06	CALCABRINI, R.	PC-01-01; PC-31-08
BOSQUE, G.	PC-13-06; PC-04-01	CALDAS, M.	PC-03-04
BOTTINI, A.	CL-17-02	CALLELLO, P.	CL-16-02
BOTTO, A.	CL-05-01	CALLE ESTRADA, M.	PC-24-01
BOXLER, F.	PC-11-10; PC-18-05; PC-11-13	CALLO, V.	PC-16-63
BRACCINI, S.	PC-13-04; PC-16-04	CALVO, J.	PC-16-56; PC-25-02; PC-03-05;
BRAGAÑA, C.	CL-33-03	CALVO, M.	PC-07-03; PC-13-20; PC-16-47;
BRAGUINSKY, N.	IC-31-01		PC-07-04; SC-13-01; PC-13-21; CL- 13-14; PC-01-05
BRAVO, C.	PC-03-17	CAMACHO BORDA, Z.	PC-16-35
BRECCIA, C.	PC-13-32	CAMACHO BORDA, Z.	PC-13-41
BRESCACIN, C.	CL-14-02; CL-07-01; IC-05-01	CAMERA, L.	IC-31-01; CL-20-01
BRINGAS, M.	PC-11-14; PC-11-16; PC-13-55	CAMINITI, N.	PC-23-06; PC-23-07; PC-07-10
BRITO, D.	PC-24-03	CAMPESTRI, G.	PC-16-55
BRITOS FODOR, R.	PC-25-06	CAMPILLO, P.	PC-24-03
BRITTO NAVARRO, J.	PC-16-46; PC-16-31; SC-31-01; SC-31-02	CAMPISI, M.	CL-13-15
BROSIO, D.	CL-19-05	CAMPOS MARTINEZ, A.	CL-07-07; PC-07-14
	CL-17-02	CAMPS, F.	PC-25-08
BROUET, E.	PC-03-04; PC-13-23; PC-18-01; PC-06-01; PC-13-29; PC-11-03;	CANCELA, M.	PC-13-06
BRUCHANSKI, L.	PC-31-03; PC-16-66; PC-16-42; PC- 26-16; PC-25-06	CANDIOTI BUSANICHE, M.	CL-05-01
BRUETMAN, J.		CANEPA, M.	PC-14-02
		CANI, L.	CL-31-02

CANIGLIA, I.	PC-24-19		PC-22-06; PC-07-09; CL-16-16; CL-05-03; CL-16-17; CL-05-04
CANTEROS, G.	SC-31-01		PC-26-07
CANTONI, P.	PC-24-28		PC-31-04
CAO, G.	CL-29-01; CL-29-02		PC-13-34
CAPITANI, R.	PC-03-13		CL-05-02; PC-24-16; PC-11-07
CAPPARELLI, F.	PC-16-54; PC-25-05		PC-16-26; PC-18-06; PC-11-13; PC-24-21; PC-23-08; PC-11-10
CAPUSELLI CONLON, M.	PC-26-22		PC-16-66
CARABELLI, G.	CL-12-01		PC-16-25; PC-16-32; PC-23-04; PC-16-37; PC-23-05; PC-16-43; PC-22-04; PC-24-19; PC-16-44; PC-13-37; PC-22-05; PC-09-03; PC-16-50; PC-13-38; PC-16-58; PC-03-12; PC-22-06; PC-07-09; CL-16-16; CL-05-03; CL-16-17; CL-05-04
CARBALLO ZÁRATE, V.	IC-31-01		PC-04-01
CARBALLO ZARATE, V.	CL-20-01		CL-20-01
CARDENAS CEJUDO, A.	IC-31-01		PC-13-19
CARDENAS ROA, E.	PC-16-69		CL-26-02; CL-16-15
CARDENAS ZARATE, Y.	PC-18-07		PC-01-12; PC-16-20
CARDONA QUICENO, R.	CL-13-02; CL-13-03		IC-16-05
CARDOZO GUTIERREZ, J.	CL-01-01		CL-31-05
CARDOZO, L.	PC-26-11		PC-01-06
CARDOZO, L.	PC-16-51		CL-03-01
CARDUS, G.	IC-16-06		PC-24-03
CARENA, A.	PC-31-11		PC-31-10
CARENA, J.	CL-17-05		PC-23-07; PC-07-10
CARLETTI, D.	CL-19-08		PC-16-47
CARLINI, S.	PC-26-10		PC-16-22; PC-13-55
CARLOS MEDINACELI, N.	PC-16-68		CL-19-10
CARLOS, J.	PC-25-03; PC-13-22; PC-25-04		CL-31-04
CARLSON, D.	PC-13-34		PC-16-43
CARNEVALE YONZO, M.	CL-09-03		IC-22-02
CARO, P.	CL-06-05; PyP-31-01		PC-02-01
CARÓN, N.	CL-31-10		PC-13-29
CARRANZA, C.	PC-31-08; PC-16-27		IC-28-01
CARRANZA, N.	PC-11-09; PC-01-08		PC-13-30
CARRASCO DUEÑAS, S.	CL-20-01		PC-11-15
CARRASCO RAMOS, D.	PC-16-69		PC-13-52
CARRASCO, S.	IC-31-01		PC-24-22
CARRERA, L.	CL-05-01		PC-18-06; PC-16-62; PC-24-23
CARRERAS CAFORA, P.	IC-16-06		CL-26-02; CL-16-15
CARRERAS, M.	CL-16-06		PC-31-04
CARRETERO, M.	CL-13-11; CL-31-06		IC-05-03
CARRILLO, M.	PC-16-06		CL-01-01; PC-14-02
CARRIZO, E.	PC-07-13		PC-16-21
CARRIZO, J.	PC-13-54; PC-16-22; PC-24-25; PC-11-16; PC-18-08; PC-13-55; PC-01-11		PC-07-02
	PC-16-68		PC-01-10
CARRIZO, J.	PC-26-08		PC-16-54
CARRIZO, Y.	PC-16-48		PC-31-07
CARROZZA, M.	PC-26-06		CL-05-03; CL-16-17
CARVAJAL, M.	CL-13-07		PC-13-12
CARVALHO, M.	PC-01-12		PC-01-05
CASALI, V.	CL-16-05		PC-16-36
CASALINS, M.	PC-23-06		PC-16-25
CASARES DIAZ, S.	PC-13-18		PC-18-02
CASARIEGO VALES, E.	CL-20-01		PC-22-01
CASARIEGO, I.	PC-16-09; PC-24-04; PC-13-13		CL-33-03
CASAROTTO, M.	CL-19-10; CL-31-10; CL-20-04		PC-24-24; PC-07-10
CASAS, M.	IC-05-03		PC-31-03
CASI, L.	PC-07-04		PC-09-03
CASIN FIJTMAN, G.	CL-17-04		SC-16-01
CASOLA, P.	PC-16-18; PC-24-07; PC-26-07; PC-26-15		PC-07-15
	PC-02-05; PC-02-02		CL-16-12
CASTAGNA, R.	CL-20-01		IC-16-05
CASTAÑEDA CERESO, S.	CL-13-03; CL-16-02		CL-20-01
CASTAÑEDA-PALACIO, S.	CL-01-01		PC-16-02
CASTEL ROCHA, M.	PC-24-20		CL-31-10
CASTELLINO, M.	PC-13-47		CL-31-10
CASTILLO ALAYO, A.	PC-13-47		PC-01-05
CASTRO, F.	PC-16-23		PC-26-22
CASTRO, G.	PC-13-47		CL-01-02; CL-16-07; CL-24-01
CASTRO, M.	PC-13-10		CL-05-06
CASTRO, S.	PC-22-06		PC-13-25; PC-11-02
CATALANO, H.	PC-16-25; PC-16-32; PC-23-04; PC-16-37; PC-23-05; PC-16-43; PC-22-04; PC-24-19; PC-16-44; PC-13-37; PC-22-05; PC-09-03; PC-16-50; PC-13-38; PC-16-58; PC-03-12;		
		CATTAY, L.	
		CAUTURES, E.	
		CAVALLO, F.	
		CAVALLO, R.	
		CAVIA, S.	
		CEBALLOS, M.	
		CEIRANO, A.	
		CEJAS, M.	
		CELAURO, H.	
		CELEBRIN, L.	
		CEPEDA, P.	
		CERA, D.	
		CERDA, M.	
		CERDA, T.	
		CEREZO, F.	
		CERON, S.	
		CERRI, G.	
		CERRUTTI, L.	
		CESPEDES HARNES, O.	
		CHABAGNO, A.	
		CHACÓN CORENA, H.	
		CHACON, R.	
		CHALUP, A.	
		CHAMORRO, F.	
		CHAVEZ CHOQUE, O.	
		CHAVEZ, E.	
		CHEMES, L.	
		CHERRO, A.	
		CHERSICLA, M.	
		CHIARADIA, V.	
		CHIARADIA, V.	
		CHIARELLO, N.	
		CHIESA, C.	
		CHILIO, G.	
		CHIOCCA, O.	
		CHIRINOS, L.	
		CHOQUE OLIVA, A.	
		CHOQUECALLATA CALLE, B.	
		CHUANG, M.	
		CIAMPI, A.	
		CIANCHETTA, E.	
		CICARONE, B.	
		CID, C.	
		CIFUENTES, M.	
		CINTORA, F.	
		CIPOLLA, C.	
		CIRELLI, D.	
		CISNERO, D.	
		CISNEROS, N.	
		CLARA, L.	
		CLAROS VERA, J.	
		CLEMBOSKY, C.	
		CLEMENTE, M.	
		CLUA, D.	
		CÓ, A.	
		COBOS, M.	
		COCCONI, A.	
		CODINA, H.	
		CODINO, J.	
		COHEN, P.	
		COLABERARDINO, M.	
		COLLAZOS, J.	
		COLMAN TORRES, A.	
		COLOMA ORÉ, R.	
		COLOMBO, M.	

COLOMBO BERRA, C.	PC-31-11; PC-16-24	DAPRATO, M.	PC-13-12
COLOMBO, V.	CL-31-04	DASQUE, C.	CL-16-05
COLOMBO, V.	CL-09-04	DÁVALOS, C.	PC-26-03; PC-16-38; PC-26-11;
COLQUE, M.	PC-24-12		PC-13-33
COLQUE, N.	CL-01-01	DAVID GAMERO, Y.	IC-27-02
COLUSSI, G.	IC-31-02	DAVILA LOW, G.	PC-31-08; PC-16-27
COMESAÑA, M.	IC-28-01	DAVILA, R.	PC-31-05; PC-03-15; PC-03-16;
CONDE SERRA, B.	PC-22-06		PC-16-57
CONDORI MENDEZ, M.	PC-18-07	DAWIDOWSKI, A.	CL-33-03
CONDORI, D.	PC-14-04	DAZA BOLAÑO, N.	CL-13-08
CONSIGLIO, F.	PC-13-34	DAZAT, I.	PC-26-13
CONTARBIO, M.	PC-16-22	DE CAMPO, C.	PC-25-07; PC-16-59; PC-13-45
CONTEZINI, J.	PC-26-03; PC-16-38; PC-13-33	DE LA DEDICACIÓN, A.	PC-16-05; PC-26-21
CONTI, P.	CL-02-01	DE LA ROSA, S.	IC-16-08
CONTRERAS AEDO, C.	CL-16-11	DE LA SERNA, M.	PC-03-14; IC-31-01
CONTRERAS MONCHEZ, J.	CL-20-01	DE LA VEGA VEDOYA, I.	PC-13-03
CONTRERAS, N.	CL-16-10	DE LA VIÑA, D.	PC-13-44; PC-26-05; PC-13-47
COO, L.	PC-11-14; PC-16-68; PC-26-08	DE PEROY, M.	PC-24-03
COPANI, J.	CL-09-04	DE ROSA, J.	PC-01-05
COPANI, M.	CL-31-04	DEBUCHY, C.	PC-07-07
COPPONI, S.	PC-26-15	DEFAGÓ, M.	PC-11-01
COR, K.	CL-31-07	DEJEANNE, J.	PC-02-04; PC-07-08; PC-18-04;
CORDOBA, A.	IC-27-02		PC-24-29
CORIGLIANO, M.	PC-24-25; PC-01-11	DEL CASTILLO, M.	PC-24-01
CORLETO, M.	PC-13-31	DEL CERRO, E.	IC-28-01
CORNAVACA, M.	PC-23-02; PC-16-52	DEL GRECCO, C.	CL-31-03; SC-24-01; CL-09-03
CORONADO MAGALHÃES, G.	CL-03-01	DEL PRADO, E.	PC-07-12; PC-18-05
CORONADO ORGAS, L.	PC-13-43	DEL VALLE, J.	IC-16-03; PC-24-04
CORONEL, M.	PC-07-01	DEL VALLE, S.	CL-16-13
CORONEL, C.	PC-11-09	DELGADILLO, J.	PC-14-02
CORONELL, M.	PC-13-26	DELGADO, C.	CL-31-07
CORREA, F.	CL-16-10	DELGADO, D.	PC-03-11; PC-13-40; PC-01-06; PC-
CORREA, M.	CL-13-05		24-20; PC-03-13; PC-13-48
CORTES CORREA, J.	PC-01-01	DELGADO, M.	CL-26-02
COSACOW, C.	PC-03-06	DELGADO, M.	1; CL-19-09
COURTADE, P.	PC-11-09; PC-01-08	DELLA GASPERA, A.	PC-13-30
COUSILLAS, C.	IC-05-03	DELLELCE, C.	PC-03-17
COUSILLAS, E.	PC-13-37	DELORME, R.	PC-16-54; PC-25-05
COZZI, M.	PC-04-01	DEL TIN, E.	PC-01-09
CRAVERO, G.	CL-09-02	DEMARCHI, A.	PC-23-09
CREMA, J.	PC-07-15	DESA, J.	PC-16-24
CRERAR, M.	PC-16-17; PC-13-19	DESCOTTE, E.	PC-03-04
CRESPO, C.	PC-01-06	DEVOUASSOUX, J.	PC-11-15
CRESPO, J.	PC-04-01	DI LELLA, N.	PC-31-01
CREUSO, Y.	CL-33-01	DI ROCCO, L.	PC-11-14; PC-16-68; PC-13-55
CRINITI, J.	CL-05-04	DI SAN DOMENICO, L.	PyP-09-02; CL-09-04
CRIOLLO, R.	PC-16-69	DI STILIO, G.	PC-16-44
CRISTALDO PESCEZZI, A.	PC-13-40	DÍA VEGA, G.	PC-06-02; IC-05-02
CRISTALDO, C.	CL-20-01	DÍAZ, N.	CL-09-01
CRIVELLI, A.	PC-22-02	DÍAZ MIRANDA, E.	PC-16-27
CRIVELLI, E.	PC-22-02	DIAZ SALAZAR, L.	CL-20-01
CROTTI, C.	PC-24-28	DIAZ SILVERIO, S.	CL-20-01
CUARTAS AGUDELO, Y.	CL-13-03; CL-16-02	DIAZ, A.	PC-13-12
CUATZ, D.	PC-16-13	DIAZ, J.	CL-17-04
CUBAS TOLEDO, E.	PC-13-15	DIAZ, M.	CL-33-03
CUENCA DAZA, A.	PC-31-05; PC-16-57	DÍAZ, M.	CL-06-01; CL-31-06
CUENCA, S.	PC-23-01	DÍAZ, M.	PC-11-12
CUESTAS, A.	PC-16-48; PC-07-05	DIAZ, P.	PC-24-15
CUEVAS, G.	CL-05-01	DÍAZ, V.	PC-11-12
CUFFARO, P.	PyP-15-01	DICUGNO, M.	CL-07-07
CUITIÑO, M.	PC-16-47; PC-16-56	DIFILIPPO, H.	PC-16-69; PC-14-04; IC-27-02
CUNHA FERRE, M.	PyP-09-02; CL-31-04; CL-09-04	DISANTO, O.	SC-07-02
CURRIÁ, M.	CL-07-07; PC-07-14	DISCACCIATI, V.	IC-27-01
CURSO LLANOS, N.	PC-13-14	DISTILO, V.	PC-03-16
		DIZ, F.	PC-16-56; PC-16-47; PC-07-03
		DO PICO, J.	IC-28-01
		DOBARRO, M.	PC-13-26; PC-13-28
		DOMANICO, M.	PC-31-07
		DOMINGUEZ MONCLÁ, T.	PC-13-24; PC-16-40
		DOMINGUEZ, A.	PC-24-16; PC-11-07
		DOMINGUEZ, M.	IC-22-01
		DONATI, P.	PC-13-12
		DONNARI, M.	PC-09-02; PC-31-06
		DONOFRIO, Y.	PC-23-06
D'AMICO, P.	PC-26-22		
D'IPPOLITO, R.	PC-01-12		
DABAS, D.	PC-16-17		
DALDOSS, F.	PC-03-06		
D'AMICO, P.	PC-13-23		
DANIELSEN, M.	PC-16-28		

D

DONOSO, P. CL-16-11
 DÖPPLER, J. CL-19-06
 DORIA ROMERO, E. CL-16-03
 DOS SANTOS, R. IC-16-04; IC-16-04; PC-25-04
 DOVASIO, M. CL-13-10
 DRAGONETTI, L. CL-19-03
 DUARTE, A. PC-16-10
 DULCICH, S. PC-13-51
 DUPUY DE LOME, I. PC-16-22
 DUPUY MERLO, M. PC-16-24
 DUQUE, H. PC-13-26
 DUQUE, L. CL-13-07
 DURÁN, C. PC-31-07
 DURAN, M. PC-07-13
 DURAN, M. IC-31-01; CL-20-01
 DURAND, B. PC-07-06; PC-07-06
 DURAND, S. PC-16-02
 D'URBANO, E. PC-31-07
 DURÉ, F. PC-13-16
 DUTTO, A. PC-25-08

E

EARSMAN, G. PC-26-16
 ECHAIDE, F. CL-16-06
 ECHAVE, A. PC-13-26
 ECHENIQUE, N. PC-16-69
 ECHEVERRIA, M. PC-03-07
 ELASKAR, M. CL-17-05
 ELIAS, N. CL-07-07
 ELISABE, D. IC-28-01
 ELIZALDE, J. PC-16-33; CL-16-18; CL-16-19;
 IC-16-07
 ELIZALDE, L. PC-24-10
 ELIZECHE, C. IC-31-03; IC-16-01; IC-07-01; IC-
 16-02
 ELIZONDO, C. CL-16-09; PyP-09-02; CL-31-04;
 CL-09-05
 EMERY, N. PC-06-01
 EMERY, N. PC-13-23
 EMPARANZA, M. PC-13-04
 ENRIQUE, C. PC-13-05
 ERAZO ZAMBRANO, J. PC-18-03
 ERBEN, A. PC-23-09
 ERDOCIA, A. PC-11-15
 ERDOCIA, A. PC-13-52
 ERRÁZURIZ GASTELLU, P. CL-31-05
 ERTEL, A. PC-26-21
 ESCADA, S. CL-13-09
 ESCALERA, S. PC-18-02
 ESCATTO, G. CL-07-05
 ESCOBAR LIQUITAY, C. PyP-15-01; PyP-09-01
 ESCOBAR RESTREPO, C. PC-24-25; PC-01-11
 ESCOBAR, M. PC-16-59
 ESTEBAN, J. CL-06-01; CL-19-04
 ETCHEVERRY, P. PC-11-09
 EULER, F. SC-03-01
 EXPOSITO, C. PC-13-25; PC-11-02
 I

F

FABRA, M. C-22-01
 FACCHIN, M. PC-14-03
 FACCIOLI, G. SC-31-02
 FAELO, F. PC-13-39
 FAILO, A. PC-22-05
 FALABELLA, M. PC-11-06
 FALAK, A. PC-16-13
 FALCÓN, A. CL-31-08
 FALCÓN, M. PC-01-02; PC-16-59; PC-13-45
 FANTACONE, N. PC-16-17

FANTL, D. CL-13-13
 FARRONI, K. PC-26-09
 FATO, C. PC-16-22
 FAVA, V. PC-24-10
 FAVIER, P. PC-13-24
 FEDERICO, D. CL-16-18; PC-16-61; CL-16-19
 FEDERIK, M. PC-24-19
 FEDULLO, M. PC-16-01
 FERLONI, A. CL-33-03
 FERMIN, N. PC-13-10
 FERNANDEZ ESCOBAR, J. CL-31-03; CL-05-01; SC-24-01;
 CL-09-03
 FERNÁNDEZ LIGUORI, N. PC-16-17
 FERNANDEZ LOPERA, J. CL-13-05
 FERNÁNDEZ OPORTO, J. PC-16-63; PC-03-15
 FERNANDEZ PARDAL, M. IC-24-01
 FERNÁNDEZ VILLA, K. CL-13-06
 FERNANDEZ, A. PC-13-43; CL-16-18
 FERNANDEZ, G. PC-22-02
 FERNÁNDEZ, J. CL-31-07
 FERNANDEZ, M. PC-13-10
 FERNANDEZ, M. 1; PC-16-12
 FERNANDEZ, M. CL-13-13
 FERNANDEZ, M. CL-31-10
 FERNÁNDEZ, M. PC-13-19; PC-16-17
 FERNANDEZ, N. PC-16-13; PC-03-08
 FERNANDEZ, P. PC-24-03
 FERRARI, N. PC-22-02
 FERRARI, P. PC-22-01
 FERRARI, R. PC-13-15
 FERRARIO, J. IC-22-01
 FERRARIS, J. CL-16-12; PC-26-22
 FERRARO, H. IC-28-01
 FERREÑO, D. PC-07-07
 FERRER, A. PC-13-34
 FERRER, J. PC-31-11; PC-16-24
 FERRI, E. CL-33-02; CL-31-09; CL-20-04
 FERRONI RIVETTI, A. PC-16-36
 FIGAR, S. CL-33-03; CL-33-04
 FIGUERAS, L. PC-13-54
 FIGUEREDO, H. PC-26-15
 FIGUEROA OJEDA, G. PC-02-02
 FIGUEROA, C. CL-13-08
 FILI HIDALGO, S. IC-13-02
 FILIPPONI, L. PC-16-62; PC-24-23
 FINN, B. PC-18-01; PC-16-66; PC-25-06
 FINUCCI CURI, B. PC-13-53
 FIORENZA BIANCUCCI, G. CL-09-01; CL-09-02
 FIORI, M. PC-16-56; PC-25-02; PC-03-05;
 PC-07-03; PC-13-20; PC-16-47;
 PC-07-04; SC-13-01; PC-13-21; CL-
 13-14; PC-01-05

FLECHA, J. IC-22-01
 FLEITAS, R. PC-16-67; PC-03-03; IC-31-03; IC-
 16-01; IC-07-01; IC-16-02
 FLORES MARTÍNEZ, Y. PC-16-17
 FLORES, L. PC-13-27
 FLORES, L. PC-13-21
 FLORES, M. PC-03-17
 FLOREZ FIGUEROA, J. IC-27-02
 FOGIEL, C. PC-16-01
 FONSECA, M. CL-22-03
 FONTALVO ESPITIA, D. PC-31-08
 FONTANAROSA, M. PC-01-07
 FORMENTI, E. CL-09-01
 FORMICA MAZRAANI, N. PC-03-15; PC-16-57
 FORNER, S. PC-16-48
 FORTE, A. CL-19-05
 FRADYIII, G. IC-07-02
 FRANCO, E. 1; PC-16-12; PC-26-18
 FRANCO, J. PyP-15-01; PyP-09-01; IC-27-01
 FRANZOY, J. PC-16-42
 FRID, S. CL-17-01; CL-17-02
 FUCHS, L. CL-07-06

FLECHA, J. IC-22-01
 FLEITAS, R. PC-16-67; PC-03-03; IC-31-03; IC-
 16-01; IC-07-01; IC-16-02
 FLORES MARTÍNEZ, Y. PC-16-17
 FLORES, L. PC-13-27
 FLORES, L. PC-13-21
 FLORES, M. PC-03-17
 FLOREZ FIGUEROA, J. IC-27-02
 FOGIEL, C. PC-16-01
 FONSECA, M. CL-22-03
 FONTALVO ESPITIA, D. PC-31-08
 FONTANAROSA, M. PC-01-07
 FORMENTI, E. CL-09-01
 FORMICA MAZRAANI, N. PC-03-15; PC-16-57
 FORNER, S. PC-16-48
 FORTE, A. CL-19-05
 FRADYIII, G. IC-07-02
 FRANCO, E. 1; PC-16-12; PC-26-18
 FRANCO, J. PyP-15-01; PyP-09-01; IC-27-01
 FRANZOY, J. PC-16-42
 FRID, S. CL-17-01; CL-17-02
 FUCHS, L. CL-07-06

FUENTES RIVERA, E.	IC-27-02	GIACARDI, R.	CL-31-03; SC-24-01; PC-24-05
FUENTES, J.	CL-16-10	GIACARDI, R.	CL-09-03
G		GIACOBONI, M.	PC-01-12
GABILONDO PEÑAS, .	PC-11-05	GIARDULLO, C.	PC-01-01
GADANO, A.	CL-33-03	GIARGEI PINTOS, M.	PC-16-21
GAHETE POLETTI, E.	IC-31-03; IC-16-02; IC-07-01; IC-16-01	GIBER, F.	CL-31-04; CL-09-04
GAITAN, L.	PC-16-02; PC-16-05	GIECCO, M.	PC-13-21; PC-16-47; PC-03-05
GALARZA NUÑEZ, J.	CL-20-01	GIGENA, E.	PC-14-03
GALASSO, S.	PC-23-06	GIGENA, J.	PC-31-01
GALLARDO, G.	CL-19-07	GIGLER, M.	PC-09-03; PC-16-50
GALLARDO, Y.	PC-16-69	GIL, D.	PC-03-13
GALLI, S.	PC-16-34	GIL, L.	PC-13-47
GALLO, C.	PyP-09-02; CL-31-04; CL-09-04	GILSZLAK, E.	CL-31-04; CL-09-04
GALLO, I.	PC-16-41	GIMENEZ, A.	PC-16-49
GALLO, M.	PC-03-13	GIMENEZ, A.	PC-18-06; PC-11-13; PC-24-21
GALLO, N.	PC-31-01	GIMENEZ, M.	PC-03-02; PC-04-01
GALMES, A.	PC-13-25; PC-11-02	GIMENEZ, M.	CL-16-09
GALVALISI, N.	CL-06-03; CL-06-04	GIORDANENGO, C.	PC-13-15
GAMARNIK, A.	CL-33-04	GIORDANO, A.	CL-13-14; PC-13-21; SC-13-01; PC-13-20
GAMARRA, Y.	PC-24-17	GIOVETTI, L.	CL-16-18
GAMÓN, D.	PC-11-06	GIRALDO FRANCO, L.	IC-31-02; CL-17-06
GÁNDARA, E.	IC-13-02	GIRALDO, G.	CL-13-03
GANDO, A.	PC-16-41	GISBERT, P.	CL-31-10
GANTIER, D.	PC-24-01	GIUFRIDA, S.	PC-13-04
GAONA, C.	IC-01-05; IC-01-04; IC-01-03; IC-01-02; IC-01-01	GIUNTA, D.	CL-06-01; CL-13-15; CL-13-10; CL-07-03; CL-16-09; CL-19-06
GARAY, C.	PC-16-29	GIUNTA, J.	CL-07-03
GARCIA CARRION , L.	CL-20-01	GOBBI, C.	CL-26-01
GARCÍA CASTELLANOS, N.	CL-31-10	GODOY, B.	PC-03-18
GARCÍA DAROCA, L.	PC-16-07	GODOY, M.	PC-03-15; PC-16-57
GARCÍA GILI, M.	PC-24-01	GODOY, M.	PC-07-16
GARCÍA GROSSO, J.	PC-24-12	GOMES, E.	PC-03-15; PC-31-05; PC-16-63; PC-03-16
GARCÍA MERA , M.	PC-13-10	GOMEZ , C.	PC-23-08
GARCÍA PEINADO, M.	PC-24-03	GOMEZ BARRIOS, A.	PC-02-04; PC-07-08; PC-18-04; PC-24-29
GARCIA RUBIO, C.	PC-16-47; PC-16-56	GOMEZ BERET, H.	PC-13-02
GARCIA, A.	IC-07-02; CL-07-04	GÓMEZ BERMÚDEZ, S.	CL-13-05
GARCIA, D.	IC-28-01	GOMEZ CUBA, G.	PC-26-03; PC-13-33
GARCIA, M.	PC-24-03	GOMEZ CUBA, G.	PC-16-38
GARCIA, M.	PC-13-31	GOMEZ NAAR, S.	PC-25-06
GARCIA, M.	PC-11-05	GOMEZ PAGNOTTA, R.	CL-31-10
GARCÍA, M.	PC-03-01; PC-13-04	GÓMEZ PORTILLO, J.	PC-03-11; SC-13-03; PC-26-13; PC-13-48
GARCÍA, R.	PC-01-01	GOMEZ RAMOS , O.	PC-07-11
GARCIA, S.	PC-07-07	GÓMEZ VINASSA, J.	PC-24-14
GARCÍA-PERDOMO, H.	CL-16-01	GOMEZ, D.	PC-16-62; PC-24-23
GAREGNANI, L.	CL-33-03	GOMEZ, M.	PC-16-51
GARFI, L.	CL-31-04	GÓMEZ, P.	CL-17-02
GARILLO, A.	PC-13-44	GOMEZ, S.	PC-16-07; PC-13-11
GARITTA, N.	PC-26-04	GONZALES CORONEL, L.	PC-07-10; PC-16-35
GARRIDO, M.	CL-31-01; CL-07-01; CL-07-02; PC-11-01; IC-05-01	GONZÁLEZ DOURIN , S.	PC-16-32
GARROTE, V.	CL-33-03	GONZALEZ ESTEVARENA, L.	PC-06-02; IC-05-02 1; CL-19-09
GASPARI , G.	PC-13-51	GONZÁLEZ GARCIA , R.	PC-16-24
GASTELLU, A.	PC-01-01	GONZALEZ IRAOLA, A.	PC-16-25; PC-16-32
GASULL, A.	CL-33-02; CL-20-02; CL-20-03; CL-31-09; CL-31-10	GONZALEZ MALLA, C.	IC-24-01; CL-24-02
GAUNA, N.	CL-02-02; PC-02-03; SC-02-01; CL-02-03	GONZALEZ, F.	CL-29-02
GAVIRIA GARCIA , J.	CL-13-05	GONZÁLEZ, J.	CL-16-10
GAYDOU BORSOTTI, A.	CL-31-03; CL-05-01; SC-24-01; PC-24-05; PC-09-01; CL-09-03	GONZALEZ, K.	PC-11-05
GAYOSO, A.	PC-14-04	GONZALEZ, L.	PC-16-03
GEIGER, C.	PC-16-25	GONZALEZ, M.	PC-13-12
GELIZ, C.	PC-13-28	GONZALEZ, M.	PC-16-44
GENERO, M.	PC-16-15	GONZALEZ, N.	PC-13-12
GENNERO, N.	PC-26-22	GONZALEZ, P.	PC-16-36
GENOUD, S.	PC-11-07; PC-24-16	GONZALEZ, R.	CL-31-03; SC-24-01; PC-09-01; CL-09-03
GENOVART, L.	PC-31-11	GONZALEZ, S.	PC-09-02
GENOVESE, E.	PC-16-14	GONZALEZ, S.	PC-31-06
GHERGO, G.	PC-31-01	GONZALEZ, V.	PC-14-01
		GONZALO JAVIER, A.	CL-19-10
		GORODNER, A.	SC-07-02
		GORRITI PEREYRA, N.	PC-16-04

GOTELLI, M.
GOTTÁS, A.
GOUTS, N.
GOZALBEZ, A.
GRAEF, D.
GRANDE RATTI, M.

GRANDE, S.
GRANERO, M.
GRASSANO, A.
GRAZIANI, R.
GRAZIANO, H.
GREGORATTI, J.
GREGORIO, C.
GREGORIO, T.
GRELONI, G.

GRILLI, A.
GRODEK, V.
GROISMAN, I.
GUACONE, S.
GUANCHIALE, L.
GUARIN, M.
GUENZELOVICH, T.
GUERINI, J.
GUERRA GUTIÉRREZ, M.
GUERRERO MORA, J.
GUERRERO, C.
GUERRERO, S.
GUEVARA ZAMBRANO, A.
GUEVARA, D.
GUIDA, P.
GUIDARELLI, .
GUIDARELLI, G.
GUIDI, L.
GUIZZO, D.
GUNTREN, L.
GUOLO, C.
GUTIÉRREZ ROJAS, D.
GUTIERREZ, M.
GUTIERREZ, M.
GUTIERREZ, P.
GUZMÁN, C.
GUZMAN, Y.
GUZMAN FLORES, G.
GUZMÁN LOPEZ, J.
GUZMAN ORTIZ, H.
GUZMÁN PATIÑO, K.
GUZMAN, A.
GUZMAN, G.

SC-03-01
PC-16-68; PC-26-08
PC-11-05
PC-13-09
PC-24-27; PC-18-06
CL-06-01; CL-06-02; CL-19-01;
CL-13-15; CL-17-06; CL-17-01; CL-
17-02; CL-19-04; CL-31-06
PC-14-02
IC-27-01
PC-14-01; IC-16-06
SC-13-03
PC-26-02
PC-03-14
PC-16-15; PC-24-06; SC-16-01
PC-31-08; PC-16-27
CL-19-02; CL-19-03; CL-19-05;
CL-13-13
PC-13-25; PC-11-02
PC-11-16
PC-16-17; PC-13-19
PC-13-25; PC-11-02
PC-13-18; PC-13-17
CL-22-03
CL-09-04
CL-14-01; CL-14-02; CL-07-02
PC-18-02; PC-18-03
PC-16-04; PC-13-04
PyP-05-01
PC-24-26
CL-13-01
IC-31-01
PC-26-04
CL-19-10
CL-31-10; CL-20-04
PC-11-06
CL-31-09
PC-26-01
CL-12-01
PC-13-11
PC-06-01; PC-11-03; PC-25-06
PC-26-12
CL-13-15; PC-26-20
IC-05-03
PC-13-12
PC-01-07
CL-13-08
PC-14-01
PC-14-04
PC-01-01
PC-31-10

HERRERO, M.
HERRON ARANGO, A.
HESSINI, P.
HIDALGO, E.
HINOJOSA NOGALES, C.
HIZA, R.
HORMANSTORFER, M.
HORMAZA ANGEL, M.
HORNSTEIN, L.
HOUSSAY, S.
HUGO, J.

PC-07-07
CL-16-14
1; CL-19-09
CL-16-06
PC-14-01; IC-16-06
CL-20-01
PC-16-14; CL-16-05
CL-13-01
CL-31-04
IC-07-02; CL-07-04; CL-07-04
PC-31-01

I

IADE, B.s
IAMONICO, E.

IANNICELLI, A.
IBÁÑEZ GUZMÁN, C.
IBÁÑEZ HINOJOSA, W.
IBÁÑEZ, G.
IBAROLA, C.
IBARRA, G.
IBARRA, M.
IDOETA, A.
IDONE, R.
IGLESIAS, A.
IGLESIAS, M.
ILLARIETTI, C.
ILLARIETTI, C.
ILLIA, M.
IMHOF, N.
IMPINI, P.
INDA, J.
INDACOCHEA, S.
INES FRUCTUOSA, C.
INFANTE, L.
INFANTE, L.
IOMMI, S.
IPIÑA, M.
IRUSTA, R.
ISA, M.
ITALIANO, L.
ITALIANO, M.
IVONA, J.
IZCOVICH, A.

PC-11-12
PC-24-10; PC-07-07; PC-26-12;
PC-16-01
CL-06-02
IC-31-01
CL-01-01
CL-19-04; CL-31-06
1; CL-19-09
CL-01-01; PC-31-02
PC-16-34
PC-11-01
PC-24-25
PC-16-01
PC-16-20
1; PC-16-12
PC-26-18
SC-13-04; PC-01-09
PC-03-09
PC-25-01
PC-03-02
IC-16-05
CL-20-01
PC-01-01
PC-16-27
PC-16-27
PC-13-08
CL-05-03; CL-16-17
PC-16-34
PC-26-12
PC-03-08
1; CL-19-09
PC-16-15
PC-16-25

J

JÁCOME CUSME, R.
JAIME, G.
JALIFE, V.
JARAMILLO, L.

JIMÉNEZ BAZZANO, M.
JIMÉNEZ LONDOÑO, A.
JIMENEZ, D.
JIMENEZ, O.
JOHANSEN, P.
JORDAN, S.
JORGE, M.
JOUBERT, B.
JOUGLARD, E.
JULIANA, G.
JULIS, A.
JURADO BARRIOS, A.
JURADO, G.
JURADO, J.

PC-25-03
CL-26-02
CL-16-18; PC-16-61; CL-16-19
CL-13-01; CL-13-02; CL-13-03;
CL-13-04; CL-13-05; CL-13-06; CL-
03-01; CL-16-14
IC-31-01
CL-16-14
PC-18-03
PC-13-46
PC-16-51
PC-13-12
CL-16-13
CL-31-02
CL-19-07
PC-07-14
PC-13-15
PC-26-08
PC-14-04
PC-31-08; PC-16-27

H

HECHENLEITNER RUIZ, F.
HECKER, S.
HEPP, A.
HEREDIA, A.
HERMIA, L.
HERNANDEZ AYAZO, H.
HERNANDEZ MARTINEZ, A.
HERNÁNDEZ SARMIENTO, J.
HERNANDEZ, C.
HERNANDEZ, F.
HERNANDEZ, L.
HERNANDEZ, L.
HERNANDEZ, M.
HERRERA ALMANZA, L.

HERRERA CABALLERO, J.
HERRERA, A.
HERRERA, A.
HERRERA-ALMANZA, L.

CL-31-05
PC-01-04
PC-01-10
IC-27-02
PC-16-14; PC-25-03
IC-31-01; CL-20-01
CL-13-04; CL-22-02
CL-16-02; CL-16-03
PC-13-47
CL-13-02; CL-13-05
PC-16-03; PC-13-04
PC-13-22
CL-09-06
CL-22-01; CL-13-03; CL-13-04; CL-
16-02; CL-03-01
PC-16-04; PC-13-10
CL-19-01
PC-16-36; CL-16-15
CL-13-01

K

KABLAN, P. PC-23-09
 KALER, M. PC-13-16
 KAPLAN, R. PC-13-17
 KARAVASKI, N. CL-07-07
 KERSTEN, S. PC-03-09
 KIBUDI, M. PC-09-03
 KIRCZYK, G. PC-31-05
 KITZMANN, P. CL-14-01; CL-14-02; IC-05-01
 KLAJN, D. CL-16-13
 KLEIN, M. CL-20-01
 KO, A. CL-02-01
 KOHAN, D. CL-13-09; CL-13-13
 KOLLAND, I. PC-03-08
 KOLLER, L. PC-23-07; PC-13-41
 KONDRATZKY, D. PC-07-06; PC-25-07; PC-26-19
 KOPITOWSKI, K. CL-19-01
 KUSCHNER, P. CL-31-02
 KYCHENTHAL, C. PC-04-01

L

LABARONNIE, E. PC-26-04
 LABAT, L. CL-05-02
 LABRA, L. PC-18-08
 LACMAN, M. CL-31-04; CL-09-04
 LADENHEIM, S. PC-07-01
 LAGNARINI, L. CL-26-01
 LAGRUTTA, M. PC-31-04
 LALLI, M. PC-13-25; PC-11-02
 LAMBERTI, L. CL-31-07
 LAMBERTI, L. PC-16-42
 LAMBIS LOAIZA, L. CL-13-02; CL-22-03
 LAMBRAÑO DE LA OSSA, V. IC-27-02
 LAMONICA, C. PC-16-65
 LAMPONI TAPPATÁ, L. IC-16-03
 LANDA, S. PC-31-11
 LANFREDI, L. PC-25-02; PC-16-47
 LANGELLOTTI, L. PC-11-14; PC-13-54; PC-16-22;
 PC-24-25; PC-11-16; PC-18-08;
 PC-16-68; PC-13-55; PC-01-11;
 PC-26-08
 LANZA, L. PC-24-10
 LAPIDUS, M. CL-16-08; PC-03-07; CL-31-08
 LARA TORRES, Z. PC-13-28
 LARGUERI, A. PC-24-01
 LARRAÍN, S. CL-31-05
 LARRALDE, J. PC-03-02
 LARREA, R. PC-11-14; PC-16-22; PC-24-25;
 PC-11-16; PC-18-08; PC-16-68; PC-
 13-55; PC-01-11; PC-26-08
 PC-13-54
 LARREA, R. PC-24-11; PC-23-03
 LARZABAL, F. PC-13-50
 LARZABAL, F. CL-20-02; CL-20-03
 LASCANO, S. PC-06-01; PC-16-66
 LAUDANI, F. CL-16-13
 LAURICELLA, C. PC-16-37
 LAVENA MARZIO, A. CL-01-01
 LAZZARINO, C. PC-16-17; PC-13-19; CL-20-01
 LEFF, D. SC-31-01
 LEFF, D. CL-09-04
 LEGAL, S. PC-13-05; PyP-31-02
 LEGUIZAMON, L. PC-22-02
 LEIT, L. PC-24-27; PC-18-05; PC-07-12;
 PC-24-18
 LEIVA PAREDES, M. PC-16-36
 LEIVA, U. 1; CL-19-09
 LEMUS, S. IC-16-03
 LENTA, M.

LENZ, V. CL-16-10
 LEON CEJAS, L. IC-24-01
 LEON, L. CL-19-03
 LEON, S. 1; CL-19-09
 LEONE, C. PC-13-07
 LEONE, V. PC-16-58
 LEROUX, M. PC-07-15
 LETRADO FORERO, Y. PC-24-11
 LEVAGGI, A. PC-31-05; PC-03-15; PC-16-57
 LEVAGGI, G. PC-16-57
 LEVATO, M. PC-01-12
 LEVENTAL, V. CL-09-02
 LEWIN, M. PC-24-10
 LEYTON, E. CL-16-18; PC-16-61
 LEZCANO, C. PC-18-05; PC-07-12; PC-24-18
 LIENDO, L. PC-07-01
 LIGETI, P. PC-13-40
 LILJESTHRÖM, F. PC-13-56
 LIMA, Y. PC-24-18
 LINGUA, E. PC-26-04
 LINGUA, M. CL-13-14
 LIPARI, F. PC-16-52
 LIPORACE, G. CL-19-07
 LITTERI, M. CL-33-02
 LIZARAZU, D. PC-07-02
 LLANOS, V. PC-16-20
 LLOBERA, N. PC-18-01
 LLOVES SCHENONE, N. IC-26-02
 LOAYZA QUINTEROS, J. PC-07-02
 LOBO, Y. CL-22-02
 LOCRET, M. PC-13-56
 LOPEPE, M. PC-23-01
 LOPEZ ALEGRE, H. PC-16-33; PC-16-61; CL-16-19;
 IC-16-07
 LÓPEZ ESPINOSA, R. CL-20-01
 LÓPEZ GONZÁLEZ, E. IC-07-02; CL-07-04
 LOPEZ MUJICA, M. PC-16-58
 LÓPEZ RUIZ-ESQUIDE, J. CL-16-10
 LOPEZ, C. PC-23-06
 LOPEZ, D. PC-24-10
 LOPEZ, F. PC-16-16
 LOPEZ, J. PC-16-07; PC-13-14
 LOPEZ, J. PC-16-08
 LOPEZ, L. CL-13-02; CL-13-05
 LOPEZ, R. PC-11-03
 LOPEZ, T. PC-01-08
 LOURENÇON, T. PC-16-69
 LOYBER, S. CL-31-03; PC-24-05; CL-09-03
 LOZA, C. IC-27-01
 LOZADA OLMEDO, M. PC-22-03
 LOZANO, A. SC-11-01
 LUCAS, L. PC-16-20
 LUCERO, G. PC-13-27
 LUCINI, O. PC-22-02
 LUDY, A. PC-31-09; PC-13-45
 LUFT, M. PC-25-05
 LUJAN, M. PC-16-28
 LUNA HISANO, C. PC-16-40
 LUNA LAGUNA, M. CL-33-04
 LUNA, D. IC-31-02; CL-06-02; CL-19-01;
 CL-17-06; CL-17-01; CL-17-02;
 CL-19-04
 LUNA, M. PC-24-24; PC-16-35
 LUNA, V. PC-24-22
 LUONGO, A. IC-07-02; CL-07-04
 LUPO, S. PC-31-04
 LUTHY, V. IC-28-01
 LUXARDO, R. CL-19-02; CL-19-03; CL-13-13
 LYSHOLM, N. IC-16-06

MACAGNO, P.	PC-31-05	MARTINEZ, R.	CL-02-01
MACCHIAVELLO, E.	CL-13-14; PC-13-21; SC-13-01;	MARTINEZ, S.	IC-11-01
	PC-13-20	MARTINEZ, S.	PC-16-21
MACENETH, A.	PC-07-02	MARTINGANO, I.	CL-16-08
MACHNICK, G.	CL-13-13	MARTINUZZO, M.	CL-13-10
MACÍAS, G.	SC-31-01	MARTORELL, C.	IC-13-01
MACIÑEIRAS, M.	PC-03-12	MARUENDA, M.	IC-16-03
MACRI, M.	PC-16-63	MASCI, M.	PC-16-33; CL-16-19; IC-16-07
MAFFINI, L.	PC-24-01	MASCIOTTA, A.	PC-22-02
MAGGI, R.	PC-16-35; PC-13-41	MÁSPERO, J.	CL-09-06
MAGGINI, E.	PC-03-11	MASSA, N.	PC-24-26
MAGLIO, I.	CL-06-04; IC-28-01	MASSIERI, H.	PC-11-08
MAIDANA, H.	PC-11-17	MASSO, J.	PC-24-14
MAIRAL, N.	PC-13-15	MASTERS, A.	PC-24-14
MAITA ROMERO, G.	PC-26-06	MASTROVINCENZO, V.	PC-11-16; PC-13-55
MAJERIC, V.	PC-13-54	MASTROVINCENZO, V.	PC-18-08
MALBERTI ALESSIO, G.	PC-01-06	MATAS, C.	CL-16-10
MALBERTI, G.	PC-26-13	MATOSO, M.	CL-19-05
MALDONADO, V.	IC-16-07; CL-16-19	MATTERN, M.	PC-11-09
MALPERE, F.	CL-13-14; PC-07-04; PC-03-05;	MAUTONE, P.	IC-16-06
	PC-16-56	MAZO BETANCUR, L.	CL-16-02; CL-13-06
	PC-26-09	MAZZITELLI, F.	PC-13-43; PC-16-61
MALVESTITTI, M.	IC-28-01	MAZZONI, M.	PC-26-21
MAMANI, C.	PC-11-16	MC CORMACK, E.	SC-13-02
MAMANI, N.	PC-16-27	MECCICO, M.	PC-26-12
MAMPRIN, S.	PC-07-15	MEDINACELI, N.	PC-01-11
MANCINI, C.	PC-24-04	MEJÍA PINEDA, G.	CL-13-02; CL-13-03
MANDOLESI, M.	CL-01-01	MEJIA, R.	CL-06-04
MANDRILE, L.	PC-22-01	MELANO, R.	IC-28-01
MANETTI CUSA, F.	PC-16-57	MELGAR, F.	IC-31-01; CL-20-01
MANGANO, A.	PC-16-16	MELGAREJO ACOSTA, N.	PC-14-01
MANGONE, A.	PC-14-02	MELINA, S.	CL-07-07
MANSILLA, Y.	PC-11-14; PC-16-68	MELNIK, Y.	PC-24-27; PC-18-05; PC-07-12;
MANSUR NAHRA, M.	CL-07-07		PC-24-18
MANSUR, J.	PC-16-43	MÉNDEZ ROCABADO, D.	PC-31-03
MANZOTTI, M.	CL-16-12	MÉNDEZ VILLARROEL, A.	PC-16-06; PC-13-08; PC-13-09
MARCELLAN, D.	CL-19-03; CL-19-05	MENDIETA, N.	PC-11-10
MARCIANO, S.	CL-07-06	MENDIZABAL, M.	PC-26-08
MARCIPAR, I.	CL-31-04; CL-09-04	MENDOZA MARTINEZ, L.	PC-24-26
MARCO, M.	PC-13-54	MENÉNDEZ, S.	PC-16-35; PC-23-07
MARCOCCIA, C.	PC-26-17	MENESES, G.	PC-07-03
MARCONI, M.	PC-14-01	MENGA, R.	PC-16-49
MARCOVECCHIO, C.	PC-01-12	MENICHETTI, S.	PC-18-02
MARCUZZI, P.	CL-19-10	MENOYO QUISBERT, S.	PC-11-01
MARIANI VILCNIK, P.	PC-16-21	MERCADO, J.	PC-16-54; PC-25-05
MARIN, G.	CL-02-01	MERCAU COSSIO, R.	CL-06-02
MARIN, M.	PC-11-17	MERLO, A.	PC-14-01
MARINI, Y.	PC-23-03; PC-24-11; PC-13-50	MESCOLINI, G.	PC-11-08
MARIÑO CAMACHO, G.	PC-18-07	MESORACA, F.	PC-25-04
MARIÑO, G.	PC-16-21	MESQUIDA, S.	PC-16-06
MARISTANY BASTIDA, S.	PC-16-31	MEZA ARAUJO, R.	PC-13-03
MARKOSICH, M.	PC-13-54	MEZA PADILLA, C.	PC-16-22; PC-16-68
MARQUEZ ARAMAYO, C.	PC-31-10	MEZA, D.	PC-16-51
MARQUÍNEZ, L.	PC-24-14	MEZA, M.	PC-13-28
MARTIN, A.	PC-16-03	MEZZAROBBA, D.	CL-13-10; CL-09-04
MARTIN, M.	PC-07-02	MIGAZZI, C.	PC-16-33
MARTINEZ AQUINO, E.	PC-13-44	MIGAZZI, C.	CL-16-19; IC-16-07
MARTINEZ GARMENDIA, A.	CL-31-01; CL-14-01; CL-14-02;	MIGLIORE, M.	PC-13-51
MARTINEZ PAIVA, S.	CL-07-02	MIGUEZ, M.	PC-11-05
	PC-16-53	MILANESIO, M.	PC-13-17; PC-13-18; PC-23-02;
	CL-16-05		PC-16-52
	CL-06-01; CL-06-02; CL-17-01; CL-	MILEI, J.	CL-29-01; CL-29-02
	19-04; CL-31-04; CL-31-06	MILESI, F.	PC-25-04
	PC-16-21; SC-03-01	MILIONE, H.	CL-20-01
MARTÍNEZ PERALTA, V.	CL-13-01; CL-22-01; CL-13-02; CL-	MILITANO, A.	1; PC-16-12
MARTÍNEZ SERVENTI, J.	13-03; CL-13-04; CL-16-02; CL-13-	MILITANO, A.	PC-26-18
MARTINEZ, B.	05; CL-22-02; CL-13-06; CL-03-01;	MILLET, M.	PC-07-03; CL-13-14; PC-07-04;
	CL-16-03; CL-13-07; CL-22-03		PC-16-56
MARTINEZ, C.	PC-26-22	MILRAD, S.	IC-07-02; CL-07-04
MARTINEZ, L.	PC-01-01	MINDLIN, G.	CL-19-06
		MINDLIN, P.	PC-13-07
		MINUTOLO, B.	PC-31-02
MARTINEZ, L.		MIÑO, D.	PC-26-02
MARTINEZ, M.		MISKINCH, E.	PC-16-29

ORTIZ, R.
 ORTUÑO LOBO, R.
 OSES, L.
 OSORNO, M.
 OSPINA JIMÉNEZ, M.
 OSPINO, M.
 OSTROWSKI, M.
 OTAMENDI, M.
 OTEIZA, V.
 OTTONELLO, S.
 OVANDO, M.

PC-11-07
 PC-18-02; PC-18-03
 CL-31-06
 CL-02-01
 CL-16-02
 PC-13-26
 PC-16-11; PC-24-04
 CL-19-08
 PC-16-54
 PC-13-06
 PC-16-67; PC-24-02; IC-31-03; IC-16-01; IC-07-01; IC-16-02

PENDINO, J.
 PENNY, E.
 PEÑA, L.
 PEÑA OSCUVILCA, W.
 PEÑA Y LILLO, E.
 PEÑALOZA, D.
 PERALTA MOLINA, G.
 PERALTA, F.
 PERALTA, H.
 PERAZZO, G.
 PEREIRA, S.
 PERETTI BEVILACQUA, M.
 PEREYRA, M.
 PEREYRA, V.
 PEREZ ALAMINO, L.
 PÉREZ ARIAS, S.
 PÉREZ DE ARENAZA, D.

PC-26-04
 CL-20-01
 PC-14-04
 CL-16-01
 CL-31-09
 PC-03-07
 PC-07-05
 PC-26-10
 CL-06-06
 IC-28-01
 PC-16-36
 CL-09-02
 PC-16-26; PC-24-21
 CL-17-04
 PC-06-01
 CL-16-02
 CL-13-12; CL-19-03; CL-19-05;
 CL-13-13

PACHECO ESCORCIA, L.
 PACHECO RIPOLL, M.
 PACHO, S.
 PACIO, G.
 PADILLA, L.
 PADILLA, M.
 PAFUNDI, P.
 PAGANI, A.
 PAGNI, J.
 PAGNO, M.
 PAGOTTO, V.
 PALENCIA VIZCARRA, R.
 PALLARES, R.
 PALMA PÉREZ, R.
 PALMA, D.

PC-13-07
 PC-26-12
 PC-24-03
 IC-24-01
 PC-13-36
 PC-16-40
 PC-03-17
 PC-31-10
 CL-33-01
 CL-07-05
 CL-33-04
 CL-20-01
 PC-14-02
 PC-24-29
 PC-02-04; PC-07-08; PC-18-04;
 PC-24-29
 PC-26-04
 PC-26-22
 PC-16-34
 PC-24-17

PEREZ FLORES, A.
 PEREZ GUALDRON, C.
 PEREZ MANELLI, R.
 PÉREZ RUGE, D.
 PÉREZ, C.
 PEREZ, D.
 PÉREZ, F.
 PEREZ, M.
 PERLO, M.
 PERMAN, G.

PC-02-02
 IC-29-01
 CL-16-09; CL-19-06
 PC-11-11
 PC-01-05; CL-13-14; PC-13-21
 PC-13-53
 PC-11-16
 PC-03-18; PC-07-16
 PC-13-34
 PyP-09-02; CL-31-04; CL-09-04;
 CL-09-05

PALMA, J.
 PALMA, M.
 PALMA, N.
 PALMUCCI, V.
 PALOMBO, M.
 PALOMEQUEZ, M.
 PAMPLONA, A.
 PANCALDO, M.
 PANDO, J.
 PANETTA, E.
 PANIZZA, A.
 PANKL, S.
 PANTOJA, G.
 PAOLUCCI, R.
 PARADISO, C.
 PAREDES MORALES, X.
 PARISI, Y.
 PARODI, J.
 PARODI, M.
 PARODI, R.
 PARRACIA, D.
 PARRELLO, A.
 PASQUINELLI, R.
 PATALLO, P.
 PATELLI, M.
 PATIÑO, M.
 PATRÓN, G.
 PATRONE, M.
 PAULIN, F.
 PAULIN, F.
 PAULIN, P.
 PAVESI, A.
 PAVIOLO, J.
 PAYASLIAN, S.
 PAZ, V.

CL-31-01; CL-07-01; CL-07-02
 CL-19-08
 CL-13-02
 PC-16-31
 PC-13-43; CL-16-18; PC-16-61
 PC-02-05; PC-02-02
 PC-11-08
 PC-16-66
 PC-13-15
 CL-19-07
 IC-28-01
 PC-31-08
 PC-25-08
 PC-07-13
 1; IC-16-04; PC-13-24
 PC-26-04
 PC-13-05
 PC-13-30
 CL-19-04; CL-31-06
 PC-07-07
 PC-01-04
 CL-20-01
 CL-16-01
 PC-01-03
 IC-16-04; CL-16-06; PC-25-04
 CL-16-05
 PC-13-35
 PC-13-08
 PC-26-11
 IC-28-01
 SC-13-04; PC-01-09
 CL-06-02; CL-17-01; CL-19-04
 PC-13-16; PC-16-16
 PC-16-38; PC-13-33
 PC-03-04; PC-16-42
 PyP-05-01
 PC-13-46
 CL-06-04

PERNAS, V.
 PERNAS, V.
 PERONI, L.
 PERONI, M.
 PERONI, M.
 PERRET, M.
 PERRI, M.
 PERTICONE, M.
 PESCE, C.
 PETRAGLIA, M.
 PEUCHOT, V.

PC-13-16
 PC-16-16; PC-13-19
 PyP-15-01
 CL-07-03; PyP-09-01; CL-16-09
 PC-07-04; PC-07-03; PC-03-05
 PC-13-38
 PC-13-29
 PC-16-11; CL-19-08
 CL-05-02
 PC-24-08
 IC-31-02; CL-06-03; PyP-09-01; CL-19-03; CL-19-05; CL-31-08

PEUCHOT, V.
 PEUCHOT, V.
 PEVERENGO, L.
 PEZ, F.
 PEZZOTO, C.
 PFEIFFER, C.
 PFIRTER, F.
 PICABEA, V.
 PICHARDO, R.
 PIERETTI, C.
 PINNELL, S.
 PINTADO, M.
 PINTENO, T.
 PINTO, A.
 PINTO, N.
 PINTOS, C.
 PINZANO, M.
 PIÑERO, E.
 PIÑERO, O.

PyP-15-01
 IC-13-02
 CL-07-06
 PC-16-20
 PC-11-02
 PC-24-04
 PC-16-03; PC-16-04
 SC-16-02
 CL-16-01
 PC-13-56
 PC-13-31
 PC-13-05
 PC-25-02
 SC-16-02
 PC-16-34
 PC-26-14
 PC-16-20
 PC-13-46
 IC-16-06
 CL-16-06

PIOMBI ADANZA, S.
 PIOMBINO, D.
 PIRES, J.
 PISANO RIGGIO, L.
 PISAREVSKY, A.
 PISAREVSKY, A.
 PISSINIS, J.
 PISSINIS, M.
 PISULA, P.
 PITASNY, V.
 PIZZUS, A.
 PIZZORNO SANTORO, X.
 PLA, N.
 PLAZZOTTA, F.

PC-01-12
 PC-13-53
 PC-16-06
 PC-11-15
 PC-13-52
 PC-16-55
 PC-16-50; CL-05-04
 PyP-15-01; PyP-09-01; IC-27-01
 PC-13-56
 CL-19-03; CL-19-05
 IC-27-01
 PC-31-11
 CL-19-01; CL-17-01; CL-17-02



- POLI, E.
POLITI, M.
POLLÀN, J.
- POLO TABORDA, N.
POMÁRICO, B.
PONCE, D.
PONT, D.
PONTE, F.
PONTIGGIA, G.
PONZIO, V.
POPELKA, P.
POQUECHOQUE ESPADA, D.
POROPAT, C.
PORTAS, P.
PORTILLO, M.
POSADAS MARTINEZ, M.
- POSE, A.
POVEDA, G.
POZA ROMAN, D.
PRESA, C.
PRÉSIGA RIOS, P.
PRESMAN, C.
PRESMAN, C.
PREVETTONI, M.
PRIETO, L.
PRINCIPE, G.
PROCHETTO, E.
PUELLO GALARCIO, H.
PUJOL, J.
- PULGAR MARTINEZ, M.
PUMA, S.
PUMARI MENACHO, N.
PUPUCHE, C.
- QUAGLIA, M.
QUATTROCCHI, G.
QUERAL MC INNES, M.
QUESADA, C.
- QUETI, F.
QUEZEL, M.
QUIJIJE RAMIREZ, X.
QUINTANA, A.
- QUINTANA, A.
QUINTERO, A.
QUINTERO LOPEZ, J.
QUINTO, D.
QUIROGA SAMPIRISI, J.
QUIROGA, A.
QUIROS, F.
QUIROS, N.
QUIROZ, M.
- PC-16-24
CL-05-06; CL-17-04
PyP-15-01; PyP-09-01; CL-19-04;
CL-12-01; PyP-09-02; CL-31-04;
CL-19-06; CL-09-04; CL-31-06;
CL-16-08
PC-16-03
PC-16-69
PC-13-27
CL-19-10
PC-25-05
CL-05-06
PC-13-52
CL-19-03
PC-18-03
PC-16-05
PC-01-03
PC-14-01
CL-13-15; CL-13-09; CL-13-10; CL-13-11; CL-19-02; CL-13-12; CL-19-03; CL-17-03; CL-19-05; CL-13-13
PC-02-05; PC-02-02
PC-18-03
CL-19-09
PC-13-13; PC-24-04
CL-22-01; CL-22-02
CL-14-01
CL-07-01; IC-05-01
PyP-09-02; CL-09-04
PC-16-09; PC-24-04
IC-16-03
CL-07-06
CL-20-01
PC-24-14; PC-03-11; PC-01-06; PC-26-13; PC-13-48
PC-02-02
PC-13-41; PC-23-07
PC-16-27
PC-02-04; PC-07-08; PC-18-04; PC-24-29
- CL-26-01
CL-02-02
PC-13-15
PC-16-02; PC-13-03; PC-16-05; PC-26-21
PC-06-02; IC-05-02
PC-03-04
PC-07-14; PC-07-14
PC-16-47; CL-13-14; PC-25-02; PC-16-56
PC-24-12
PC-13-28
PC-13-26
PC-16-34
PC-26-13
CL-33-03
CL-13-10; CL-33-04
CL-17-03
1; PC-16-12; PC-26-18; SC-13-04
- RAGOZZINI, J.
RAGUSA, M.
RAIMUNDO, Y.
RAMIRE MURILLO, R.
RAMIREZ MARTINEZ, M.
RAMIREZ YAPURA, K.
RAMIREZ, J.
RAMIS, D.
RAMOS, M.
- RAMOS, Z.
RAYMONDI, K.
REAL, M.
REBECCHI, P.
REBULL CÓRDOBA, M.
RECALDE, C.
RECALDE, M.
RECCE, C.
RECOBA VICA, M.
REINECK, P.
REINECK, R.
REINO, F.
REINOSO, C.
REISIN, R.
REITOVICH, L.
RENSNER, E.
REPETTO, M.
RESTA, R.
RETONDO, M.
REUS, V.
REY GOMEZ, L.
REY, P.
REYES, C.
REYES, M.
REYNALDO LEMES, J.
REYNOSO, A.
REYNOSO, C.
REZNICHENCI, M.
REZNICHENCO, M.
RHYS, K.
RIBOTTA, M.
RICCARDI, G.
RICCHERI, L.
RIGONI, M.
RIJO, M.
RIJO, M.
RINALDI, M.
- RINCÓN AVELLA, F.
RIOS RODRÍGUEZ, T.
- RIOS, F.
RIOS, H.
RIOS, M.
RIOTORTO, A.
RISK, M.
RISSO, R.
RIVERO, M.
RIVAROLA, M.
RIVAS, P.
RIVERA, A.
RIVERA ANDRADE, M.
RIVERO EQUIZA, T.
RIVERO, M.
RIVERO, R.
RIVERO, R.
RIVEROS, V.
RIZZOTTI, C.
ROBLES FERRUFINO, A.
ROCHA, G.
RODAS RECALDE, G.
RODAS, E.
RODELES, L.
- IC-26-01
IC-16-04; PC-16-13; PC-25-04
PC-22-02
PC-26-05
PC-18-08; PC-26-08
SC-13-02
PC-13-23; SC-13-02
PC-26-15
PC-24-12; PC-03-02; PC-11-17;
PC-24-01; PC-13-06; PC-13-05; PC-23-01; PyP-31-02
PC-24-28
PC-13-06
PC-07-11
PC-13-49
PC-09-02
PC-16-60
PC-07-14
CL-09-02
CL-31-07
PC-24-21
PC-24-21
PC-25-05
PC-16-18
IC-24-01; CL-19-03; CL-24-02
PC-13-15
PC-16-46
PC-13-29
SC-16-04
PC-16-28
CL-05-01
CL-13-08
SC-07-01
PC-13-06
PC-07-02
PC-25-01
PC-16-02; PC-24-01; PC-13-07
CL-07-07
CL-14-01
CL-31-01; IC-05-01
CL-26-01; PyP-05-01
PC-13-08
PC-16-63; PC-03-16
PC-22-05
PC-13-56
CL-06-05
PyP-31-01
PC-02-04; PC-07-08; PC-18-04; PC-24-29
PC-07-10
PC-02-04; PC-07-08; PC-18-04; PC-24-29
CL-06-05; PyP-31-01
PC-31-11
PC-11-11
PC-16-26; PC-16-62; PC-24-23
CL-17-03
PC-16-48
PC-13-08
PC-16-08
PC-03-15; PC-16-57
PC-13-50
PC-13-28
PC-13-31
PC-11-12
PC-24-05
PC-09-01; CL-09-03
CL-09-02
PC-26-07
PC-16-39
PC-16-69
PC-03-17
PC-16-19
CL-07-06

Q

R

RODRÍGUEZ HURTADO, D.	SC-11-01; IC-31-01; CL-20-01	RUIZ CANTERO, A.	CL-20-01
RODRÍGUEZ AMADOR, L.	CL-20-01	RUIZ FRANCO, O.	CL-16-01
RODRIGUEZ BRINDICCI, M.	PC-13-38	RUIZ FREYRES, G.	IC-22-01
RODRIGUEZ CUIMBRA, S.	CL-07-05; PC-02-04; PC-07-08;	RUIZ PANEZ, W.	SC-11-01
	PC-18-04	RUIZ YANZI, M.	CL-19-01
	1; CL-19-09	RUIZ, C.	CL-13-02; CL-13-05; CL-13-06;
RODRÍGUEZ GIL, G.	PC-31-04		CL-16-03
RODRÍGUEZ LÍA, J.	PC-13-43	RUIZ, J.	CL-16-16; CL-05-03; CL-16-17
RODRIGUEZ, G.	CL-22-01; CL-22-02	RUIZ, M.	IC-07-02; CL-07-04
RODRIGUEZ, K.	CL-03-01	RUIZ, S.	PC-13-25; PC-11-02
RODRIGUEZ, L.	PC-11-06; PC-25-08; PC-13-46	RUIZ, V.	CL-06-06
RODRIGUEZ, L.	PC-03-09	RUSCONI, J.	PC-13-11
RODRIGUEZ, M.	CL-22-02	RUSSO ABBATE, M.	CL-19-07
RODRÍGUEZ, M.	PC-11-14; PC-18-08	RUSSO LACERNA, D.	CL-16-13
RODRIGUEZ, N.	CL-06-02; CL-19-04	RUSSO, M.	CL-01-01
RODRIGUEZ, P.	PC-11-12		
RODRIGUEZ, X.	SC-31-02		
ROJAS MENDIOLA, R.	SC-31-01		
ROJAS MENDIOLA, R.	PC-03-11		
ROJAS PIÑERO, M.	PC-13-36		
ROJAS VERGARA, E.	PC-13-14		
ROJAS, C.	PC-02-05; PC-02-02	SAAD, E.	PC-13-01; PC-13-18
ROJAS, E.	CL-16-10; CL-16-11; CL-31-05	SAAVEDRA VALENCIA, M.	CL-16-02
ROJAS, L.	IC-28-01	SAAVEDRA VELASCO, M.	CL-16-01
ROJAS, L.	PC-25-08; PC-13-46	SAAVEDRA, E.	PC-16-25; PC-16-32; PC-23-04; PC-
ROJAS, M.	CL-31-05		16-37; PC-23-05; PC-16-43; PC-22-
ROJAS, T.	CL-31-01; CL-07-02; IC-05-01		04; PC-24-19; PC-16-44; PC-13-37;
ROJO, S.	CL-16-09		PC-22-05; PC-09-03; PC-16-50;
ROLAN, M.	CL-07-05		PC-13-38; PC-16-58; PC-03-12;
ROLANDO, J.	PC-02-04; PC-07-08		PC-22-06; PC-07-09; CL-16-16; CL-
ROLANDO, J.	PC-18-04		05-03; CL-16-17; CL-05-04
ROLDAN TABARES, M.	CL-13-01; CL-13-04; CL-13-05;	SABATINO, J.	IC-22-01
	CL-22-02; CL-13-06; CL-16-03; CL-	SABOGAL LAGOMARSINO, C.	PC-03-15
	13-07; CL-22-03	SAEZ, S.	CL-19-02; CL-19-05; CL-13-13
	CL-05-06	SAEZ, S.	CL-13-12
ROLDÁN, A.	PC-23-03	SAGARDOY, L.	PC-16-64
ROLDAN, M.	PC-23-07; PC-13-41	SAIMOVICI, J.	PyP-09-02; CL-31-04; CL-09-04
ROLLANO, A.	SC-24-01; PC-09-01	SAINZ, J.	PC-03-14
ROLON, A.	PC-16-13	SALAS APAZA, J.	IC-27-01
ROLON, M.	PC-02-01	SALAS FLOREZ, A.	PC-03-01; PC-13-04
ROMÁN, E.	CL-20-01	SALAZAR ARANCIBIA, M.	PC-02-05; PC-02-02
ROMAN, P.	PC-16-33; CL-16-19; IC-16-07	SALAZAR, V.	CL-20-01
ROMANI, A.	1; CL-19-07; CL-19-08; CL-19-09	SALCEDO, A.	PC-26-02
ROMANO, H.	PC-31-08; 1; PC-16-65	SALDAÑO, A.	CL-33-04
ROMANO, J.	CL-19-08	SALERNO, C.	IC-05-03
ROMANO, M.	PC-24-01	SALINAS, L.	PC-25-01
ROMAY, S.	PC-26-17	SALOMÓN, S.	CL-20-01; CL-17-05; CL-19-10;
ROMAY, S.	IC-05-03		CL-33-02; CL-20-02; CL-20-03; CL-
ROMBOLA, L.	PC-24-06		31-09; CL-31-10; CL-20-04
ROMERO, J.	PC-13-32	SALTO, J.	CL-33-04
ROMERO, E.	PC-13-05	SALVO, C.	PC-31-01
ROMERO, M.	PC-16-63	SAMBRESQUI, J.	PC-16-55
ROMERO, P.	PC-03-16	SAN MARTIN CORBEAUX, C.	CL-16-10
ROMERO, P.	IC-27-02	SAN MARTÍN, P.	CL-09-06
RONALD, R.	PC-16-29	SÁNCHEZ, D.	PC-23-01
RONDELLI, L.	PC-07-10; PC-16-35	SANCHEZ ALVAREZ, C.	CL-16-01
ROSALES, M.	PC-26-21	SÁNCHEZ LEGUIZAMO, A.	CL-16-17
ROSON, M.	CL-33-03	SANCHEZ THOMAS, D.	PyP-15-01; PyP-09-01; CL-16-09
ROSON-RODRÍGUEZ, P.	PC-24-11; PC-13-50; PC-23-03	SANCHEZ, A.	PC-13-17
ROSS, F.	CL-17-03	SÁNCHEZ, F.	CL-16-11
ROSSI, E.	IC-16-08	SANCHEZ, H.	PC-16-07
ROSSI, F.	PC-16-02	SÁNCHEZ, N.	1; PC-16-65; PC-18-02
ROSSI, M.	CL-12-01	SANCHEZ, V.	IC-28-01
ROSSI, M.	PC-18-01	SANCHEZ, Y.	PC-22-01
ROUQUAUD, J.	CL-05-06	SANCHOLUZ, F.	PC-26-22
ROUSSEAU PORTALIS, M.	PC-31-10	SANCINETO, C.	CL-12-01
ROVATTI, L.	IC-27-02	SANDÍN, V.	PC-31-04
ROYS, R.	CL-13-10	SANDOVAL, M.	PC-13-15
RUBERTO, J.	CL-16-02	SANGIORGIO, M.	CL-29-01
RUBIANO VARELA, M.	IC-31-02	SANHUEZA, M.	CL-16-11
RUBIN, L.	PC-26-06	SANTAMARÍA, V.	PC-26-10
RUEDA DUARTE, N.	CL-05-05	SANTI, M.	IC-28-01
RUEDA, M.	CL-16-10	SANTIAGO, M.	SC-16-02; SC-16-03; PC-16-49
RÜEDI, C.	CL-19-03; CL-19-05	SANTILLAN, H.	PC-16-33
RUGIERO, M.		SANTONOCITO, M.	PC-13-40; PC-26-13; PC-03-13;



SANTONOCITO, M.	PC-13-48	SOMMER, J.	CL-17-01
SANTTIA, F.	SC-13-03	SOMMER, J.	CL-17-02
SAPAG DURÁN, A.	PC-16-16	SOPLOPUCO CALDERÓN, J.	PC-13-34
SARLI, M.	CL-20-01	SORASIO, L.	CL-01-01
SARMIENTO, M.	SC-07-01	SORIA, N.	PC-16-36; CL-26-02; CL-16-15
SARMIENTO, R.	IC-31-01	SORIANO BENEVENTANO, C.	CL-19-08
SAROBE, G.	PC-11-11	SORROCHE, P.	CL-19-02
SASS, M.	PC-07-04	SORROCHE, P.	CL-13-12; CL-19-05; CL-13-13
SASSANO, M.	PC-07-07	SOSA LAGRUE, F.	PC-06-01
SASSOLA, B.	PC-24-08	SOSA, P.	CL-24-01; CL-16-04; CL-01-02;
SAUCEDO, M.	1; CL-19-09	SOSA, P.	CL-16-07
SAVARECIO, N.	IC-24-01; CL-24-02	SOSA, R.	PC-24-14
SAVIA, A.	PC-13-51	SOTELO, F.	SC-03-01
SAVIO, V.	PC-01-10	SOTO, M.	PC-18-05; PC-07-12; PC-24-18
SCAFATI, M.	CL-26-01	SOUTO, J.	PC-13-07
SCAIOLA, S.	SC-31-02	SPIRATOS, R.	CL-07-07
SCAPELLATO, J.	PC-16-20	SPIVACOW, R.	CL-16-13
SCARABOTTI, M.	PC-16-03; PC-16-04; PC-03-01; PC-	SPOSITO, P.	SC-07-01
SCARPIN, A.	13-10; PC-13-04	SPRAZZATO, D.	PC-11-12
SCHAPIRA, M.	PC-26-20	STADELMANN, C.	PC-24-14
SCHIAVI, M.	PC-16-55	STAGNO, A.	CL-33-01
SCHIERLOH, G.	CL-31-04; CL-09-04; CL-09-05	STAITI, A.	PC-16-22
SCHMOCKER, C.	PC-16-60	STANEK, V.	PC-24-20
SCHNEIDER, L.	PC-22-03	STANELONI, I.	CL-16-09
SCHUBERT, A.	PC-13-09	STATTI, J.	CL-16-09
SCHUTZ, N.	PC-24-27	STAVSKY, D.	SC-03-01
SCHUVIK, C.	PC-16-15	STESSENS, M.	PC-26-17
SCHWARTZ, P.	CL-13-10	STESSENS, M.	PC-25-01; PC-13-11
SCLIAR, P.	PC-31-11	STIPANICIC SORBI, I.	PC-16-08
SCOTTA, M.	PC-13-42	STOK, A.	PC-11-09
SCOZZAFAVA, S.	PC-16-27	STOLAR, M.	CL-09-06
SEBASTÍA, D.	PC-24-05; PC-09-01; CL-09-03	STREET, E.	PC-13-24
SEILIKOVICH, P.	CL-31-04	SUAREZ SANDOVAL, M.	PC-03-17
SELVA, L.	PC-07-09	SUAREZ, A.	PC-07-11
SENA, D.	CL-19-03	SUAREZ, C.	PC-13-30
SENA, M.	PC-24-01; PC-26-17	SUAREZ, D.	PC-31-07
SENILLOSA, M.	CL-33-02	SUAREZ, E.	CL-05-02
SENOFF, M.	PC-16-01	SUAREZ, J.	PC-13-26
SEÑOR, C.	CL-31-04; CL-09-04	SUBELZA, M.	PC-24-20
SEOANE, F.	PC-01-09	SULIGOY, J.	PC-16-28
SEPULVEDA SALGADO, J.	PC-13-53	SZPAK, A.	SC-16-04
SERAFINI, M.	CL-16-09		CL-05-02
SERRA VALDÉS, M.	PC-07-11		
SERRA, A.	PC-16-64		
SERRANO MORENTE, D.	CL-20-01		
SIERRA SALDIVAR, M.	PC-26-04		
SIGAUD BRUST, A.	PC-03-01		
SIGAUDO OLIVETO, P.	PC-16-29		
SIGISMONDO, M.	PC-11-04		
SILE HUESTE, Y.	PC-03-02		
SILVA, P.	PC-18-03		
SILVA, E.	PC-16-28		
SILVA, E.	PC-16-06; PC-13-08		
SILVA, G.	CL-31-03; CL-09-03		
SILVA, P.	SC-24-01		
SILVA, S.	SC-03-01		
SILVEIRA, M.	PC-13-09		
SILVEYRA, M.	PC-18-07		
SIMONOVICH, V.	PyP-09-02; CL-09-04		
SINATRA, A.	PC-16-03; PC-03-01; PC-13-10		
SISTO, A.	CL-09-04		
SÍVORI, M.	CL-33-02; CL-31-09; CL-20-04		
SKERLAVAI, S.	PC-16-13		
SKROMEDA, M.	CL-09-06		
SLULLITEL, P.	PC-13-12		
SMURRA, M.	PC-11-10		
SOFIO, M.	CL-12-01		
SOLA, M.	SC-31-02		
SOLARTE, E.	1; CL-19-09		
SOLAVALLONE, V.	PC-01-01		
SOLCHAGA, C.	PC-16-19		
SOLVEYRA, F.	PC-03-18; CL-17-05; PC-07-16		
	PC-24-14		
	PC-31-01		

T

TABARES, A.	IC-13-02
TABAREZ, M.	CL-31-04
TABOADA, M.	PC-16-63; PC-16-57
TADIC, M.	PC-07-13
TAFFAREL, C.	PC-11-14; PC-13-54; PC-16-22;
	PC-24-25; PC-11-16; PC-18-08;
	PC-16-68; PC-13-55; PC-01-11;
	PC-26-08
	PC-16-39
TALAMAS HURTADO, Y.	IC-05-02; PC-06-02
TAMAGNONE, F.	PC-04-01
TAMBURELLI, S.	PC-16-14
TANARO, M.	PC-13-23
TANIA, C.	PC-13-34
TAPIA, D.	PC-31-02
TARAMARCAZ, N.	PC-24-15
TARCHINI MAYULI, G.	PC-13-53
TARDELLA, B.	PC-13-01
TARDITI BARRA, A.	PC-23-05; CL-16-16
TASSARA, A.	CL-12-01
TAYPE ZAMBONI, D.	PC-16-24
TEGLIA TOFFOLI, G.	PC-26-21
TEJEIRO, G.	CL-05-05
TEJADA BOTELLA, C.	PC-16-37
TEPERMAN, N.	CL-33-01
TERAGNI, E.	CL-09-05
TERRASA, S.	PC-24-26
TERRILE, C.	

TERUSSI, A.	PC-01-11	VALLONE, M.	CL-19-04
TERUYA, C.	PC-13-40	VALLVERDU, L.	CL-31-07
THOWINSON HERNANDEZ , M.	CL-13-01	VALVERDI, R.	IC-27-01
TICERA, E.	CL-33-02; CL-31-09; CL-20-04	VANZETTI, C.	CL-31-02
TISSERA, Y.	CL-26-01	VAQUIE, I.	PC-16-64
TOLEDO, S.	PC-31-02	VARAS SCHAER, A.	PC-11-10; PC-24-27; PC-18-05; PC-18-06; PC-24-18
TOMASINO, M.	PC-24-18		PC-16-28
TOMEI, M.	CL-19-03; CL-19-05	VARELA MAILLARD, D.	CL-22-01; CL-22-02; CL-22-03
TORINO, M.	PC-13-01	VARELA TABARES, D.	CL-19-02; CL-19-03; CL-13-13
TORRE, G.	PC-24-14	VARELA, C.	PC-13-16; PC-16-16; SC-31-01
TORRES DE TABOADA, E.	CL-20-01	VARELA, G.	IC-07-02; CL-07-04
TORRES GOMEZ, F.	CL-06-03; CL-13-10; CL-06-06; PyP-15-01; PyP-09-01; CL-19-04; CL-31-06	VARELA, M.	PC-03-03; IC-16-01
	CL-31-07	VARGAS ARGUELLO, J.	CL-24-01; CL-01-02
TORRES NEGREIRA , A.	CL-31-07	VARGAS ROMERO, J.	SC-13-04; PC-01-09
TORRES, A.	PC-24-10	VARGAS, E.	CL-16-07
TORRES, D.	IC-16-08	VARGAS, J.	PC-11-09; PC-01-08
TORRES, E.	CL-24-01	VARGAS, J.	PC-16-40
TORRES, L.	PC-26-09	VARRESE, X.	PC-14-04
TORRES, M.	CL-31-05	VASQUEZ HERRRERA , J.	CL-03-01
TORRES, N.	PC-16-03; PC-13-04; PC-16-04; PC-13-10; PC-03-01	VÁSQUEZ HINCAPIÉ, D.	PC-26-22
	PC-13-30	VÁSQUEZ VÁSQUEZ, R.	PC-16-04
TRAUTMAN, B.	IC-05-03; CL-20-01	VASQUEZ, C.	SC-16-01
TRAVERSO VIOR, E.	PC-26-01	VASQUEZ, S.	PC-02-05; PC-02-02; IC-28-01
TRENTINI, J.	PC-13-25; PC-11-02	VASTA, L.	PC-01-03; IC-31-01; CL-20-01
TRESALTI, A.	CL-13-15	VAUCHER, A.	PC-07-10; PC-24-24
TRIANA, R.	PC-01-05	VAZQUES, M.	CL-29-02
TRILLO, C.	PC-13-29	VAZQUEZ BLANCO, M.	CL-06-01; CL-17-06
TRIMARCHI, H.	PC-16-61	VAZQUEZ PEÑA, F.	CL-13-15; CL-13-10
TROIANO , S.	PC-22-01	VAZQUEZ, F.	IC-13-02
TROIANO, S.	PC-13-43	VAZQUEZ, G.	PC-07-09
TRONCOSO ZAPATA, L.	PC-13-41; PC-23-07	VÁZQUEZ, M.	CL-33-01
TUDOR, M.	CL-29-01; CL-29-02	VAZQUEZ, R.	PC-13-09
TUMARKIN, M.	PC-03-14; PC-26-10	VEGA, A.	PC-24-10; PC-07-07; PC-26-12; PC-16-01
TURRIN, H.			CL-09-02
		VEGA, F.	1; CL-19-09
		VEGA, J.	PC-11-06
		VEGA, M.	PC-18-02; PC-16-27; PC-31-08
		VEGA, Y.	PC-16-39
		VELASQUEZ CHAMBI, E.	CL-09-02
		VELAZQUEZ, M.	CL-07-01; CL-07-02; PC-11-01
UBERTI, M.	PC-31-10	VELEZ, L.	PC-18-07
ULACIA, M.	CL-13-11; CL-19-02; CL-13-13	VELLO, J.	PC-13-32
UNGARO, C.	CL-06-05; PyP-31-01	VELO, A.	PC-16-46
UÑO, A.	PC-24-16; PC-11-07	VENANZI, N.	PC-07-10
URANGA, S.	PC-03-14	VERA CARRILLO, J.	PC-24-24
URIBE BETANCUR, J.	CL-22-03	VERA, S.	CL-22-02
URIBE ROCA, C.	IC-24-01; PC-25-06; CL-24-02	VERA, V.	CL-33-03
URIBE, A.	PC-18-03	VEREGARA, M.	PC-02-04; PC-07-08; PC-18-04; PC-24-29
URIBE, C.	CL-16-14		PC-13-28
URRUTIA ERBETTA, L.	PC-03-14; PC-26-10	VERGARA CORENA, J.	CL-13-05
URTASUN PEREZ, F.	PC-24-12; PC-03-02; PC-11-17; PC-24-01; PC-13-06; PC-13-05; PC-23-01; PyP-31-02	VERGARA YANEZ, D.	PC-03-13
	CL-16-11	VEZZONI, M.	PC-13-16
		VIANI, G.	PC-11-14
URZÚA, P.		VIBOUD ARAMENDI, C.	CL-07-06
		VICCO, M.	CL-33-03
		VIDAL, F.	CL-09-02
		VIDAL, J.	CL-09-06
		VIDAURRETA, S.	PC-03-18; PC-07-16
VADA, J.	PC-13-51	VIDELA, M.	PyP-31-02
VAELLO, L.	IC-16-07; CL-16-19	VIETTO, E.	CL-16-06
VAENA, M.	PC-13-35	VIGNOLO, L.	PC-03-09
VALDEZ, P.	CL-09-06	VILA, S.	PC-11-09
VALDEZ, P.	PC-02-05; PC-02-02; IC-31-01; CL-20-01; IC-28-01	VILAR MATTO, G.	PC-16-49
	PC-22-03	VILCHES , F.	CL-31-02; PC-31-01; PC-24-11; PC-13-50; PC-23-03; IC-28-01
VALENTINI, R.	IC-28-01	VILELA, A.	CL-09-01
VALENTINI, R.	PC-14-01; PC-24-16		PC-13-41; PC-23-07
VALENTINO, R.	CL-13-09	VILLAGRA, A.	PC-31-09
VALEO CHULVI, M.	CL-20-01	VILLALBA SANCHEZ , J.	PC-13-45
VALLADARES, E.	PC-18-03	VILLALBA, C.	PC-03-10
VALLE MERINO, L.	PyP-09-02; CL-09-04	VILLALBA, C.	
VALLE, T.	PC-02-05; PC-02-02	VILLALBA, J.	
VALLEJOS ALVAREZ, A.	CL-17-05		
VALLI CAPARROZ, D.			

VILLALBA, M.	PC-26-10	ZARRAGOICOECHEA, J.	CL-16-12
VILLAR, L.	CL-06-03	ZEC BASKARAD, M.	PC-02-05; PC-02-02
VILLARRUEL, C.	PC-18-07	ZELAYA, J.	SC-11-01
VILLAYERDE, M.	PC-01-01	ZELECHOWER, H.	PC-02-05; PC-02-02
VILLAVICENCIO, C.	PC-16-19; PC-16-39; PC-02-01;	ZEREGA, P.	CL-05-06; CL-17-04
	PC-02-02	ZINSER, B.	CL-19-05
VILLCA ACUÑA, C.	PC-24-25	ZIZZIAS, S.	PC-03-11; PC-13-40; PC-24-20;
VILLEGAS, J.	CL-13-01; CL-13-02; CL-13-03;		PC-13-48
	CL-13-05; CL-22-02; CL-03-01;	ZUCCARINO, N.	CL-09-06
	CL-16-03	ZUCCOTTI, N.	CL-07-07
VILLENA, L.	PC-03-01	ZUNINO, S.	CL-31-04; CL-09-04
VILLORDO, S.	SC-13-04; PC-01-09	ZYLBERMAN, M.	IC-28-01
VIÑUELA, M.	CL-31-05		
VIOLANTI, L.	PC-16-21; SC-03-01		
VIRACOCHEA MURILLO, C.	PC-24-24; PC-13-41		
VIRGINIA, M.	PC-13-12		
VITON, F.	PC-16-37		
VIVIANA MÓNICA, R.	CL-16-13		
VOGL, P.	SC-16-01		
VOGLIOTTI, F.	PC-16-36		
VOLPI, L.	PC-26-12		

W

WACKER, J.	PC-16-46; CL-20-01
WAGNER MANSALU, M.	CL-33-04
WAHLMANN, F.	PC-16-69
WAINSZTEIN, N.	PC-16-54; PC-25-05
WAKSTEIN, L.	CL-13-15
WALLACE, E.	CL-16-12
WANG, C.	PC-24-22
WEHIT, D.	PC-13-37
WEISBROT, M.	CL-06-01
WEISHEIM, M.	PC-13-51
WIESHAMM, N.	CL-14-02; CL-07-02; IC-05-01
WINKEL, M.	PC-13-22; PC-13-24

Y

YAHNI, D.	CL-31-02
YÁNEZ, P.	PC-07-14
YAPPERT, Y.	PC-13-09
YORIO, M.	PC-16-36; CL-26-02; CL-16-15;
	PC-14-03
YOUNG, P.	PC-18-01; SC-13-02; PC-31-03
YOVOVICH, D.	SC-13-01; PC-13-20; PC-03-05;
	PC-25-02
YULI, C.	PC-06-02; IC-05-02

Z

ZACARIAS, L.	PC-02-04; PC-07-08; PC-18-04;
	PC-24-29
ZACCARO, D.	PC-03-02
ZACHARCZUK, J.	PC-24-09; PC-31-09
ZAMBRANO, G.	PC-24-24; PC-16-35
ZAMORA, E.	PC-16-19
ZANARDI, C.	PC-24-25
ZANELLA, A.	CL-19-02
ZANUZZI, M.	PC-16-52
ZAPATA, S.	IC-22-02; IC-11-01; IC-26-01; IC-
	13-01
ZAPIOLA, M.	CL-13-15
ZAPUTOVICH FILIPPI, J.	PC-16-29
ZARATE, M.	CL-05-02; PC-11-07

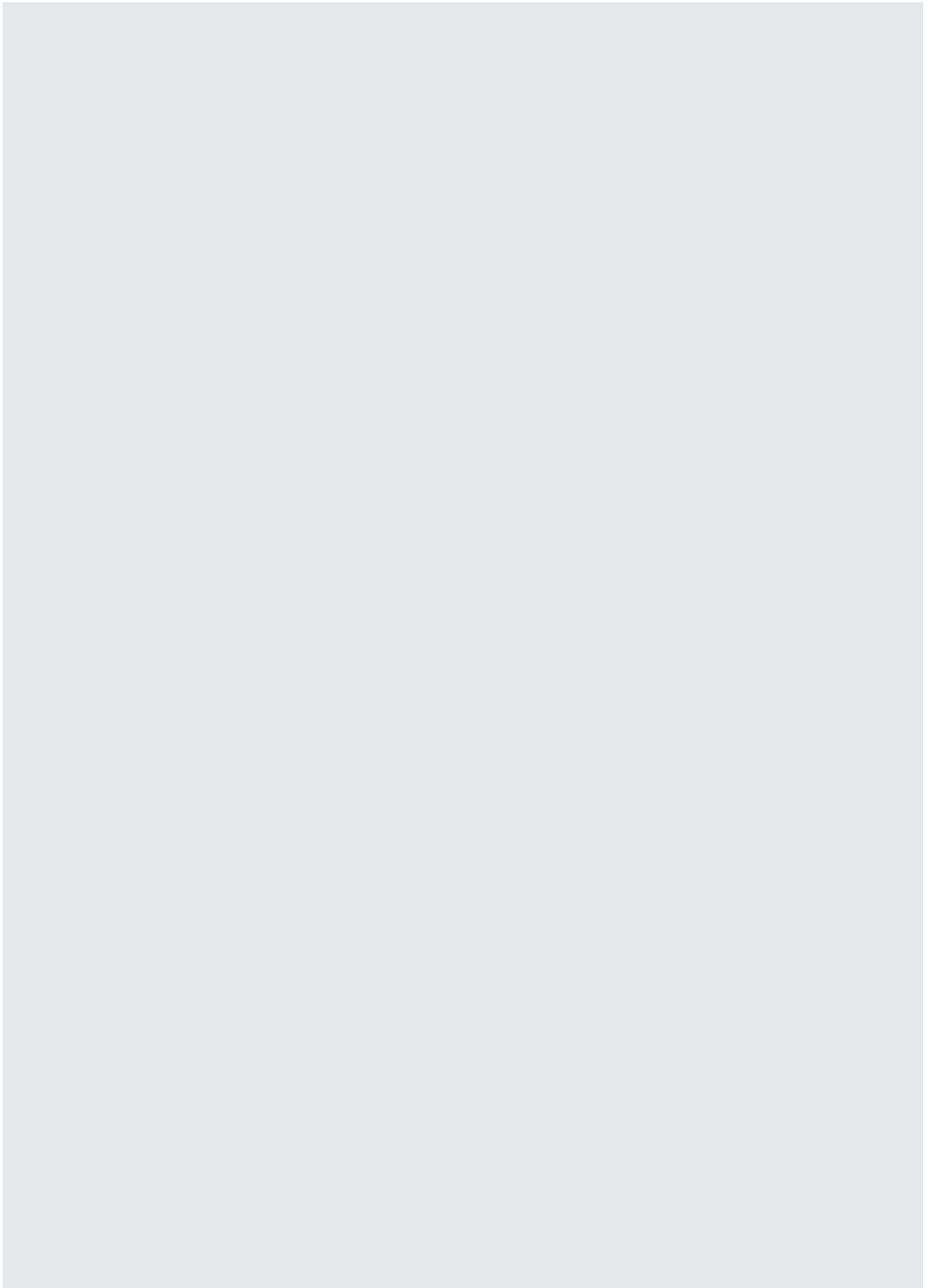


2020

CONGRESO VIRTUAL

CL | COMUNICACIONES LIBRES





CL-01-01 // TIEMPO DE RANGO TERAPÉUTICO DE ANTICOAGULACIÓN ORAL. EVALUACIÓN EN PACIENTES CON FIBRILACIÓN AURICULAR NO VALVULAR

MANDRILE, L.; IBARRA, G.; SORASIO, L.; IBÁÑEZ HINOJOSA, W.; CASTEL ROCHA, M.; CHOQUE OLIVA, A.; RUSSO, M.; LAZZARINO, C.; COLQUE, n.; CARDOZO GUTIERREZ, J.
Higa Dr. Diego Paroissien. Isidro Casanova. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Testear el nivel de anticoagulación efectivo de nuestra población con FANV tratados con AVK a través del Método de Rosendaal.

Materiales y Métodos: Estudio de investigación retrospectivo, observacional/descriptivo. Se incluyeron pacientes anticoagulados con AVK con diagnóstico de FANV del HIGA Dr. D. Paroissien.

Criterios de Inclusión: edad mayor de 18 años, tener más de un año de anticoagulación oral, al menos 5 controles en el periodo de estudio que se extendió del 1 de marzo de 2019 al 31 de marzo de 2020. Se aplicó para el estudio el método de Rosendaal para el Tiempo en Rango Terapéutico (TRT), que se considera adecuado $\geq 65\%$. El sangrado mayor es definido por principios generales y criterios clínicos objetivos según ISTH (International Society on Thrombosis and Haemostasis) como: Sangrado fatal. Sangrado en un órgano o área crítica como: sistema nervioso central, intraocular, intraperitoneal, intraarticular, pericárdico o intramuscular que produce síndrome compartimental.

-Sangrado que causa caída de más de 2 g de hemoglobina.

Resultados: Se anticoagularon con AVK, 912 pacientes de los cuales 326 (35,74%) se incluyeron en este estudio por cumplir con los criterios de Inclusión descriptos. La mediana de edad fue 64 años (26-96) siendo el 47,23% (n=154) de los pacientes con edad ≥ 65 años. El Índice de masculinidad en menores de 65 años fue de 330 hombres por cada 100 mujeres mientras que en el grupo de pacientes ≥ 65 años de edad fue de 165 hombres cada 100 mujeres. Los pacientes realizaron entre 5 a 20 controles en un año, siendo la mediana de 9 controles y la media de 14-15 controles por paciente. En cuanto al TRT según el método de Rosendaal, la mediana es 48,85% y el rango intercuartílico (RI) 25 es 32,40%, RI 50 es 48,85% y RI 75 es 65,10%. Solo el 25,76% de los pacientes (n=84) estuvieron con un TRT adecuado. Se observaron 7 episodios hemorrágicos (ningún evento mayor) y en todos los casos los paciente poseían una TRT inadecuado. Se presentaron 11 ETE: Accidentes cerebrovasculares isquémicos (ACVi), observándose que el 81,81% (n=9) de los pacientes con ACVi tenían un TRT inadecuado. El número de controles fue muy importante en los ETE, el riesgo de no tener 10 o más controles aumenta el riesgo de sufrir un ACVi (OR 8,249 y $p = 0,06$) (Chi2/Fisher's test).

Conclusiones: El tiempo de rango terapéutico TRT es una medición útil para establecer la eficacia de la terapia anticoagulante con AVK. La meta de 65% en tiempo de rango terapéutico garantiza menos efectos adversos por sangrado o tromboembolismo. Un número bajo de visitas están asociados a bajo TRT y mayores eventos tromboembólicos. Desde el punto de vista institucional, conocer el TRT de nuestro centro aportará un control de la calidad en la salud y del desempeño de la clínica de anticoagulación. Lo que nos ayuda a tomar conciencia sobre la necesidad de modificaciones o medidas en beneficio de los pacientes, considerando el bajo nivel socioeconómico como la dificultad fundamental para realizar tratamiento y lograr un TRT óptimo

CL-01-02 // ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES CON CARDIOPATÍA ISQUÉMICA INTERNADOS EN EL HOSPITAL DE LA FUNDACIÓN TESAI, CDE, PARAGUAY

RADICE, R.; BOGARIN, D.; ORTIGOZA BARBUDEZ, D.; SOSA, P.; VARGAS ROMERO, J.; COLMAN TORRES, A.; RADICE OVIEDO, C. Hospital Fundación Tesai. Ciudad Del Este, Paraguay.

Objetivos: Analizar la frecuencia de los factores de riesgo en pacientes con cardiopatía isquémica internados en el Hospital de la Fundación Tesai en el periodo marzo 2018 a marzo 2019. Caracterizar demográficamente según sexo y edad la población estudiada. Determinar la frecuencia de los factores de riesgo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad y tabaquismo.

Materiales y Métodos: El diseño del estudio es observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal, incluyó 61 pacientes mayores de 20 años internados en el Hospital de la Fundación Tesai, Paraguay, entre marzo de 2018 y marzo de 2019.

Criterios de Inclusión: todos aquellos pacientes que acudieron con dolor torácico sugestivo de isquemia, confirmado por electrocardiograma, troponina I y cinecoronariografía. Criterios de exclusión: aquellos pacientes con dolor torácico de características no anginosas y con estudios laboratoriales y de imagen que no correspondían con cardiopatía isquémica. Variables de interés: cardiopatía isquémica, edad, sexo, hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, obesidad y tabaquismo. El muestreo fue no consecutivo no probabilístico por conveniencia, mediante la revisión de expedientes clínicos de pacientes que ingresaron por dolor torácico. Métodos estadísticos: la carga, análisis y edición de los datos se realizó mediante planilla electrónica Excel@2010. El análisis de datos se realizó aplicando medidas descriptivas (indicadores de frecuencia y medidas de resumen).

Resultados: Del total (N=61), 70,5% (N=43) fueron varones y 29,5% (N=18) fueron mujeres. La edad representativa estuvo en el rango etario de 45 a 64 años en el grupo de hombres, y de 65 a 74 años en el grupo de mujeres. El resultado arrojó muy alta frecuencia de hipertensión arterial en pacientes con cardiopatía isquémica alcanzando el 88,5%. El total de personas con dislipidemia fue de 65,6%. La cantidad de personas diabéticas del grupo en estudio fue de 49,2%. El resultado arrojó que 27,9% de la población tenía obesidad. En cuanto al tabaquismo, el 26,2% de la población tenía el hábito de fumar.

Conclusiones: La edad representativa estuvo en el rango etario de 45 a 64 años en el grupo de hombres, y de 65 a 74 años en el grupo de mujeres, con predominio del sexo masculino. El estudio encontró que hubo una mayor frecuencia de hipertensión arterial y una menor frecuencia de tabaquismo como factores de riesgo en la cardiopatía isquémica de los pacientes internados en el Hospital de la Fundación Tesai. La presencia de factores de riesgo cardiovascular aumenta la probabilidad de desarrollar esta enfermedad, siendo los más representativos la hipertensión arterial y dislipidemia, por lo que es importante diseñar estrategias de acciones coordinadas dirigidas a la población y/o al individuo a fin de eliminar o minimizar el impacto de la enfermedad, para lograr mayor salud y mejor calidad de vida.

CL-02-01 // LOS INHIBIDORES DEL SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA NO SE ASOCIAN CON UNA PEOR EVOLUCIÓN DEL COVID-19

KO, A.; OSORNO, M.; BAROCHINER, J.; MARTINEZ, R.; CONTI, P.; MARIN, M.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Objetivos: Existe controversia sobre los potenciales perjuicios o beneficios de los bloqueadores del sistema renina-angiotensina (SRA) en el contexto de la enfermedad COVID-19. Algunos estudios sugieren que los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina/antagonistas de los receptores de la angiotensina II (IECA/ARA2) per se no se asociarían una peor evolución del COVID-19. A falta de datos locales, el siguiente trabajo busca evaluar si el uso de IECA/ARA2 se asocia a una peor evolución clínica de COVID-19 en un hospital comunitario de CABA.

Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio de cohorte prospectivo, incluyendo todos los pacientes adultos con diagnóstico confirmado de COVID-19 por rtPCR, excluyendo embarazadas, atendidos en el Hospital Italiano de Buenos Aires entre el 1 de marzo y el 7 de Julio de 2020.

Se definió uso de IECA o ARA2 de acuerdo a registros en la historia clínica electrónica o el retiro de dicha medicación de farmacia en los últimos 3 meses. El punto final evaluado fue un combinado de muerte o requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM). Se realizó el seguimiento de los pacientes hasta el alta epidemiológica o la muerte.

Se usó un modelo de regresión logística múltiple para determinar la asociación entre el uso de IECA/ARA2 y la evolución del COVID-19. Se estimaron los odds ratios (OR) crudos y ajustados con sus respectivos intervalos de confianza del 95%, considerando como estadísticamente significativo a un p valor $<0,05$.

Resultados: Se incluyeron 920 pacientes con COVID-19, pudiendo completar el seguimiento en el 94,9%. El 48,6% eran varones, siendo la mediana de edad 47 años (IC 34-70). El 31,1% eran hipertensos, el 2,6% diabéticos, el 3,4% tenían antecedentes de cardiopatía isquémica, enfermedad vascular periférica o enfermedad cerebrovascular y el 3,3%, antecedentes de comorbilidades respiratorias. El 21,7% (200 pacientes) estaban tratados con IECA/ARA2. Estos últimos se caracterizaban por tener mayor edad (76,9 \pm 14,8 vs 46,1 \pm 18,9, $p<0,001$) y más antecedentes de hipertensión (88 vs 15,7%, $p<0,001$), diabetes (6,5 vs 1,5%, $p<0,001$), y enfermedad cardiovascular (9,5 vs 1,7%, $p<0,001$).

El evento final combinado se registró en 83 pacientes (9,5%). Hubo en total 68 muertes (7,8%) y 23 pacientes requirieron ARM (2,6%). En el análisis no ajustado, el uso previo de IECA/ARA2 mostró una asociación significativa con el outcome combinado: OR 6,1 (IC95% 3,7-10,1) $p<0,001$ y 2,9 (IC95% 1,7-5,2) $p<0,001$ para IECA y ARA2 respectivamente. Sin embargo, en el análisis ajustado por edad, antecedentes de hipertensión, diabetes, comorbilidades cardiovasculares y comorbilidades respiratorias, se perdió la significación estadística: OR 1,5 (IC95% 0,8-2,9) y OR 1,02 (IC95% 0,5-2,1) para IECA y ARA2, respectivamente.

Conclusiones: Luego de ajustar por edad y comorbilidades, el uso de IECA o ARA2 no se asoció con una peor evolución del COVID-19, en términos de mortalidad o requerimiento de ARM.

CL-02-02 // EL ÍNDICE NEUTRÓFILO/LINFOCITO, SU RELACIÓN ENGAÑOSA CON VARIABLES PRONÓSTICAS Y SU FUERTE CORRELACIÓN CON UNA VARIABLE INDEPENDIENTE

GAUNA, N.; QUATTROCCHI, G.
Pirovano. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Conocer las variables de aumento del índice neutrófilo/linfocito

Materiales y Métodos: Se incluyeron 76 pacientes durante un periodo de 6 meses (abril 2020 a septiembre 2020) COVID-19 grave. Se analizaron los datos: edad, factores de riesgo, días de internación, días de ARM, mortalidad, SCORES de gravedad (SOFA, APACHE II) y valores de laboratorio. Se utilizaron promedios, porcentajes, mediana correlación estadística contrastando las diferentes hipótesis nulas con valor de p, covarianza, coeficiente de Pearson, error estándar, desvío estándar, t de student, U de Mann-Whitney, chi cuadrado, gráficos con software Tableau y tablas de contingencias, según el caso.

Resultados: La edad fue un factor de aumento de INL independientemente de la gravedad ($p<0,05$), días de internación, ARM y factores de riesgo no encontrándose en estas últimas variables significancia estadística para su correlación, contrastando con la bibliografía disponible.

Conclusiones: Pacientes con COVID-19 grave presentaron un aumento esperado de INL globalmente, sin embargo, no hubo una correlación con mortalidad mientras que si con la edad.

CL-02-03 // PRESENTACIÓN DE UN NUEVO ÍNDICE EN VENTILACIÓN MECÁNICA Y SU RELACIONES CON VARIABLES MONITOREABLES Y POTENCIAL UTILIZACIÓN

GAYNA, N.
Pirovano. Caba, Argentina.

Objetivos: Introducir la utilización de un índice para la medición diaria en pacientes con ventilación mecánica
Materiales y Métodos: Se realizaron mediciones en pacientes críticos adultos que requirieron ventilación mecánica (VM) durante el período de un año, con un n=180. Se realizó la recopilación de datos de las variables monitorizadas habitualmente en la práctica médica. Las mediciones se realizaron con los pacientes sedados, sin asistir a la respiración, con RASS -5. Los pacientes que se encontraron con modos espontáneos o en modo PCV (ventilación en presión control) fueron excluidos.

A los pacientes no se les realizó maniobras invasivas ni adicionales a su tratamiento habitual. Se recopilaron los datos y se trabajó de manera teórica sobre los mismos, empleando modelos de fluidos ideales.

Los datos que se relacionaron fueron: Compliance pulmonar, Presión pico (presión máxima alcanzada por el sistema en inspiración), Presión Plateau (Presión vía aérea luego de una pausa inspiratoria), PEEP (presión positiva al final de la inspiración), Driving Pressure o delta de Presión (la diferencial entre Presión Plateau y PEEP), Presión de Pendeleuf (la diferencial entre Presión pico y Presión Plateau), VT (volumen tidal o volumen de aire movilizado en cada respiración), la FIO2.

Resultados: Se realizaron tablas de contingencia donde se compararon el IE y las variables. Se evidenció una correlación inversamente proporcional entre el IE y la Compliance mediante la covarianza, R2 en cada grupo de pacientes y luego en la totalidad de los mismos siendo el valor de p<0,05

La relación es mayor cuando el pulmón está más afectado, evidenciándose por cuadro de dispersión.

La utilización del IE puede ser de vital importancia para correlacionar con la Compliance sin necesidad de realizar una pausa inspiratoria.

El cálculo del índice puede ser fácilmente realizado a pie de cama o ser incluido en mediciones automáticas en los microprocesadores.

Un IE entre 0,5 y 0,69 se correlaciona adecuadamente con Compliance.

Valores mayores a 0,7 se correlacione con pulmones sobredistendidos o muy restrictivos donde el paso del aire distal a la medición está severamente afectado.

No se vió correlación con: PEEP, Driving Pressure, VT, FIO2 ni con los diferentes diagnósticos

Conclusiones: El IE tiene correlación estadísticamente significativa con la variable de Compliance Pulmonar. Podría ser utilizado en la práctica médica como una nueva herramienta original en el paciente crítico. Ante el advenimiento de la pandemia por COVID-19 la VM está siendo utilizada con más vigor que nunca, nuevas estrategias son necesarias y elementales para el crecimiento y el conocimiento médico.

CL-03-01 // CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON VASCULITIS LEUCOCITOCÁSTICA QUE CONSULTAN EN EL SERVICIO DE DERMATOLOGÍA DE DOS INSTITUCIONES DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN, COLOMBIA 2014-2018

MARTÍNEZ, L.; VÁSQUEZ HINCAPIÉ, D.; RODRÍGUEZ, L.; CORONADO MAGALHÃES, G.; HERRERA ALMANZA, L.; JARAMILLO, L.; MORALES, A.; VILLEGAS, J.; MOLINA, V.; CERON, S.
Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Objetivos: Caracterizar clínica y epidemiológicamente los pacientes diagnosticados con vasculitis leucocitocástica que consultan en el servicio de dermatología de dos instituciones de alta complejidad de la ciudad de Medellín, Colombia.

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo, incluyó las historias clínicas de pacientes que cumplieron con los criterios de elegibilidad, se realizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. El análisis se realizó en el programa SPSS Versión 24, para las variables cualitativas se estimaron frecuencias absolutas y relativas y para las cuantitativas, media con desviación o mediana con rangos intercuartílicos.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes de los cuales el 71% eran del sexo femenino. En los antecedentes patológicos se observó que tenían diagnóstico de lupus, artritis, síndrome antifosfolípidos y síndrome de Sjögren en el 9%, 7%, 6% y 4%, respectivamente. En los antecedentes farmacológicos los principales medicamentos reportados fueron los inmunosupresores con un 58%, entre los cuales se destacan los esteroides con un 33%. Las lesiones dermatológicas principales fueron maculopapulares (33%), habones (16%) y úlceras (15%).

Conclusiones: La vasculitis leucocitocástica es la causa más frecuente de vasculitis cutánea en nuestra población, muchos son los factores que pueden relacionarse con el desarrollo de ésta, sin embargo, entre los diversos antecedentes patológicos existentes los principales son las enfermedades autoinmunes lo cual se debe tener en cuenta para hacer el diagnóstico y establecer una relación causal.

CL-05-01 // VARIABLES DETERMINANTES DE DIFERENCIAS HALLADAS EN EL PROCESO DE ENSEÑANZA APRENDIZAJE DE CLÍNICA MÉDICA EN LA VIRTUALIDAD

GAYDOU BORSOTTI, A.; CANDIOTI BUSANICHE, M.; REUS, V.; ANADÓN, P.; FERNANDEZ ESCOBAR, J.; CARRERA, I.; CUEVAS, G.; BOXLER, F.

Facultad De Ciencias Medicas Unl. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: La educación virtual es un recurso que permite ante circunstancias especiales cumplir con el proceso de enseñanza/ aprendizaje. Las Tics pueden reducir barreras de espacio/tiempo para aprender y disminuir el impacto sobre la continuidad de la enseñanza en un escenario como el de la Pandemia Covid 19

El objetivo de la investigación es determinar los factores que generan diferencias en el nivel de aprovechamiento del aula virtual en alumnos que cursan Clínica Médica en la FCM de la UNL en el escenario de la pandemia mundial por Covid 19 están relacionados más con los docentes, los alumnos y o el entorno social y familiar .

Materiales y Métodos: El diseño metodológico se basó en el paradigma cuantitativo y como técnica la encuesta, obteniendo los rangos porcentuales de cada ítem del cuestionario.

La muestra estudiada fueron 208 alumnos y 20 docentes

La base de datos se creó con Microsoft Office Excel y se analizó con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 22.0 para Windows. Las asociaciones entre las variables categóricas fueron estudiadas a partir de pruebas no paramétricas como el chi-cuadrado de Pearson y prueba exacta de Fisher.

Resultados: Los resultados del estudio indican, que uno de los factores más relevantes es el sentimiento de miedo e inseguridad del docente no habituado a la virtualidad, unido a la poca capacidad de resiliencia y escasa competencia para la utilización de las herramientas educativas , el segundo factor condicionante es el analfabetismo informático del alumnado para la utilización de TICS y el pobre acompañamiento del entorno social y familiar por el alto costo que hoy tienen en la Argentina el sostén de conectividad efectiva.

Conclusiones: La educación en la virtualidad ,al igual que en la presencial tiene sus fortalezas y debilidades pero adecuadamente implementada logra incorporación de contenidos con alta efectividad y mayor aprovechamiento del tiempo en la enseñanza de Clínica Médica.

CL-05-02 // PREVALENCIA DE LOS CASOS POR COVID 19 EN EL PERSONAL DEL HIGA GANDULFO EN LOS MESES DE JUNIO, JULIO Y AGOSTO 2020.

MORENO VALERO, O.; SUAREZ, D.; BUSTAMANTE, C.; ZARATE, m.; CAVALLO, R.; SZPAK, A.; LABAT, L.; ALJUL, E.; NAVARRO, A.; PESCE, C.

Higa Gandulfo. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Estudio retrospectivo observacional sobre la prevalencia de casos Covid 19 en los trabajadores del HIGA Gandulfo de Lomas de Zamora, durante los meses de junio, julio y agosto del 2020 por servicio, con el objetivo de determinar predictores modificables o no para mejorar protocolos

Materiales y Métodos: Se incluyeron trabajadores con hisopado positivo para Covid 19, estableciendo la prevalencia del total de empleados, buscando las áreas más afectadas por factores institucionales o extra institucionales basado en la recolección de datos sobre la cantidad de pacientes vistos por servicios directa o indirectamente, modo de movilización al hospital, capacitación EPP, pluriempleo, horas trabajadas por semana, número de habitantes que duermen en una habitación, promedio ingresos familiares, variantes que pueden influir en el aumento de los casos en el hospital

Resultados: El total de personas infectadas fue de 241, de 2200 trabajadores, con una prevalencia de 9.1 % y una incidencia de junio 21%, julio 31.9% y agosto 46%. Las áreas más afectadas fueron: enfermería (30.28%), médicos (27.72%) resto de servicios (41.59%); Considerando que en cada servicio varía en número de personal, cantidad y tipo de contacto con pacientes. Fueron 1200 casos positivos correspondiente al 37.6%. La mortalidad del personal en trabajadores del hospital fue de 0.16%. En los factores extra institucionales de los 241 trabajadores del hospital que accedieron a brindar información voluntaria fueron 190, que corresponde al (78.8 %) lo cual evidencia que: El área de enfermería el (64%) se desplaza en transporte público, (4%) viven más de 2 habitantes por habitación, (40 %) tiene pluriempleo, capacitación uso de EPP (88%), (8%) supera las 36 hs semanales de trabajo, promedio de ingresos menor a 40.000 mil por grupo familiar corresponde al (44 %); En el área administrativa el (33%) se desplaza en transporte público, (0 %) viven más de 2 habitantes por habitación, (11 %) tiene pluriempleo, capacitación uso de EPP (33%), (11%) supera las 36 hs semanales de trabajo, promedio de ingresos menor a 40.000 mil por grupo familiar corresponde al (11 %); En el área Médica el (52%) se desplaza en transporte público, (8 %) viven mas de 2 habitantes por habitación, tiene pluriempleo (60%), capacitación uso de EPP (92%), supera las 36 hs semanales de trabajo (100%), promedio de ingresos menor a 40.000 mil por grupo familiar corresponde al (0%); En las otras áreas agrupadas: el (77%) se desplaza en transporte público, (0%) viven mas de 2 habitantes por habitación, tiene pluriempleo (23%), capacitación uso de EPP (33%), supera las 36 hs semanales de trabajo (33%), promedio de ingresos menor a 40.000 mil por grupo familiar corresponde al (55%)

Conclusiones: El factor de contagio para enfermería fue el uso de transporte público, en el área administrativa fue la pobre capacitación en bioseguridad y en el área médica el pluriempleo y jornadas laborales extensas

CL-05-03 // LA CALIDAD DE LA EPICRISIS COMO INSTRUMENTO DE APRENDIZAJE

BENGOLEA, A.; CID, C.; IPIÑA, M.; CEIRANO, A.; ASTIGUETA, M.; SAAVEDRA, E.; RUIZ, J.; CATALANO, H.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Objetivos: Evaluar la calidad de las epicrisis desarrolladas por el servicio de clínica médica del Hospital Alemán a fin de construir una base para la incorporación como parte del entrenamiento de los residentes.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de tipo corte transversal. Para evaluar la calidad, se valoró la tasa de completitud y la coherencia, la cual se definió como el grado de coincidencia entre la información reportada en la epicrisis y la historia clínica. Para esto se desarrolló una lista de componentes que deben coincidir entre la historia clínica y la epicrisis. Cada componente podría ser cumplido o no cumplido, dándole el valor de 1 y 0, respectivamente. Al final se sumaron los valores, obteniéndose puntajes de 0 al 10.

Resultados: Se revisaron 66 historias clínicas en total, comprendiendo 3 meses de evaluación. Se observó que 8/65 (12% IC95% 5-23) de las epicrisis fueron totalmente coherentes, 53/65 (82% IC95% 70-90) fueron coherentes, 4/65 (6% IC95% 2-15) poco coherentes. En este estudio se utilizaron dos herramientas desarrolladas ad hoc para este objetivo diseñadas a partir de modelos publicados en la literatura. Se observó que en el 90% eran coherentes o totalmente coherentes. En todos los dominios se observó que más del 90% de las epicrisis presentaban coherencia, excepto en el dominio 'plan de seguimiento' donde se observó que el 81% de las epicrisis resultaron coherentes y en el dominio 'alergias' donde solamente un 20% presentó coherencia. Con respecto al análisis de la calidad, el 86,15% de las epicrisis fueron de alta calidad y el 13,85% de calidad moderada, sin epicrisis de baja calidad. Los dominios con menor puntaje fueron: 'información con respecto a complicaciones de procedimientos', 'información con respecto a complicaciones del tratamiento' y 'seguimiento en el tiempo'.

Conclusiones: El proceso de egreso hospitalario es central en la transición del cuidado del paciente internado al ámbito ambulatorio. Una falla en el pase de información (epicrisis) puede llevar a provocar daños en el paciente y eventualmente la rehospitalización, especialmente en adultos mayores. De ahí la importancia en el trabajo multidisciplinario para llevar a un proceso estandarizado en la organización, siendo un primer paso comprender cuales son las barreras y facilitadores para llevarlo adelante.

CL-05-05 // CAUSAS DE DECESOS EN PANDEMIA EN SAN JUAN ANTES DE LA PRIMERA MUERTE POR SARS- COV-2

TEJADA BOTELLA, C.; RUEDA, M.
Hospital Dr Marcial Quiroga. San Juan, Argentina.

Objetivos: Objetivo General: Conocer las principales etiologías de decesos en nuestro centro durante un periodo de pandemia.

Objetivos Particulares:

Establecer el número de decesos en un periodo de tiempo en la totalidad del hospital.

Determinar los servicios donde se produjeron la mayor cantidad de óbitos.

Materiales y Métodos: **Materiales y Métodos:** se llevó a cabo un trabajo observacional, descriptivo, retrospectivo. En un periodo de tiempo de 5 meses, se realizó revisión retrospectiva sobre las causas de deceso en la provincia de San Juan Hospital Dr. Marcial Quiroga. Se completó una base de datos que contenía datos filiatorios, morbilidades, etiología de decesos, servicio, días de internación.

Criterios de Inclusión: mayor de 18 años, internados en el Hospital Marcial Quiroga.

Tiempo: desde el 15 de marzo del 2020 hasta 31 de Julio del 2020.

Resultados: Se analizaron 166 historias clínicas digitales durante el periodo de tiempo de marzo a Julio del 2020, teniendo en cuenta que el primer óbito por Sars- Cov-2 en la provincia de San Juan fue el 24 de Agosto del 2020. El 57,8 % correspondió al sexo masculino, edad promedio de 67,6 años. (Mínimo 19, máximo 102). Las etiología más frecuentes en orden decreciente fueron: Infecciosa 28,9% (48); Oncológica 26,5% (44); Cardiovascular 19,9% (33); Cirrosis 9,63% (16); Respiratorio 5,4% (9); Mal definida 4,2% (7); Infecciones intrahospitalarias 3% (5), Otros 2,4% (4). El 54,4% (87) estuvo internado en el Servicio de Clínica Médica y el 31,3% (57) en el Servicio de Terapia intensiva.

Conclusiones: Predomino el sexo masculino el promedio de edad fue 67,6 años (Mínimo 19, máximo 102). Predomino la etiología infecciosa seguida de la oncológica.

CL-05-04 // ¿VERDAD O MITO? EL SÍNDROME DE LA NUBE NEGRA ENTRE LOS RESIDENTES DE CLINICA MEDICA.

AGNOLETTI, C.; PISSINIS, M.; CEIRANO, A.; SAAVEDRA, E.; CRINITI, J.; CATALANO, H.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Objetivos: Identificar de forma objetiva aquellos residentes cuyas guardias tengan mayor carga de trabajo y que por lo tanto sean considerados como 'nubes negras' y comparar los resultados obtenidos con aquellos de percibidos a través una encuesta

Materiales y Métodos: Se realizó un trabajo observacional, prospectivo sobre una cohorte de residentes de clínica médica del Hospital Alemán de Buenos Aires que se encontraban realizando guardias en sala general entre los meses de julio de 2019 y enero de 2020. Todas las mañanas se realizó una encuesta a los residentes que habían estado de guardia la noche anterior que consideraba las siguientes variables: fecha, residente, nº ingresos, horas de sueño, pases a unidad cerrada, óbitos y estudios urgentes. Previo a la recolección de los datos se realizó una encuesta a los residentes para que entre ellos se identifiquen como nubes negras o no según criterios pre establecidos.

Resultados: Cuatro residentes (13,8%) fueron catalogados como 'nubes negras'. Comparando con el resto de los residentes, la diferencia en ingresos no fue estadísticamente significativa (12,5 nubes negras vs 11,0 el resto, $p = 0,46$). Si se observaron diferencias estadísticamente significativas en la mediana de horas de sueño (2,3 vs 3,0, $p = 0,03$), y promedio de pases a unidad cerrada (0,5 vs 0, $p < 0,01$) y óbitos (0 vs 1, $p < 0,01$). Respecto a la encuesta de percepción, se recolectaron las respuestas de 27 residentes, un total de 10 residentes (37%) se auto percibió como nube negra, mientras que un total de 11 fueron percibidos por el conjunto como nubes negras. De esta cohorte, un total de 6, se percibían a sí mismos y por los demás como nubes negras. Luego, se agruparon estos dos grupos y de ello se desprendió que sólo un residente era percibido por el resto como nube negra además de entrar en esa categoría por nuestro trabajo.

Conclusiones: as creencias y supersticiones son abundantes en medicina, especialmente dentro de las residencias, sin embargo, el concepto de 'nube negra', tomó un rol importante ya que involucra a las personas en su lugar de trabajo. En trabajos previamente reportados en la literatura, no se evidenciaron diferencias significativas en la carga de trabajo, lo cual fue consistente con nuestros hallazgos 5,6. Sin embargo, los conceptos de óbitos, horas de sueño y pase a unidad de cuidados intensivos si encontraron una asociación entre el residente catalogado como nube negra que se encontraba presente y su desarrollo como evento.

CL-05-06 // ASOCIACIÓN ENTRE MOTIVACIONES ALTRUISTAS Y SATISFACCIÓN ALCANZADA CON SU CARRERA, EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE ARGENTINA

ROLDÁN, A.; ROUSSEAU PORTALIS, M.; COLOMA ORÉ, R.; PONTIGGIA, G.; ZEREGA, P.; POLITI, M.
Laboratorio De Estadística Aplicada A Las Ciencias De La Salud. Ciudad Autonoma De Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: La satisfacción de los profesionales de la salud es un factor que se correlaciona con su desempeño y la satisfacción de los pacientes. Aún así, hay poca evidencia que evalúe el impacto de la satisfacción sobre el desempeño de los estudiantes de pregrado de Medicina.

Se conoce que el perfil motivacional altruista del estudiante se relaciona con un mejor rendimiento académico y con menores pensamientos de deserción. Sin embargo, no se ha evaluado su relación con el grado de satisfacción de los estudiantes. El objetivo de este estudio es determinar si existe una asociación entre el perfil motivacional del estudiante y su satisfacción dentro de la carrera de Medicina.

Materiales y Métodos: Estudio observacional y analítico, de corte transversal, que incluyó a estudiantes de Medicina de Argentina de primer y quinto (y/o último) año. Se excluyeron a los estudiantes que no hubiesen completado la encuesta en ítems relevantes para construir las variables predictoras y desenlace, y a los estudiantes que no hubiesen consentido a participar en el estudio. La recolección de datos se realizó de manera prospectiva a través de una encuesta estructurada de 22 preguntas dirigidas con respuestas de opciones múltiples, seleccionadas a partir de la encuesta de la Red-LIRHUS, realizada en estudiantes de Medicina latinoamericanos. La encuesta en Argentina fue realizada en formato virtual (Google Forms). Se obtuvo una muestra por conveniencia invitando a estudiantes a participar a través de redes sociales.

El desenlace primario fue la asociación entre el perfil motivacional de los estudiantes y su satisfacción con respecto a la carrera de Medicina, valorado mediante un test de chi cuadrado. Se evaluaron las potenciales covariables de esta asociación, mediante un modelo de regresión logística multivariada. Todos los análisis se realizaron en el programa gratuito R versión 1.2.5033.

Resultados: Se enrolaron 2301 estudiantes, siendo la mayoría mujeres (79%), jóvenes (23 [20-25] años de edad) y solteras (90%). El porcentaje de estudiantes satisfechos con la carrera de Medicina fue significativamente mayor en aquellos con un perfil motivacional altruista (84% vs 72%; $\chi^2=46,0$; $p<0,001$). En un modelo de regresión logística univariado, un perfil motivacional altruista estuvo asociado a referir satisfacción con la carrera de Medicina (OR = 2,04; IC95% 2,27 - 2,90; $p<0,001$). Este efecto se mantuvo luego de ajustar por sexo y edad (OR = 1,99; IC95% 1,62 - 2,46; $p<0,001$).

Conclusiones: En estudiantes de Medicina de la Argentina, un perfil motivacional altruista al ingreso de la carrera estaría asociado a referir satisfacción durante la misma. Este hallazgo podría aportar información a los estudiantes acerca de la decisión de elegir una carrera universitaria, como así también a las universidades, para asesorarlas en la inversión de recursos humanos.

CL-06-01 // VALIDACIÓN DE INSTRUMENTO NEDOCs PARA MEDIR OVERCROWDING EN UNA CENTRAL DE EMERGENCIAS DE ADULTOS

GRANDE RATTI, M.; VAZQUEZ PEÑA, F.; WEISBROT, M.; ESTEBAN, J.; DÍAZ, M.; GIUNTA, D.; MARTINEZ, B.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Objetivos: Validar la herramienta NEDOCs para evaluar el overcrowding en una Central de Emergencias de Adultos (CEA) de un hospital privado de alta complejidad en Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Estudio de validación en 2 fases. En la fase 1, el overcrowding fue determinado en forma retrospectiva por la herramienta NEDOCs para el período comprendido entre 30/06/2017 y 30/06/2018, con un número total de 8784 mediciones horarias. Se utilizaron los siguientes métodos para validez de constructo y confiabilidad: Análisis Factorial Confirmatorio (AFC), Varianza Media Extractada (VME) y Fiabilidad Compuesta (FC). En la fase 2, una recolección prospectiva de una muestra aleatoria de 50 horas entre 01/07/2019 y 07/08/2019 inclusive, restringidas por factibilidad a rango horario entre 10 y 20 horas, fueron incluidas para la medición de overcrowding en tiempo real, a través de encuestas administradas por diferentes profesionales de la salud integrantes de la CEA (médicos, enfermeros o administrativos). Se utilizó el coeficiente de Pearson para explorar la correlación entre la percepción subjetiva de los evaluadores y la medición retrospectiva objetiva de bases secundarias utilizando NEDOCs.

Resultados: En la fase 1, se determinó que nuestra CEA estuvo con overcrowding más del 51,28% del tiempo, en el que la herramienta NEDOCs calificaba un 4,54% como desastre (categoría máxima o nivel 6). El AFC mostró un buen ajuste, dado que los indicadores generales del modelo fueron satisfactorios (RMSEA=0,07 y $p=0,01$; y CFI=0,96). Sin embargo, para la estructura unifactorial con 5 indicadores, no todas las cargas factoriales de los ítems resultaron fuertes y significativas, debido a que 2 variables (I3: número de pacientes en urgencias con ventilación asistida; e I5: tiempo de espera que tiene el paciente con más demora de la sala de espera) arrojaron muy bajas cargas factoriales (valores de 0,26 y 0,19 respectivamente). En cuanto a la confiabilidad, también careció de buen ajuste resultando VME=0,31 y FC=0,63, ambos valores inferiores a los aceptables.

En la fase 2, se completaron 50 encuestas, evidenciando que nuestra CEA estuvo con overcrowding 32% (IC95% 19,52-46,69). Se alcanzó una correlación positiva moderada con Pearson $r=0,49$ y significancia estadística ($p<0,01$) entre la medición de NEDOCs (como valor numérico continuo) y el grado de congestión referido por profesionales (escala de likert del 1 al 6).

Conclusiones: El uso de la herramienta NEDOCs para determinar overcrowding podría resultar inexacto en nuestro medio, dado que al análisis factorial se puede observar que existe poca varianza común en al menos dos de los indicadores incluidos. Estos hallazgos sugieren que probablemente, sería inapropiado considerar las medidas de gestión únicamente basándonos en este puntaje. Si bien el NEDOCs resulta factible, relativamente sencillo y rápido de usar, podría convertirse en una herramienta más útil con mayor refinamiento o grado de precisión.

CL-06-03 // PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE CULTIVOS DE PACIENTES ADULTOS QUE CONSULTARON EN UN SERVICIO DE EMERGENCIAS Y REQUIRIERON INTERNACIÓN POSTERIOR POR DIAGNÓSTICO DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

TORRES GOMEZ, F.; GALVALISI, N.; VILLAR, L.; PEUCHOT, V.; BOIETTI, B.
Sanatorio Finochietto. Caba, Argentina.

Objetivos: Describir la microbiología y resistencia de los urocultivos y características de los pacientes que se internan por diagnóstico de ITU y determinar la prevalencia de internación desde el servicio de emergencias.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal en céntrico en 2017. Realizado en pacientes > 18 años con criterio de internación por ITU. Se describieron las variables continuas como medianas e intervalos intercuartil. Se presentaron las variables categóricas como frecuencias.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes. La mediana de edad fue de 66 años, 16 eran hombres y la comorbilidad que más se presentó fue patología urinaria obstructiva en 18 de los pacientes. La terapia empírica antimicrobiana más utilizada fue piperacilina tazobactam en unos 25 casos. El germen más frecuente fue la E.Coli en 18 cultivos y con resistencias para quinolonas y cefalosporinas del 52%. 6 de los urocultivos correspondió a E.Coli BLEE. La prevalencia de internación fue de 1,2% (IC 95 1,2% - 8,7%).

Conclusiones: La prevalencia reportada en este estudio se asemeja a la reportada en la literatura internacional. La presentación más frecuente de los urocultivos fue E.Coli. Estos resultados nos permiten optimizar los tratamientos empíricos de inicio con un espectro más actualizado con respecto a las recomendaciones locales y acorde a los perfiles de sensibilidad y resistencia del nuestro centro para evitar el uso no racional de antibióticos y la generación de gérmenes multi resistentes.

CL-06-02 // TABLERO DE CONTROL PARA EL SEGUIMIENTO DE ATENCIÓN VIRTUAL EN PACIENTES COVID DE MANEJO DOMICILIARIO

MERCAU COSSIO, R.; IANNICELLI, A.; PEDRETTI, A.; RODRIGUEZ, P.; LUNA, D.; GRANDE RATTI, M.; MARTINEZ, B.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Objetivos: Ante una posible saturación del sistema de salud durante la pandemia, el MSa-GCBA habilitó el manejo extrahospitalario de casos COVID-19 confirmados con cuadro clínico leve o asintomáticos para optimizar utilización de camas hospitalarias. En respuesta a esta medida, el Hospital Italiano de Buenos Aires empezó a otorgar el alta a domicilio desde la Central de Emergencias de Adultos (CEA) desde el 22/06/2020. En este marco, preparó un sistema de seguimiento con teleconsultas, y fue necesaria la planificación y el diseño de un tablero interactivo que permitiera visualizar indicadores de gestión y seguridad. El objetivo es describir nuestra experiencia del diseño, implementación y utilización de esta herramienta informática.

Materiales y Métodos: Se realizaron reuniones operativas entre Clínica Médica y Bioestadística-Informática para la definición de nuevos indicadores que permitieran el monitoreo evolutivo del paciente (seguridad), y que garantizara la toma de decisiones gerenciales (por ejemplo: casos acumulados es necesario para redefinir el personal sanitario en para la telemedicina programada en forma sistemática y periódica). Se establecieron las variables necesarias para su construcción, y las fuentes de datos como insumo principal para la elaboración del mismo, estando dicho requerimiento el 08/07/2020.

Resultados: El tablero fue desarrollado para proporcionar los datos en tiempo real, que en la práctica se comporta como una cohorte prospectiva dinámica (donde cada sujeto tiene una fecha de inclusión y fin de seguimiento diferente), con actualizaciones cada 24 horas (el día actual incluye información hasta el día previo inclusive). Esta herramienta estuvo disponible desde el 27/07/2020, resultando fácil de utilizar para los usuarios (médicos, investigadores y autoridades), con el fin de rastrear el brote a medida que se desarrolla, y estando disponible con acceso restringido para responsables involucrados (de uso interno con usuario y clave).

El tablero constó de 3 indicadores que contribuyen la información necesaria para el diagnóstico integral de gestión: (a) Número total acumulado de pacientes en seguimiento ambulatorio (definido desde día del hisopado hasta cumplir los 14 días de teleasistencia); (b) Recuento de pacientes global estratificado por día de seguimiento (ej: X día+1, Z en día+2, etc); (c) Estratificación de pacientes por día según cobertura (Plan de Salud sí/no). Por otro lado se incluyen 2 indicadores adicionales relacionados a la seguridad (proxys de mala evolución clínica) dentro de los 14 días de seguimiento desde la fecha índice: (d) Cantidad de pacientes que presentaron re-consulta presencial en CEA; (e) Cantidad de pacientes que presentaron internación.

Conclusiones: Desarrollamos una estrategia que permite el monitoreo y la evaluación casos COVID-19 confirmados de manejo ambulatorio, con información veraz y oportuna para la toma de decisiones. Si no medimos lo que hacemos, no podemos controlarlo, y si no podemos controlarlo no podemos tomar decisiones para mejorar.

CL-06-04 // EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD DE LOS MÉDICOS PARA RESOLVER DILEMAS ÉTICOS EN MEDICINA DE URGENCIAS. UN ESTUDIO PILOTO

GALVALISI, N.; PENALBA, M.; MEJIA, R.; BELLI, L.; MAGLIO, I.
Sanatorio Finochietto. Caba, Argentina.

Objetivos: Explorar el entrenamiento en Bioética que han recibido los médicos que se desempeñan en Servicios de Emergencias, a través de su habilidad para resolver problemas éticos de frecuente aparición.

Materiales y Métodos: Se realizó una encuesta autoadministrada en línea entre médicos que desarrollan su actividad en el Servicio de Emergencias del Sanatorio Finochietto en Buenos Aires, Argentina. La encuesta evaluó aspectos demográficos, la formación recibida en ética y la calidad percibida de la de la misma. La encuesta también exploró el conocimiento sobre el consentimiento informado y la evaluación de la capacidad de decisión, la toma de decisiones sustituta, la interpretación de directivas anticipadas, el retiro y/o la abstención del soporte vital y el consentimiento para el tratamiento de emergencia, a través de viñetas clínicas revisadas por expertos en el campo. Cada viñeta tenía dos preguntas con respuestas de opción múltiple. Cada respuesta correcta recibió 1 punto y aquellos que respondieron correctamente las 10 preguntas obtuvieron una puntuación final de 10.

Resultados: La tasa de respuesta fue 79,7% (55/69), 76,4% (42) fueron mujeres y la edad media fue 33,6 años (DE 2,98) con 7,8 (DE 2,34) años promedio desde la graduación de la facultad de medicina. Aunque 39 (70,9%) informaron no haber recibido ninguna formación formal en ética, la calidad percibida de la formación en ética se calificó como buena en un 52,7%, excelente o muy buena en un 9,1% y regular / mala en un 38,2%. Entre los encuestados, el 61,8% informó abordar dilemas éticos a diario o con mucha frecuencia. Los encuestados informaron que la negación del soporte vital y la evaluación de la capacidad de decisión eran los dilemas éticos más frecuentes (70,9% y 60% respectivamente). La puntuación media fue 5,15 / 10 (DE 1,27), la toma de decisiones sustituta fue el dilema más difícil, ya que solo 3 de los participantes (5,5%) identificaron el plan de acción correcto.

Conclusiones: Los resultados de este estudio piloto sugieren que los programas de formación médica en emergentología deberían incluir formación en ética en su plan de estudios. Se necesitan más estudios para confirmar estos resultados.

CL-06-05 // INCIDENCIA ACUMULADA DE RECONSULTAS A 72 HORAS LUEGO DE UNA VISITA AL SERVICIO DE EMERGENCIAS

UNGARO, C.; MOYA TORRES, S.; RIJO, M.; CARO, P.; RIOS, F.
Sanatorio Las Lomas. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es reportar la incidencia acumulada de reconsultas a 72 horas luego de una consulta índice a un servicio de emergencias. Objetivos secundarios son describir las características clínicas de los pacientes que reconsultan, identificar el diagnóstico de la consulta índice y de las reconsultas y estimar la proporción de reconsultas que requieren hospitalización.

Materiales y Métodos: Condujimos un estudio de cohorte retrospectiva desde el primero de noviembre de 2019 hasta el 31 de enero de 2020. Fueron incluidos los pacientes mayores de 17 años que tuvieron una reconsulta dentro de las 72 horas de la consulta índice al servicio de emergencias.

Resultados: Identificamos 233 reconsultas a partir de 7194 consultas índice. La incidencia acumulada de reconsulta fue de 1,08%.

La media de edad fue de 41,57 años (DS 16,69) y el 58,37% eran mujeres. La mayoría de los pacientes no reportó antecedentes médicos de relevancia (73%). La presencia de enfermedad cardiovascular (7,7%) fue el antecedente más frecuentemente manifestado.

En relación a los motivos de reconsulta, los síntomas respiratorios representaron el 24,9% de los casos. El diagnóstico de la reconsulta fue distinto al de la consulta índice en 20,17% de los pacientes, mientras que en el resto evidenciamos progresión o persistencia sintomática.

Una minoría de los pacientes requirieron hospitalización luego de la reconsulta (9,87%), mientras que el resto fue manejado en el ambiente ambulatorio.

Conclusiones: Creemos que estos hallazgos proveen información de utilidad para facilitar la identificación de las poblaciones de riesgo, y pueden ayudar a los proveedores de salud a generar programas relacionados al cuidado y prevención de eventos adversos relacionados a la reconsultas a los servicios de emergencias.

CL-06-06 // ECOGRAFÍA DIAFRAGMÁTICA EN LA EVALUACIÓN INICIAL DE INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN PACIENTES ADULTOS QUE REQUIEREN ASISTENCIA RESPIRATORIA EN LA CENTRAL DE EMERGENCIAS DEL HOSPITAL ITALIANO DE BUENOS AIRES

PERALTA, H.; TORRES GOMEZ, F.; RUIZ, V.
Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Describir las características clínicas, los diagnósticos de ingreso y las mediciones de la ecografía diafragmática en la evaluación inicial de insuficiencia respiratoria aguda de cualquier causa en pacientes adultos que requieran algún tipo de asistencia respiratoria artificial en la central de emergencias

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal prospectivo desarrollado en el ámbito de la central de emergencias. Se incluyeron todos los pacientes adultos mayores de 17 años con diagnóstico de ingreso de insuficiencia respiratoria aguda y requerimiento de asistencia respiratoria artificial en la central de emergencias del Hospital Italiano sede central a los que se les realizó ecografía diafragmática durante la evaluación inicial. Se describieron las variables continuas como medianas e intervalos intercuartil. Se presentaron las variables categóricas como frecuencias absolutas.

Resultados: Se reclutaron un total de 23 pacientes durante el periodo de estudio. De los cuales 16 correspondían al sexo femenino. Dentro de las comorbilidades las de mayor presentación fueron la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en 10 pacientes, insuficiencia cardíaca en 7 pacientes, internación domiciliaria en 6 pacientes y requerimiento de oxígeno domiciliario en 5 pacientes. El diagnóstico inicial de triage en todos los pacientes incluidos fue insuficiencia respiratoria y por final de epicrisis se encontraron los siguientes: neumonía en 8 pacientes, insuficiencia cardíaca en 5 pacientes y enfermedad pulmonar obstructiva crónica exacerbada en 4 pacientes. 21 pacientes requirieron internación en unidad de terapia intensiva con requerimiento de asistencia respiratoria artificial no invasiva (VNI) en 12 pacientes. Las mediciones diafragmáticas se realizaron en la totalidad de los pacientes, encontrándose los siguientes **Resultados:** Excursión diafragmática derecha: 14,4 (4,1-50) Excursión diafragmática izquierda 12,25 (3,6-29), Grosor diafragmático derecho 3,35 (1,4-5,8) Tasa de ensanchamiento derecho 33,3(2,77-111,7), Grosor diafragmático izquierdo 2,4 (1,3-3,4) Tasa de ensanchamiento izquierdo 20(3,70-80), Tiempo inspiratorio derecho (milisegundos) 822,500(323,000-2516,000), Tiempo inspiratorio izquierdo (milisegundos) 677,000 (419,000- 2581,000) Duración del ciclo inspiratorio izquierdo (milisegundos) 2055,000(506,000-2645,000)

Conclusiones: Este trabajo nos permitió conocer los valores de medición en la realización de ecografía diafragmática, los diagnósticos clínicos agudos y las características basales de los pacientes en el ámbito de emergencias

CL-07-01 // SCREENING DEL PIÉ DIABÉTICO: EXACTITUD DEL JUICIO CLÍNICO INICIAL COMO PREDICTOR DE PIE DIABÉTICO EN RIESGO

BENITEZ, M.; VELEZ, L.; GARRIDO, M.; BRINGAS, M.; ACUÑA, C.; PALOMBO, M.; PRESMAN, C.; RACCA, P.
Hospital Nacional De Clínicas De Córdoba. Córdoba, Argentina.

Objetivos: La neuropatía diabética (NPD), presenta un espectro clínico amplio. La prevalencia de úlceras de pie: 4 a 10 %, incidencia anual 1 a 4,1%, incidencia de por vida: 25%. Estas úlceras son el usual primer punto en el 85 % de las amputaciones de miembros inferiores. La NPD reúne los criterios para considerarla en screening periódico de salud. El monofilamento (MF) de Semmes-Weinstein 5.07/10 grs es recomendado por la OMS prueba sensorial cuantitativa de elección para el screening de pérdida de la sensación protectora.

Nuestra hipótesis plantea que la historia clínica es inexacta y mal predictor para detectar pacientes con pie diabético en riesgo.

Objetivo:

Determinar la exactitud del juicio clínico inicial (JCI) basado en la historia y examen físico de rutina como predictor de pie diabético en riesgo usando como patrón de referencia al MF.

Materiales y Métodos: Previo taller de entrenamiento de 10 hs con 4 participantes: 2 médicos y 2 estudiantes. Participantes A y B realizaron independientemente historia y examen físico estimando en forma dicotómica presencia o ausencia de pie diabético en riesgo (prueba a desafiar).

Participantes C y D independientemente evaluaron con MF los mismos pacientes calificando pie diabético en riesgo positivo o negativo (patrón de referencia). Definimos como pie diabético en riesgo a 1 de 4 puntos plantares insensibles según técnica. Se mantuvo el ciego entre prueba y patrón de referencia.

Criterios de exclusión: cualquier tipo de amputación y úlcera plantar por su alto e independiente valor predictivo positivo (VPP). **Diseño:** observación, transversal, diabéticos consecutivos, dos niveles de atención: APS, e internados. Determinamos exactitud del JCI, con sus intervalos de confianza del 95 % (IC 95%), programa SPSS. Como prueba diagnóstica, nos guiamos por las Declaraciones de consenso STARD.

Resultados: Mujeres (68 %), edad: 34 a 88, media (65 años), IMC: 1 (Normal): 32%, 2 (Sobrepeso), 42%, 3 (Obesos) 26%, fumadores: 47%, tiempo del diagnóstico de DM: 14,6 años (media), tipo de DM: 2 (82%), lesión de órgano blanco: CV, renal, otras: 75%, promedio internaciones previas: 2,15 ; nivel de atención: internados: 55(66%), APS: 29(34 %). Con una prevalencia de NPD en APS: 21%, en nivel 3º: 33% (P < 0,000). El JCI mostró: S: 92%, E: 70%, VPP: 55%, VP: 95%, LR (+): 3,05, LR (-): 0,11. No hubo diferencia estadísticamente significativa entre ambos niveles de atención. La coincidencia interobservador con el uso del MF 5.07/10 grs, pre-pos intervención educativa según técnica de Steven McGee: coeficiente Kappa: pre intervención educativa con 15 primeros pacientes: 0,50, Kappa pos intervención educativa con otros 14 pacientes: 0,82.

Conclusiones: Cuando el médico sospechó pie diabético en riesgo (pérdida de la sensación protectora) se equivocó en 45% de las veces (VPP: 55%), LR (+): 3,05, cuando sospechó riesgo normal (sensación protectora normal) se equivocó en 5% (VP: 95%), RV (-): 0,11. Subdiagnosticar (falso negativo) es menos probable que rotular (falso positivo).

CL-07-02 // PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DEL MONOFILAMENTO DE SEMMES-WEINSTEIN COMO INSTRUMENTO PARA EVALUAR PIE DIABÉTICO EN RIESGO

BENITEZ, E.; ROJO, S.; VELEZ, L.; WIESHAMM, N.; GARRIDO, M.; GUERINI, J.; MARTINEZ PAIVA, S.; PALOMBO, M.; BENITEZ, M.

Hospital Nacional De Clínicas. Córdoba. Córdoba, Argentina.

Objetivos: El monofilamento (MF) de Semmes-Weinstein 5.07/10 grs es reconocido por la OMS prueba sensorial cuantitativa de elección. Se necesita una etapa de enseñanza-aprendizaje para su uso correcto. La neuropatía periférica diabética (NPD) es una complicación mayor. La pérdida de la sensación protectora (PSP) es causa principal de lesiones, la prevalencia de úlceras de pie 4 a 10%, incidencia anual 1 a 4,1%, incidencia de por vida 25%. Preceden a la amputación en 85% NPD reúne todos los criterios para screening.

Objetivo: Cuantificar las propiedades psicométricas del MF 5.07 de semmes-weinstein como instrumento para evaluar pie diabético en riesgo

Materiales y Métodos: Diseño observación, transversal, 2 niveles de atención, 6 operadores, entrenamiento previo. Periodo 2016 ? 2018.

Nos guiamos por los criterios de Van der Vleuten para evaluar las propiedades psicométrica. Técnica según Steven-McGee: se examinan al azar los 4 sitios plantares, según consenso, si es necesario hasta 3 veces en cada uno. Se considerará anormal (positivo) a la falta de percepción en cualquier sitio plantar explorado.

Propiedades psicométrica y su instrumento de evaluación:

- 1- Racionalidad: por prevalencia del problema y sub-óptima exactitud diagnóstica del juicio clínico.
- 2- Factibilidad: por necesidad de un proceso de enseñanza: aprendizaje (pre-pos intervención educativa) y tiempo de aplicación del instrumento.
- 3- Confiabilidad: por coincidencia entre operadores.
- 4- Validez de constructo convergente y predictiva: por correlación con score pronóstico predictor validado: minusvalía neuropática de Michigan (MNDS).
- 5- Validez de constructo discriminante comparando prevalencia entre 2 niveles de atención y entre pacientes adulto mayor con y sin DM.

Resultados: 84 pacientes, Internados: 55(66%), APS: 29(34 %), 68 % mujeres, 65 años (media), tiempo del diagnóstico: 14,6 años (media), 82 % Tipo II. Lesión de órgano blanco: 75%. Media de internaciones: 2,15. 1-Racionalidad: Prevalencia de NPD en APS: 21 %, nivel 3º: 33 % (P < 0,001). Juicio clínico: Cuando el médico sospechó PSP se equivocó en 45% de las veces (VPP: 55%, LR +: 3,05), cuando sospechó SP normal se equivocó solo en 5% (VP: 95%, RV (-): 0,11. 2-Factibilidad: Kappa pre (0,50) y pos (0,82) muestran intervención educativa necesaria, tiempo examen 14 minutos. 3-Confiabilidad por coincidencia entre operadores: coeficiente Kappa pos intervención educativa bueno (0,82). 4-Validez de constructo, convergente y predictiva: correlación por categoría dicotómica en 60 pacientes (89%) entre MNDS y MF. 5-Validez de constructo discriminante: 80 pacientes (APS e internados) 40 con DM, apareados por edad (p=0,48), autonomía (p=0,23) y status cognitivo (p=0,33); Grupo DM, MF (+): 13/40 (32%), Grupo sin DM, MF (+): 4/40 (10%). El MF 5.07 discrimina entre gerontes, con y sin DM. Chi cuadrado de Pearson (p=0,004).

Conclusiones: El MF 5.07 superó las pruebas psicométricas evaluadas. Demostramos que para su uso correcto el MF necesita un proceso de enseñanza y aprendizaje.

CL-07-03 // EVALUACIÓN DE LA RELACIÓN ENTRE AUSENTISMO A CONSULTAS PROGRAMADAS AMBULATORIAS Y ADHERENCIA A INDICACIONES MÉDICAS EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 DURANTE LA PANDEMIA POR COVID-19: ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL

PERONI, M.; GIUNTA, D.; GIUNTA, J.

Italiano De Buenos Aires, Capital Federal, Argentina.

Objetivos: El ausentismo de los pacientes a los turnos programados y la falta de adherencia a las indicaciones médicas es un problema frecuente que repercute negativamente tanto en la salud de los pacientes como en el sistema de salud. Ambos aspectos podrían relacionarse con un determinado perfil de pacientes que pone menos atención en el cuidado de su salud. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar si existe asociación entre el ausentismo a los turnos ambulatorios programados y la adherencia a las indicaciones médicas y a las medidas de prevención de COVID 19, y en pacientes con diabetes mellitus tipo 2

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de corte transversal. Se seleccionaron al azar 46 participantes con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 2 de al menos 2 años de evolución. Se evaluó la adherencia de los participantes a las indicaciones médicas farmacológicas y no farmacológicas y a las medidas de prevención de COVID 19 durante la pandemia. Se evaluó el ausentismo de los participantes a los turnos ambulatorios programados en el año previo al desarrollo del estudio. Finalmente se evaluó la asociación entre adherencia y ausentismo. Se utilizó información retrospectiva de la Historia Clínica Electrónica e información primaria recolectada por interrogatorio directo mediante entrevista telefónica

Resultados: El ausentismo en el último año fue de 24 %. El 51,1% de los participantes adherían a la toma de medicación y 95,6% referían cumplir con pautas alimentarias apropiadas para diabetes mellitus tipo 2. No obstante, la adherencia a actividad física fue sólo del 13%. En relación a la pandemia por COVID-19, la adherencia a las medidas preventivas fue mayor al 70%.

Conclusiones: No hemos encontrado asociación estadísticamente significativa entre el ausentismo en el año previo y la adherencia a indicaciones médicas y medidas preventivas de COVID-19 en paciente con diabetes mellitus tipo 2.

CL-07-05 // MICROBIOLOGÍA Y SENSIBILIDAD ANTIBIÓTICA EN PACIENTES INTERNADOS POR PIE DIABÉTICO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE REFERENCIA. UN AÑO DE EXPERIENCIA.

ROLANDO, J.; PAGNO, M.; QJEDA, M.; ESCATTO, G.; ORTIZ, N.; RODRIGUEZ CUIMBRA, S.

Hospital Escuela Jose F De San Martín, Corrientes, Argentina.

Objetivos: Determinar los microorganismos patógenos más frecuentes en pacientes con pie diabético que ingresan al Hospital Escuela de la Ciudad de Corrientes entre el 1 de Septiembre de 2019 y el 1 de Septiembre de 2020. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Diabetes (criterios de la Sociedad Argentina de Diabetes) que consulten al sector de consultorios externos y de internación del hospital, clasificándolos según Score PEDIS y toma de muestra por biopsia y/o punción aspiración de lesiones; con su correspondiente cultivo, identificación de gérmenes y antibiograma.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio prospectivo observacional de pacientes internados en el Hospital Escuela General San Martín de la ciudad de Corrientes entre el 1 de Septiembre de 2019 y el 1 de Septiembre de 2020. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de Diabetes (criterios de la Sociedad Argentina de Diabetes) que consulten al sector de consultorios externos y de internación del hospital, clasificándolos según Score PEDIS y toma de muestra por biopsia y/o punción aspiración de lesiones; con su correspondiente cultivo, identificación de gérmenes y antibiograma.

Resultados: Se analizaron 53 muestras correspondientes a 35 pacientes con pie diabético, la edad promedio fue de 60,8 años. La distribución en cuanto sexo fue de 77,1% para el sexo masculino y 22,9% para el sexo femenino. El 80% de los pacientes correspondió a pacientes internados, y el restante 20% a pacientes que consultaron por ambulatorio. La flora microbiana identificada correspondió a un 43,4 % a bacilos Gram negativos, 39,6% a cocos Gram positivos y 17 % sin aislamiento microbiano. Prevalencia sp (21,7%) fue el bacilo Gram negativo más frecuente y *Staphylococcus aureus* el coco Gram positivo más frecuente (52,4%). En el 17% de los pacientes se observó la presencia de dos gérmenes en una misma muestra. La mayoría de los bacilos Gram negativos fueron sensibles a Amoxicilina y Ciprofloxacina; siendo resistentes a Cefalosporinas de 3ra generación. Los cocos Gram positivos fueron en su mayoría sensibles a Minociclina, Rifampicina y clindamicina. El esquema terapéutico Ciprofloxacina + Clindamicina fue el más utilizado.

Conclusiones: Este estudio brinda información epidemiológica inicial acerca de la microbiología en pacientes con pie diabético en nuestro hospital, observándose predominancia de bacilos Gram negativos en comparación con otras series, donde los cocos Gram positivos son los gérmenes más comunes. Proponemos la combinación Ciprofloxacina + Clindamicina como tratamiento empírico inicial en nuestros pacientes.

CL-07-04 // ¿QUÉ FACTORES FACILITAN EL LOGRO DE META DE LDLc EN LAS PERSONAS CON DIABETES TIPO 2 EN LA PRÁCTICA CLÍNICA DE LA VIDA REAL?

HOUSSAY, S.; LÓPEZ GONZÁLEZ, E.; LUONGO, A.; MILRAD, S.; RUIZ, M.; GARCÍA, A.; VARELA, M.; HOUSSAY, S.

Sociedad Argentina De Diabetes. Caba, Argentina.

Objetivos: Determinar la frecuencia en alcanzar el objetivo de LDLc <100 mg/dl en pacientes con DMT2 y de LDLc < 70 mg/dl en pacientes con DMT2 y enfermedad cardiovascular.

Identificar predictores de logro de meta de LDLc en la práctica clínica de la vida real en Argentina

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo, observacional de corte transversal, en 28 centros de Argentina (Grupo de investigación en Factores de Riesgo Asociados a la Diabetes y Cardiovasculares: FRADYC III), año 2018. Se evaluó examen físico, laboratorio y tratamiento de la dislipidemia en la práctica habitual. Se incluyó a personas con DMT2 de ambos sexos mayores de 18 años. Se realizó una selección aleatoria y sistemática del 1° y 3°. Los pacientes dieron su consentimiento informado y el protocolo fue aprobado por un Comité de Ética y de Docencia e Investigación. El objetivo de LDLc fue < 100 mg/dl para el total de la muestra y < 70 mg/dl en personas con DMT2 y enfermedad cardiovascular establecida (criterios Asociación Americana de Diabetes: ADA). Para evaluar adherencia de se realizó el test de Morisky-Green-Levine. Se realizó análisis univariado y regresión logística múltiple de factores que se asocian con mayor logro de objetivos de tratamiento. Se consideró significativo todo valor de p<0,05 (2 colas) con el Software Intercooler STATA

Resultados: 1329 personas con DMT2, mujeres 46,6%, edad media 61,9 ± 11,6 años, A1C media 7,0 ± 1,4%, glucemia en ayunas 135,0 ± 40,4 mg/dl, antigüedad de DMT2 9,6 ± 7,4 años, IMC 31,7 ± 5,7 kg/m², tabaquismo 11,6%, hipertensión arterial 81,0%, dislipidemia 81,4%, actividad física (>150 min/sem) 29,8%, número de consultas anuales 4,3 ± 2,3 vez/año, medicina prepagada 43,49%. Las complicaciones crónicas más frecuentes fueron enfermedad cardiovascular 37,2%, y neuropatía 19,1%. La adherencia al tratamiento farmacológico fue 68,4%.

El 57,6 % logró la meta de LDLc < 100 mg/dl y el 30% de las personas con DMT2 y enfermedad cardiovascular alcanzó el objetivo de LDLc < 70 mg/dl.

Tratamiento de la dislipidemia: Con estatinas 66,5%: Simvastatina 6,3% (mediana: 10 mg/día), Atorvastatina 35,3% (mediana: 20 mg/día), Rosuvastatina 24,9% (mediana: 10 mg/día). Con fibratos 13,1%, ezetimibe 8,7%, ácido nicotínico 0,2% y asociaciones farmacológicas 6%.

Lograron el objetivo de LDLc < 100 mg/dl el 63% de los tratados con estatinas y el 42% de los no tratados con hipolipemiantes.

En el análisis de regresión logística múltiple: se asoció a logro de meta de LDLc

la mayor edad (OR:1,02, p<0,0001), el género masculino (OR:1,6, p<0,0001), tener medicina prepagada (OR:1,6, p<0,0001), tener enfermedad cardiovascular (OR: 1,6, p< 0,001), y la adherencia farmacológica (OR:1,2, p<0,05).

Conclusiones: El 57,6% alcanzó el objetivo de LDLc < 100 mg/dl, mientras el 30% de las personas con DMT2 y enfermedad cardiovascular logro la meta de LDLc < 70 mg/dl. El 66,5% estaba tratado con estatinas y el 63% de los tratados con estatinas logro alcanzar la meta de LDLc < 100 mg/dl. Las personas de mayor edad, los hombres, los adherentes al tratamiento farmacológico, con enfermedad cardiovascular y con cobertura médica prepagada, lograron el objetivo de LDLc. Se requieren mayores esfuerzos para lograr controlar los valores de LDLc en las personas con Diabetes, en particular en los más jóvenes y en las mujeres en quienes los resultados de este estudio orientan a un tratamiento subóptimo

CL-07-06 // RIESGO METABÓLICO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD DE CHAGAS: PERFIL DE INSULINORRESISTENCIA Y ANTICUERPOS ANTI-?2 ADRENÉRGICOS

FUCHS, L.; PEVERENGO, L.; PROCHETTO, E.; ARIAS, P.; MARCIPAR, I.; VICCO, M.; RODELES, L.

Centro De Estudios En Salud Global, Fcm, Unl. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: Determinar la prevalencia de Anticuerpos (Acs) anti-?2AR por enzoinmunoensayo en una muestra de pacientes con ECC. Establecer la correlación de sus niveles con alteraciones metabólicas características de un perfil de insulinorresistencia (IR) y mayor riesgo cardiovascular como ser hiperglucemia e hiperinsulinemia.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal y analítico, incluyendo pacientes con infección crónica por T. cruzi (Grupo ECC) e individuos sanos sin dicha infección (Grupo Control). Entre 2014 y 2018 se incorporaron sujetos de ambos sexos, > de 18 años, con un índice de masa corporal entre 18 y 30 kg/m² que concurrían a la consulta en el Hospital J.B. Iturraspe.

Se realizaron análisis metabólicos consistentes en una Prueba de Tolerancia Oral a la Glucosa (PTOG) de tres muestras (0, 30 y 60') para evaluar la glucemia e insulinemia. Los niveles de lípidos en ayunas fueron también determinados.

Se calcularon parámetros de IR utilizando el HOMA2-IR, HOMA2-%, además de los índices de Matsuda y de disposición periférica de a insulina (PIDI).

Se evaluó el estado de pre-diabetes de acuerdo a la presencia de glucemia alterada en ayunas (GAA) y/o tolerancia alterada a la glucosa (TAG). Además, se calculó el score FINDRISC para evaluar el riesgo de diabetes mellitus tipo 2 (DM II) a 10 años.

Todos los individuos de la muestra accedieron voluntariamente a participar firmando el correspondiente consentimiento informado.

Los Acs anti-?2AR fueron cuantificados en muestras de suero de los pacientes por inmunoensayo indirecto (ELISA), y los niveles expresados como Índice de Densidad Óptica (IDO).

Resultados: De entre 80 individuos del grupo ECC, 70% (n=56) tuvo resultados positivos para la detección de anticuerpos anti-?2AR. Todos los sujetos del grupo control (CON) (n=40) fueron negativos para anti-?2AR.

Se observó una mayor proporción de GAA y/o TAG (41,7% vs 76,3%; p=0,001) en el grupo ECC. Hubo mayor cantidad de individuos en el grupo ECC con síndrome metabólico (35,1% vs 66,7%; p=0,002) y riesgo moderado a alto de DM II (FINDRISC >12) (20% vs 47,4%; p=0,005).

Se evidenció una correlación positiva entre los niveles de anti-?2AR y HOMA2-IR (Rho=0,50; p=0,001), además de una mayor prevalencia de síndrome metabólico en el grupo con Acs anti-?2AR (+), revelando un perfil de IR más acentuado en estos pacientes.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que los Acs anti-?2AR, presentes en un 70% de los pacientes con ECC, pueden inducir la activación del receptor ?2 en otros tejidos además del cardíaco, brindando plausibilidad biológica a la hipótesis de que los Acs podrían contribuir a la patogénesis de las alteraciones metabólicas descriptas (p.ej, hiperglucemia, IR, dislipidemia) en pacientes con ECC, particularmente, a su marcado perfil de insulinorresistencia incrementando potencialmente su riesgo de cardiovascular. Es necesario continuar con estudios que permitan caracterizar las bases mecanísticas de estas alteraciones y estudios clínicos de seguimiento prospectivo en pacientes.

CL-07-07 // ESTUDIO DESCRIPTIVO DE LOS NIVELES DE VITAMINA D EN LA POBLACION CON DIABETES TIPO 2

ELIAS, N.; CAMPOS MARTINEZ, A.; ANTAR, N.; AVILA, T.; DICUGNO, M.; KARAVASKI, N.; MANSUR, J.; MURRYAN, A.; REYNOSO, C.; MELINA, S.; SOUTO, J.; ZUCCOTTI, N.; CURRIÁ, M.

Británico. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Describir la prevalencia de déficit de vitamina D en una población que presenta diabetes tipo 2.

Materiales y Métodos: Se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de pacientes adultos con diabetes tipo 2 y resultado del dosaje de 25 OH vitamina D, que concurren al consultorio del Servicio de Endocrinología, Nutrición y Metabolismo del Hospital Británico de Buenos Aires desde el 1 de enero de 2019 al 12 de diciembre de 2019 y cumplan con los **Criterios de Inclusión**.

Resultados: Un total de 103 pacientes (55% mujeres), mediana 63 años (rango 29-86). Se obtuvo índice masa corporal, mediana 32,8 (rango 49-18), 69% con obesidad, 19% sobrepeso y solo 9% normopeso. 60 pacientes (58%) eran además hipertensos, y 65 (63%) tenían dislipemia, de estos el 86% recibían estatinas.

La glucemia promedio fue 146,5 (DS 48,1) y hemoglobina glicosilada (HbA1c) de 7,24 (DS 1,72). HbA1c menor a 7% presentaron 54 pacientes (52%). Noventa pacientes (87%) recibían metformina y 26% insulina.

El promedio encontrado de vitamina D fue 24,7 ng/dl (DS 10,11), 71% (74/103) tenían niveles menores de 30 ng/dl, de los cuales 35 en rango de deficiencia (menor a 20 ng/dl). Solo 29 pacientes (28%) en niveles suficientes (mayor o igual a 30 ng/dl) y 39 pacientes (37%) en rango de insuficiencia.

Se comparó pacientes con vitamina D menor de 20 ng/dl (35) vs mayor o igual a 20 (68), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en edad, IMC, glucemia, calcemia o niveles séricos de triglicéridos. La HbA1c fue menor en pacientes con niveles de Vitamina D mayores o igual a 20 ng/dl, 6,6 (5,9-7,5), en comparación con los pacientes con vitamina D menor 20 ng/dl, 7,6 (6,4-8,4), siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Conclusiones: La mayoría de los pacientes registrados presentaron niveles de Vit D por debajo de 30 ng/dl. Estos resultados expresan un déficit de vitamina D en esta muestra de población con diabetes tipo 2. Los pacientes que tenían niveles de Vit D por encima de 20 ng/dl presentaron menor valor de HbA1c. Estos resultados en la población evaluada en el Htal Británico corresponden a lo reportado en la literatura. Esta observación merece estudios futuros para evaluar si el suplemento de Vit D mejora los niveles de A1c.

CL-09-01 // EL GLIFOSATO Y LA SALUD HUMANA, ¿QUÉ DICE LA EVIDENCIA?

VILLAGRA, A.; FORMENTI, E.; BERGERO, A.; FIORENZA BIANCUCCI, G.; AMATO, A.; ARIZA, L.; DÍAZ, N.

Unl - Facultad De Ciencias Médicas. Entre Ríos, Argentina.

Objetivos: Determinar la posible relación entre la exposición crónica al glifosato y la salud humana.

Materiales y Métodos: Este estudio es una revisión sistematizada cualitativa, realizada entre mayo y septiembre del 2020. Se tuvieron como **Criterios de Inclusión:** trabajos de menos de 20 años de antigüedad y que evalúen la toxicidad crónica del glifosato en el hombre excluyéndose artículos de revisión, editoriales y de opiniones.

El motor de búsqueda fue Google Académico y las bases de datos: PubMed, Scielo, Science direct, JAMA, Oxford Academic, The Lancet, The bmj, Redaly y Open Access. Luego de aplicados estos criterios quedaron incluidos 16 trabajos científicos.

Resultados: Al analizar los trabajos se encontró que el 44% fueron estudios de casos y controles, 31% cohorte prospectivo y el 25% se repartió entre cohorte longitudinal, retrospectivo, transversal observacional y exploratorio. El 50% de los estudios se realizó en Estados Unidos y solo un 12% en Argentina. También se encontraron trabajos suecos (12%), australianos (12%), canadienses (7%) y franceses (7%). Los estudios fueron realizados entre 1993 y 2016. Cabe mencionar que solo dos se realizaron en los últimos cinco años y se encontraron tres trabajos que no mencionan la fecha en que se generaron los datos. De la población analizada, 38% se correspondió a trabajadores rurales, 19% población rural, 12% embarazadas y 12% niños. Se incluyó también trabajos con pacientes diagnosticados con linfoma no Hodgkin (LNH) (19%). Se observó que 65% demostraron asociación entre el glifosato y enfermedades (30% con LNH, 6% con defectos en tubo neural, 6% con broncoespasmo alérgico y no alérgico) y aumento de riesgo de patologías (en un 6% para autismo, leucemia mieloide aguda y aborto tardío; un 6% sugiere asociación con cáncer) y un 35% no relaciona con enfermedad ni riesgo.

Discusión: más de la mitad de los trabajos analizados mostraron asociación entre el glifosato y las enfermedades mencionadas así como aumento de riesgo, siendo el LNH la patología prevalente. Si bien, la ASTDR en el perfil toxicológico del 2015 incluye al LNH, las evidencias son limitadas en humanos. Los artículos de estudios de casos ? controles en población con exposición laboral de Canadá mostraron un riesgo aumentado para LNH frente a otros plaguicidas analizados.

Conclusiones: La IARC clasificó al glifosato en el Grupo 2^a (probablemente carcinogénico para humanos) por la evidencia suficiente en animales de experimentación y los mecanismos de acción relevantes con evidencia limitada para seres humanos. De esta revisión se desprende que, si bien en la mayor parte de los estudios se encontró asociación o aumento de riesgo entre la exposición crónica al glifosato con enfermedades, los resultados fueron controvertidos, debido a la gran cantidad de sesgos hallados. Se considera que se necesitan más estudios al respecto para profundizar dichos efectos, donde también se incluya el manejo adecuado de los protocolos de seguridad laboral, así como en la población expuesta ambientalmente.

CL-09-02 // PRUEBA DE COMPORTAMIENTO NEUROCONDUCTUALES EN UNA POBLACION AGRICOLA EXPUESTA A PLAGUICIDAS.

VELAZQUEZ, M.; CRAVERO, G.; VIDAL, J.; RIVEROS, V.; RECCE, C.; LEVENTAL, V.; PERETTI BEVILACQUA, M.; AGUILAR, N.; FIORENZA BIANCUCCI, G.; VEGA, F.

Universidad Nacional Del Litoral, Facultad De Ciencias Médicas. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: Detectar alteraciones neurocognitivas en una población pediátrica expuesta a plaguicidas

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio transversal, experimental, analítico con la metodología de caso-control que incluyó 56 niños de 6 a 12 años, de los cuales 31 pertenecían al grupo de estudio y 25 al grupo de control, previo consentimiento informado de los padres-tutores según protocolo de Helsinki durante octubre 2018-2019. Se consideró la exposición ambiental a través de estudios previos en el área seleccionada. La evaluación cognitiva se llevó a cabo con el test WISC IV. Se calculó el coeficiente intelectual total (CIT) y cuatro subíndices: de comprensión verbal (ICV), de razonamiento perceptual (IRP), de memoria de trabajo (IMT) y de velocidad de procesamiento (IVP).

Como criterio de exclusión se consideró a niños con diagnóstico de desnutrición al momento de la evaluación (definida como: IMC/edad <2DE por los patrones internacionales de crecimiento infantil de la OMS), incapacidad visual o auditiva, niños bajo tratamiento psicológico-psiquiátrico o trastornos de la conducta referidos, antecedentes perinatales o infantiles con secuelas neurológicas, ni cercanía de la vivienda a plantaciones de explotación agrícola (7500m).

Con los datos obtenidos, se confeccionó una base digital para realizar el análisis de datos: test de Fisher y de Gauss.

Resultados: Del total de la población, el 55% eran del sexo femenino (31 participantes), la media de edad para el grupo de estudio fue de 8,7 años y para el grupo de control de 9 años.

Las puntuaciones del WISC IV arrojaron los siguientes valores: La media de Coeficiente Intelectual Total (CIT) para ambos grupos fue: 101,3 (IC 95%: 95,61-107,03) y 99,44 (IC95%: 91,75-107,13) para los grupos de estudio y control respectivamente. Al analizar los subíndices se encontró: ICV: 105,92; IRP: 103,20; IMT: 93,80; e IVP: 88,48 para la muestra control; por su parte, los resultados del grupo de estudio fueron: ICV: 111,32; IRP: 104,77; IMT: 96,13; e IVP: 85,87. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambas muestras para cada índice.

Conclusiones: Estos resultados sugieren que el rendimiento neuroconductual en niños con exposición ambiental a plaguicidas no se encontraría afectado. Asimismo, al comparar con una población control, no se encontraron diferencias entre los resultados de ambos grupos. Por la evidencia científica hoy disponible y el escaso tamaño muestreado, se debe seguir investigando esta exposición ambiental, a fin de determinar con mayor precisión las posibles consecuencias de la exposición a plaguicidas.

CL-09-03 // VANCOMICINA ASOCIADO A PIPERACILINA TAZOACTAM AUMENTA EL RIESGO DE IRA: DE LA EVIDENCIA A LA EXPERIENCIA.

GAYDOU BORSOTTI, A.; SCOTTA, M.; ALTAMIRANO, A.; RIVERO, R.; CARNEVALE YONZO, M.; ORELLANO, N.; DEL GRECCO, C.; LOYBER, S.; FERNANDEZ ESCOBAR, J.; SILVA, E.; AYALA, M.; GIACARDI, R.; GONZALEZ, R.

Sanatorio Garay. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: Datos recientes de múltiples metaanálisis proponen que la asociación Vancomicina/Piperacilina-Tazobactam (PTZ) incrementa el riesgo de nefrotoxicidad asociada a Vancomicina en comparación con otros esquemas antibióticos. Dicha combinación es habitualmente utilizada empíricamente en infecciones intranosocomiales, por lo que se propuso evaluar la prevalencia de este fenómeno en nuestro nosocomio.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, de pacientes internados en Sala de Clínica Médica en Sanatorio Garay desde enero 2019 hasta agosto 2020, que recibieron tratamiento con vancomicina sola o asociada con PTZ, Carbapenems u otra familia.

Se excluyeron pacientes en Hemodiálisis, embarazadas o menores de 18 años.

Se consideró falla renal de acuerdo a los criterios de AKI (Injuria Renal Aguda) según KDIGO 2012.

Resultados: Se incluyeron 236 pacientes, 171 hombres y 65 mujeres con edad promedio de 59,77 años. Del total de pacientes en tratamiento con vancomicina, 44,49% fueron tratados en asociación con PTZ y 54,66% con otro antibiótico (principalmente Ciprofloxacina y Ceftazidima). El 9% de casos presentaron falla renal durante el tratamiento (duración promedio de 6,33 días); de estos, 47,61% se encontraba con Vancomicina/PTZ y 52,38% con otra asociación.

Conclusiones: En nuestra cohorte la incidencia de falla renal fue muy baja y no se pudo establecer una diferencia estadísticamente significativa entre aquellos pacientes tratados con la asociación Vancomicina/PTZ o Vancomicina con otro antibiótico. Sin embargo, la muestra poblacional no es suficientemente amplia para poder extrapolar nuestros hallazgos.

CL-09-04 // INTERVENCIÓN MULTICOMPONENTE EN ANCIANOS ANTICOAGULADOS CON ANTAGONISTAS DE VITAMINA K QUE INGRESAN A MEDICINA DOMICILIARIA DESDE UNA INTERNACIÓN.

CUNHA FERRE, M.; GALLO, C.; BONELLA, M.; BENDELMAN, G.; MARCO, M.; MEZZAROBBA, D.; SILVEIRA, M.; DI SAN DOMENICO, L.; VALLE, T.; BEATRIZ, I.; BELLOMO, M.; PERMAN, G.; GUENZELOVICH, T.; PREVETTONI, M.; LEGAL, S.; SCHAPIRA, M.; GIBER, F.; SIMONOVICH, V.; GILSZLAK, E.; COLOMBO, V.; LACMAN, M.; SENILLOSA, M.; COPANI, J.; ZUNINO, S.; POLLAN, J.; SAIMOVICI, J. Hospital Italiano De Bs. As., Caba, Argentina.

Objetivos: Disminuir 50% la derivación hospitalaria de pacientes en SCD que al alta reciben antagonistas de la vitamina K (AVK) y tienen un valor crítico de RIN sin sangrado, dentro de los 90 días del alta.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte prospectivo. Se intervino a una muestra de pacientes mayores de 65 años afiliados al Plan de salud del Hospital Italiano de Bs As (HIBA), que ingresaron a SCD desde la internación y recibieron AVK, en el periodo de Febrero a Julio de 2020, en el HIBA.

Estudio piloto de implementación de una intervención en medicación de alto riesgo, se estructuró con un equipo interdisciplinario (Farmacia, clínica, medicina domiciliaria, orientadores sociosanitarios) el circuito de manejo de AVK post alta como parte de un estudio multicomponente realizado en pacientes crónicos complejos (PCC) que ingresan a SCD desde la internación en el HIBA.

Intervención:

Proceso estandarizado de atención en la transición hospital-domicilio de PCC anticoagulados con AVK que ingresaron a SCD.

Carta de alta: registro de RIN, AVK indicado, dosis y posología, RIN control; Cuidador responsable en domicilio y médico de seguimiento.

Educación al cuidador responsable del AVK

Folleto educativo y vitamina K (VK)

Educación verbal pre alta y a l 48 hs. del alta

Educación al médico de seguimiento domiciliario

Evaluación de adherencia y conciliación

Resultados: Se intervino a 94 pacientes, 42% de los pacientes anticoagulados que ingresaron a SCD desde la internación en el periodo de estudio. Edad media 86 años, 72% mujeres. 94% PCC, 75% de estos, con necesidad paliativa (Necpal positivo). 76% a cargo de clínica en internación. . Epicrisis: 91% registro de AVK dosis y frecuencia, 70% con registro y control del RIN y 40% identificado el cuidador responsable en domicilio; 94% del referente de cuidado recibió la intervención educativa y 58% médicos intervenidos. 14% (13) de los pacientes presentaron un valor crítico de RIN sin sangrado, 70% (9) recibieron VK por indicación médica, no se derivaron. Se derivaron 4 por otro motivo. Ninguno de los pacientes de la cohorte presentó eventos adversos asociados a los AVK ni a la VK. En el periodo fallecieron 11 pacientes, 10 eran pacientes paliativos.

Conclusiones: Este estudio sugiere que una intervención educativa interdisciplinaria (Carta de alta, al entorno de cuidado y al médico) en pacientes ancianos en SCD que reciben AVK, medicación de alto riesgo, puede evitar la derivación hospitalaria por valor crítico de RIN sin sangrado, sin eventos adversos asociados a los AVK o a la VK.

CL-09-05 // MEDICACIÓN INAPROPIADA CONSUMIDA EN PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS DURANTE EL PERIODO DE PANDEMIA POR SARS COV 2 AFILIADOS A UNA PREPAGA DE BUENOS AIRES.

ELIZONDO, C.; MOZELUK, N.; PERMAN, G.; TERRASA, S.; SCHAPIRA, M.; CALABRO, P. Hospital Italiano De Bs. As., Caba, Argentina.

Objetivos: Los adultos mayores que consumen múltiples medicamentos parecen expuestos a mayor riesgo de recibir una medicación potencialmente inapropiada (MPI). El objetivo fue determinar la prevalencia de MPI en adultos mayores afiliados al plan de salud del Hospital Italiano de Buenos Aires durante los meses de marzo a septiembre del 2020 en el contexto de la pandemia por Sars-Cov2.

Materiales y Métodos: estudio de corte transversal observacional de bases secundarias. Se incluyeron los consumos de M de farmacias ambulatorias, entre marzo y septiembre del año 2020. Se identificaron los consumos como MPI según los criterios de Beers-19. Se agruparon por grupo farmacológico utilizando la clasificación de ATC (grupo Anatómico, Terapéutico y Químico). Se determinó el consumo mensual de MPI por paciente mayores de 65 años. Se identificaron tres grupos priorizados en el Programa de Optimización de medicamentos para el Adulto Mayor (PROPAM) benzodiazepinas, inhibidores de la bomba de protones y los anti-inflamatorios no esteroideos.

Resultados: De un total 59123 pacientes mayores de 65 años, 67,38% eran mujeres, la mediana de edad fue 76,61 años (IQR 12,7). 25461(43%) pacientes tomaron al menos una MPI. 14724 pacientes consumieron un MPI, 7245 consumieron 2 MPI, 3492 pacientes consumieron 3 o más MPI en el periodo de estudio. Durante el mes de marzo 12833 pacientes consumieron al menos una MPI, 9234 un MPI, 2847 consumieron 2 MPI, 752 consumieron 3 o más MPI. En el mes de Agosto 12327 pacientes consumieron al menos una MPI, 8577 consumieron un MPI, 2921 consumieron 2 MPI y 829 pacientes consumieron 3 o más MPI. 14723 pacientes consumieron alguna benzodiazepina, 10833 pacientes consumieron algún inhibidor de la bomba de protones y 3339 tomaron algún antiinflamatorio no esteroideo en el periodo.

Conclusiones: conocer la prevalencia de consumo de MPI de nuestra población es importante para dirigir intervenciones educativas a médicos y pacientes. Lograr una disminución en el uso de MPI podría mejorar el perfil de efectos adversos, internaciones, costos e incluso mortalidad.

CL-09-06 // USO Y ABUSO DE CORTICOIDES SISTEMICOS EN ARGENTINA: UN LLAMADO A LA ACCIÓN

MÁSPERO, J.; BALANZAT, A.; HERNANDEZ, M.; SAN MARTÍN, P.; SÍVORI, M.; STOK, A.; VALDEZ, P.; VIDAURRETA, S.; ZUCCARINO, N.; NEFFEN, H.

Cidea. Caba, Argentina.

Objetivos: Describir el patrón de uso de corticoides sistémicos (CS) en adultos y niños, dentro del ámbito sanitario privado de Argentina

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo utilizando una base de registros del 1 de mayo de 2019 al 30 de abril de 2020 (1). La muestra incluye la compra de farmacias a droguería (promedio de lectura del 90%) y las prescripciones de los médicos que ejercen en el territorio de Argentina (lectura del 25%). Quedan excluidos de este análisis las compras a nivel institucional y ministerio de salud (40% del mercado), así como el diagnóstico que acompaña a la prescripción

Resultados: En el canal farmacias, se registró un total de 10,460,505 unidades compradas en un año. El 66% corresponde a corticoides solos, y el 34% a corticoides asociados a otros fármacos. Respecto a los primeros, el 68% corresponde corticoides orales, y el 32% a inyectables. Los corticoides inyectables de depósito representan aproximadamente, 1 millón de unidades por año. Tomando como supuesto el 35% de inflación acumulada interanual, esto tiene un impacto en costos de \$3,717,802,155. Además, se compraron 2,274,923 de unidades de corticoides orales en gotas y jarabe, lo que podría traducirse en que 1 de cada 3 niños en Argentina, estaría expuesto a recibir CS. Respecto al número de prescripciones, las proporciones son similares: 68% corresponde a los corticoides solos, el 34% a los asociados. El mayor volumen de recetas proviene de la especialidad Clínica médica, Pediatría y ORL. Por otra parte, si se realiza el análisis de la potencialidad prescriptiva (definida como el número de recetas de CS sobre el total de recetas por cada especialidad), ORL, Odontología, Reumatología, Pediatría, Neumonología y Alergología, están dentro de las 10 especialidades con mayor potencialidad prescriptiva de CS en el periodo evaluado.

Conclusiones: La realidad de nuestro país es alarmante, y coincide con la situación reportada en otras regiones. Es imperativo implementar estrategias para identificar a los pacientes en riesgo de sobreexposición, concientizar sobre riesgos inmediatos y acumulativos del empleo de CS, y promover el diagnóstico y manejo de las comorbilidades relacionadas, lo cual requiere un abordaje multidisciplinario. Este alerta debe reflejarse en las guías de manejo de las enfermedades.

La medicina de precisión con el advenimiento de nuevas terapias personalizadas constituye el tratamiento de elección en algunas patologías, facilitando el ahorro de CS y permitiendo minimizar su uso.

Se requieren un análisis más profundo del impacto en el sistema de salud del uso inadecuado de CS, considerando tanto los costos directos como los indirectos a la hora de prescribirnos, y no guiarnos solo por un aparente bajo costo directo y rápida eficacia.

(1) Auditoria Close Up Analyzer (prescripciones) / Auditoria IQVIA (venta droguería farmacia) MAT Abril 2020.

CL-12-01 // ATENCIÓN DE FRACTURAS DE CADERA EN ANCIANOS DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19: ¿EXISTE UNA ASOCIACIÓN ENTRE EL CONFINAMIENTO Y LA MORTALIDAD EN PACIENTES NEGATIVOS PARA EL SARS-COV-2?

BARLA, J.; BENCHIMOL, J.; BOIETTI, B.; SULLITEL, P.; GUOLO, C.; CARABELLI, G.; ROSSI, M.; POLLAN, J.; TAYPE ZAMBONI, D.; SANCINETO, C.; BUTTARO, M. Hospital Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Analizar la morbilidad, la mortalidad y las tasas de reintegro hospitalario a los 30 días en pacientes con fractura de cadera que dieron negativo en la prueba de Covid-19 que se presentaron durante la pandemia

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte observacional retrospectiva. Se incluyeron pacientes con fractura de cadera entre el 1 de abril de 2020 y el 30 de junio de 2020 o entre el 1 de abril y el 30 de junio de los años 2015/16/17/18/19. Los pacientes incluidos fueron participantes del Registro Institucional de Ancianos con Fractura de Cadera (RIAFC). La cohorte se dividió en dos grupos: "tiempo pre-COVID" (TPC), que incluía 470 pacientes, y "tiempo COVID" (TC), que constaba de 77 pacientes. Todos los pacientes con TC dieron negativo para el SARS-CoV-2. Los pacientes se estratificaron según las características demográficas. Las medidas de resultado fueron complicaciones a los 30 días, reintegros y mortalidad.

Resultados: La edad, la relación mujer / hombre, el tipo de fractura, el tiempo hasta la cirugía y el alta hospitalaria fueron similares entre ambos grupos ($p > 0,05$). Todos los pacientes de TC fueron ASA III o IV, tenían mayor puntuación en la Escala de Charlson y de Fragilidad Clínica ($p < 0,05$) Tanto en el hospital (20,7%) como a los 30 días (33,7%) la tasa de complicaciones aumentó significativamente ($p < 0,001$). La enfermedad tromboembólica y las transfusiones de sangre fueron las más relevantes. Las reinternaciones (todos negativos para SARS-CoV-2) fueron similares entre ambos grupos ($p = 0,34$). No se detectaron diferencias para la mortalidad a los 30 días ($p = 0,151$).

Conclusiones: Los pacientes del grupo de TC y asociados a un confinamiento prolongado fueron pacientes más frágiles y comórbidos que el grupo de control. Detectamos un mayor número de complicaciones en aquellos pacientes con fractura de cadera en tiempo de covid.

CL-13-01 // CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DE PACIENTES CON ENFERMEDAD DE VON WILLEBRAND QUE CONSULTAN POR HEMORRAGIA UTERINA ANORMAL ATENDIDAS EN UNA INSTITUCIÓN DE ALTO NIVEL DE COMPLEJIDAD, 2015-2018

MARTINEZ, L.; GUEVARA ZAMBRANO, A.; HORMAZA ANGEL, M.; MUÑOZ RIOS, J.; ROLDAN TABARES, M.; JARAMILLO, L.; HERRERA-ALMANZA, L.; VILLEGAS, J.; THOWINSON HERNANDEZ, M.
Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Objetivos: Caracterizar clínica y epidemiológicamente los pacientes con enfermedad de Von Willebrand y hemorragia uterina anormal.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, la población de estudio fueron mujeres con diagnóstico de enfermedad de Von Willebrand que consultaron a dos instituciones de alta complejidad de la ciudad de Medellín. El análisis se llevó a cabo a través del programa SPSS V 24.

Resultados: Se incluyeron 70 pacientes pero 50 de estas fueron descartadas por no presentar hemorragia uterina anormal o tener otros diagnósticos que podían intervenir en la caracterización como síndrome antifosfolípido. La mediana de la edad de las pacientes incluidas fue de 19,5 años (Min: 11, Max: 52). 9 pacientes (60%) planificaban, los métodos reportados fueron anticonceptivos orales combinados (26,7%), dispositivos intrauterinos (20%) y métodos quirúrgicos (13,3%). En cuanto a la caracterización clínica realizada, se encontró que la presencia de hematomas 40% (8) y epistaxis 40% (8) fueron de las manifestaciones más frecuentes. La mayoría de las pacientes, 65% (13) no había recibido tratamiento previo a la consulta para la hemorragia uterina anormal. Respecto a la evaluación de los parámetros se encontró: Hemoglobina 13 g/dL (6,6 ? 15,7), Hematocrito 37,5 % (20,3 ? 46,1), Plaquetas 279.000 celulas/mm3 (106.000 ? 393.000), Antígeno plasmático FVW 68,5 UI (19,7 ? 205), Actividad plasmática FVW 44 UI (23 ? 126).

Conclusiones: La hemorragia uterina anormal es una manifestación frecuente en mujeres con enfermedad de Von Willebrand y puede llegar a presentarse en distintas etapas de la vida, pese a su diagnóstico las mujeres no reciben manejo de esta manifestación clínica sino hasta su consulta con ginecología.

CL-13-02 // PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON LEUCEMIA DE PRESENTACION AGUDA EN POBLACION PEDIATRICA CONFIRMADA POR CITOMETRIA DE FLUJO DE UNA INSTITUCION HOSPITALARIA DE MEDELLIN, COLOMBIA, 2012-2017

MARTINEZ, L.; MEJÍA PINEDA, G.; LOPEZ, L.; PAMPLONA, A.; ÁLVAREZ HERNÁNDEZ, L.; RUIZ, C.; JARAMILLO, L.; VILLEGAS, J.; HERNANDEZ, F.; CARDONA QUICENO, R.; LAMBIS LOAIZA, L.
Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Objetivos: El objetivo del presente estudio fue caracterizar clínica y epidemiológicamente los pacientes pediátricos con diagnóstico de leucemia de presentación aguda confirmada por citometría de flujo de una institución hospitalaria de Medellín, Colombia entre los años 2012-2017.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo, que incluyó pacientes pediátricos con diagnóstico de leucemia aguda confirmada por citometría de flujo en una institución hospitalaria de Medellín. Se incluyeron todos los pacientes que cumplieron con los **Criterios de Inclusión:** Se usaron las historias clínicas como fuente de información. El análisis se llevó a cabo a través del programa IBM SPSS Versión 25, se estimaron frecuencias absolutas y relativas, así como medianas con los rangos intercuartílicos. Este trabajo contó con aprobación ética.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes pediátricos; en cuanto a las características sociodemográficas se encontró que el 57,4 % (31) eran de sexo masculino, respecto a la edad 48,1% (26) tenían < 5 años, 27,8% (15) entre 5 y 9 años y 24,1 % (13) tenían ? 10 años. Respecto a los antecedentes patológicos el principal fue la presentación de infecciones agudas con linfocitosis con un 18,5%; el 9,3% de los pacientes tenía antecedente familiar de leucemia. El 74,1% presentó un diagnóstico de linfoma/leucemia linfoblástica de células B. El 29,6% de los pacientes ingresó a Unidad de Cuidados Intensivos, 59,3% tuvo remisión y un 22,2% de la población murió.

Conclusiones: La población pediátrica representa un alto porcentaje de los diagnósticos de malignidades hematológicas, aunque su diagnóstico y manejo cuentan con ayudas tecnológicas de punta aún continúa siendo una enfermedad con una mortalidad elevada.

CL-13-03 // CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON MIELOMA MÚLTIPLE A TRAVÉS DE CITOMETRIA DE FLUJO Y ESTUDIOS CITOGENÉTICOS 2013 - 2018

MARTINEZ, L.; JARAMILLO, L.; ÁLVAREZ HERNÁNDEZ, L.; VILLEGAS, J.; HERRERA ALMANZA, L.; CUARTAS AGUDELO, Y.; CARDONA QUICENO, R.; MEJÍA PINEDA, G.; GIRALDO, G.; CASTAÑEDA-PALACIO, S.

Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Objetivos: caracterizar mediante citometría de flujo y estudios citogenéticos la población de pacientes diagnosticados con mieloma múltiple.

Materiales y Métodos: estudio observacional descriptivo, realizado en una institución de alta complejidad en la ciudad de Medellín - Colombia, que incluyó a pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de mieloma múltiple. La recolección de información se realizó por medio de revisión de historias clínicas y los datos obtenidos fueron analizados en el programa IBM SPSS versión 24.

Resultados: se incluyeron 89 pacientes, de los cuales, el 52,8% fueron de sexo masculino, el 33,7% tenían entre 61 y 70 años, la mediana de tiempo de hospitalización fue de 17 días. Las manifestaciones clínicas más frecuentes fueron anemia, dolor óseo de predominio lumbar y falla renal en un 78%, 61,8% y 58,4% respectivamente. Los marcadores CD38+ y CD56+ constituyeron el inmunofenotipo más común, presente en el 39,3% de los pacientes. En cuanto a los desenlaces clínicos, el 70,8% de los pacientes fue dado de alta y el 28,1% murió, siendo la progresión del mieloma múltiple la causa principal en un 36% de los casos.

Conclusiones: el mieloma múltiple es una patología que afecta al adulto, conlleva a un incremento en la estancia hospitalaria, síntomas inespecíficos como pérdida de peso, edema, dolor óseo y fracturas patológicas, que afectan la calidad de vida e incrementan la mortalidad de las personas. Gracias a la citometría de flujo, en este estudio se encontró que el inmunofenotipo denominado aberrante fue el más común en la población incluida.

CL-13-04 // PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE PACIENTES CON ANEMIA ATENDIDOS EN UNA INSTITUCIÓN DE TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD ENTRE LOS AÑOS 2016 Y 2017

MARTINEZ, L.; MORALES, A.; ROLDAN TABARES, M.; HERRERA ALMANZA, L.; HERNANDEZ MARTINEZ, A.; ARISTIZABAL, J.; JARAMILLO, L.

Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Objetivos: El objetivo del estudio fue caracterizar clínica y epidemiológicamente los pacientes con anemia en una institución de tercer nivel de complejidad entre 2016 y 2017.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo observacional, que incluyó personas mayores de 18 años con diagnóstico de anemia confirmado por laboratorio, se realizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Se diseñó un formulario que contenía datos sociodemográficos, clínicos y paraclicínicos. El análisis de información se realizó en el programa IBM SPSS versión 24.

Resultados: Se incluyeron 425 pacientes, la mediana de edad de la población fue de 58 años, se encontró que 343 (80,71%) tuvieron un manejo hospitalario y el resto de la población tuvo un manejo ambulatorio; el máximo de días de estancia hospitalaria fue de 335 días. Los principales signos y síntomas de la población fueron palidez (39,3%), taquicardia (28,2%) y disnea (20,5%). Con relación a los datos del hemoleucograma se observó una media de hemoglobina y hematocrito de 8,6 g/dL y 26,9%, respectivamente. Según los parámetros de Wintrobe la mayoría de los pacientes tenían una anemia normocítica normocrómica.

Conclusiones: La anemia es un signo clínico que se asocia a diferentes desenlaces como la estancia hospitalaria prolongada, antecedentes clínicos, edad, entre otros, por lo cual se debe tener en cuenta al observar la evolución de los pacientes para poder garantizar un tratamiento óptimo y un mejor manejo clínico.

CL-13-05 // TERAPIA ANTITROMBÓTICA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA ORTOPÉDICA MAYOR

MARTÍNEZ, L.; GÓMEZ BERMÚDEZ, S.; LOPEZ, L.; ÁLVAREZ HERNÁNDEZ, L.; RUIZ, C.; JARAMILLO, L.; VILLEGAS, J.; ROLDAN TABARES, M.; HERNÁNDEZ, F.; GAVIRIA GARCÍA, J.; FERNÁNDEZ LOPERA, J.; CORREA, M.; VERGARA YANEZ, D.

Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Objetivos: Determinar el nivel de adherencia a la terapia antitrombótica en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor en dos instituciones de alta complejidad de la ciudad de Medellín, Colombia durante los años 2015 a 2017.

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo, que incluyó historias clínicas de pacientes que cumplieran con los criterios de elegibilidad, se realizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. El análisis se llevó a cabo a través del programa SPSS Versión 24, se estimaron; para las variables cualitativas frecuencias absolutas y relativas, para las cuantitativas, media con desviación o mediana con rangos intercuartílicos según correspondía.

Resultados: En este estudio se incluyeron 226 pacientes de los cuales el 56,2% eran del sexo femenino, con una mediana de edad de 73 años. Con respecto al tipo de cirugía ortopédica el 38,7% de los pacientes fueron sometidos a osteosíntesis de cadera, 31% artroplastia de cadera y 25,7% artroplastia de rodilla. En relación con la adherencia antitrombótica, el 69,9% de los pacientes recibieron heparina de bajo peso molecular y el 1,5% heparina no fraccionada; al 78% de los pacientes se les ordenó por más de 14 días en artroplastia de cadera o rodilla. De los pacientes con osteosíntesis de cadera 92,6% recibieron heparina de bajo peso molecular y 73,1% recibió terapia por más de 14 días.

Conclusiones: El nivel de adherencia trombotrófica en pacientes sometidos a cirugía ortopédica mayor es alta, igual que el tiempo indicado, lo que contribuye con el control de la aparición de eventos tromboticos.

CL-13-06 // NIVELES DE HEMOGLOBINA EN GESTANTES Y SUS DESENLACES OBSTÉTRICOS Y NEONATALES ADVERSOS, ANORÍ, COLOMBIA, 2018 ? 2019

MARTÍNEZ, L.; ROLDAN TABARES, M.; ÁLVAREZ HERNÁNDEZ, L.; RUIZ, C.; JARAMILLO, L.; ARANZAZU CEBALLOS, A.; FERNÁNDEZ VILLA, K.; MAZO BETANCUR, L.

Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Objetivos: Evaluar los niveles de hemoglobina en gestantes y sus desenlaces obstétricos y neonatales adversos, Anorí, Colombia, 2018 ? 2019.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal, la población de estudio fueron mujeres gestantes mayores de 16 años, con confirmación de embarazo por laboratorio, que su control prenatal y cuyo parto fue atendido en el hospital del municipio de Anorí, Colombia. El análisis se llevó a cabo a través del programa SPSS 24.

Resultados: Se incluyeron 122 pacientes con un promedio de edad 23,8 años, con un peso promedio de 61,4 Kg. El valor promedio de hemoglobina antes de las 20 semanas fue de 13,46 g/dL. El 100% de las pacientes recibieron hierro y calcio y el 91,8% ácido fólico. Respecto a los desenlaces maternos reportados se encontró que en 113 (94,2%) de los casos se logró el control en el hospital, en 6 (5%) se requirió remisión y solo se registró 1 caso de muerte materna; en dicho caso se presentó igualmente muerte neonatal, que fue el único desenlace de este tipo registrado en los neonatos.

Conclusiones: El valor promedio de hemoglobina concuerda con los cambios fisiológicos propios del embarazo, todas las pacientes recibieron hierro resaltando la importancia de la suplementación en edad gestacional temprana para prevenir las complicaciones asociadas a la anemia.

CL-13-07 // CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL CLÍNICO DE LOS PACIENTES CON BETA - TALASEMIA EN UNA INSTITUCIÓN DE ALTA COMPLEJIDAD, MEDELLÍN - COLOMBIA

MARTÍNEZ, L.; CARVAJAL, M.; ROLDAN TABARES, M.; DUQUE, L.

Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Objetivos: Caracterizar el perfil clínico de los pacientes con Beta -Talasemia atendidos en una institución de alta complejidad entre los años 2013-2018.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo, que incluyó pacientes menores de 17 años con diagnóstico de Beta -Talasemia que tuvieran perfil clínico y hallazgos de laboratorio característicos; fueron excluidos pacientes con otras patologías hematológicas. Se realizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Esta investigación contó el aval del Comité de ética.

Resultados: Se revisaron 35 historias clínicas de las cuales, el 60% (21) eran de sexo masculino, cuya edad promedio de diagnóstico fue de 6,7 años. El hallazgo clínico más común fue la anemia en un 82,8% (29) y las complicaciones más comunes fueron las cardíacas en 17,1% (6). Respecto al tratamiento el 25,7% (9) eran dependientes de transfusiones, 8,5% (3) requirieron trasplante y el 11,4% (4) requirieron esplenectomía. Los paraclínicos más utilizados en el diagnóstico fueron hemograma 97,1% (34) y electroforesis de proteínas 68,5% (24). El 28,5% (10) tenía anemia macrocítica hipocrómica, el 5,7% (2) anemia microcítica normocrómica y el 2,8% (1) anemia macrocítica normocrómica.

Conclusiones: La Beta - Talasemia se presenta mayoritariamente en la infancia temprana, se expresa en fenotipos clínicos agrupados según la necesidad o no de transfusiones; este último fue el más prevalente. La anemia macrocítica hipocrómica fue el principal hallazgo clínico, el cual se abordó con manejo médico más que con terapias invasivas definitivas. Debido al tamaño de la muestra, se requieren más estudios que enriquezcan la caracterización clínica de esta entidad.

CL-13-08 // ABORDAJE DEL PACIENTE CON LINFOMA, LA VISIÓN DEL INTERNISTA

NIÑO, J.; DAZA BOLAÑO, N.; FIGUEROA, C.; REY GOMEZ, L.; GUZMÁN LOPEZ, J.

Universidad Industrial De Santander, Santander, Colombia.

Objetivos: Resaltar el abordaje en pacientes con linfoma y manejo de complicaciones posquimioterapia para el medico internista.

Describir las características clínicas y paraclínicas de los pacientes con Linfoma hodgkin y no hodgkin en el Hospital universitario de Santander durante el periodo de 2012 a 2018.

Materiales y Métodos: Se presenta un estudio descriptivo observacional de tipo retrospectivo, con muestreo no Probabilístico que cumplan los Criterios de Inclusión , a conveniencia. Realizando análisis estadístico univariado, utilizando medidas de frecuencia para las variables cualitativas y de tendencia central para las variables cuantitativas con sus respectivas medidas de dispersión (rangos intercuartílicos, desviación estándar , varianza) Se determinará para estas últimas la distribución de las variables usando test de Shapiro ? Wilk para normalidad y aquellas con distribución normal serán expresadas en medias y desviación estándar, mientras que aquellas sin distribución normal se expresarán en mediana y rango intercuartílico.

Resultados: Se reportaron 116 pacientes durante 2012 a 2018, cuya edad en su mayoría oscilaba entre 38- 70 años, de los cuales 51 de ellos eran mayores de 65 años; en la población adulta mayor la subclasificación correspondió en un 87% correspondía a linfoma no Hodgkin, y de estos el 91% a linfomas B. El tiempo de confirmación de diagnóstico oscilo en 26días en un 62% de los casos, encontrando un 32% de comorbilidades cardiovasculares. Dentro de protocolos de quimioterapia prescritos en su mayoría corresponden a rchop, chop, R-miniCHOP, DA-POCHR, R-miniCEOP, requiriendo ajuste el 64% por grupo etario, compromiso renal o cardiotoxicidad. La complicación más relevante durante la hospitalización (69%) fue la neutropenia febril, seguido de complicaciones cardiovasculares; siendo esto uno de los motivos más frecuente de reingreso y consulta al servicio de urgencias, donde el 100% recibió manejo integral por el grupo de medicina interna, hematología e infectología principalmente.

Conclusiones: Las enfermedades neoplásicas constituyen una importante causa de morbilidad y de mortalidad en el mundo. Por lo tanto, los estudios epidemiológicos locales y regionales son importantes, puesto que existen factores geográficos, genéticos, demográficos, culturales y ambientales que inciden, tanto sobre las formas de presentación, como de tratamiento de cada uno de estos tumores líquidos. El análisis de la mortalidad, incidencia y prevalencia por cáncer es fundamental para tener una aproximación a la carga de la enfermedad que permita orientar la formulación de políticas y la toma de decisiones en salud pública.

Por ello, es necesario identificar de forma precoz los hallazgos clínicos y paraclínicos en los pacientes que debutan con linfoma, así como las complicaciones posquimioterapia, este abordaje en la mayoría de ocasiones ocurre en el servicio de urgencias y hospitalización requiriendo tratamiento multidisciplinario.

CL-13-09 // TRANSDISCIPLINARIEDAD EN EL ABORDAJE DE LA AMILOIDOSIS

ALFONSINI, A.; NUCIFORA, E.; AGUIRRE, M.; POSADAS MARTINEZ, M.; NASSIF, M.; KOHAN, D.; VALEO CHULVI, M.; ESCADA, S.
Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: La creciente complejidad en el abordaje de las enfermedades desafía a desarrollar un nuevo paradigma de atención que atraviese los límites disciplinarios.

La transdisciplina representa una forma de ejercicio profesional en el que profesionales de diferentes disciplinas abordan un problema aplicando su expertis, respetando el conocimiento del otro y contribuyendo a la mirada global de la problemática.

La amiloidosis es una patología que amerita este abordaje transdisciplinario. En el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) se conformó el grupo de estudio de amiloidosis (GEA) con este criterio de transdisciplinaria que incluye bioquímicos, médicos: clínicos, hematólogos, nefrólogos, cardiólogos, oftalmólogos, investigadores, hepatólogos, anatomopatólogos, neurólogos y dermatólogos. En agosto 2018, convocó a la Unidad de Odontología del HIBA para incorporar las biopsias de glándulas salivales menores (GSM) como herramienta diagnóstica.

Objetivo: Describir las primeras experiencias transdisciplinarias de biopsias GSM como herramienta diagnóstica en la detección de amiloidosis y las complicaciones intra y posoperatorias del procedimiento.

Materiales y Métodos: Se incluyen los pacientes derivados a odontología por el GEA en el Hospital Italiano de Buenos Aires. Período agosto 2018-diciembre 2019. Procedimientos odontológicos: confección de historia clínica, firma de consentimiento informado, toma biopsia: marcado quirúrgico mucosa interna labio inferior, decontaminación, anestesia infiltrativa, incisión, toma GSM y colocación en formol. Procesamiento por el servicio de Anatomía Patológica: coloración con Rojo Congo y Tioflavina. A la semana: control postoperatorio del paciente. Se comparten y discuten los resultados micro y macroscópicos con el GEA.

Resultados: Se realizaron 16 biopsias con procedimientos mínimamente invasivos. No se registraron complicaciones intra ni posoperatorias.

Conclusiones: Se describieron las primeras experiencias de biopsia de GSM como herramienta diagnóstica de A y sus complicaciones. Debido a la ausencia de las mismas y agresión mínima al paciente, el GEA decidió continuar trabajando en forma transdisciplinaria conjuntamente con la Unidad de Odontología del HIBA.

CL-13-11 // COVID-19 EN PACIENTES CON AMILOIDOSIS. ESTUDIO DESCRIPTIVO

CARRETERO, M.; POSADAS MARTINEZ, M.; AGUIRRE, M.; ULACIA, M.; NEGRO, A.; NUCIFORA, E.
Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: La pandemia desarrollada por COVID 19 marcó la tercera infección más grande del siglo XXI. Las personas adultas mayores y comórbidas presentan peor evolución. Es limitado el conocimiento de la evolución del COVID-19 en pacientes con amiloidosis. Describir la evolución de estos pacientes permitirá conocer más sobre la enfermedad.

Objetivo: Estimar la incidencia de COVID en pacientes con amiloidosis y describir la evolución.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo con datos secundarios de pacientes adultos con amiloidosis incluidos en el registro institucional de Amiloidosis (RIA) infectados por COVID 19 desde el 1 de abril hasta hasta cuando termine la pandemia en el Hospital Italiano. Se recolectó información basal, de diagnóstico, tratamiento recibido de amiloidosis y COVID-19. Todos los pacientes se siguieron mediante revisión de historia clínica para evaluar sobre vida. La incidencia se expresa con su porcentaje e intervalo de confianza, las variables continuas como mediana y rango intercuartil de acuerdo con la distribución observada; y las variables categóricas con frecuencias absolutas y porcentajes.

Resultados: (datos preliminares, se actualizarán resultados al momento de la exposición en la SAM). En el período de interés, en el RIA había 240 pacientes. La incidencia de COVID 19 fue de 2% (n=4, IC 95% 0.4-4%). Las características de los pacientes con COVID: 2 (50%) eran varones, y el tipo de amiloidosis más frecuente fue la senil, en 3 pacientes (75%). El compromiso orgánico más frecuente por amiloidosis fue el cardíaco en el 100% de los casos. La presentación clínica más frecuente de COVID-19 fue infección del tracto respiratorio superior, siendo los síntomas más frecuentes: tos (75%), fiebre (50%). No presentaron síntomas de rinorrea, anosmia y ageusia. Un paciente fue asintomático. 2 pacientes (50%) tuvieron neumonía.

El manejo fue con Hospitalización 100%, de los cuales 2 (50%) requirieron soporte de oxígeno, 2 (50%) esteroides y 1 (25%) recibió plasma de pacientes recuperados. No recibieron tratamiento antiviral ni tratamiento complementario (hidroxicloroquina, azitromicina, tratamiento anticoagulante). Con respecto a la evolución del COVID-19: 3 (75%) pacientes se recuperaron sin secuelas y uno (25%) se murió.

Conclusiones: La infección COVID-19 presentó una incidencia del 2% en pacientes con amiloidosis, dada las comorbilidades todos requirieron internación y la recuperación total fue en 3 de 4 pacientes.

CL-13-10 // PREDICTORES DE RECURRENCIA DE ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA POST SUSPENSIÓN DE ANTICOAGULACIÓN

POSADAS MARTINEZ, M.; TORRES GOMEZ, F.; MEZZAROBBA, D.; SCHUTZ, N.; RUBERTO, J.; DOVASIO, M.; MARTINUZZO, M.; VAZQUEZ, F.; QUIROS, F.; GIUNTA, D.
Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Evaluar factores asociados a la recurrencia de eventos tromboembólicos en pacientes con un primer evento de ETV intratratamiento, al año de suspendida la anticoagulación.

Materiales y Métodos: Diseñamos una cohorte prospectiva con todos los pacientes consecutivos con un primer episodio de TVP confirmado por eco doppler que iniciaron tratamiento anticoagulante incluidos en el Registro Institucional de Enfermedad Tromboembólica en el período 1/6/2015 al 30/3/2019. Se excluyeron aquellos pacientes con negativa a participar o a para otorgar el consentimiento informado, cáncer, tener implantado un FVCI de manera permanente. Todos los pacientes fueron evaluados a los 30 días, pre suspensión de anticoagulación para evaluación de dímero d y una ecografía. y al año de suspendida la anticoagulación para evaluación de ecografía y trombofilia si eran menores de 55 años o si no tenían factores de riesgo conocido para la ETV. Todos los pacientes fueron evaluados para recurrencia, sangrado (mayor y menor) y muerte. Se consideró recurrencia a progresión o nuevo evento sintomático durante anticoagulación y una vez suspendida la anticoagulación.

Resultados: Se reclutaron un total de 304 pacientes durante el período de estudio. De los cuales el 73% correspondían al sexo femenino, la mediana de edad fue de 80 años. Dentro de las comorbilidades las de mayor presentación fueron hipertensión arterial con un 61% y displipemia en un 35% y los factores de riesgo para eventos tromboembólicos fueron: trombofilia en 5%, inmovilización 3,3% y trauma/cirugía en un 2%. Todos los pacientes recibieron anticoagulación al momento del evento. Los tratamientos más frecuentes fueron acenocumarol y enoxaparina. La tasa de recurrencia durante la anticoagulación fue de un 5% (n=16, IC 3%-8%), y durante el seguimiento post suspensión 4% (n=11, IC 2%-6%). La tasa de sangrado global fue del 13% (n=39, IC 9%-17%), siendo para sangrado mayor del 5%.

Conclusiones: En este trabajo se evaluó los factores asociados a la recurrencia de eventos tromboembólicos en pacientes con un primer evento de ETV sin cáncer intratratamiento y al año de suspendida la anticoagulación.

CL-13-12 // EPIDEMIOLOGIA DE AMILOIDOSIS TTR MUTADA EN ARGENTINA

SAEZ, S.; AGUIRRE, M.; NEGRO, A.; PÉREZ DE ARENAZA, D.; SORROCHE, P.; NUCIFORA, E.; POSADAS MARTINEZ, M.
Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: En Argentina, según nuestro conocimiento, no existen reportes de la prevalencia de las mutaciones de amiloidosis por transtiretina (TTR) ni relación fenotipo-genotipo. El hospital cuenta con un servicio de laboratorio que secuencia el gen de la TTR y el Registro de amiloidosis (RIA) que nos permitirán caracterizar a las personas con ATTRv.

Objetivos: Describir la prevalencia de mutaciones de TTR en Argentina y las características fenotípicas de los pacientes con ATTR mutadas incluidos en el RIA.

Materiales y Métodos: Estudio cohorte retrospectiva de pacientes consecutivos con mutación en la secuenciación del gen TTR realizada en laboratorio del HIBA en el período 2012-2019. Desde el laboratorio se identificara a todos los pacientes con positividad para la mutación de TTR (muestras de pacientes atendidos en el hospital y fuera del hospital). Se identificó el tipo de mutación. De los pacientes atendidos en el hospital se recolectaron adicionalmente las características fenotípicas. Se utilizó el sistema de vigilancia clínica del registro institucional de amiloidosis para obtener datos de la evolución clínica de los pacientes.

Resultados: 576 pacientes fueron analizados para detectar mutaciones TTR, 24% (141) fueron positivos para la mutación TTR. Las mutaciones fueron: Val50Met 78% (2% fueron Homocigota), Thr80Ala 11%, Ala117Ser 6%, Val142Ile 1%, Phe84Leu 1%, Ile127Val 1%, Tyr134Cys 1% y Ala56Pro 1%. De los 141 TTR mutados, 20 fueron evaluados por un médico de HIBA, la edad media al diagnóstico fue de 54 años, el 70% tenía antecedentes familiares con una mediana de pedigrí 4. Las mutaciones fueron Thr80Ala 9, Val50Met 6, Ala56Pro 2, Val142Ile 1, Phe84Leu 1 y Tyr134Cys 1. La más frecuente afectación orgánica fue: en Thr80Ala Gastrointestinal 56%, cardíaca 33%, neurológica 33%; Val50Met neurológico 83%, gastrointestinal 83%, cardíaco 33% y ocular 17%; Ala56Pro neurológico 50%, ocular 50%

Conclusiones: Hasta donde sabemos, existen escasos datos sobre ATTRv en Argentina y correlación entre mutación y característica fenotípica

CL-13-13 // AMILOIDOSIS AL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UN REGISTRO INSTITUCIONAL DE ARGENTINA

ULACIA, M.; POSADAS MARTINEZ, M.; BRULC, E.; AGUIRRE, M.; SAEZ, S.; BELZITI, C.; LUXARDO, R.; ALBELBIDE, J.; FANTL, D.; SORROCHE, P.; PÉREZ DE ARENAZA, D.; VARELA, C.; MACHNICK, G.; FERNANDEZ, M.; GRELONI, G.; KOHAN, D.; BASQUIERA, A.; NUCIFORA, E.
Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Describir tipos de tratamiento, supervivencia global y libre de progresión (SG/SLP) de la amiloidosis AL en una institución de Argentina.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva (2010-2019) de pacientes adultos con amiloidosis AL del Registro Institucional de Amiloidosis-Hospital Italiano de Buenos Aires (ClinicalTrials.gov NCT01347047). El compromiso orgánico se definió como clínica y/o biomarcadores y/o hallazgos por imágenes. El tratamiento de primera línea se definió como el primer régimen recibido. El tratamiento se clasificó como: ASCT de primera línea o posterior a inducción, CyBoD, talidomida-dexametasona/ ciclofosfamida, rituximab+ciclofosfamida+vincristina+prednisona (R-CVP), lenalidomida/dexametasona u otro. La respuesta hematológica se definió como respuesta parcial o mejor. Todos los pacientes fueron seguidos hasta la muerte o cierre administrativo o pérdida de seguimiento. Se evaluó la SLP y la SG a 1, 5 y 10 años mediante Kaplan Meier. Se evaluó la mortalidad según compromiso orgánico al momento del diagnóstico mediante regresión de Cox.

Resultados: Se incluyeron 91 pacientes. La mediana de compromiso orgánico al momento del diagnóstico fue de 2 (IC1-3). Los órganos más afectados fueron: corazón 72%(65) y riñón 71%(62). La mediana de ECOG fue de 2(1-2) y el Score de Charlson 2(1-3). La mediana de seguimiento fue 37 meses (IC12-114). Sesenta y nueve (76%) pacientes recibieron tratamiento, 9(10%) trasplante cardíaco y 1 riñón. Con el tratamiento de primera línea 13 pacientes fueron a ASCT. El resto continuó el mismo esquema hasta recaída o muerte. Los regímenes de quimioterapia utilizados fueron 76%(51)CyBoD, 11%(7)Talidomida-Dexametasona/Ciclofosfamida, 2%(1)Rituximab, 2%(1)Lenalidomida/ Dexametasona, 2%(1) R-CVP y 9%(6) otros, con una media de 5 ciclos (DS 5). Veintiséis pacientes recibieron segunda línea con una mediana de 4 ciclos (2-6), utilizando lenalidomida/dexametasona el 42%(11) y Daratumumab el 19%(5), y 3 pacientes recibieron tercera línea. La mejor respuesta hematológica (intención de tratar) fue: RC 48%(32), VGPR 7%(5), RP 5(3), sin respuesta 24%(16). La respuesta no fue evaluable en 16%(11); 2 muertes, 1 interrumpió el tratamiento por decisión propia, 2 el tiempo de seguimiento insuficiente y 6 fueron derivados a otras instituciones. La mortalidad fue del 42% (n38, IC 32-53), la mediana de supervivencia fue de 126 meses (IC 23-170). La SG al año fue del 86% (77-90), 5 años 65%(53-74) y 10 años 53%(39-65). La tasa de recaída fue del 21% (n9)IC 11-38). La SLP fue del 91%(78-97) a los 5 años y del 79% (63-89) a los 10 años. El número de órganos comprometidos y niveles elevados de proBNP se asociaron a mortalidad (HR 1.5 y HR 1, respectivamente).

Conclusiones: El tratamiento de primera línea más utilizado fue a base de bortezomib. El 48% logró RC. El 38% recibió segunda línea. La SG y la SLP fueron similares a otras cohortes. El número de órganos involucrados y el compromiso cardíaco se asociaron con peor pronóstico.

CL-13-15 // CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, MANEJO Y EVOLUCIÓN DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON TROMBOEMBOLISMO VENOSO AGUDO: 10 AÑOS DE EXPERIENCIA DE UN REGISTRO INSTITUCIONAL

POSADAS MARTINEZ, M.; GRANDE RATTI, M.; ZAPIOLA, M.; WAKSTEIN, L.; TRIANA, R.; CAMPISI, M.; GUTIERREZ, P.; GIUNTA, D.; VÁZQUEZ, F.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Objetivos: Describir la epidemiología en pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETV) que requirieron hospitalización, en términos de características clínicas, manejo y evolución.

Materiales y Métodos: Cohorte prospectiva que incluyó pacientes con diagnóstico de ETV agudos que debieron ser hospitalizados en un centro de tercer nivel (Hospital Italiano de Buenos Aires) en un periodo de 10 años (entre 2006 y 2016), en el marco de un Registro Institucional (RIET Home-ClinicalTrials.gov, NCT01372514).

Los pacientes se incluyeron al momento del diagnóstico de ETV para las características basales, estratificación de riesgo y conducta terapéutica inicial. Luego, fueron seguidos post-internación prospectivamente y sistemática, en forma periódica y telefónica para evaluar recurrencia, sangrado y/o muerte.

Se realizó un análisis convencional para estadística descriptiva y comparativa, considerando significativo un valor de p<0,05. Se realizó análisis de tiempo al evento para las variables de resultado.

Resultados: Se incluyeron 3457 episodios de ETV confirmados para el análisis (1985 sólo TVP, 930 sólo TEP y 542 combinados), correspondientes a 3157 pacientes. La mayoría resultaron ancianos con mediana 68 años (DE 16) y predominantemente mujeres 57%(1955). Los factores predisponentes más frecuentes fueron: inmovilidad (45%), neoplasia (35%), cirugía reciente (33%), obesidad (26%), internación reciente (22%) y ETV previa (21%).

La tasa de recurrencia fue del 15,41% (533, IC 14-17%). La mediana de sobrevida fue de 100 meses (IC 8-na). La sobrevida al mes, 3 meses, al año, 2, 5 y 10 años fue 98%(98-99), 96(96-97), 95(94-96), 93(92-94), 91(90-92) y 91(90-93).

La tasa de sangrado fue del 23,57% (815, IC 22-25%). La sobrevida libre de evento al mes, 3 meses, al año, y 2 años fue 95(94-96), 90(90-92), 83(82-85), 79(77-80).

La tasa de mortalidad por todas las causas fue del 46,63% (1612, IC45-48%). La mediana de sobrevida fue de 100 meses (IC 8-NA). La sobrevida al mes, 3 meses, al año, 2, 5 y 10 años fue de 90%(89-91), 82%(80-83), 71%(69-73), 65(64-67), 56(54-58) y 46(43-48) respectivamente.

Conclusiones: La ETV sigue siendo una patología que requiere internación para su manejo frecuentemente (1 paciente por día), debido a severidad o comorbilidades. En esta población, la inmovilidad, neoplasia y cirugías recientes resultaron los principales factores de riesgo. La recurrencia (15%), los sangrados mayores (5% al mes y 10% a los 3 meses) y la mortalidad (10% al mes y 18% a 3 meses) fueron elevadas.

Esta información contribuye sustancialmente al conocimiento de esta patología en nuestra región debido a la inexistencia de algún registro latinoamericano de ETV con inclusión de tantos pacientes, de forma consecutiva, con seguimiento periódico, y de más de 10 años de duración.

CL-13-14 // INCIDENCIA DE TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN EN POBLACIÓN ADULTA INTERNADA EN UNA CLÍNICA PRIVADA DE JUNÍN ENTRE LOS AÑOS 2018-2020. ESTUDIO RETROSPECTIVO.

FIORI, M.; CALVO, M.; MALPERE, F.; PÉREZ, C.; LINGUA, M.; QUINTANA, A.; MILLET, M.; BATAREV, V.; GIORDANO, A.; MACCHIAVELLO, E.
Clínica La Pequeña Familia. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Determinar la incidencia del tromboembolismo de pulmón en la población adulta del servicio de clínica médica de una clínica privada del noroeste de la provincia de Buenos Aires, en un periodo de 2 años consecutivos, además de obtener los factores predisponentes y presentación clínica más frecuente.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de TEP registrados en base de datos de internados del servicio de clínica médica del 1ro de junio de 2018 al 1ro de junio de 2020.

Resultados: Se evaluaron 53 pacientes, 29 eran hombres (54,7%). Representaron el 1,19% del total de los internados. La edad promedio fue de 59 años (rango de 20 a 87 años).

En 9 (17%) pacientes el TEP fue intercurrencia durante la internación por otras patologías, en el resto fue el motivo de ingreso. Como factores predisponentes más prevalentes se registró en 17 de 53 (32%) antecedente oncológico, seguido por cirugía previa en el último mes en 9(16,9%) pacientes, 7 (13,2%) obesidad, 5 de 53(9,4%) inmovilización prolongada al igual que antecedente de enfermedad tromboembólica venosa, en 3(5,6%) terapia hormonal, y en 12 de 53(22,6%) no se pudo detectar ningún factor predisponente. En 5(9,4%) pacientes presentaban 2 o mas.

Respecto a la indicación de profilaxis de enfermedad tromboembólica venosa, dentro del grupo que tenían cirugía previa o inmovilización (14 pacientes), solo 6 pacientes la recibieron y en 1 solo estaba contraindicada por sangrado mayor reciente.

De los 53 pacientes, 6 fueron asintomáticos. Los síntomas más frecuentes fueron disnea súbita en 28 de 53(60%), disnea insidiosa 11 (25%) pacientes, dolor pleurítico 4 (8,5%), seguidos por hipertensión, hemoptisis y tos.

Los hallazgos en el examen físico fueron en frecuencia decreciente taquicardia en 22(41,5) pacientes, hipoxemia 13(24,5%) y taquipnea 6(11,3%). Ne se encontró alteración en 12 pacientes.

Con respecto al ECG, en 38 (72%) fue normal, 8 pacientes presentaron SIQ3T3, 7 pacientes taquicardia sinusal, de los cuales 3 también tenían SIQ3T3.

En 14 de 53(66%) pacientes se diagnosticó TVP por doppler de miembros inferiores, 12(22%) sin TVP y el resto no se realizó doppler.

47 pacientes tuvieron TEP con diagnóstico por AngioTC. En 3 no fue concluyente y en otros 3 pacientes no se pudo realizar AngioTC por contraindicación.

La mortalidad intrahospitalaria fue de 4 pacientes (7,5%).

Conclusiones: Los pacientes con diagnóstico de TEP en este periodo representaron el 1,19% del total de internados, de estos pacientes el 54,7% eran hombres a diferencia de dos trabajos similares realizados por la SAC en los años 2013 y 2019 donde la mayoría eran mujeres. Un 17% de los pacientes diagnosticados ocurrió durante la internación, menor a comparación de otros estudios. Los síntomas más frecuentes fueron la disnea súbita e insidiosa, seguido por el dolor pleurítico, coincidiendo con estos dos trabajos argentinos.

CL-14-01 // PREVALENCIA DE FIBROSIS HEPÁTICA SEGÚN CLASE FUNCIONAL CHILD-PUGH EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA

BENÍTEZ, E.; GUERINI, J.; BENÍTEZ, M.; PRESMAN, C.; KITZMANN, P.; MARTINEZ PAIVA, S.; ALVAREZ, M.; REZNICHENCI, M.
Hospital Nacional De Clínicas Córdoba. Córdoba, Argentina.

Objetivos: Clase funcional(CHF) Child-Pugh (C-P) con cinco parámetros clínicos, ampliamente validada como predictiva pronóstico de sobrevida en hepatopatía crónica (HPCr) y cirrosis, cuestionada en su diseño metodológico: la componen 5 parámetros seleccionados empíricamente, 2 de ellos subjetivos-ascitis y encefalopatía), el disponer de solo 3 categorías aceptando amplia variación de sus parámetros en una misma categoría e inespecificidad de sus parámetros. (encefalopatía, ictericia, hipoalbuminemia y alteración de la coagulación) posibles en pacientes con sepsis. La biopsia hepática (BH) permanece como patrón oro para cuantificar fibrosis (predictor pronóstico histopatológico) y cirrosis(estadio final en la historia natural de todas las HPCr).

Según este comentario, nuestra hipótesis plantea que debe haber una correlación entre ambos: predictor pronóstico funcional C-P e histopatológico (grado de fibrosis-cirrosis en la BH) ante pacientes con HPCr.

Objetivo:

Demostrar y cuantificar la correlación entre CF C-P y distintos estadios de fibrosis en pacientes con HPCr.

Materiales y Métodos: Periodo marzo-2017 y enero-2019 evaluamos 100 pacientes con HPCr, realizando biopsia hepática (BH) en 38 casos. Hospital de Clínicas(Cba). Cada uno aportó los 5 parámetros de C-P y BH con la clasificación de Knodell de 0 a 4: La ausencia de algún parámetro fue criterio de exclusión. **Diseño:** observación, transversal, analítico, programa SPSS 25, tabla de contingencia, chi cuadrado para variables categóricas, tabla de 2 x 2 CAT (Critically Appraised Topic) y nomograma de Fagan para reconsiderar probabilidades.

Resultados: Sexo femenino n=26 (68%), edad media 45, moda 40, rango 63 (11-74), etiología de HPCr: colestasis 6(15,8%), víricas 5(13,2%), alcohol 4(10,5%), NASH 4(10,5%), Hits A1 3(7,8%), otras 16(42%). La prevalencia de cirrosis fue del 50 %, n=19 del total de 38 BH.

Los pacientes clasificaron:

Clase funcional C-P A: n=12, score de Knodell(sK) 0:1-2: 11(92%), sK 3-4: 1(8%)

C-P B: n=19, sK 0:1-2: 7(37%), sK 3-4: 12(63%).

C-P C: n=7, sK 0-1-2: 1(14)** , sK 3-4: 6 (86%). Chi cuadrado de Pearson, P: 0.001.

Aplicando estos resultados (tasa de probabilidades-LR) en APS con una prevalencia (según consenso) del 24 % de cirrosis en pacientes con HPCr, el nomograma de Fagan (figuras 1,2,y3) muestran el cambio de probabilidades que produce esta información.

Conclusiones: En APS con una prevalencia estimada en 24% de cirrosis entre pacientes con HPCr un porcentaje reducido de pacientes es sometido a BH, y la calificación, cuantificación de fibrosis/cirrosis en su gran mayoría queda en manos de la historia clínica, pruebas no invasivas indirectas y estudios por imágenes. En nuestro trabajo el score pronóstico que aporta la CF C-P se correlacionó estrechamente con el grado de fibrosis-cirrosis. Aplicando los LR en APS con prevalencia del 24% de cirrosis en pacientes con HPCr, un C-P A baja la probabilidad a 8 %, un C-P B la sube al 63 % y un C-P C al 86%.

CL-14-02 // COCIENTE AST / ALT COMO PREDICTOR DE CIRROSIS HEPÁTICA EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA: COMPARAMOS PROMEDIO DE LAS ÚLTIMAS DETERMINACIONES VS ÚNICA O ÚLTIMA DETERMINACIÓN.

ACUÑA COTRONEO, C.; KITZMANN, P.; GUERINI, J.; BRINGAS, M.; MARTINEZ PAIVA, S.; WIESHAMM, N.; BENITEZ, M.; ALVAREZ, M.; BENITEZ, E.
Hospital Nacional De Clínicas. Córdoba. Córdoba, Argentina.

Objetivos: El cociente entre las transaminasas aspartato aminotransferasa (ASAT) y alanina aminotransferasa (ALAT) usado por décadas, para el diagnóstico de hepatitis vírica cuando su valor era menor a la unidad (De Ritis ratio), en la actualidad, su valor persiste por su capacidad predictiva pronóstica en pacientes con hepatopatías crónicas (HPCr), de progresión a la fibrosis y cirrosis cuando el cociente supera la unidad. Según opinión de expertos es necesario promediar las últimas determinaciones para mejorar su eficacia predictiva.

Objetivo:

Comparar la exactitud predictiva pronóstica del cociente AST/ALT como marcador sérico indirecto de fibrosis/cirrosis hepática entre el promedio de las últimas determinaciones vs la única o última determinación en pacientes con HPCr.

Materiales y Métodos: Período marzo-2017 y enero-2019 evaluamos 100 pacientes con HPCr. Definida por alteraciones clínico-analítica por los últimos 6 meses. Hospital Nacional de Clínicas (Cba). En planilla protocolo recogimos datos demográficos y clínicos analíticos.

Programa SPSS 25, tabla de contingencia CAT (Critical Appraised Topic), Nomograma de Fagan. Diseño de observación transversal.

Se determinó el cociente AST/ALT y se contrastó la exactitud predictiva de cirrosis (presente o ausente por BH, patrón de referencia en los 39 pacientes con BH) y prevalencia de cirrosis del 49% (n=19) entre el cociente de la única o última determinación (n= 31) vs el promedio (2,45) de determinaciones por paciente (n=55), se excluyó a 14 pacientes con HPCr con valores normales de transaminasas.

Resultados: 100 pacientes con HPCr, sexo femenino N 56 (56%), edad media 54 años, moda 40, rango 70 (11-81), etiología: alcohol 20 (20%), NAFLD-NASH 19 (19%), Colestasis (CVP, CEP, Ductopenia) 14 (14%), víricas; HVB 3 (3%), HVC 3 (3%), HAI 7 (7%), otras; 33 (33%).

El área bajo la curva COR del promedio de 2,45 determinaciones del cociente AST/ALT fue: 0,900 vs 0,889 de cociente AST/ALT con única o última determinación. Comparando exactitud con el promedio, tuvimos un LR(+):2,98 y LR(-):0,15 contra 2,56 y 0,16 respectivamente con la única o última determinación.

Conclusiones: Las razones por las que ASAT es más elevada que ALAT con la progresión de la fibrosis según literatura, son inciertas, pero puede ser por incrementada producción y aporte mitocondrial en el hepatocito dañado o relativamente reducido clearance, independiente que su etiología sea viral, alcohólica, grasa u otras. Nuestro trabajo no mostró un mejor desempeño predictor del promedio vs única determinación del cociente AST/ALT. En APS con una prevalencia del 24% de cirrosis en pacientes con HPCr un cociente AST/ALT > 1 aumenta la probabilidad al 48% y uno < 1 la disminuye al 5%.(ver tablas).

CL-16-02 // CONOCIMIENTOS Y PERCEPCIONES SOBRE COVID-19 EN COLOMBIA. ENCUESTA VIRTUAL EN POBLACIÓN GENERAL

MARTINEZ, L.; HERRERA ALMANZA, L.; PÉREZ ARIAS, S.; CASTAÑEDA-PALACIO, S.; MORALES QUINTERO, N.; OSPINA JIMÉNEZ, M.; CALLE ESTRADA, M.; SAAVEDRA VALENCIA, M.; RUBIANO VARELA, M.; MAZO BETANCUR, L.; CUARTAS AGUDELO, Y.; HERNÁNDEZ SARMIENTO, J.
Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Objetivos: Describir los conocimientos y las percepciones de la población colombiana frente a la pandemia por coronavirus.

Materiales y Métodos: Estudio observacional que realizó una encuesta virtual a mayores de 18 años, con respuestas entre el 28 de mayo y el 15 de junio.

Resultados: Participaron 1995 personas. El 66,4% (1321) eran mujeres, la mediana de edad fue de 32 años. El 86,3% (1722) eran de la región Andina y 44% (878) tenían formación universitaria. Respecto a las emociones que despierta la pandemia, el 51,6% (1030) refirió sentir interés, seguido de confusión con un 26,2% (528). La percepción frente al principal síntoma que presenta una persona infectada fue la fiebre con un 95,1% (1898). Al cuestionar a los participantes sobre las medidas que evitan la infección del virus el 94,6% (1888) respondió que el lavado de manos evita la infección. Un 91,2% (1821) aseguró que los adultos mayores son quienes tienen mayor riesgo de complicaciones. El 68,3% (1363) afirmó sentirse bien informado y un 62,8% (1253) consideró oportunas las medidas tomadas por el Gobierno, además, el 67,3% (1343) afirmó tener repercusiones económicas.

Conclusiones: La pandemia ha generado nuevas situaciones que despiertan emociones y afectan tanto el ámbito económico como social del ser humano. La mayoría reconoce los grupos de alto riesgo, sintomatología y principales medidas de protección recomendadas por expertos.

CL-16-01 // PREDICCIÓN DE MORTALIDAD EN NEUMONIA POR COVID-19: RENDIMIENTO CLÍNICO DEL LDH, PCR Y DÍMERO D EN PERUANOS HOSPITALIZADOS

PICHARDO, R.; SAAVEDRA VELASCO, M.; SANCHEZ ALVAREZ, C.; PATRÓN, G.; RUIZ FRANCO, O.; PEÑA OSCUVILCA, W.; GARCÍA-PERDOMO, H.

Hospital Nacional "dos De Mayo". Lima, Peru.

Objetivos: Evaluar el rendimiento clínico de los puntos de corte recomendados en la literatura para el LDH, PCR y Dímero D para la predicción de mortalidad en peruanos hospitalizados por neumonía por COVID-19 en un hospital de referencia nacional.

Materiales y Métodos: **Diseño:** Estudio transversal analítico retrospectivo. **Criterios de Inclusión:** Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de neumonía por COVID-19. Criterios de exclusión: Neumonía bacteriana, fúngica o viral por virus respiratorios no covid-19. Criterios de eliminación: Historia clínica extraviada, ilegible o paciente extranjero. **Tiempo:** Junio a Julio del año 2020. **Lugar:** Salas hospitalización especializada en Covid-19 del hospital nacional "dos de Mayo". **Tipo de muestreo:** Muestreo no probabilístico consecutivo. **Procedimientos:** Se ingresaron a los pacientes que fueron admitidos a través del cuaderno de registro de hospitalización. Se completaron fichas de datos estandarizadas (sexo, edad, comorbilidad, LDH, PCR y Dímero D) y se registró el tiempo desde el ingreso hasta la presencia del evento (muerte). Se envió la base de datos para su análisis estadístico previa confirmación de la ausencia de datos perdidos o mala digitación.

Análisis estadístico: Se presentaron medidas de resumen para las variables cualitativas, así como para las variables cuantitativas. En base a la literatura, se tomaron como puntos de corte: LDH>500U/L; PCR>33mg/L y Dímero D>2?g/mL para el pronóstico de mortalidad. Se llevó a cabo una regresión de Cox por el método Stepwise, reportándose los Hazard ratio (HR) con su respectivo IC-95%. Se consideró estadísticamente significativo a un valor de P<0,05. Se estimó el área bajo la curva (AUC) y las características operativas del índice pronóstico derivado del análisis de supervivencia. Los datos fueron procesados en el software estadístico MedCalc versión 13.

Resultados: Se incluyeron a 67 pacientes. El sexo más frecuente fue el masculino (66,7%; n=34). La media de la edad fue de 55,6 ± 15 años. La comorbilidad más frecuente fue la obesidad (23,5%; n=12). La mediana para LDH, PCR y Dímero D fue de 360 U/L (rango: 208-1054), 119 mg/L (rango: 10-449) y 2,5 ?g/mL (rango: 0,2-20) respectivamente. El nivel de LDH>500 se asoció a un HR de 3,3 (IC-95%: 1,3-7,9), P=0,0075. El resto de las variables fueron excluidas del modelo. El AUC fue de 0,64, P=0,026 (sensibilidad: 47%; especificidad: 80%; LR+: 2,43; LR-: 0,65)

Conclusiones: El LDH mayor a 500 U/L parece ser un adecuado predictor de mortalidad con una alta especificidad para pacientes peruanos hospitalizados por neumonía por COVID-19. Se requiere urgente reevaluar los puntos de corte de biomarcadores en nuestra población.

CL-16-03 // GASTO DE BOLSILLO DE PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE VIH/SIDA QUE ASISTEN A UN PROGRAMA DE CONTROL EN MONTERÍA COLOMBIA

MARTINEZ, L.; HERNÁNDEZ SARMIENTO, J.; DORIA ROMERO, E.; ÁLVAREZ HERNÁNDEZ, L.; RUIZ, C.; ROLDAN TABARES, M.; VILLEGAS, J.; ARBOLEDA ROJAS, M.

Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Objetivos: Conocer los gastos de bolsillo de los pacientes con diagnóstico de VIH SIDA que asisten a un programa de control de su enfermedad en la ciudad de Montería.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, prospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA que asistieron entre julio y diciembre de 2018 al programa de control en la ciudad de Montería. Para determinar los costos se tuvo en cuenta la metodología definida por Coyle y Drummond y se clasificaron los costos en directos e indirectos.

Resultados: Se incluyeron 54 pacientes con una edad promedio de 36 años, todos pertenecientes al régimen subsidiado de salud; el 59% desempleados, con un ingreso promedio de \$331.296 pesos. Los gastos en transporte fueron en promedio de \$49.185 pesos. Los costos directos (consulta, laboratorios, medicamentos y copagos) fueron en promedio \$76.889 pesos siendo el más importante las ayudas diagnósticas con \$22.407 pesos. Los costos indirectos (incapacidades, dinero que dejan de recibir) fueron en promedio \$147.833 pesos. Los costos totales asumidos por los pacientes, fueron de \$273.907 pesos. El 44% de los pacientes dijo recibir algún tipo de beneficio económico por la EPS, IPS o la alcaldía, por un valor promedio de \$18.250 pesos.

Conclusiones: Los costos de bolsillo que asumen mensualmente representan el 83% de sus ingresos, lo que indica que su enfermedad se está comportando como un evento catastrófico. Aunque el programa nacional incluye la entrega de medicamentos antirretrovirales, los gastos en otros medicamentos, en pruebas de laboratorio y en incapacidades están impactando a los pacientes.

CL-16-04 // ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE BACTERIEMIA DE PACIENTES EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS

SOSA, P.; RADICE, C.; RADICE, R.; ORTIGOZA BARBUDEZ, D.; BOGARIN, D.
Fundación Tesai. Ciudad Del Este, Paraguay.

Objetivos: Cuantificar las bacteriemias en pacientes con estadía en la Unidad de Cuidados Intermedios de la Fundación Tesai en el periodo de 2 años.

Citar los gérmenes aislados.

Clasificar los cuadros según tiempo de evolución.

Comparar los hallazgos con la bibliografía consultada.

Materiales y Métodos: Estudio con diseño retrospectivo, de corte transversal, observacional, descriptivo.

La población de estudio fue de 48 pacientes hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intermedios de la Fundación Tesai, en Ciudad del Este, departamento de Alto Paraná, Paraguay, en el periodo mayo/2018 - mayo/2020.

Los **Criterios de Inclusión:** fueron, pacientes en los que se realizaron hemocultivos, cultivo de punta de catéter y retrocultivos, con internación en el mencionado servicio. Como criterios de exclusión se tuvieron aquellos pacientes con patologías no infecciosas, pacientes con internación exclusiva en Unidad de Terapia Intensiva o Sala común.

Variables: Sexo, edad, germen, patología infecciosa asociada, evolución.

Muestreo de tipo no consecutivo no probabilístico.

Métodos estadísticos: Datos extraídos de historias clínicas electrónicas y procesadas mediante programa de planilla electrónica (Excel®, Hoja de cálculo Google®).

La carga, edición y análisis de datos se realizaron utilizando hojas de cálculo electrónicas Excel®. Se realizaron análisis descriptivos (indicadores de frecuencias relativas y medidas de resumen).

Resultados: Del total de las muestras (en algunos pacientes en más de una oportunidad) 33 resultaron positivos, sin tener en cuenta la técnica de obtención de muestra (hemocultivo, cultivo de punta de catéter, retrocultivo).

En el grupo de pacientes con resultados positivos, la edad media fue de 72.3 años, la edad mínima fue de 30 años y la máxima de 98 años, 50% (n:10) fueron mujeres y 50% (n:10) hombres. Los pacientes mencionados, 35% (n:7) fueron sometidos a toma de muestra en más de una oportunidad con posterior aislamiento de algún germen.

Entre los principales gérmenes aislados se citan, por orden decreciente de casos, Staphylococcus coagulasa negativa (12), Klebsiella pneumoniae (5, de los cuales 2 fueron BLEE +), y Escherichia coli (3, 1 BLEE +), constatándose luego una variedad de microorganismos.

Conclusiones: La mayoría de los cultivos positivos, esto es, entre hemocultivos (2 muestras), retrocultivos y cultivos de punta de catéter, aislaron gérmenes gramnegativos como causantes de la bacteriemia sospecha, siendo Klebsiella pneumoniae el agente mayormente informado en las estudios bacteriológicos. Así también, las bacteriemias a gramnegativos estuvieron asociados a mayor número de decesos.

En cuanto a la etiología, la mayor parte de las bacteriemias corresponden al tipo primario, y de entre las secundarias, las asociadas a infecciones del tracto urinario (pielonefritis principalmente), fueron las que presentaron mayor número de casos.

CL-16-06 // CAPACIDAD DE LA RELACIÓN SAO2/FR PARA PREDECIR MALA EVOLUCIÓN EN UNA COHORTE PROSPECTIVA DE PACIENTES CON FORMAS LEVES DE COVID-19

PIOMBI ADANZA, S.; PAULIN, F.; CARRERAS, M.; ARIAS MAHIQUES, J.; BARETTO, M.; ECHAIDE, F.; HIDALGO, E.; VIGNOLO, L.
Hospital Juan A. Fernández. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Existe la necesidad sistemas de puntajes para realizar una adecuada estratificación del riesgo que conlleve la neumonía por SARS-CoV-2 que permita guiar la toma de decisiones. Muchos sistemas fueron propuestos siendo el NEWS2m el más utilizado. Proponemos la adaptación de un índice utilizado para evaluar la respuesta en pacientes en tratamiento con cánula nasal de alto flujo (Índice ROX) extrapolado a pacientes internados en sala general con neumonía covid-19 leve y comparamos su habilidad de predecir enfermedad severa e internación prolongada medidos al momento de la admisión hospitalaria. Comparamos su comportamiento con otros sistemas de estratificación utilizados en la práctica médica.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de diseño longitudinal observacional analítico de cohorte prospectiva en un hospital general de agudos en la ciudad autónoma de Buenos Aires, Argentina. Se incluyeron en el estudio pacientes internados con diagnóstico de neumonía por COVID-19 con grado de severidad leve desde el 24 de Abril hasta el 2 de Junio. Se estudió la capacidad del índice SaO2/FR para predecir insuficiencia respiratoria e internación prolongada medidas al ingreso de los pacientes. Se calculó un punto de corte ≥ 5 para la relación SaO2/FR utilizando curvas ROC. Sensibilidad, especificidad y área bajo la curva (ABC) fueron calculadas para dicho punto de corte, estudiándose posteriormente el Odds Ratio (OR) para los desenlaces mencionados. Dichos resultados fueron comparados con el comportamiento de otros scores frecuentemente utilizados en la práctica clínica como NEWS2m, CURB65 y qSOFA.

Resultados: En total 252 pacientes fueron incluidos de los cuales 21 (8.64%) presentaron insuficiencia respiratoria y 96 (38%) internación prolongada. Un valor ≥ 5 para el score SaO2/FR predijo con una sensibilidad de 59.38% y especificidad de 63.46% la internación prolongada y una sensibilidad de 54.19% y especificidad de 78.57% con respecto a la insuficiencia respiratoria. El ABC y OD para los desenlaces fue ABC 0.67 (IC95% 0.60-0.73) y OR 2.42 (IC95% 1.47-3.99), y ABC 0.72 (IC95% 0.61-0.83) y OR 3.18 (IC95% 1.36-7.45) respectivamente. El poder de discriminación del NEWS2m fue similar al de SaO2/FR tanto para internación prolongada (ABC 0.64 IC95% 0.58-0.71) como insuficiencia respiratoria (ABC 0.76 IC95% 0.66-0.86). SaO2/FR fue similar a qSOFA para insuficiencia respiratoria (ABC 0.63 IC95% 0.53-0.72). qSOFA no se asoció con el desenlace de internación prolongada y CURB65 con ninguno de los desenlaces medidos.

Conclusiones: El índice SaO2/FR mostró capacidad de predecir los desenlaces de insuficiencia respiratoria e internación prolongada. NEWS2m tuvo capacidad similar para ambos y qSOFA solo para insuficiencia respiratoria, mientras que CURB65 no mostró asociación alguna. Considerando que tanto el NEWS2m como la relación SaO2/FR poseen un poder de discriminación similar, creemos que la simpleza del segundo representa una ventaja en la práctica clínica.

CL-16-05 // DESARROLLO DE UNA REGLA SIMPLE Y SENSIBLE PARA EVALUAR EL RIESGO DE NEUMONIA EN PACIENTES CON COVID-19

DASQUE, C.; HORMANSTORFER, M.; MARTÍNEZ SERVENTI, J.; ORELLANA, z.; CASALI, V.; PAULIN, F.
Hospital Fernandez. Caba, Argentina.

Objetivos: El objetivo de este estudio es desarrollar una regla simple y sensible para evaluar el riesgo de presentar neumonía en pacientes con infección por SARS-COV 2 y así seleccionar quienes requieren la realización de estudios complementarios.

Materiales y Métodos: Estudio de corte transversal de una cohorte de individuos con sospecha de infección por SARS-COV 2 evaluados en un hospital de agudos de la ciudad de Buenos Aires. Todos los pacientes adultos con diagnóstico de infección por SARS-COV 2 por PCR de muestra de hisopado nasofaríngeo, entre el 24 de Abril y 19 de Mayo del 2020 fueron incluidos. Se definió neumonía como la presencia de signos y síntomas compatibles (fiebre, tos o disnea) confirmando la misma por hallazgos característicos en método de imagen complementario. A todos los pacientes incluidos en este estudio se les realizó al menos un método de imagen de tórax, ya sea radiografía, tomografía o ecografía. Mediante el análisis por regresión logística univariado y multivariado se desarrolló esta regla de predicción clínica de neumonía en pacientes con infección por SARS-COV 2.

Resultados: 148 pacientes fueron incluidos, en 71 (48%) se realizó el diagnóstico de neumonía. El modelo clínico final incluyó cuatro variables: edad ≥ 40 años, tos, ausencia de dolor de garganta y frecuencia respiratoria ≥ 22 por minuto. Para crear el puntaje, asignamos valores a las variables según sus OR: 2 puntos para frecuencia respiratoria ≥ 22 por minuto y 1 punto para las otras variables. El AUC de la curva ROC fue 0.80 (IC 95% 0.73-0.86). Un valor de corte de 2 mostró una sensibilidad de 95.7% y una especificidad del 43.24%.

Conclusiones: Esta regla de predicción es una herramienta simple y sencilla. Puede ser útil para la correcta evaluación y estratificación de pacientes con infección por SARS-COV en el ámbito extrahospitalario, seleccionando así a quienes será mandatoria la realización de un método de imágenes complementarios para el correcto manejo del caso.

CL-16-07 // ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE PIURIA ESTÉRIL EN PACIENTES INTERNADOS EN EL HOSPITAL DE LA FUNDACIÓN TESAÏ, CDE, PARAGUAY

BOGARIN, D.; RADICE, R.; ORTIGOZA BARBUDEZ, D.; COLMAN TORRES, A.; VARGAS, J.; SOSA, P.
Fundación Tesai. Ciudad Del Este, Paraguay.

Objetivos: -Cuantificar la presencia piuria estéril en pacientes internados por síntomas urinarios en la Fundación Tesai en el periodo mayo a diciembre del 2018.

-Identificar el agente etiológico más frecuente aislado en pacientes internados con Diagnóstico de infección urinaria en la Fundación Tesai en el periodo de mayo a diciembre de 2018.

-Determinar frecuencia de realización de métodos de imágenes para el diagnóstico de patologías urinarias.

-Determinar la frecuencia de pacientes internados con Diagnóstico de Infección Urinaria que padecen de Diabetes Mellitus II en la Fundación Tesai en el periodo de mayo a diciembre de 2018.

Materiales y Métodos: El diseño del estudio es observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Incluyó a 84 pacientes internados en la Fundación Tesai de Ciudad del Este, de mayo a diciembre de 2018. **Criterios de Inclusión:** fueron incluidos pacientes que estuvieron internados por infección urinaria, que cuentan con piuria al ingreso, mayores de 19 años. Criterios de exclusión: fueron excluidas mujeres embarazadas, portadores de sonda vesical, personas mayores de 80 años. Variables de interés: edad, sexo, diabetes mellitus, síntomas urinarios, piuria. El muestreo fue no consecutivo no probabilístico por conveniencia, mediante la revisión de expedientes clínicos de pacientes que ingresaron por síntomas urinarios. Métodos estadísticos: la carga, análisis y edición de los datos se realizó mediante planilla electrónica Excel®2010. El análisis de datos se realizó aplicando medidas descriptivas (indicadores de frecuencia y medidas de resumen).

Resultados: Del total (N=84), 62% (N=52) fueron mujeres y 38% (N=32) fueron varones. La edad representativa estuvo en el rango etario de 45 a 64 años en el grupo de hombres y mujeres. El resultado arrojó una frecuencia de 39,28% de piuria estéril, de los cuales 21,43 % eran mujeres y 17,85% eran varones. El agente etiológico más frecuente aislado fue E. Coli en un 49%. El 53% de los pacientes internados cuentan con método auxiliar de diagnóstico. El 41,18 % de los pacientes internados con Diagnóstico de Infección Urinaria padecían de Diabetes Mellitus II, el 21,57 % corresponde a personas del sexo femenino y el 19,61 % del sexo masculino.

Conclusiones: El presente estudio encontró que el 39,28% de los pacientes internados por síntomas urinarios presentaron piuria estéril. Esto puede deberse, a uso previo de antibioterapia, generalmente automedicación, contaminación de orina con leucocitos vaginales de secreciones vaginales, nefrolitiasis, cistitis intersticial, infección por organismos atípicos, como Chlamydia, Ureaplasma o tuberculosis, entre otras causas. En cuanto a germen más frecuente aislado en pacientes internados corresponde a E. coli. La mitad de los pacientes internados cuentan con método auxiliar de imagen ya sea Ecografía y/o Tomografía de vías urinarias. Los pacientes diabéticos tienen un mayor riesgo de contraer enfermedades infecciosas, y el sitio de infección más frecuente es el tracto urinario.

CL-16-08 // ÍNDICE NEÚTRÓFILO-LINFOCITO COMO FACTOR PRONÓSTICO DE COVID-19

LAPIDUS, M.; BASBUS, L.; MARTINGANO, I.; POLLÁN, J.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: En diciembre de 2019 un nuevo coronavirus se identificó como causa de un brote de neumonía y distrés respiratorio en Wuhan, China. En marzo de 2020 fue declarado pandemia. Resulta importante conocer predictores de mala evolución para optimizar estrategias de cuidados. El índice neutrófilo-linfocito (INL) constituye un novedoso marcador pronóstico en enfermedades cardiovasculares, oncológicas e infecciosas. El objetivo del estudio fue analizar la asociación entre un INL ≥ 3 y el desarrollo de un cuadro grave por COVID-19 en pacientes internados en el Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva de pacientes con diagnóstico de COVID-19 por reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR) kit comercial Bosphore novel coronavirus (2019-nCov) Detection Kit V2 de Anatolia Geneworks Bioars, en el laboratorio central del HIBA, en el período comprendido entre el 12 de marzo y el 25 de mayo de 2020. Se analizaron las características basales de la población, la asociación del INL ≥ 3 con COVID-19 grave y la tasa de mortalidad de la enfermedad.

Resultados: La mediana de edad fue de 52 años, 54% fueron hombres. En 21 pacientes se encontraron criterios de gravedad, 9 de ellos requirieron ventilación mecánica. Presentó INL ≥ 3 el 81% (18/21) de los pacientes graves y el 33% (36/110) de los pacientes leves (OR = 8.74, IC del 95%: 2.74-27.86; $p < 0.001$). La edad y la hipertensión se asociaron con enfermedad grave. La mortalidad observada en la cohorte fue del 7% (9). En 7 de los 9 pacientes fallecidos se observó un INL ≥ 3 ($p = 0.03$).

Conclusiones: En nuestro estudio observamos que un INL elevado (≥ 3) se asoció a una evolución desfavorable en pacientes con COVID-19. Esto evidencia su potencial utilidad como marcador pronóstico en nuestro medio, en concordancia con lo observado en otros estudios con pacientes de China. El INL, en conjunto con otros predictores, podría usarse como un marcador pronóstico temprano dada la alta accesibilidad y el bajo costo de la prueba.

CL-16-10 // ¿ES LA HOSPITALIZACIÓN UNA OPORTUNIDAD PARA AUMENTAR LA COBERTURA DE VACUNACIÓN ANTINEUMOCÓCICA EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS?

RÜEDI, C.; LENZ, V.; MATAS, C.; GONZÁLEZ, J.; LÓPEZ RUIZ-ESQUIDE, J.; SAN MARTIN CORBEAUX, C.; FUENTES, J.; CORREA, F.; ROJAS, L.; CONTRERAS, N.

Pontificia Universidad Católica De Chile. Región Metropolitana., Chile.

Objetivos: Determinar el porcentaje de adultos mayores de 65 años hospitalizados por una patología aguda respiratoria que reciben la vacuna antineumocócica durante su estadía hospitalaria y hasta los 30 días posteriores a su alta.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, de tipo descriptivo. Se incluyeron todos los pacientes con neumonías por COVID-19 mayores de 65 años hospitalizados en unidades de baja y mediana complejidad del Hospital Clínico UC-Christus, Santiago, Chile entre abril y junio del 2020, y que no habían recibido vacunación para neumococo, tanto la polisacárida (para lo cual se consideraron los últimos cinco años) o conjugada a. Se excluyeron embarazadas, pacientes con PCR (+) para COVID asintomáticos.

Posteriormente, se revisaron los estatus de vacunación en la plataforma del Registro Nacional de Inmunizaciones al momento del ingreso, el día del alta hospitalaria y a los 30 días del egreso hospitalario. De esta forma se comparó el estatus de vacunación durante su estadía hospitalaria con el egreso, para así determinar el grado de prescripción de vacunación por parte de los médicos tratantes. Se utilizó un muestreo de tipo consecutivo.

Resultados: Se incluyeron 296 pacientes mayores de 65 años hospitalizados. De estos, 201 habían recibido alguna de las dos vacunas antineumocócicas (67.9%) dentro de los últimos 5 años previo al ingreso. De los 95 pacientes no vacunados (32.1%), ninguno recibió la vacuna (0%) durante su estadía ni durante el mes posterior a su egreso hospitalario.

Conclusiones: La cobertura de vacunación intrahospitalaria fue de un 0%, y asumimos que en ninguno de ellos hubo una planificación categórica para recibirla en forma ambulatoria, a pesar de ser una de las estrategias sugeridas por organismos internacionales.

Si consideramos que cada año en el Hospital UC-Christus egresan cerca de 4.000 pacientes, la implementación de estrategias de vacunación en los servicios clínicos hospitalarios podría beneficiar a más de 1200 pacientes, transformándose así en una intervención relevante para aumentar la cobertura de vacunación en población de alto riesgo, y de esta forma colaborar en el logro de las metas de salud pública y contribuir en la reducción de la morbilidad por una de las infecciones más relevantes en este grupo etario.

CL-16-09 // SEROLOGÍA COVID EN PERSONAL DE SALUD

GIUNTA, D.; ELIZONDO, C.; PERONI, M.; SANCHEZ THOMAS, D.; PEREZ MANELLI, R.; SEOANE, F.; GIMENEZ, M.; ROLAN, M.; ARRIGO, D.; ASPREA, V.; STANEK, V.; STANELONI, I.
Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: La pandemia de SARS-CoV-2 puso en evidencia el rol fundamental de las medidas de seguridad, higiene y control de infecciones de los centros de salud. Definimos una estrategia de seguimiento basada en el automonitoreo de síntomas y serología para detección de IgM e IgG anti SARS-CoV-2 en personal de salud, estimar la incidencia de nuevos casos y la incidencia de reinfecciones en una cohorte de personal de salud con atención de pacientes durante la pandemia de SARS-CoV-2.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte prospectiva de personal de salud con atención a pacientes infectados por SARS-CoV-2. Se realizó la evaluación clínica y mediciones periódicas de IgM e IgG anti SARS-CoV-2 de manera quincenal durante 3 meses. Se estimó la prevalencia de contacto con SARS-CoV-2, la incidencia de nuevo contacto y las eventuales reactivaciones con sus intervalos de confianza de 95% utilizando la aproximación de Wilson. Período de estudio Junio a Octubre 2020.

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes, 31 eran mujeres, la mediana de edad fue 32 años (min-max 25-58). Al ingreso los 52 participantes tuvieron una PCR para SARS-CoV-2 negativa. Ninguno había presentado síntomas en los últimos 15 días previos al ingreso. Todas las Inmunoglobulinas M fueron negativas, uno de los participantes presentó una Inmunoglobulina G reactiva leve (1,075 UA/mL) y uno de los participantes tuvo una Inmunoglobulina G positiva (3,496 UA/mL). Ambos participantes mantuvieron su IgG reactiva en similares niveles durante el seguimiento y no presentaron síntomas en ningún momento. Siete participantes tuvieron síntomas y tuvieron un hisopado negativo manteniendo niveles de anticuerpos negativos en el seguimiento, mientras que otros seis participantes presentaron síntomas y diagnóstico de infección por SARS-CoV-2 con PCR positiva, dos de ellos presentaron elevación de anticuerpos IGG a los 10-15 días del evento, uno de ellos presentó elevación de IGG a los 30 días. Tres de las participantes tuvieron su evento muy cercano a la escritura del abstract y continúa en seguimiento. Tres participantes habían estado en contacto estrecho con un familiar o compañero de trabajo. La IgM pudo ser evidenciada elevada solo en uno de los participantes con incidencia de infección. A los 60 días de seguimiento la sobrevida libre de Covid fue de un 91,50% (IC95% 78,64%-96,7%).

Conclusiones: Realizar un seguimiento cercano del personal de salud permite establecer estrategias de trabajo seguro y cuidado del personal de atención durante la pandemia de SARS-CoV-2. No evidenciamos ninguna infección asintomática, dos participantes tenían prevalencia de anticuerpos IGG positivos. Los participantes que presentaron infección incidente todos realizaron seroconversión con IgG. En el tiempo de seguimiento no evidenciamos reinfecciones.

CL-16-11 // MORTALIDAD DE PACIENTES HOSPITALIZADOS POR NEUMONÍA COVID-19 EN UNIDADES DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD EN CHILE

ROJAS, L.; MUÑOZ, L.; SÁNCHEZ, F.; BARRERA, M.; SANHUEZA, M.; URZÚA, P.; NAZAL, K.; OLIVARES, F.; CONTRERAS AEDO, C.; DONOSO, P.

Pontificia Universidad Católica De Chile. Región Metropolitana, Chile.

Objetivos: Determinar el porcentaje de pacientes hospitalizados en unidades de baja y mediana complejidad por neumonía por COVID-19 que fallecieron durante su estadía hospitalaria o dentro de los 30 días posteriores a su egreso. Comparar la mortalidad local según género, edad y mes del año.

Correlacionar y comparar la tasa de mortalidad con tasas reportadas por estudios internacionales en cohortes de pacientes con similares características.

Materiales y Métodos: Estudio observacional del tipo corte transversal con reclutamiento prospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años ingresados entre el 5 de mayo y el 19 de julio de 2020 a unidades de complejidad baja o mediana de un hospital privado de Santiago con diagnóstico confirmado de infección por SARS-CoV-2 mediante reacción de polimerasa en cadena (PCR). Se excluyeron pacientes asintomáticos, embarazadas, egresos previos a 24 horas de hospitalización y pacientes con segunda estadía por SARS-CoV-2 con PCR positiva. El registro de fallecimientos fue obtenido a partir del Servicio de Registro Civil de Chile.

Resultados: Se incluyeron 546 pacientes, el 45.2% fueron mujeres y el 70.88% ingresó a una unidad de baja complejidad. Fallecieron 46 pacientes, lo que significa una tasa de mortalidad de 8.42%, cuya edad promedio fue de 81 años, frente a 61 años en los no fallecidos. El 7.7% de las mujeres y el 9% de los hombres resultaron fallecidos. El 100% de las muertes se produjeron durante la hospitalización y fueron relacionadas directamente con la infección por SARS-CoV-2. La estadía promedio de los fallecidos fue de 14 días, versus 9 días en los no fallecidos. El 10.87% de los pacientes falleció en mayo, 54.35% en junio y 34.78% en julio. Cabe destacar que la terapia corticoidal se incluyó en los protocolos institucionales desde la primera semana de junio, coincidiendo con el período de mayor demanda asistencial y ocupación de camas.

Conclusiones: Todas las defunciones se relacionaron directamente con la infección por SARS-CoV-2 y acontecieron durante la hospitalización, lo que supone la inexistencia de complicaciones precoces graves dentro de los 30 días posteriores al alta. La tasa de mortalidad global fue más elevada a la reportada en estudios asiáticos para pacientes no críticos, sin embargo, estuvo condicionada por la variable ¿tiempo transcurrido?. El mayor porcentaje de muertes se concentró en junio (tercer mes de pandemia en Chile), coincidiendo con el mayor número de casos reportados a nivel país y mayor saturación del recurso físico-humano, lo que pudo aplacar el eventual impacto de la terapia corticoidal sobre este desenlace. Los más afectados fueron los pacientes de edad avanzada y no se observaron grandes diferencias acorde al género, lo que discrepa de los reportes internacionales. Este es uno de los primeros reportes en Latinoamérica acerca del pronóstico de pacientes que ingresan a unidades de baja-mediana complejidad por neumonía por COVID-19.

CL-16-12 // EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL ROSSI DE LA PLATA CON EL SARS COV 2

MARCELLAN, D.; BRUNO, A.; COBOS, M.; ZARRAGOICOECHEA, J.; BARCOS, J.; FERRARIS, J.; WALLACE, E.
Hospital Rodolfo Rossi. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Cuantificar la validez de los signos y síntomas clínicos publicados hasta el momento y sus variaciones en cada semana epidemiológica.

Caracterizar la evolución de la enfermedad.

Evaluar la prevalencia de antecedentes patológicos en los casos positivos.

Materiales y Métodos: Realizamos un estudio prospectivo, longitudinal, observacional y descriptivo. El equipo de trabajo recabó datos de todos los pacientes incluidos como caso sospechoso o confirmado de Coronavirus 19 en el servicio de urgencias y en las salas de internación entre el 31 de marzo de 2020 y el 1 de septiembre de 2020. Todos los pacientes admitidos fueron mayores de 15 años. La fuente de los datos consistió en fichas epidemiológicas, el SISA y las historias clínicas. Los datos se recogieron en formularios con preguntas cerradas. Se excluyeron los pacientes cuyos datos estuvieran incompletos.

Resultados: Reunimos 1804 eventos que representan 1726 pacientes con criterio clínico compatible con enfermedad por SARS cov-2 que recibieron atención en el hospital R Rossi de la ciudad de La Plata. Del total, un 46,85% representa el sexo masculino y un 53,15% el femenino, siendo la media de edad de 41,22 años con una desviación estándar de 16,05.

Del total obtenido resultaron positivos 602 por métodos de laboratorio y 48 por criterios de nexa epidemiológico, siendo el 51,08% mujeres y el 48,92% hombres, con una media de edad de 40, 9 años.

Resultaron positivos 63 trabajadores de salud, quienes representan el 9,29% de la muestra total.

De la totalidad de pacientes con diagnóstico de SARS cov2, requirieron internación 83 (12,79%), y de estos el 11,62% (14) debieron ser internados en Unidad de Cuidados Intensivos.

Registramos una tasa de letalidad global de 2,04% (13 casos), siendo la edad media de mortalidad de 62,44 para el sexo masculino y 73,5 años para el femenino.

Los factores de riesgo asociados con mayor mortalidad son el enolismo (OR=2,67) y el Asma (OR=1,14). Dentro de los síntomas más específicos, se encuentran las artralgias (93,14%), disnea (91,15%), anosmia/disgeusia (91,30%) y diarrea (88,97%), mientras que la insuficiencia respiratoria (98,13%), fiebre en días previos (96,49%), y los infiltrados radiográficos (96,25%) fueron los signos más específicos.

Conclusiones: Los signos y síntomas relevados tales como fiebre, disnea, anosmia o disgeusia; demostraron una alta especificidad para el diagnóstico de la enfermedad, en concordancia con lo publicado por el Ministerio de Salud de la provincia.

Los antecedentes patológicos no condicionaron diferencias relevantes en el contagio, pero sí en la evolución. La edad, el tabaquismo y las enfermedades respiratorias crónicas fueron los principales factores de riesgo para desarrollar enfermedad grave.

El curso clínico de la enfermedad coincide con los datos declarados a nivel internacional.

La letalidad que obtuvimos se corresponde con la reportada a nivel nacional.

CL-16-14 // PERFIL CLÍNICO Y EPIDEMIOLÓGICO DE GESTANTES CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO Y BACTERIURIA ASINTOMÁTICA QUE CONSULTAN A UN HOSPITAL DE MEDIANA COMPLEJIDAD DE ANTIOQUIA (COLOMBIA)

HERRON ARANGO, A.; JARAMILLO, L.; ORDOÑEZ A, K.; JIMÉNEZ LONDOÑO, A.; URIBE, C.
Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Objetivos: Caracterizar el perfil clínico y epidemiológico de las mujeres embarazadas con diagnóstico de infección de vías urinarias. La infección del tracto urinario es una de las patologías infecciosas más frecuentes, que afecta en especial a las mujeres gestantes por las complicaciones inherentes a los cambios fisiológicos durante el embarazo.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectiva, empleando historias clínicas de pacientes gestantes entre los años 2017-2020, definiendo criterios para incluirlas en el presente estudio; la información se registró en una base de datos para facilitar su análisis.

Resultados: En total 112 historias clínicas cumplieron con los criterios de elegibilidad. El microorganismo más frecuente en el urocultivo fue la Escherichia coli en el 34,8%. La mediana de días de manejo intrahospitalario fue de 3 días, por el tiempo que toma obtener el resultado del urocultivo para definir la sensibilidad al antibiótico. De las pacientes manejadas con aztreonam, solo una requirió escalar tratamiento antibiótico.

Conclusiones: El aztreonam podría considerarse primera línea de elección empírica para manejo intrahospitalario, no obstante, se requieren estudios controlados al respecto; así mismo se requieren estudios de casos y controles que permitan detectar que condiciones predisponen a algunas gestantes frente a otras al desarrollo de estas infecciones.

CL-16-13 // EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE USO OPTIMIZADO DE ANTIMICROBIANOS EN LA PANDEMIA DE COVID-19: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

VIVIANA MÓNICA, R.; JORGE, M.; LAURICELLA, C.; KLAJN, d.; DEL VALLE, S.; SPIRATOS, R.; RUSSO LACERNA, D.; MOLINA, A.; CAGNONI, A.
Hospital General De Agudos Dr. Enrique Tornú. Caba, Argentina.

Objetivos: El objetivo principal del estudio fue evaluar el impacto de la implementación de un PROA dirigido al uso de antimicrobianos en pacientes con COVID-19, en especial sobre el consumo y la adecuación de su indicación. Su objetivo secundario fue estimar el ahorro en los costos de los tratamientos inadecuados evitados con la implementación de dicho programa.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio antes y después/serie de tiempo interrumpida, retrospectivo, descriptivo y analítico. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 16 años COVID+ confirmados por PCR, internados en salas generales entre mayo y septiembre de 2020.

La intervención consistió en la implementación de un PROA dirigido a pacientes con diagnóstico de COVID-19 (PROA-COVID), para lo que se generó una norma específica que se difundió como un documento y se presentó en el ateneo central del servicio de Clínica Médica.

Se constituyó un grupo de pacientes previo a la intervención (P1) y otro posterior a la misma (P2). En ambos grupos se evaluaron comorbilidades, duración de la internación, pase a una unidad de cuidados críticos (UCC) y mortalidad hospitalaria, y se clasificó a los pacientes según severidad. Además, se evaluó el consumo mensual de antibióticos (ATB) en DDD/100 pacientes días y los costos por uso inadecuado de ATB.

Resultados: Se incluyeron 153 pacientes con COVID-19, 75 antes de la implementación del PROA y 78 después. No se observaron diferencias significativas en las características basales de la población en ambos periodos. Las formas clínicas moderadas y severas fueron más frecuentes en el P2 (p=0,03). Luego de la implementación del PROA se evidenció una disminución significativa en la prevalencia de uso de ATB: 48 (64%) en el P1 versus 32 (41%) en el P2 (p=0,004). Se observó un aumento del porcentaje de uso adecuado de antibióticos en P2 (46,8% vs 37,5%), sin alcanzar significación estadística. La indicación innecesaria fue mayor en P1 (80% vs 50%, p=0,03) y la duración del tratamiento en el P2 (43,7% vs 13,3%, p=0,02).

Al ajustar por severidad de la enfermedad no se observaron diferencias significativas en la mortalidad, en la frecuencia de pase a UCC ni en el uso de tratamiento combinado entre ambos periodos.

Conclusiones: La implementación del PROA-COVID fue una estrategia efectiva para reducir el uso de antibióticos y optimizar sus indicaciones, lo que destaca la importancia de estas estrategias aplicadas en forma rápida y oportuna.

CL-16-15 // INCIDENCIA DE DENGUE EN PACIENTES CON SÍNDROME FEBRIL AGUDO EN EL HOSPITAL ITALIANO DE CÓRDOBA

YORIO, M.; SORIA, N.; HERRERA, A.; CEPEDA, p.; CHILIO, G.
Hospital Italiano De Córdoba. Córdoba, Argentina.

Objetivos: Determinar la incidencia de casos de Dengue confirmado en los pacientes estudiados en nuestra institución en el periodo enero a septiembre del año 2020

Definir síntomas más frecuentes de la enfermedad y parámetros de laboratorio más frecuentemente alterados.

Conocer características epidemiológicas de los pacientes con serología positiva, como edad y comorbilidades de los mismos, para valorar si son factores de riesgo para internación.

Determinar cuáles son los meses en los que más frecuentemente se diagnostica Dengue y definir si la pandemia COVID 19 influye en el subdiagnóstico de Dengue.

Establecer errores más frecuentes en el llenado de la ficha B1.

Materiales y Métodos: Se analizaron 90 pacientes con clínica compatible que fueron testeados para dengue con serología positiva y negativa para Dengue, internados/ambulatorios, Hospital Italiano de Córdoba, periodo Enero año 2020/Septiembre año 2022. Criterios de exclusión: Pacientes menores de 15 años.

Resultados: De un total de 90 casos la incidencia de Dengue, confirmada por serología, fue de 32 casos. Los síntomas más frecuentes en pacientes con Serología positiva para dengue fueron cefalea (26 casos), mialgias (25 casos) y fiebre (23 casos). Las alteraciones del Laboratorio más frecuentes fueron: Leucopenia en el 27 % de los casos, trombocitopenia en el 27 % de los casos y aumento de la cifra de transaminasas en 23 % de los casos. Distribución por edades de pacientes internados: 30 - 39 años: 1. De 40-49 años: 1. De 60-69 años: 2. De 80-89 años: 1. Distribución por comorbilidades en pacientes internados vs no internados (Insuficiencia Renal, EPOC, Diabetes Mellitus, HTA, Insuficiencia cardíaca, Hipotiroidismo, Cáncer): Internados con comorbilidades: 60 %. Internados sin comorbilidades: 40 %. Llenado de fichas B1 por mes. Se puede observar que los meses fueron Marzo y Abril (45 pacientes en cada mes) y hasta septiembre año 2020 no se llenaron dichas fichas. Errores de llenado en la ficha: Vacunación 47%, Laboratorio 27 %, Evolución 14 %, Signos vitales 13 %.

Conclusiones: Del total de casos analizados se pudo consignar que la incidencia de Dengue, confirmada por serología, fue de 32 casos (35%) de un total de 90 pacientes que se estudiaron. La edad no fue un factor de riesgo para internación y la presencia de comorbilidades si tuvo cierta trascendencia. En cuanto al llenado de fichas B1 por mes, no existe ninguna desde el mes de mayo en adelante. Podemos suponer que esto sucede como consecuencia del brote de la pandemia de COVID 19 que, si bien comenzó en marzo, en el mes de mayo aumentaron de forma considerable los casos, por lo que pensamos que los pacientes concurrían en menor número para evitar el confinamiento, y a su vez, los médicos hicieron menos screening en Dengue. Los errores en el llenado de la ficha B1 más frecuentes son: Vacunación y Laboratorio. En cuanto a errores en el llenado de laboratorio, pensamos que es habitual debido a la falta de coordinación de solicitar el pedido de laboratorio y posteriormente, llenar la ficha.

CL-16-16 // EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE COVID-19 EN LA PRIMERA ETAPA DE LA PANDEMIA EN ARGENTINA EN UN HOSPITAL DE LA COMUNIDAD DE BUENOS AIRES

TASSARA, A.; AGNOLETTI, C.; CEIRANO, A.; SAAVEDRA, E.; RUIZ, J.; CATALANO, H.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Objetivos: Describir las características clínicas y de laboratorio de los pacientes que se internaron con sospecha de infección por coronavirus en una sala general.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico. Mediante una búsqueda en el sistema electrónico de prestaciones, se identificaron todos aquellos pacientes mayores de 16 años que ingresaron a sala general con sospecha de infección por coronavirus entre marzo de 2020 y junio de 2020. Se analizó la información de cada paciente utilizando la historia clínica electrónica del hospital. Se determinaron como factores de riesgo para enfermedad grave por coronavirus COVID-19: edad, sexo, enfermedad cardiovascular, hipertensión arterial, diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, insuficiencia renal crónica, cáncer, tabaquismo e inmunosupresión.

Resultados: Se incluyeron 895 pacientes. De estos 463 (51,7%) eran mujeres y 432 (48,3%) eran varones. La edad media fue de 54,04 años (DE+/- 21,62). El tiempo en días promedio desde iniciados los síntomas hasta la internación fue de 3,68 (DE+/- 13,33). La media de días de internación fue de 6,54 (DE+/- 6,28). El 53,7% de estos pacientes tuvo COVID-19 y el 46,3% no lo tuvo. Respecto a las tasas de letalidad, aquella de los pacientes internados COVID-19 fue de 6,9% y la de pacientes internados en quienes se descartó COVID-19 fue de 6,2%. En el análisis bivariado de características clínicas, se encontró una asociación significativa con la presencia de anosmia OR 14,26 IC95% (5,07-40,10), mientras que la leucocitosis OR 0,11 IC 95% (2,25-4,97) y plaquetopenia OR 1,84 IC 95% (1,22-2,78) lo fueron para las clínicas. Respecto a antecedentes patológicos, se encontró asociación con diabetes OR 3,02 IC95% (1,15-7,9), hipertensión OR 4,63 IC 95% (2,19-9,78) y enfermedad coronaria OR 4,07 IC95% (1,41-11,77).

Conclusiones: A partir de una cohorte de 895 pacientes con sospecha de COVID - 19 ingresados a sala general, se verificó que, en consonancia con la literatura internacional, la anosmia es una de las características clínicas más fuertemente asociada con la presentación de COVID - 19. Algunos datos de laboratorio y antecedentes podrían plantear la posibilidad de confección de scores diagnósticos y pronósticos a partir de estos datos epidemiológicos locales.

CL-16-18 // LA PANDEMIA: UN DESAFÍO PARA LA VISIÓN INTEGRAL DEL PACIENTE

FEDERICO, D.; GIOVETTI, L.; LEYTON, E.; AVILA, G.; JALIFE, V.; ARMANO, A.; PANDO, J.; BANDZIUS, G.; FERNANDEZ, A.; ELIZALDE, J.

Higa Presidente Perón. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Analizar la tarea desarrollada en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Presidente Perón de Avellaneda. Delinear variables de distribución de los pacientes atendidos según: edad, sexo, comorbilidades, presentación de síntomas, estadía hospitalaria y tratamiento estandarizado implementado.

Comparar la evolución de los pacientes internados.

Destacar las complicaciones más relevantes observadas.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo de abril a septiembre del corriente año, por medio de la revisión de 250 historias clínicas, seleccionadas de manera aleatoria, de pacientes internados en el Servicio de Clínica Médica y Terapia Intensiva, con diagnóstico de COVID-19 a partir de hisopados nasofaríngeos con PCR detectable para SARS-CoV2.

Resultados: El 52,2% de los pacientes se trataban de hombres, 48% correspondían a adultos mayores. La principal fuente de contagio fue por circulación comunitaria 56,4%.

Las comorbilidades más observadas fueron: hipertensión arterial 38%, tabaquismo 30%, obesidad 21.2% y diabetes 20.5%. En más del 80% de los casos, se asociaban dos o más de ellas.

Se destacó la tos seca como síntoma preponderante, encontrándose ausencia de fiebre en el 42,4% de los casos. La forma de presentación más frecuente fue neumonía grave por COVID-19 con 55,2%, evidenciándose infiltrados bilaterales parcheados subpleurales como imágenes radiológicas relevantes.

La estadía hospitalaria promedio fue de 12 días, destacándose una mortalidad del 78,6% cuando la misma superaba los 30 días.

Las complicaciones más comunes fueron las infecciones asociadas a los cuidados de la salud, distinguiéndose la neumonía por ARM la más observada; le siguen las tromboembólicas y por isquemia aguda, y finalmente la descompensación metabólica.

Conclusiones: A partir del contexto actual de la enfermedad por COVID-19, la capacidad de respuesta del sistema de salud, se vio afectada en su organización.

Para garantizar el funcionamiento adecuado de nuestro centro de salud, se implementó una reestructuración institucional, que se vio acompañada de un desafiante trabajo en equipo.

Consideramos que la actividad desempeñada, se vio enriquecida por la articulación interdisciplinaria: equipo de salud mental y servicio social, servicio de diagnóstico por imágenes, bioquímicos, nutricionistas, enfermeros, neumonólogos e infectólogos, que sumaron sus conocimientos y enfoques juntos a los nuestros, en favor de la recuperación de los pacientes.

Es el día de hoy, que mantenemos una coordinada tarea para el seguimiento de pacientes al alta. Destacamos la importancia que nos deja la enfermedad, no solo por las consecuencias de la replicación viral en sí, sino por las complicaciones derivadas de la respuesta inflamatoria y sus repercusiones.

CL-16-17 // EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON SOSPECHA DE DENGUE EN UN HOSPITAL PRIVADO DE LA COMUNIDAD DE BUENOS AIRES.

ASTIGUETA, M.; SAAVEDRA, E.; CID, C.; CEIRANO, A.; IPIÑA, M.; SÁNCHEZ LEGUIZAMO, A.; RUIZ, J.; CATALANO, H.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los casos sospechosos/confirmados de dengue, tanto ambulatorios como internados, que consultaron en el Hospital Alemán de Buenos Aires en los últimos 10 años.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo y analítico, donde se recolectaron datos de pacientes mayores de 16 años que hubieran consultado por cuadro compatible con dengue al Hospital Alemán de Buenos Aires entre enero de 2010 y junio de 2020. Mediante una búsqueda en las historias clínicas se identificaron todos los estudios de búsqueda de antígeno NS1, genoma viral por PCR y anticuerpos IgM/IgG para dengue, tomándose como caso confirmado aquellos que presentaran las NS1, PCR o IgM positivas.

Resultados: Se incluyeron 739 pacientes. De estos 46,8% eran mujeres y 53,2% eran varones. La edad media fue de 40,72 años con un rango de edad entre 13 a 89 años. Al 71,9% de los pacientes con sospecha de dengue fueron descartados y el 28,1% fue confirmado. Se recolectó el número de pacientes que habían referido viajes, encontrándose que el 18% habían realizado un viaje reciente en los últimos siete días. El 24,9% de los pacientes con diagnóstico de dengue se internaron contra el 12,9% de los pacientes sin dengue. En el análisis multivariado se observó que las variables fiebre, rash, leucopenia y trombocitopenia se asociaron con la enfermedad.

Conclusiones: En el análisis de nuestra cohorte hemos encontrado cuatro marcadores, dos de ellos clínicos y dos de laboratorio, que se asocian a la infección por dengue. Estos son fiebre, rash, leucopenia y trombocitopenia. Estos dos últimos se correlacionan con lo descrito para otros países y regiones de la Argentina. Teniendo en cuenta la disponibilidad limitada de recursos en nuestro medio, desarrollar un score diagnóstico con estos marcadores podrían acelerar el diagnóstico a un bajo costo.

CL-16-19 // EVOLUCIÓN DE PACIENTES MAYORES DE 65 AÑOS INTERNADOS CON DIAGNÓSTICO DE SARS-COV2 EN EL HOSPITAL PTE. PERÓN AVELLANEDA EN 2020

BURMAN, M.; ELIZALDE, J.; MASCI, M.; LOPEZ ALEGRE, H.; FEDERICO, D.; MIGAZZI, C.; JALIFE, V.; VAELO, L.; ROMANI, A.; MALDONADO, V.

Higa Presidente Perón. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Evaluar la evolución de los pacientes mayores de 65 años con diagnóstico de SARS-Cov 2.

• Analizar los síntomas de ingreso.

• Considerar comorbilidades y evolución /requerimiento de unidad cerrada

• Describir los distintos esquemas terapéuticos

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo. Se incluyeron pacientes mayores de 65 años internados en el Servicio de Clínica Médica y/o Unidades cerradas con diagnóstico positivo para SARS-COV2 durante el periodo de Abril a Septiembre de 2020. Se internaron 393 pacientes, de éstos 94 historias clínicas correspondían a pacientes mayores de 65 años.

Resultados: De los 94 pacientes, 53 (56%) fueron hombres, 41 (43%) mujeres. De éste total 19 (20%) se encontraban geriatizados previo a la internación.

Las comorbilidades asociadas más frecuentes fueron Hipertensión (HTA) 57% (n=54), tabaquismo 29% (n=27), Demencia 23% (n=22), Obesidad 19% (n=18), Diabetes (DBT) 17% (n=16) Tumor de órgano sólido 10% (n=13), Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica 10% (n=9) entre otras.

El tiempo de internación en promedio fue de 15 días.

Como síntomas iniciales se observaron: disnea 65% (n=61), tos 59% (n=55), fiebre 45% (n=42) y hallazgo de HTA (n=28).

El 89 % (n=84) recibió antibióticos inicialmente (cefalosporinas y macrólidos) 86% (n=81) requirieron oxígeno, 71% (n=67) requirieron corticoterapia (Dexametasona 6mg/día) plasma convaleciente 21% (n=20), 1 paciente recibió antirretrovirales e hidroxocloroquina.

Las complicaciones observadas fueron falla multiorgánica (17%), Insuficiencia Renal Aguda con requerimiento de diálisis. Evolución a Neumonía asociada a ventilador, Fibrilación Auricular, Insuficiencia Cardíaca entre otras, siendo la primera de mayor prevalencia.

Se observó una mortalidad en un 53% n=50, de los cuales el 54% n=27 fueron masculinos.

Aquellos pacientes que ingresaron a Cuidados intensivos (n=54) e iniciaron soporte ventilatorio mecánico, 46% (n=25) tuvieron una mortalidad de 96%.

Conclusiones: Predominó el sexo masculino en la internación por SARS- Cov 2.

El 57% de los pacientes tuvieron criterio de ingreso a UTI, el 21,6 % requirió ARM y de éstos, se observó una mortalidad de 96%.

Solo un 35% de los pacientes obtuvieron el alta médica, 2 se fugaron y 8% se derivó a otro centro de salud.

La HTA fue la comorbilidad más prevalente, seguida por la DBT y obesidad, la asociación de dos de estas comorbilidades junto a la edad avanzada demostró peor evolución.

La disnea, la tos y la fiebre fueron los síntomas de ingreso más frecuentes de presentación.

CL-17-01 // IMPLEMENTACIÓN DE UN PILOTO DE TELECONSULTAS INSTANTÁNEAS

FRID, S.; PLAZZOTTA, F.; SOMMER, J.; PEDRETTI, A.; MARTINEZ, B.; GRANDE RATTI, M.; LUNA, D.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Objetivos: Describir la implementación de una herramienta de telemedicina (Programa Teletriage) para realizar un triage médico a pacientes. Durante la prueba piloto, evaluar la eficacia para dar respuesta a las necesidades de los pacientes que utilizaron este canal de comunicación, y explorar la seguridad.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de tipo cohorte retrospectiva que incluyó todas las consultas consecutivas correspondientes a adultos afiliados a la prepa institucional, atendidos mediante este Programa en forma autoconvocada entre 16/01/2019 y 16/08/2019. Se siguieron luego de la teleconsulta hasta las variables proxys de resultado.

Resultados: Durante el periodo del estudio, 1147 pacientes tuvieron la intención de realizar 1318 teleconsultas. 600 (45,52%) se efectuaron a través de la herramienta de Telemedicina, 239 (18,13%) por vía telefónica y en 479 (36,34%) no lograron establecer comunicación, arrojando una tasa de comunicación efectiva de 63,66%. La media de edad de los participantes fue de 50 años (DE 20 años), y 64% fueron mujeres. La mediana de tiempo de espera fue de 3,75 minutos (RIC 7,15 min). De las 839 teleconsultas efectivas 192 (22,88%) se debieron a motivos administrativos, 632 (75,33%) a motivos clínicos y en 15 casos (1,79%) no se registró el motivo. Los principales motivos administrativos fueron solicitudes de estudios o fármacos (34,90%; 67), información sobre medicación o estudios (18,23%; 35) e informes de resultados (17,19%; 33). Los problemas clínicos fueron mayoritariamente cuadros de vías aéreas superiores (39,27%; 236), infecciones del tracto urinario (10,48%; 63) y lesiones musculoesqueléticas y articulares (7,32%; 44).

Durante 14 días de seguimiento se observó que 242 casos (38,29% del total) tuvieron valoraciones presenciales relacionadas con el motivo de consulta inicial, siendo 118 (18,67%) episodios de guardia o internación. En cuanto a la severidad de estas reconsultas la mayoría fueron bajas (233; 96,28%), solo 7 (2,89%) resultaron media y 2 (0,83%) alta. Estos 9 pacientes habían sido derivados para atención urgente a la guardia. De las 5 internaciones relacionadas con el motivo original (0,79%), todos habían sido derivadas para la atención presencial. Solo uno de ellos falleció durante la internación, de 91 años y de reconsulta con severidad alta.

Conclusiones: A pesar de ciertas dificultades en la implementación (conectividad, temores de médicos y pacientes sobre la evaluación a distancia), esta modalidad demostró ser un canal eficaz para consultas de baja complejidad, y seguro (con baja/nula tasa de internación). Este piloto permitió allanar el camino institucional para adaptarse a la pandemia por COVID-19 de forma rápida y eficiente, garantizando la continuidad del cuidado de la salud, cumpliendo con las normativas vigentes sobre la circulación de personas y minimizando el riesgo de contagio hospitalario.

CL-17-03 // HERRAMIENTAS DE APRENDIZAJE AUTOMÁTICO PARA LA DETECCIÓN DE AMILOIDOSIS

QUIROS, N.; ROSSI, E.; AGUIRRE, M.; NUCIFORA, E.; RISK, M.; POSADAS MARTINEZ, M.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Una enfermedad rara, subdiagnosticada con una incidencia global estimada entre 5-9 casos por millón pacientes/año. El Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA) cuenta con un registro institucional de Amiloidosis y con un sistema de Historia Clínica Electrónica (HCE) que funciona como un repositorio de todo el historial médico del paciente desde consultas, estudios complementarios, internaciones, compra de fármacos, etc. En la actualidad, la HCE es utilizada para determinar ciertos tipos de alertas sobre enfermedades diferentes a las poco frecuentes. Existe limitada información sobre la detección de casos de amiloidosis a través de la HCE en Latinoamérica.

Objetivo es diseñar, desarrollar y evaluar un modelo predictivo para identificar pacientes con amiloidosis cardiaca.

Materiales y Métodos: Cohorte prospectiva dinámica de todos los pacientes adultos mayores de 17 años del Hospital Italiano en el periodo 1/1/2018 al 31/12/2018. Se utilizó splitting con 80/20% para entrenamiento y testeo del modelo. Se utilizó un modelo predictivo treebag para identificar casos incidentes con amiloidosis cardiaca a partir de bases hospitalarias basadas en la población del HIBA. Teniendo en cuenta características relevantes extraídas de la HCE como edad, sexo, presión arterial, biomarcadores, datos del ecocardiograma, consultas médicas.

Resultados: De 131 pacientes con datos completos, con una incidencia de amiloidosis fue de 14,5% (25/131). El modelo final incluyó FEE, SISM, edad, pl sm, síndrome de túnel carpiano, tas, índice de masa corporal, sexo con una performance con un AUC 0,75 (0,6-1)

Conclusiones: La principal limitación de este trabajo es la naturaleza de la enfermedad, identificar y recolectar casos positivos es un trabajo arduo y a largo plazo por parte del grupo de amiloidosis del HIBA, por lo tanto es razonable que existan pocos casos clasificados. Creemos firmemente que cualquier intento por mejorar la capacidad diagnóstica a partir de estudios que se utilizan en la práctica clínica habitual deben ser estimulados y apoyados.

Este trabajo tuvo como objetivo construir un modelo que pueda diferenciar pacientes con amiloidosis, utilizando datos del HCE y encontrar características predictivas utilizando herramientas de aprendizaje automático. Aunque nuestro modelo reportó un puntaje F1 bajo porque necesita más casos positivos, creemos que el proyecto puede contribuir a caracterizar esta enfermedad.

CL-17-02 // EVALUACIÓN DE LA SATISFACCIÓN DE PACIENTES EN EL CONTEXTO DEL REDISEÑO DE UNA HERRAMIENTA DE TELEMEDICINA

RABINOVICH, D.; FRID, S.; BOTTO, A.; GÓMEZ, P.; BRUCHANSKI, L.; PLAZZOTTA, F.; SOMMER, J.; GRANDE RATTI, M.; LUNA, D.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Objetivos: Evaluar los cambios, en términos de la satisfacción autoreportada por los pacientes, luego de la implementación de un rediseño de la herramienta de Telemedicina del Hospital Italiano de Buenos Aires (HIBA).

Materiales y Métodos: Estudio observacional de tipo corte transversal, mixto (análisis cualitativo y cuantitativo) y analítico, que compara antes y después de la implementación de mejoras a la herramienta de Telemedicina en el contexto del Programa Teletriage de la Central de Emergencias de Adultos. Las modificaciones se centraron en: reducir los pasos necesarios para iniciar la consulta, mostrar cantidad de pacientes por delante y tiempo estimado de demora, mostrar al paciente su velocidad de internet para detectar problemas en la conexión y explicar cómo reconectar la teleconsulta si la videollamada se interrumpe por dificultades técnicas. La satisfacción del paciente se exploró mediante la utilización de una encuesta de usabilidad (instrumento original en inglés y recientemente validado en español), restringida a sólo 8 ítems, aseveraciones para las cuales el usuario debía marcar el grado de concordancia en escala tipo Likert del 1 al 7. Asimismo, se agregó una pregunta adicional de tipo texto libre para que pudieran agregar cualquier comentario pertinente acerca del servicio y la herramienta.

Resultados: Se recibieron 322 encuestas en el periodo pre-implantación y 126 en el post-implantación, para un total de 1368 y 506 consultas (con tasas de respuesta del 23,54% y 24,90% respectivamente). No se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas antes y después del rediseño en ninguna de las 8 preguntas del cuestionario.

En las preguntas Q1 a Q3 (satisfacción con sistema, volvería a utilizarlo, aceptabilidad de herramienta) y Q8 (recomendaría a tercero) hay una tendencia al aumento en la media, aunque sin significancia estadística ($p < 0,05$). Tras el análisis cualitativo, se definieron las siguientes dimensiones: diseño, profesionales, conectividad, tiempos, y sugerencias. Mayoritariamente, se destacaron comodidad y utilidad de la herramienta, calidad de los profesionales médicos y ahorro de tiempo del consultorio virtual como percepciones positivas. Mientras que la conectividad representó un problema nodal respecto a la satisfacción como valoración negativa, aún luego del rediseño.

Conclusiones: No se evidenciaron cambios significativos en las medias de respuestas a las preguntas desde la percepción subjetiva de los pacientes. Sin embargo, destacamos la importancia de evaluar el impacto tras las mejoras llevadas a cabo en el sistema como actividad necesaria de monitoreo y control de un proyecto. Por otro lado, creemos que para lograr un impacto positivo en la satisfacción será necesario concentrar los esfuerzos en la optimización de los aspectos técnicos de la herramienta más que en la usabilidad, o bien realizar indagaciones y análisis pormenorizado de las principales dificultades de los usuarios, antes de destinar recursos al desarrollo de modificaciones del aplicativo.

CL-17-04 // ASOCIACIÓN ENTRE HABER REALIZADO UNA AYUDANTÍA Y LA INTENCIÓN DE TRABAJAR EN EL EXTRANJERO, EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DE ARGENTINA.

DIAZ, J.; PEREYRA, V.; CASIN FIJTMAN, G.; ZEREGA, P.; POLITI, M.

Laboratorio De Estadística Aplicada A Las Ciencias De La Salud. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Los estudiantes de Medicina que tengan mayor intención de migrar al extranjero posiblemente sean aquellos con mayor motivación, interés por su formación e inclinación hacia la generación de conocimientos. En este grupo, se encontrarían los estudiantes que desarrollan actividades docentes. Entendiendo al ayudante de cátedra como un estudiante posiblemente mejor calificado y con mayor interés por su formación académica, resulta interesante evaluar su intención de migrar, ya que se trata de un grupo identificable y asequible, cuyo ámbito de desarrollo constituye un lugar propicio donde ejecutar políticas destinadas a modificar conductas migratorias, evitando de esta forma la pérdida de este particular recurso humano. El objetivo de este estudio es determinar si existe una asociación entre ser ayudante de cátedra y la intención de migrar al extranjero para ejercer la Medicina.

Materiales y Métodos: Estudio observacional y analítico, de corte transversal, que incluyó a estudiantes de Medicina de Argentina de primer y quinto (y/o último) año. Se excluyeron a los estudiantes que no hubiesen completado la encuesta en ítems relevantes para construir las variables predictoras y desenlace, y a los estudiantes que no hubiesen consentido a participar en el estudio. La recolección de datos se realizó de manera prospectiva a través de una encuesta estructurada de 22 preguntas dirigidas con respuestas de opciones múltiples, seleccionadas a partir de la encuesta de la Red LIRHUS, realizada en estudiantes de Medicina Latinoamericanos. La encuesta en Argentina fue realizada en formato virtual (Google Forms). Se obtuvo una muestra por conveniencia invitando a estudiantes a participar a través de redes sociales.

El desenlace primario fue la asociación entre haber realizado una ayudantía y su intención de ejercer la Medicina en el extranjero, valorado mediante un test de chi cuadrado. Se evaluaron las potenciales covariables de esta asociación, mediante un modelo de regresión logística multivariada. Todos los análisis se realizaron en el programa gratuito R versión 1.2.5033.

Resultados: Se enrolaron 2301 estudiantes, siendo la mayoría mujeres (79%), jóvenes (23 [20-25] años de edad) y solteras (90%). El porcentaje de estudiantes con intención de ejercer la Medicina en el extranjero fue significativamente mayor en los que habían realizado una ayudantía (36% vs 31%; $X^2 = 4,498$; $p = 0,03393$). En un modelo de regresión logística univariado, el hecho de ser ayudante estuvo asociado a la intención de migrar al extranjero para ejercer la Medicina (OR = 1,26; IC95% 1,02 - 1,55; $p = 0,002$). Este efecto se mantuvo luego de ajustar por sexo y edad (OR 1,39; IC95% 1,12 - 1,73; $p = 0,003$).

Conclusiones: En estudiantes de Medicina de la Argentina, haber realizado una ayudantía estaría asociado a mayor intención de migrar al extranjero para ejercer la Medicina. Este hallazgo identifica un grupo asequible donde destinar políticas para modificar conductas migratorias, evitando de esta forma la pérdida de este particular recurso humano.

CL-17-05 // EL PROFESIONAL DE LA SALUD Y LA TELEMEDICINA: ¿UNA RELACIÓN CON FUTURO?

SOLAVALLONE, V.; ANCI ÁLVAREZ, C.; ELASKAR, M.; VALLI CAPARROZ, D.; SALOMÓN, S.; CARENA, J.
Hospital Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Determinar patrones de uso, interés y aceptación de la telemedicina (Tm) en el ámbito de los profesionales de la salud en relación a la pandemia de COVID 19.

Materiales y Métodos: Estudio protocolizado, descriptivo, transversal a través de encuesta estructurada, con preguntas abiertas y cerradas autoadministrada, anónima, realizada a personal de salud. Se realizó un análisis comparativo de entre los médicos clínicos y los otros profesionales. Análisis estadístico: medidas de tendencia central, dispersión, test exacto de Fisher. Criterio de significación $p < 0.05$.

Resultados: 105 encuestados. Hombres 50.5%. Edad media: 48.45. Profesión: médicos 97%. Profesional en relación de dependencia 54%, residente 23%, contratado 16%, otro 7%. Tiempo entre despertar y revisar celular: lo primero que hace 46%, media hora 10.5%, después de desayunar y vestirse 9%, cuando llega al trabajo 6%. Piensa que la telemedicina traía beneficios para la salud antes de la pandemia: Si 55%, No 16%, no lo pensó 29%. Usaban la tecnología en la relación médico paciente: Si 55%. Motivo: le preocupaba la despersonalización 37%, falta de experiencia 28%, características de pacientes 25%, le quita tiempo personal 15%, falta de confianza 15%, no sabe 15%, no tenía ganas 10%. Luego de declarada la pandemia COVID 19, cambio la idea respecto a Tm en la asistencia cotidiana el 78%. Motivos: utilidad 52%, por la pandemia 31%, se suma o se queda afuera 14%, de "prepo" 13%, por convicción 12%, no tenía opción por el trabajo 9%. Se ha resuelto necesidades de atención de pacientes 21%, tiene que aprender a usarlo mejor 16%, interpreta como deshumanización del acto médico 15%, satisfecho 14%, genera inseguridad 13.5%, siente que ejerce mal la profesión 11%. La mejor aplicación de Tm es: consultas 61.5%, interconsultas 55%, almacenamiento datos 53%, uso en equipo de salud 46%, revistas de sala 43%, pase guardia 42%, diagnósticos 19%. Preferencia para comunicación virtual con pacientes: Whatsapp 81%, teléfono 38.5%, videollamada 19%, plataformas zoom o meet 10%, mensaje texto 8%. Frecuencia de consultas por día: 1 a 5 ws 47%. ¿Recibe remuneración? No 72%, a veces 16%, si tienen cobertura 14%, siempre 3%. Luego de la pandemia, empleará telemedicina de modo rutinario el 60%. Prefiere consulta Presencial 24%, Tm 1%, combinado 20%, Tm como complemento 53%, presencial para urgencias 2%. Siente la Tm que suma 55%, debe poner límites 38.5%, educar a pacientes 37.5%, solución a problemas 30%, esclavizante 11.5%, resta en la relación 5%. El 88% hace interconsultas via whatsapp. El 87.5% piensa que la Tm no se dejará de usar. Del análisis comparativo, los clínicos usan la Tm en la pandemia y luego de la misma han decidido no utilizarla de modo rutinario, y si lo hacen va a ser solo de modo complementario ($p < 0.05$).

Conclusiones: Se ha podido demostrar que la Tm en la pandemia ha impregnado el ejercicio profesional cotidiano, superando barreras, promoviendo accesibilidad y pudiendo aprovechar todo su potencial lo que deja vislumbrar que llegó para quedarse.

CL-19-01 // IMPACTO EN LA UTILIZACIÓN DE MENSajerÍA DEL PORTAL DE SALUD DURANTE LA PANDEMIA ENTRE PACIENTES AFILIADOS A PREPAGA PLAN DE SALUD Y MEDICOS DE CABECERA DEL SERVICIO MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

HERREIRA, A.; RUIZ YANZI, M.; PLAZZOTTA, F.; LUNA, D.; KOPITOWSKI, K.; GRANDE RATTI, M.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Objetivos: Describir el impacto de la pandemia en el servicio de mensajería del Portal de Salud entre médicos del Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria y sus pacientes afiliados al Plan de Salud, en términos de:

Explorar características de usuarios,

Reportar número de mensajes,

Estimar frecuencia de conceptos terminológicos del contenido,

Reportar celeridad de respuesta.

Materiales y Métodos: Estudio observacional de corte transversal que incluyó el marco temporal intra-pandemia? definido como el período transcurrido entre semanas epidemiológicas 10 a 23 del año 2020 (Marzo-Abril-Mayo), de tipo analítico porque se compara con su respectivo control histórico (mismas SE del año 2019). Se incluyeron: (a) totalidad de mensajes de pacientes afiliados a PS recibidos por MC del SMFyC, (b) muestra aleatoria para explorar el contenido (análisis cualitativo)

Resultados: Los 147 médicos se componen de 61.90% de sexo femenino, subgrupo que sigue a un total de 41.523 pacientes, representando el 56.55% de la cápsula del SMFyC (sobre el total de personas capitadas con MFs: 73.427) y 23.79% del padrón (sobre total PS: 174.495), según datos actualizados a Mayo 2020.

Entre las SE 10 y 23 del año 2020 hubo un total de 84.916 mensajes a través del Portal de Salud, mientras que en las mismas SE del año 2019 hubo un total de 28.601. Este aumento fue a expensas de un pico entre las SE 11 y 18, transitorio. Luego, la curva vuelve a mostrar estabilidad, con mínima variación interanual.

Los mensajes del 2019 corresponden a 11.434 pacientes con edad promedio de 54,39 años y 62,20%(7.112) de sexo femenino; mientras que los del 2020 corresponden a 21.521 pacientes con edad promedio de 59,61 años y 63,11%(13.584) de sexo femenino. El usuario de mensajería representó sólo el 15% y 29% de la cápsula del SMFyC respectivamente.

Hubo una marcada variación interanual en el porcentaje del término ¿vacuna? entre las SE 10 y 19 del año 2020, con significancia estadística en comparación con el año 2019. El pico máximo fue del 31,74% en SE15.

La celeridad en la respuesta durante 2019 tuvo un promedio global de 29,11 horas (DE 36,04), con valor mínimo 0 y valor máximo 168. Mientras que durante el año 2020 hubo un promedio global de 21,43 horas (DE 33,22), con valor mínimo 0 y valor máximo 167.

La codificación del análisis cualitativo sobre vacunas resultó en las siguientes dimensiones y subcategorías: criterios para indicación (edad; factores de riesgo; esquema/intervalos; refuerzos; serotipos); eventos adversos; solicitud de indicación (orden); consultas administrativas sobre disponibilidad (stock, otras opciones extramuro; turnos); información del vacunatorio (copago, precios, centros, horarios, teléfonos, vías de contacto).

Conclusiones: Se triplicó la mensajería global, pero fue un aluvión transitorio de necesidades informativas. Los pacientes que se adhirieron al Portal de Salud probablemente aumentaron, que se explicaría por el salto interanual y visibiliza la carga laboral del MC mediante el uso de una vía de comunicación institucional.

CL-17-06 // DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA EVALUAR EL EFECTO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA PIZARRA ELECTRÓNICA EN INTERNACIÓN

GIRALDO FRANCO, L.; GRANDE RATTI, M.; VAZQUEZ PEÑA, F.; LUNA, D.; BENITEZ, S.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Diseñar y validar un instrumento para evaluar el uso de la pizarra electrónica, la comunicación, el flujo de trabajo y el grado de satisfacción de la herramienta. Implementar el instrumento validado

Materiales y Métodos: Diseño mixto exploratorio secuencial.

Se realizó una búsqueda bibliográfica enfocada a la detección de instrumentos existentes relacionados con la temática. Se realizaron 5 entrevistas grupales con personal de enfermería para identificar las percepciones, explorar las dimensiones, evaluar aspectos positivos y negativos tras la implementación de dicha herramienta. Se generó el cuestionario beta?, que un panel de expertos evaluó y reformuló para generar el cuestionario consolidado?. Mediante pretest y entrevistas semiestructuradas se generó el cuestionario pre-testeado? (para explorar los atributos:validez aparente y validez de contenido).

Para la validación, se utilizó coeficiente alpha de cronbach (para explorar confiabilidad y consistencia interna) y análisis factorial exploratorio para determinar la estructura (validez de constructo).

Para la implementación se administró el cuestionario validado, entre Septiembre y Octubre de 2019, a una muestra consecutiva de conveniencia que incluyó personal de enfermería.

Resultados: De la búsqueda bibliográfica, se analizaron 45 artículos en términos de definiciones y características de conceptos. El cuestionario beta incluyó 32 ítems y siete dimensiones: uso, comunicación, flujo de trabajo, calidad del dato, capacitación, soporte técnico y características del aplicativo. El cuestionario consolidado quedó formado por 26 ítems y 6 dimensiones. El cuestionario pre-testeado quedó formado por 18 ítems y 4 dimensiones: uso, flujo de trabajo, comunicación y satisfacción. El coeficiente de alpha de cronbach global resultó 0,94; mientras que los coeficientes de los 4 componentes resultaron respectivamente: 0,83, 0,88, 0,92, y 0,82. Se ha demostrado unifactorialidad de cada una de las cuatro dimensiones (mediante los criterios Kaiser, Gorsuch y Hattie).

Se administró el cuestionario validado a 140 enfermeros/as, el 43,2% refirió que es bastante fácil usar y 41,1% la utiliza muchas veces durante su jornada laboral. El 37,5% refirió que la consultan muchas veces y que su uso estandariza la comunicación dentro del equipo de atención. El 78,4% manifestó que la pizarra mejora en gran medida su trabajo, y el 76% se sintió satisfecho con el sistema y la cantidad de información que se visualiza. El 98,5% consideró que el uso no trajo consecuencias inesperadas en su flujo de trabajo.

Conclusiones: Se generó un nuevo cuestionario validado para explorar 4 dimensiones (uso, flujo de trabajo, comunicación y satisfacción), con adecuadas propiedades psicométricas globales, que podría utilizarse en forma independiente para cada dimensión. Así mismo, facilitó la evaluación tras la implementación de la pizarra, evidenciando su facilidad para usarla, su contribución en el flujo de trabajo, la comunicación facilitada con el equipo de salud y la satisfacción.

CL-19-02 // TRATAMIENTO DE LA AMILOIDOSIS AA EN CENTRO ÚNICO DE ARGENTINA

AGUIRRE, M.; NUCIFORA, E.; ULACIA, M.; ZANELLA, A.; VARELA, C.; GRELONI, G.; LUXARDO, R.; SAEZ, S.; SORROCHE, P.; POSADAS MARTINEZ, M.

Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: Los tratamientos de amiloidosis AA se dirigen contra la causa subyacente y en las idiopáticas, al bloqueo de la inflamación. Es probable que la afectación orgánica, el tiempo de evolución, las comorbilidades, la disponibilidad de tratamiento y la enfermedad subyacente tengan un impacto en las opciones de tratamiento.

Objetivo: Describir los tratamientos en la amiloidosis AA. Estimar la supervivencia global.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva de pacientes con amiloidosis AA en el Registro Institucional de Amiloidosis (NCT01347047) del Hospital Italiano de Buenos Aires 2010-2019. Todos los pacientes fueron seguidos hasta la muerte por todas las causas. Las tasas de supervivencia se expresan como el porcentaje de supervivencia calculado mediante el método de Kaplan Meier.

Resultados: Durante el período se incluyeron 160 pacientes con amiloidosis, el 14% (23) tenían diagnóstico de AA. El 48% eran mujeres (11), con una mediana de edad de 52 años (RII 49-64). Las enfermedades que provocaron el depósito de SAA fueron, en orden de frecuencia, idiopáticas, autoinmunes e infecciones. El riñón fue el órgano más frecuentemente afectado (86%), seguido del corazón (43%) y el tracto digestivo (32%).

Durante el seguimiento, 4 pacientes fallecieron, la tasa de mortalidad global fue del 17% (n = 4, IC 6-40%). La causa de muerte en 3 de los 4 pacientes estuvo relacionada con amiloidosis, 1 paciente murió por insuficiencia cardiaca, 1 paciente murió por insuficiencia renal terminal, 1 paciente por shock séptico refractario al tratamiento y 1 paciente murió por causa traumática accidental, no relacionada a la enfermedad subyacente.

Trece pacientes (56%) recibieron tratamiento y uno murió de sepsis. Al comienzo del tratamiento, el 60% tenía un PS de 2 y una puntuación de Charlson de 4. Se administraron agentes biológicos al 54% de los pacientes con AA (7). Tocilizumab (TCZ) fue el agente biológico indicado con mayor frecuencia (7) como primera o segunda línea de tratamiento, dos pacientes recibieron Etanercept y Canakinumab como primera y segunda línea antes de TCZ, y dos pacientes recibieron Ciclofosfamida y Micofenolato. Todos los pacientes mostraron buenas respuestas a TCZ. Se prescribieron agentes antimicrobianos en 6 pacientes. Todos los pacientes tratados, excepto uno, establecieron su condición, mejoraron los biomarcadores de inflamación y alcanzaron un estado nutricional normal.

Conclusiones: La mitad de los pacientes recibió tratamiento, dirigido a la enfermedad de base o en casos idiopáticos dirigidos a la inflamación. El tratamiento es fundamental para estabilizar la progresión de la enfermedad. El pronóstico general y la supervivencia son similares a otras series.

CL-19-03 // GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO DE COMPROMISO ORGÁNICO DE AMILOIDOSIS (PARTE 2/2)

POSADAS MARTINEZ, M.; NUICIFORA, E.; APARICIO, L.; AUTERI, M.; LEON, L.; DRAGONETTI, L.; GRELONI, G.; LUXARDO, R.; MARCIANO, S.; PÉREZ DE ARENAZA, D.; PEUCHOT, V.; POPELKA, P.; REISIN, R.; RUGIERO, M.; SELIKOVICH, P.; TOMEI, M.; VARELA, C.; AGUIRRE, M.; PITZUS, A.

Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: La amiloidosis es una enfermedad caracterizada por del depósito de proteínas mal plegadas que produce disfunción orgánica, la cual es progresiva y en consecuencia, el diagnóstico temprano es vital para prevenir el daño irreversible de los órganos. Las cuatro amiloidosis sistémicas más frecuentes son: AL, AA, ATTRwt y ATTRv4.

Objetivo: Elaborar una guía clínica de diagnóstico en amiloidosis basada en la mejor evidencia disponible de efectividad clínica elaborados en proceso validado. La guía comprende el diagnóstico de la amiloidosis (parte 1 diagnóstico y caracterización del tipo de proteína, parte 2 diagnóstico y evaluación de compromiso orgánico).

Materiales y Métodos: La Guía fue realizada de novo, el Equipo Elaborador y el Panel de Expertos determinó el alcance y objetivos de la guía. Se utilizó el método Hanlon como herramienta para priorizar temas, se generó un "mapa de 74 preguntas" que incluye el diagnóstico de amiloidosis, caracterización del precursor, diagnóstico de AA, AL y ATTR, y diagnóstico de compromiso orgánico. Se seleccionaron las preguntas en base a los desenlaces (importantes o críticos utilizando metodología GRADE. La evidencia se clasificó en alta, moderada, baja, muy baja y las recomendaciones se clasificaron en fuertes y débiles.

Resultados: En el proceso de generación de recomendaciones quedaron 29, de la 10 a la 29 son para evaluación del compromiso orgánico en pacientes con amiloidosis. A continuación se muestra el contexto del método diagnóstico, la recomendación que se desprende de la evidencia.

Conclusiones: Es nuestro conocimiento es la primera guía en amiloidosis sistémica en Latinoamérica.

CL-19-04 // FACTORES DE VALORACIÓN INICIAL ASOCIADOS A MALA EVOLUCIÓN O MAL PRONÓSTICO EN PACIENTES COVID+ DE MANEJO AMBULATORIO

PEDRETTI, A.; VALLONE, M.; RODRIGUEZ, P.; IBAÑEZ, G.; PASQUINELLI, R.; ESTEBAN, J.; TORRES GOMEZ, F.; LUNA, D.; POLLÁN, J.; MARTINEZ, B.; GRANDE RATTI, M.

Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Objetivos: Compartir la experiencia de nuestro hospital de alta complejidad situado en CABA en el manejo de pacientes COVID-19 de manejo extrahospitalario con un circuito de seguimiento ambulatorio sistemático mediante teleconsultas, en términos de:

*Estimar frecuencia de pacientes que presentaron ?mala evolución? durante el seguimiento (definidos como nueva consulta en la Central de Emergencias de Adultos -CEA- y/o internación no programada y/o fallecimiento).

*Explorar potenciales factores asociados a mal pronóstico, utilizando variables clínicas, epidemiológicas, y/o resultados de estudios complementarios, pertenecientes a la valoración inicial.

Materiales y Métodos: Cohorte retrospectiva que incluyó la totalidad de pacientes con diagnóstico de COVID+ de manejo ambulatorio y su primer valoración inicial al diagnóstico en CEA del Hospital Italiano de Buenos Aires entre 23/06/2020 y 23/08/2020 inclusive.

Los pacientes fueron seguidos durante 14 días hasta la ocurrencia de ?mala evolución? o ?mal pronóstico? definida como resultado combinado presentando al menos 1 de los siguientes eventos: re-consulta presencial en CEA, internación no programada y/o muerte. Se utilizó modelo de regresión logística y se reportan OR crudos con sus respectivos IC95%.

Resultados: Hubo un total de 1239 pacientes de manejo ambulatorio mediante teleasistencia, con la mayor concentración en Agosto con 48,91%(606). El número de pacientes, como recuento global de casos agrupado por semana epidemiológica fue ?in crescendo? con el correr del tiempo entre 4,44%(55) en SE27 y 17,03%(211) en SE34. Estos pacientes presentaron una media de edad de 43 años (DE 15), 53,03%(657) eran mujeres y 76,51%(948) representaron afiliados a prepaga institucional (Plan de Salud). En cuanto a los estudios complementarios, un 52,54%(651) se realizó un laboratorio y 63,76%(790) una radiografía de tórax en la valoración basal de la CEA.

En cuanto al seguimiento de 14 días: 13,47%(167) tuvo nueva consulta presencial en CEA y 6,69%(83) se hospitalizaron, falleciendo 5 pacientes (0,40%) durante la misma.

Un total de 168 presentaron mala evolución, y los factores asociados resultaron: edad (OR 1,03; IC95% 1,02-1,04), ex TBO (OR 2,61; IC95%1,70-4,01), diarrea (OR 1,90; IC95%1,12-3,21), mialgias (OR 1,53; IC95%1,06-2,19), tos (OR 1,41; IC95%1,01-1,98), fiebre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ (OR 1,58; IC95%1,13-2,21), FC (OR 1,01; IC95%1,01-1,03); PAD (OR 1,01; IC95% 1,01-1,03), laboratorio (OR 2,16; IC95% 1,53-3,06); GOT (OR 1,01; IC95% 1,01-1,02), radiografía (OR 1,97; IC95% 1,35-2,87); y saturación de O₂ (OR 0,77; IC95% 0,67-0,89).

Conclusiones: Si bien los factores predictivos de mala evolución coinciden con lo descrito en la literatura sobre infección grave, esta información permitirá a los médicos repensar la estratificación del riesgo de los pacientes en la valoración basal. Adicionalmente, representa información de gran importancia gerencial dado que es necesaria una estrecha vigilancia, no sólo por seguridad, sino para garantizar continuidad de cuidado y calidad de atención.

CL-19-05 // GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA: DIAGNÓSTICO Y TIPIFICACIÓN DE LA AMILOIDOSIS (PARTE 1/2)

POSADAS MARTINEZ, M.; AGUIRRE, M.; BELZITI, C.; BROUET, E.; FORTE, A.; GRELONI, G.; MARCIANO, S.; MATOSO, M.; PÉREZ DE ARENAZA, D.; PITZUS, A.; RUGIERO, M.; SAEZ, S.; SORROCHE, P.; TOMEI, M.; ZINSER, B.; PEUCHOT, V.; NUICIFORA, E.

Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: La amiloidosis es una enfermedad caracterizada por del depósito de proteínas mal plegadas que produce disfunción orgánica, la cual es progresiva y en consecuencia, el diagnóstico temprano es vital para prevenir el daño irreversible de los órganos. Las cuatro amiloidosis sistémicas más frecuentes son: AL, AA, ATTRwt y ATTRv4.

Objetivo: Elaborar una guía clínica de diagnóstico en amiloidosis basada en la mejor evidencia disponible de efectividad clínica elaborados en proceso validado. La guía comprende el diagnóstico de la amiloidosis (parte 1 diagnóstico y caracterización del tipo de proteína, parte 2 diagnóstico y evaluación de compromiso orgánico).

Materiales y Métodos: La Guía fue realizada de novo, el Equipo Elaborador y el Panel de Expertos determinó el alcance y objetivos de la guía. Se utilizó el método Hanlon 14 como herramienta para priorizar temas, se generó un "mapa de 74 preguntas" que incluye el diagnóstico de amiloidosis, caracterización del precursor, diagnóstico de AA, AL y ATTR, y diagnóstico de compromiso orgánico. Se seleccionaron las preguntas en base a los desenlaces (importantes o críticos utilizando metodología GRADE.15 La evidencia se clasificó en alta, moderada, baja, muy baja y las recomendaciones se clasificaron en fuertes y débiles.

Resultados: En el proceso de generación de recomendaciones quedaron 29, de la 1 a la 9 son para evaluación del diagnóstico y caracterización de la proteína amiloidogénica en pacientes con sospecha de amiloidosis.

Conclusiones: Es nuestro conocimiento es la primera guía en amiloidosis sistémica en latinoamerica.

CL-19-06 // ALTERACIÓN DE PROPIEDADES ACÚSTICAS EN LA VOZ DE PACIENTES INFECTADOS POR EL SARS-COV-2

DÖPPLER, J.; PEREZ MANELLI, R.; POLLÁN, J.; GIUNTA, D.; MINDLIN, G.

Uba. Capital Federal, Argentina.

Objetivos: La voz humana involucra una amplia gama de fenómenos físicos, desde la modulación del flujo de aire a través de la generación de oscilaciones autosostenidas en las cuerdas vocales, hasta la generación de vórtices en flujos que atraviesan diversas constricciones. Diversas enfermedades impactan en las propiedades espectrales de la voz por lo cual nos propusimos explorar el efecto en la voz de la infección por SARS-CoV-2.

Objetivo

Caracterizar la evolución temporal de una variedad de índices espectrales de la voz de pacientes infectados por SARS-CoV-2 desde una etapa temprana de la infección, identificar los índices que muestran una tendencia significativa en los días previos al diagnóstico e interpretar los índices espectrales en términos de propiedades biomecánicas del aparato vocal.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio piloto de cohorte retrospectivo en el Hospital Italiano. El protocolo fue aprobado por el comité de ética de protocolos de investigación.

Se incluyeron pacientes afectados de COVID-19 confirmado por detección por PCR de hisopado de secreciones respiratorias. Todos los pacientes incluidos consintieron su participación. Cada participante envió las grabaciones de mensajes de voz registradas en un intervalo de tiempo desde las 3 semanas previas a la fecha de inicio de síntomas hasta el alta hospitalaria.

Se caracterizó cada grabación calculando distintos parámetros acústicos: valores medios y desviación de la frecuencia fundamental, coeficientes de Mel, relación armónico-ruido, y Jitter. Para determinar la existencia o no de una correlación entre estas variables y la aparición de síntomas, se realizaron ajustes de cada serie temporal (por variable y por paciente) con los datos de los 14 días previos a la aparición de síntomas.

Resultados: Se analizaron los datos de 7 pacientes para los que se contaba con grabaciones de al menos 10 días. El promedio de cantidad de audios por participante fue de 16 (desviación: 5, rango: 10-26). En ninguna de las variables analizadas se encontró una tendencia significativa y robusta para el conjunto de pacientes. Para la mayoría de los cuantificadores se encontraron casos con tendencias significativas ($R^2 > 0.3$), pero de distintas tendencias: creciente en algunos y decreciente en otros. Además se encontraron casos sin correlación entre los cuantificadores y el tiempo transcurrido.

Conclusiones: A pesar de observaciones previas que parecían indicar un patrón característico en los individuos afectados por COVID-19, no encontramos ningún patrón en el análisis espectral de la voz que pudiera indicar que es posible identificar los individuos afectados de covid por medio de análisis automático de su voz.

CL-19-07 // SEGUIMIENTO TELEFÓNICO DE PERSONAS EN CONTEXTO DE AISLAMIENTO POR COVID-19 COMO ESTRATEGIA DE VIGILANCIA Y ACOMPAÑAMIENTO EN LA CIUDAD DE BAHIA BLANCA.

GALLARDO, G.; BUFFONE, I.; ROMANO, H.; JOUGLARD, E.; PAOLUCCI, R.; ARRUE, A.; RUSSO ABBATE, M.; LIPORACE, G.; MONACCI, M.
Secretaría De Salud, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Describir los principales aspectos del trabajo realizado por el equipo de estudiantes y profesionales de salud, en el seguimiento telefónico de pacientes ingresados desde el centro de asistencia a COVID-19 del Hospital Municipal y unidades sanitarias de la Secretaría de Salud de Bahía Blanca entre el 6 de julio y 3 de noviembre del 2020.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal con recolección de datos retrospectivos sobre el total de pacientes que fueron seguidos por estudiantes de medicina y profesionales de salud, que fueron ingresados para seguimiento telefónico entre el 6 de julio y el 3 de noviembre de 2020 desde el dispositivo de asistencia a COVID-19 y unidades sanitarias de la ciudad. Estos datos fueron extraídos del software de seguimiento desarrollado por la Unidad de Informática del Hospital Municipal de Bahía Blanca. Se recolectó información sobre las siguientes variables: edad, sexo, definición de caso, necesidad de internación, consentimiento de donación de plasma. Los datos obtenidos fueron extrapolados a una base excel para su procesamiento. Se excluyeron aquellos pacientes que al momento de iniciar el seguimiento refririeron que se encontraban en seguimiento por otra institución médica. Las variables cuantitativas fueron expresadas en medidas de tendencia central y las cualitativas en proporciones. Se utilizó el programa SPSS 17.0 para obtener los resultados.

Resultados: Se obtuvieron datos sobre 2.907 seguimientos de personas que se encontraban en condición de aislamiento. Un 8.5% fueron casos descartados (n: 248), un 53% contactos estrechos (n: 1542), y un 33% casos confirmados (n: 1117), lo que correspondió al 16% del total de casos registrados en el periodo de estudio en la ciudad (n: 6883). Con respecto al grupo de confirmados, la media de edad fue de 33 años, con un mínimo de 0 y un máximo de 94, siendo el 57.5% del sexo femenino (n: 642). Dividiendo por rango etario encontramos que el 15% correspondió al grupo de 0 a 19 años (n: 165), un 77.5% al grupo de 20 a 59 años (n:867) y un 7.5% al grupo de 60 años o más (n: 86). La confirmación fue en un 36% por método de PCR (n: 401) y 64% por criterio clínico-epidemiológico (n: 717). Con respecto al tipo de contagio, encontramos que un 57% fue por transmisión comunitaria (n: 228), un 42% por contacto estrecho (n: 168) y un 1% importado (n: 4). Durante el seguimiento se reportó un 8.6% de personas confirmadas que requirieron internación (n: 96) y 4 fallecimientos (0.35%).

Un total de 310 personas dieron consentimiento para donación de plasma luego de su recuperación, siendo compartidos al Equipo de Hemoterapia local.

Conclusiones: El seguimiento telefónico a personas en aislamiento domiciliario constituyó una importante herramienta para el cuidado, vigilancia y detección de síntomas de alarma.

La mayoría de las personas pudieron atravesar su enfermedad en domicilio mediante esta estrategia de acompañamiento, con un bajo índice de necesidad de internación.

CL-19-09 // MONITOREO EN POBLACION CON COVID 19 POR TELEMEDICINA. ESTUDIO OBSERVACIONAL.

SOFIO, M.; ROMANO, H.; LEMUS, S.; IBAROLA, C.; ITALIANO, M.; DELGADO, M.; VEGA, J.; MOCCHI, M.; HESSINI, P.; ANDREOCCI, M.; POZA ROMAN, D.; RODRIGUEZ GIL, G.; ALVAREZ, A.; LEON, S.; SASSOLA, B.; BARCELO, G.; BOITIER, G.; ARRECHEA, M.; GONZALEZ GARCIA, R.
Hospital Municipal De Agudos Leónidas Lucero, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas de los pacientes en seguimiento telefónico por el equipo de telemedicina del Hospital Municipal Dr. Leónidas Lucero, 01 de julio de 2020 al 31 de octubre 2020. Determinar el diagnóstico de COVID 19 positivo. Discernir los factores de riesgo y antecedentes patológicos. Contabilizar días de seguimiento. Enumerar pacientes que requirieron internación.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo. Se incluyeron los pacientes en seguimiento por Telemedicina y que recibieron el alta durante el periodo en estudio, con COVID 19 sospechado o confirmado. De 0 a 99 años. Las variables fueron edad, sexo, antecedentes médicos, diagnóstico COVID 19. Días previos a consulta, días de seguimiento telefónico. Requerimiento de internación.

Resultados: De un total de 3560 consultas a la Unidad de Asistencia Respiratoria, se estableció seguimiento mediante Telemedicina a 2715 pacientes con COVID 19 sospechado o confirmado. Se excluyeron 422, definiendo una población de 2293. La media de edad fue de 34,8 años (DE 15,9). La mayoría fueron mujeres (52,8%). El análisis de los factores de riesgo mostró que 501 pacientes presentaban riesgo de complicaciones por COVID 19: 194 tenían 60 o más años y 419 (18,8%) distintas patologías, las más frecuentes fueron: Hipertensión (168), Patología Respiratoria (127), Diabetes (92) y Obesidad (85). Se diagnosticaron como COVID 19 positivo 1133, de los cuales 640 fueron mediante PCR, el resto por criterio clínico-epidemiológico. Tenían nexo epidemiológico conocido 255 pacientes. Se realizaron 1466 PCR, el 43,6% fueron positivas. La media de seguimiento fue de 6,42 días (DE 4,63) y con 3,62 días (DE 3,64) días de evolución al momento de la consulta. No respondieron al llamado 1,8% de los pacientes. Fueron internados 92 pacientes durante el seguimiento.

Conclusiones: El acompañamiento del paciente mediante telemonitoreo complementa el trabajo hospitalario de los pacientes afectados por COVID 19, pesquizando tempranamente factores de riesgo que puedan generar complicaciones. Se observó que 2 de cada 10 pacientes presentaban edad o patología de riesgo.

El testeo mediante PCR fue del 63,9% de la población en seguimiento telefónico y diagnosticó más de la mitad del total de casos COVID 19.

De nuestra población el 92% de los pacientes presentaron formas leves y no requirieron internación acorde a lo descrito en otros países.

El conocer la población en seguimiento telefónico día una base sólida para implementar medidas proactivas que modifiquen protocolos de trabajo en telemedicina y atención de pacientes ambulatorios afectados por COVID 19.

CL-19-08 // CREACIÓN Y PUESTA EN MARCHA DE UN DISPOSITIVO DE TRIAGE TELEFÓNICO EN LA CIUDAD DE BAHIA BLANCA COMO ESTRATEGIA SANITARIA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA COVID-19. ESTUDIO DESCRIPTIVO

PERTICONE, M.; ROMANO, M.; ROMANO, H.; CARLETTI, D.; PALOMEQUEZ, M.; AGUIRRE, C.; SORIANO BENEVENTANO, C.; OTAMENDI, M.
Hospital Municipal De Agudos Leónidas Lucero, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Caracterizar a la población atendida mediante el dispositivo de Triage Telefónico el cual se complementa con el Teleseguimiento posterior realizado tanto desde APS como de Hospitales Públicos y Privados de la Ciudad de Bahía Blanca durante el segundo semestre del año 2020.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional, de corte transversal y retrospectivo. Se analizaron los registros de las llamadas recibidas en el periodo comprendido entre el 1 de julio y el 30 de octubre del 2020, tomando como variables, sexo, edad, motivos de consulta y calificación del llamado (rojo, amarillo, verde). Los datos se analizaron con el software SPSS 23. La comparación de proporciones para variables categóricas se realizó mediante el test de la Chi-cuadrado.

Resultados: Se recibieron un total de 2811 llamados; 81% verdes, 9% amarillos y 1,3% rojos. El 56,4% de los llamantes fueron mujeres. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la severidad de la consulta y el sexo. El 62,7% tenían entre 20 y 39 años. Se evidenció asociación estadística ($p < 0.05$) entre calificación del llamado y rango etario, observándose mayor porcentaje de llamados rojos y amarillos en las edades más avanzadas: 40-59 (11,2%); 60-79 (24,2%); 80-99 (39%). Un 67% de los llamantes tenían cobertura médica. En cuanto al lugar de seguimiento el 67% de las comunicaciones calificadas como rojas se derivaron hacia los Hospitales de la ciudad. Respecto a los casos, el 23% fueron diagnosticados por PCR para SARS-CoV-2 y un 7% requirió evaluación inmediata por la severidad del cuadro.

Conclusiones: El triage durante la pandemia de SARS-CoV-2 constituyó una alternativa a la consulta presencial, en el marco ASPO, para la detección y posterior seguimiento de los mismos, y para orientar y gestionar el número de consultas presenciales a los servicios de atención médica. Si bien el rango etario constituido por adultos jóvenes fue el que más se comunicó, quedó en evidencia que la severidad de la consulta se incrementa con la edad, demostrando la importancia de un correcto Triage para georreferenciar de manera oportuna y eficaz la demanda al sistema de salud, ya que más del 65% de las consultas que requirieron atención inmediata fueron seguidas posteriormente por los centros hospitalarios locales.

CL-19-10 // ¿CÓMO TE HA IDO CON LA COVID-19?: EVALUACIÓN DEL IMPACTO Y DE LA PERCEPCIÓN PERSONAL

SALOMÓN, S.; MOREA, G.; GUIDARELLI, J.; CASAROTTO, M.; MARIANI VILCNIK, P.; PONT, D.; CHACON, R.; GONZALO JAVIER, A.
Hosp Lagomaggiore, Mza, Argentina.

Objetivos: Identificar actitudes, pensamientos y experiencias en relación a la COVID-19 en la población general.

Materiales y Métodos: Estudio protocolizado, descriptivo, transversal, a través de encuesta estructurada, autoadministrada, vía internet, anónima, con preguntas cerradas y abiertas, realizada a población general de clase media. Análisis estadístico: medidas de tendencia central, dispersión, test exacto de Fisher. Criterio de significación $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 300 encuestas. 80% mujeres; edad $x: 45,48$; el 74% vivía en pareja y 15% no tenía trabajo. Nivel de instrucción: Universitario 59%, Terciario 16,5%; Secundario 17,5%. El 94% tenía cobertura de salud y 51% la obra social de los empleados públicos. El 58% había tenido contacto estrecho con un caso confirmado de COVID-19. El 31% desarrolló algún síntoma compatible, los más frecuentes: fatiga 37%, cefalea 33% y odinofagia 31%. El 56% buscó asistencia médica, al 45% le realizaron algún estudio de laboratorio para confirmar el diagnóstico, positivo 35%, negativo 47% y no le avisaron como dio al 19%. La respuesta del sistema de salud para la asistencia médica no mostró dificultades, fue sencillo y de atención rápida en 44%. El sistema muy sobrecargado, mucha demora, pero logró la atención médica y estudios 8,5%, en 8,5% el médico no revisó a los pacientes, pero si hicieron estudios. El 2,3% no logró atención; 14% fue enviado al domicilio por ser caso leve y 1% fue atendido de manera virtual. El 85% tuvo un familiar o amigo cercano con COVID-19 y al 25% se le murió algún afecto por la infección. Con respecto a la pandemia, el 65% manifiesta sentirse preocupado, seguido de un 48% que dice estar cansado y 20% asustado. El 7,5% admite que solo se preocupó cuando se enfermó el mismo o un familiar o amigo. Al 4% no le interesa el tema. El 2% considera que está obsesionado con la pandemia y en un 1% c/u: no ve futuro, considera que esta mal manejada y que se sienten agobiados. Fue estadísticamente significativo en las personas que perdieron a alguien: estar asustado y que le interese el tema ($p < 0.05$). En relación a la cuarentena al 8° mes de la misma, el 59% considera que por ser tan prolongada nadie respeta las medidas, agotó innecesariamente a la gente el 45%, comprometió la economía 42%, permitió preparar el sistema de salud 39%, permitió evitar mayor número de enfermos 27%, y de muertos 22%, demoró innecesariamente la llegada de la enfermedad 18%. Solo el 15% la reconoció como una buena medida. El 21% admite respetar el aislamiento a veces, el motivo es por estar muy cansado en el 61% y otras causas son por que no pasa nada si cada uno usa tapa boca (17%), por trabajar (9%), salud mental (9%) y por no creer que sea una medida válida. Reconocieron como mejores medidas además de lavado de manos, distanciamiento y tapa boca-nariz, la educación a la población y la responsabilidad social.

Conclusiones: Los resultados muestran que a pesar del tiempo, desgaste y cansancio en esta situación sigue la vigencia de la preocupación y ocupación por el tema y se considera que la educación de la población y la responsabilidad social son las mejores medidas para resolver el tema.

CL-20-01 // INVESTIGACIÓN SOBRE BURNOUT EN INTERNISTAS DE LATINOAMÉRICA

VALDEZ P. CÁMERA L., MILONE H., KLEIN M., TRAVERSO VOR E., WACKER J., LEFF D., SALOMÓN S., MELGAR F., CRISTALDO C., HZA R., SAPAS DURÁN A., ABUABARA Y., HERNANDEZ ANZOBI H., FLELLI GALARDO H., CARBALLLO ZAPATE V., IRYVA, C., SEPRA VALDES M., BETANCOURT TORRES I., BLANCO ESPARZO N., BUCHICA PAVAS E., RODRIGUEZ AMADOR L., CARRASCO OLIVERAS S., MONTUFAR R., CONTRERAS MONCHEZ J., CASARENO VALES, E., ROMAN, P. RUIZ CANTERO, A., NITSCH-MONTEI, C., CASTAÑEDA CEREZO, S., DIAZ SALAZAR L., CODINA H., VALLADARES E., LOPEZ ESPINOSA R., CABRERA RAYO A., PALENCIA VIZCARRA R., BARRIOS J., BATISTA RUJANO N., CELAURO H., TORRES DE TABOADA, E., BISSO A., INDAOCHEA S., RODRIGUEZ HURTADO D., GARCIA CARRION, L., PENNY, E. GALAZA NÚÑEZ, J., DIAZ SILVEIRO, S., ARIAS C., VALCICHER, A., GRIMACHELA, G., DURAN M., PATRINO, M., SALAZAR, V.

Sam. Cabat, Argentina.

Objetivos: Determinar factores predictores/ asociados a desgaste en las 3 dimensiones del síndrome de burnout despersonalización (DP), realización profesional (RP) y cansancio emocional (CE).

Materiales y Métodos: Diseño prospectivo, observacional, longitudinal, analítico. Se estudiaron 1390 médicos internistas de Iberoamérica (FIM). Del 01-03-2019 al 28-02-2020. Muestreo accidental. Encuesta anónima autoadministrada (formulario por internet) sobre factores sociodemográficos, escala MBI de Burnout, problemas de salud, opiniones laborales. Estadística descriptiva, inferencial, regresión lineal.

Resultados: Sexo femenino: 56.11%. Edad 38.17 ± 0.31 años. Hay pluriempleo (4.27 ± 0.05 escenarios por participante). Antigüedad profesional 12.29 ± 0.30 años. El 56.83% está en pareja. En el 13.2% no hay residencias. Residencia: supervisión suficiente en el 38.39%, el programa de residencias se cumple en el 50% de los casos. En el 92.87% no se realiza test para detectar burnout. Hay evaluaciones periódicas en el 64.42%, pero solo en la mitad hay feedback. El maltrato laboral por superiores (MLS) es frecuente en 25%, y más prevalente en mujeres (25.25% vs 15.24%) con p valor 0.0001 (Y2). La cantidad de problemas de salud ocurridos luego del inicio laboral tiene una media de 4.82 ± 0.07 (mujeres 5.29 ± 0.09 vs varones 4.22 ± 0.11, p valor Mann Whitney 0.0000). Contactos diarios por la tarea: 29.15 ± 0.57. El 63% no posee comodidades para descansar en la guardia. Las horas de trabajo semanales son 62.15 ± 0.60 y las de guardia (HG) 26.64 ± 0.60. La cantidad de ingresados por guardia es 15.02 ± 0.52 pacientes. Las horas de descanso en guardia: 2.93 ± 0.07. El 29.20% y el 33.66% no hacen docencia e investigación, pero les gustaría. En los últimos 3 años se realizaron 5.52 ± 0.18 cursos. El 24.38% realiza actividad física. Ante conflictos, cuentan con redes de apoyo laboral el 35.61% y extralaboral el 50.86%. El 28.99% no volvería a especializarse en medicina interna, y el 51.43% cambiaría de profesión. Los valores de dimensiones del burnout son: DP 10.30 ± 0.20 (alto), CE 29.25 ± 0.37 (alto) y RP 35.25 ± 0.28 (medio). Los predictores de DP fueron: menor edad (p 0.004), varón (p 0.001), número de hijos (p 0.003), MLS (p 0.0000), estar en pareja (p 0.003), malas condiciones en la guardia (p 0.01), HG (p 0.02). Predictores de CE: menor edad (p 0.02), mujer (p 0.001), número de hijos (p 0.04), número de contactos diarios (p 0.002), MLS (p 0.0000), estar en pareja (p 0.004), malas condiciones en la guardia (p 0.02), HG (p 0.008). Predictores de RP: MLS (p 0.006), no investigar (p 0.0001), menos cursos (p 0.002), DP, CE y RP son predictores de problemas psicofísicos, de desear cambio de especialidad y de profesión (p 0.0000 para todas las situaciones).

Conclusiones: Se debe comenzar a trabajar en los programas de residencias en Latinoamérica con educación en salud laboral, para mejorar condición de vida de los internistas, y evitar el desgaste y fuga a otras especialidades.

CL-20-02 // EL EQUIPO DE SALUD EN EL 2020: EL MULTIPLEMPLEO, LAS INSTITUCIONES Y LA PANDEMIA DE SARS COV2

SALOMÓN, S.; LASCANO, S.; GASULL, A.

Hosp Lagomaggiore. Mza, Argentina.

Objetivos: Identificar la situación de los integrantes del equipo de salud en su actividad laboral respecto al multiplempleo, cuidado en el trabajo y el impacto de este en la pandemia de la COVID 19.

Materiales y Métodos: Estudio protocolizado, descriptivo, observacional, a través de una encuesta estructurada, con preguntas abiertas y cerradas autoadministrada, anónima, vía internet, realizada a personal de salud de Mendoza, sobre la opinión de su rol laboral en múltiples instituciones, situación ante accidentes o problemas laborales y el impacto de la pandemia COVID 19 en su salud psico-física por el multiplempleo. Análisis estadístico: medidas de tendencia central y test exacto de Fisher. Criterio de significación p<0.05.

Resultados: Se encuestó a 300 personas del equipo de salud de diferentes instituciones. El 75% mujeres. Edad media 40.7 años. El 50.5% médicos, 27% enfermeros, 87% personal de planta. De estos 59% presenta cargo de planta permanente. Años de ejercicio laboral promedio: 22 años. El lugar donde más horas trabajan es una institución estatal en el 84%. El 64% respondió que tiene más de un empleo. De estos el 60% tiene entre 2 y 4 trabajos. Causa: 78% bajos salarios, para poder ahorrar 27%, inestabilidad laboral 19%, sentirse pleno/útil 10%, 7% por gusto personal. Promedio hs trabajadas (última semana): 50 horas. Satisfacción laboral: 71% satisfecho, 26% insatisfecho. 59% no realizan actividades de capacitación sistemáticas en su institución. El 56% y el 67% no tiene información clara de dónde dirigirse o que protocolo seguir respectivamente, si sufre un accidente laboral o problema de salud. 36% ha presentado algún accidente o problema laboral desde marzo del 2020. 53% refirió estrés, agotamiento físico o mental. 94% refirió que se tomaron medidas de prevención con la pandemia en su trabajo principal. 65.5% respondió haber recibido cantidad suficiente de equipo de protección personal para usar en pacientes sospechosos de COVID. El 19% describe su estado general de salud como muy bueno, 52% bueno, 23% regular. Solo fue significativo que el personal satisfecho siente que su estado de salud es muy bueno (p<0.005); actualmente refieren sentirse agotados 45%, agobiados 24%, ilusionados 19%, unidos al equipo de trabajo 18%. El 50% consideró que el multiplempleo contribuyó en más del 75% a su estado de salud. El 90% consideró que el multiplempleo fue perjudicial para la pandemia.

Conclusiones: El personal encuestado tiene inestabilidad laboral, entre 2 y 4 empleos por los bajos salarios, desconoce protocolos institucionales ante accidentes o problemas laborales y 90% considera que el multiplempleo ha impactado negativamente en la pandemia de COVID y que afectó de forma negativa su estado de salud, siendo el agotamiento y el agobio los principales síntomas manifestados. A pesar de todo esto, 7 de cada 10 encuestados se sienten satisfechos con el trabajo que desempeñan.

CL-20-03 // CUANDO EL QUE CUIDA SE ENFERMA DE COVID-19

GASULL, A.; LASCANO, S.; SALOMÓN, S.

Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

Objetivos: Identificar las experiencias y percepciones de los profesionales de la Salud (PS) en su rol de pacientes COVID-19 positivos.

Materiales y Métodos: Estudio protocolizado, descriptivo, transversal, a través de encuesta estructurada, autoadministrada, anónima, con preguntas cerradas y abiertas, vía internet, realizada a PS que hubieran tenido (o estuviera cursando) COVID-19. Se realizó un análisis comparativo entre médicos (M) y no médicos (NM). Análisis estadístico: medidas de tendencia central, dispersión, test exacto de Fisher. Criterio de significación p<0.05.

Resultados: Se obtuvieron 287 respuestas, 69% mujeres, edad media 44.34 (± 2.60) años. 52% M, 53% trabaja en hospital público, 38% pluriempleo. El 31% refiere patologías de base, las más frecuentes: obesidad 36% HTA 26% y patología endocrina 26%. El 19% fuma y el 18% es ex-tabaquista. Frente al diagnóstico de COVID-19 las sensaciones más frecuentes fueron angustia 51%, ansiedad 30% y ¿susto? 29%. Se internó el 19%, 65% en sala común y 3.6% en UTI. Motivos de internación: 56% severidad de COVID-19, por protocolo 37.5%. Dicen haber percibido durante la internación: miedo por contagiar a sus contactos 36%, y angustia 34%. El 30% se sintió contenidos por médicos y 30% por los enfermeros (E), bien atendidos 32% y cuidados 32%. Se ¿auto controlaban signos vitales? 46%, los E evaluaban diariamente al 52%, los M al 48%, pero al 18% no los evaluaban. Los M daban informe al familiar 9% y no informaban al paciente 19.5%. El 7% vivió la internación como una experiencia aterradora. Al 1% sus compañeros de trabajo los culpaban de haberlos contagiado. Jefe indiferente 19% y autoridades indiferentes en el 29%. Al 5% le descontaron del sueldo los días no trabajados. El 40% recibió el alta médica a los 14 días y más de 14 días por complicaciones físicas 16%, psicológicas 1% y demora administrativa 12%. ¿Secuelas? post COVID-19 auto referidas: fatiga 50%, angustia y ansiedad 18%, irritabilidad, poca tolerancia, disgusto 17% insomnio 13.5%, secuelas respiratorias 12%, dolores 11.5%. El 3.5% inició tratamiento psicológico o psiquiátrico, y 3.5% inició psicofármacos. El 6% donó plasma y el 21% no lo hizo ¿por falta de tiempo?. El 20% refiere que post COVID-19 cambiará su orden de prioridades, 16% disfrutará más la vida y el 22% tendrá más empatía con sus pacientes.

Conclusiones: Los PS que padecieron COVID eran obesos más del 25%. El 19% requirió internación en su mayoría por la severidad de COVID y en sala común. Las sensaciones más frecuentes al momento del diagnóstico fueron ansiedad y angustia. El miedo por contagiar a los contactos fue dominante durante la internación. Solo 3 de cada 10 se sintió contenido por los colegas a cargo. 2 de cada 8 no fueron evaluados periódicamente por un médico.

CL-20-04 // TRABAJO INTERDISCIPLINARIO: PERCEPCIÓN DEL PERSONAL DE LA SALUD DURANTE LA PANDEMIA SARS- COV-2

SALOMÓN, S.; FERRI, E.; TICERA, E.; SINATRA, A.; CASAROTTO, M.; GUIDARELLI, G.

Hosp Lagomaggiore. Mendoza, Argentina.

Objetivos: identificar la percepción del personal de la salud con respecto al trabajo en equipo interdisciplinario desarrollado durante la pandemia SARS-CoV-2 (TEq), ponderar esta modalidad de trabajo como estrategia en situaciones críticas y determinar el impacto de este cambio de abordaje del paciente en el ejercicio profesional.

Materiales y Métodos: Estudio protocolizado, descriptivo y transversal a través de una encuesta estructurada, autoadministrada, anónima, con preguntas cerradas y abiertas, vía online, realizada a profesionales de la salud. El cuestionario consta de 34 preguntas. Análisis estadístico: medidas de tendencia central, de dispersión y test exacto de Fisher. La significación estadística fue establecida para una p<0.05.

Resultados: Se incluyeron 226 encuestas. 71% mujeres; edad promedio: 35.5 años; 72% médicos, el 39.5% eran residentes, tiempo promedio de ejercicio profesional: 8.4 años, 62% trabajaban en ámbito público exclusivamente. En época de pandemia, un 33% tuvo jornadas laborales de 12 hs, mientras que hubo un 27% con jornadas de más de 24 hs. El 66% refirió haber recibido capacitación adecuada de protocolo de atención en pandemia. El 63% indicó que la institución no tomó las medidas adecuadas para dar respuesta a la situación de emergencia sanitaria; las principales causas: ausencia de planes de contingencia apropiados (55.5%) y poco personal (55%). El 25% concluyó que no hubo líder. El 70% indicó no haber sido entrenado para realizar TEq; el tener que realizar tareas no relacionadas con su especialidad en el 47%, siendo para ellos significativo vivirlo con ansiedad, desafiante y cambiar la forma de ver el TEq (p<0.001). El 95% refirió que el TEq permitió un mejor abordaje del paciente, sintiéndose parte del equipo un 47.5%, el 27% ¿que compartían la meta de sacar adelante la tarea?, ¿cada uno cumple el trabajo que le toca? y ¿se cuidaban entre todos? 23% c/u; el 5% sentían que estaban solos. El 61% cambió su forma de ver el TEq, de ellos el 44% piensa que contribuye a la ¿mejor atención del paciente?, que es ¿necesario? en un 40% y el 32% que ¿mejoró su desempeño profesional?. En relación a la percepción del impacto de TEq en la vida profesional y personal de los encuestados, el 52% definió el trabajo en pandemia como desgastante y el 18% como agobiante; el 38% se sintió comprometido, útil el 37%, ansioso el 32%, inseguro el 26%, angustiado el 23% y desafiado el 22%, trabajando fuera de su área de confort, y el 80% pudo seguir ejerciendo su actividad de origen, además el 56% señaló que el TEq tuvo en ellos un impacto positivo.

Conclusiones: El TEq ha sido realizado sin capacitación (70%), extensas jornadas laborales (+24hs), agobiantes, sin planificación y con escaso capital humano. Sin embargo ha sido puesto en valor el beneficio del paciente aun teniendo que realizar actividades fuera de la especialidad, teniendo un impacto positivo en la experiencia formativa de los encuestados y cambiando la perspectiva que tenían los profesionales sobre TEq antes de la pandemia.

CL-22-01 // CARACTERIZACIÓN DE LAS COMPLICACIONES CLÍNICAS Y COMORBILIDADES QUE PRESENTAN LOS PACIENTES SOMETIDOS A HEMODIÁLISIS, MEDELLÍN - COLOMBIA

MARTINEZ, L.; VARELA TABARES, D.; PRÉSIGA RIOS, P.; RODRIGUEZ, K.; HERRERA ALMANZA, L.; MORALES, A.; AGUILERA ARINO, I.; ANDRADE, D.
Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Objetivos: Caracterizar las complicaciones clínicas y comorbilidades que presentan los pacientes sometidos a hemodiálisis en Medellín ? Colombia.

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo retrospectivo, que incluyó pacientes en hemodiálisis mayores de 18 años que presentaron alguna complicación asociada al tratamiento. Se realizó muestreo no probabilístico de casos consecutivos. La información se recolectó en un instrumento diseñado para este fin a partir de las historias clínicas. El análisis se llevó a cabo a través del programa IBM SPSS Versión 25, se estimaron frecuencias absolutas y relativas, así como medianas con los rangos intercuartílicos. Este trabajo contó con aprobación ética.

Resultados: Se incluyeron 20 pacientes de los cuales el 60% (12) era de sexo masculino, la mediana de edad fue de 68,5 años y el 60% (12) pertenecía al régimen subsidiado. Los principales antecedentes patológicos fueron hipertensión arterial en el 100% (20), seguido de diabetes mellitus con un 45% (9). Respecto al tiempo de terapia de reemplazo, la mediana fue de 25,5 meses (Q1: 18,5; Q3: 66). Las principales complicaciones asociadas fueron coagulación de la vía venosa en el 44,4% (12) seguido de sangrado en el 37% (10) y sospecha de infección en el 11,1% (3), los sangrados en su mayoría fueron leves debido a decanulación.

Conclusiones: La terapia de reemplazo renal en general no representó un riesgo elevado de complicaciones que amenacen la vida de los pacientes que se sometieron a ella, puesto que la mayoría de esos efectos adversos se consideraron leves, no modificaron negativamente la calidad de vida y fueron de fácil corrección, similar a lo reportado en la literatura.

CL-22-02 // EVALUACIÓN DEL APEGO TERAPÉUTICO EN PACIENTES CON TERAPIA DE REEMPLAZO RENAL

MARTINEZ, L.; VILLEGAS, J.; RODRÍGUEZ, M.; VERA, S.; ROLDAN TABARES, M.; PRÉSIGA RIOS, P.; HERNANDEZ MARTINEZ, A.; VARELA TABARES, D.; RODRIGUEZ, K.; LOBO, Y.
Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Objetivos: Evaluar el apego terapéutico de los pacientes a la terapia de reemplazo renal en una unidad renal de alta complejidad.

Materiales y Métodos: Estudio transversal en el que participaron personas mayores de 18 años con diagnóstico de enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal atendidos en una unidad renal de alta complejidad en Medellín, Colombia. La obtención de la información se hizo entre mayo y agosto de 2018. Para la recolección de la información se usaron datos de la historia clínica y las pruebas de Batalla y Morisky-Green.

Resultados: Participaron 56 pacientes, la edad promedio fue de 54,8 años y predominó el sexo femenino (53,6%). Los antecedentes patológicos más frecuentes fueron: hipertensión arterial (85,7%), diabetes (41,1%) e insuficiencia renal aguda (26,7%). Se encontró que 37,5% de los participantes tenían apego según la prueba de Batalla de conocimiento de la enfermedad, mientras que por la prueba de Morisky-Green el apego fue de 67,9%.

Conclusiones: Se evidenció bajo apego terapéutico por parte de los pacientes con enfermedad renal crónica, lo que permite sugerir que los equipos a cargo de los pacientes en terapia de reemplazo renal revisen sus procesos de educación enfocados en el empoderamiento del paciente, permitiendo posicionarlo como influenciador directo de sus resultados clínicos y nivel de calidad de vida en la terapia dialítica.

CL-22-03 // CORRELACIÓN DE LAS FÓRMULAS DE ESTIMACIÓN DE LA TASA DE FILTRACIÓN GLOMERULAR CON LA DEPURACIÓN DE CREATININA EN 24 HORAS EN LA POBLACIÓN COLOMBIANA MAYOR DE 70 AÑOS

MARTINEZ, L.; VARELA TABARES, D.; ROLDAN TABARES, M.; LAMBIS LOAIZA, L.; URIBE BETANCUR, J.; FONSECA, M.; GUARIN, M.
Universidad Pontificia Bolivariana. Medellín, Colombia.

Objetivos: Determinar la concordancia y correlación de las fórmulas de la tasa de filtración glomerular estimada con la depuración de creatinina en orina de 24 horas en mayores de 70 años.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva, con pacientes mayores 70 años en estadios de 1 al 4. Se realizó una correlación entre las ecuaciones y la depuración de orina de 24 horas en pacientes con y sin proteinuria.

Resultados: Se incluyeron 1439 pacientes, el 54,9% eran mujeres con una mediana de edad de 77 años, la mediana de peso fue de 65 kg y la mediana de creatinina fue 1,18 mg/dL. En 746 pacientes mayores de 70 años sin proteinuria las fórmulas que presentan una menor variación con respecto a la depuración en orina de 24 horas es Modificación de la Dieta en la Enfermedad Renal en el estadio 2 y Cockcroft-Gault en el estadio 4. En 693 pacientes mayores de 70 años con proteinuria las fórmulas que presentan una menor variación con respecto a la depuración en orina de 24 horas es Modificación de la Dieta en la Enfermedad Renal y Colaboración de Epidemiología de la Enfermedad Renal Crónica en el estadio 3 y Cockcroft-Gault en el estadio 4.

Conclusiones: Las fórmulas de tasa de filtración glomerular estimada en la población colombiana tiene una correlación regular comparadas con la depuración en orina de 24 horas la mayoría de las fórmulas subestiman en estadios iniciales y sobre estiman en estadios avanzados, en el estadio 3 y 4 las fórmulas de estimación tienen una mejor correlación al compararla con la depuración de orina de 24 horas.

CL-24-01 // ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTES DEL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DE LA FUNDACIÓN TESAI

ORTIGOZA BARBUDEZ, D.; VARGAS ROMERO, J.; COLMAN TORRES, A.; TORRES, E.; RADICE, R.; BOGARIN, D.; SOSA, P.
Fundación Tesai. Ciudad Del Este, Paraguay.

Objetivos: Conocer las características sociodemográficas de la población con diagnóstico de ataque cerebro vascular (ACV) o accidente isquémico transitorio (AIT), asistidas en las salas de Medicina Interna de la Fundación Tesai, los factores de riesgo asociados, precisar si se cumplió con el algoritmo diagnóstico propuesto y si los ACV isquémicos recibieron tratamiento trombolítico en el periodo de ventana.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, observacional y transversal realizado en la Fundación Tesai. La población de estudio fueron pacientes adultos ingresados en sala de Medicina Interna con diagnóstico de ataque cerebro vascular o accidente isquémico transitorio que presentaron el evento en el periodo de 2 años.

Resultados: Se recabaron datos de 48 pacientes, 28 de sexo masculino. La media de edad fue de 68,46 años. La naturaleza isquémica fue la más prevalente. Los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) más frecuentes fueron hipertensión arterial (HTA), diabetes mellitus de tipo 2 (DM2) y dislipemia. No se cumplió con el algoritmo diagnóstico en todos los pacientes. Solamente 1 paciente de 6 pacientes con ACV isquémico en periodo de ventana recibió tratamiento trombolítico.

Conclusiones: Conocer los factores de riesgo permite establecer estrategias de prevención primaria y secundaria, reduciendo la incidencia y consecuencias de esta enfermedad.

CL-24-02 // CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, EPIDEMIOLÓGICAS, EVOLUCIÓN Y TRATAMIENTO DE UNA COHORTE HOSPITALARIA DE PACIENTES CON TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN ARGENTINA

SAUCEDO, M.; GONZALEZ, F.; BALA, M.; BANDEO, L.; BONARDO, p.; URIBE ROCA, C.; REISIN, R.
Hospital Británico De Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: La trombosis venosa cerebral (TVC) es una patología infrecuente de gran severidad, con una mortalidad del 5%; que afecta predominantemente a mujeres. Existe escasa información disponible en nuestro país, por lo tanto, el objetivo fue evaluar las características de nuestra población con trombosis venosa cerebral.

Materiales y Métodos: Material y **Métodos:** Se analizaron todos los pacientes consecutivos con diagnóstico de TVC desde agosto 1990 hasta octubre de 2017. Evaluamos: características clínicas-epidemiológicas e imagenológicas. Los datos son representados como porcentajes para variables categóricas o como media para las numéricas. Para análisis se utilizaron los test de Fisher y Mann-Whitney según corresponda. Una $p < 0,05$ (prueba de dos colas) fue considerada significativa.

Resultados: Incluimos 53 pacientes, edad: 37,7 años (rango:18-85); 73,1% fueron mujeres. Factores de riesgo más frecuentes: hipertensión arterial (HTA) en los hombres 42% ($p < 0,01$), y trastornos hormonales en mujeres 44% ($p < 0,01$). Síntoma de presentación más habitual: cefalea (74%) y síntomas motores (40%). El 92% de los pacientes fue anticoagulado. Seguimiento: 5,15 años (rango: 2 meses - 21 años). Complicaciones: 18% de los pacientes presentaron epilepsia y/o cefalea crónica.

Conclusiones: La mayor parte de nuestros pacientes fueron mujeres, y una alta proporción de los pacientes recibieron tratamiento anticoagulante; presentando evolución favorable y no registrándose muertes en nuestra población. Este es el primer estudio que analizó las características clínicas, epidemiológicas, complicaciones, pronóstico y tratamiento de TVC en nuestro país. Dado la presencia de disparidades regionales, raciales y de estilo de vida entre los diferentes países y regiones, consideramos necesario explorar dichas variables, en nuestra población.

CL-26-01 // CEDATAR: CUESTIONARIO PARA EVALUAR LAS DISFUNCIONALIDADES DE LAS ARTICULACIONES TEMPOROMANDIBULARES EN ARTRITIS REUMATOIDEA

RHYS, K.; GOBBI, C.; BUSAMIA, B.; ALONSO, C.; QUAGLIA, M.; TISSERA, Y.; SAVIO, V.; ALBIERO, A.;

ALBIERO, E.; ALBA, P.; LAGNARINI, L.

Universidad Nacional De Córdoba. Córdoba, Argentina.

Objetivos: ? Proporcionar una herramienta útil y práctica para el médico reumatólogo frente a la decisión de interconsultas odontológicas.

? Confeccionar un cuestionario que permita una evaluación certera a grandes poblaciones en menor tiempo.

? Elaborar un instrumento útil para valorar daño articular temporomandibular.

Materiales y Métodos: Se confeccionó un cuestionario. Se decidió la información necesaria que debía proporcionar. Se revisó la bibliografía. Se eligió el tipo de cuestionario. Se definieron códigos, puntuaciones y escalas. Se diseñó el formato. Se eligió el orden de las preguntas. Se realizó una prueba piloto de seis meses. Se revisó nuevamente el cuestionario. Se sometió a Evaluación de Expertos, analizando viabilidad, fiabilidad, repetibilidad, sensibilidad y validez (lógica: de contenido, de criterio y de constructo), esto se efectivizó por grillas que completaron los expertos con múltiples ítems para cada pregunta en particular. Se evaluó la consistencia interna por el alfa de Cronbach. Se realizó análisis de correspondencia de factores. El presente trabajo se encuentra dentro del Proyecto aprobado por el Cies del Hospital Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba.

Resultados: Se concretó un cuestionario de veinte preguntas, el tiempo para completarlo no excede los cinco minutos. Demostró consistencia interna con un alfa de Cronbach dio 0,76. Se adjuntan los análisis de correspondencia de los factores y el Chi Cuadrado. Se agilizó operativamente el sistema de derivaciones en la Institución. Se consiguió un instrumento que permite un rápido análisis estadístico en relación a la articulación temporomandibular de los pacientes con artritis reumatoide. Se optimizó la respuesta terapéutica en los pacientes afectados, brindándoles una solución holística.

Conclusiones: Se considera que la implementación del cuestionario permite acelerar los tiempos para las interconsultas entre Servicios. Integra el accionar de los distintos especialistas, reconociendo al paciente como una unidad, que debe ser abordado interdisciplinariamente si se pretende el éxito terapéutico.

CL-26-02 // MIOPATÍAS INFLAMATORIAS IDIOPÁTICAS: PRESENTACIONES CLÍNICAS

YORIO, M.; SORIA, N.; JAIME, G.; BLANC, M.; CEPEDA, p.; DELGADO, M.; CHILIO, G.; OLIVERO, N.

Hospital Italiano De Córdoba. Córdoba, Argentina.

Objetivos: 1) Mostrar la presentación clínica de los pacientes con miopatías inflamatorias

2) Analizar la frecuencia de manifestaciones extra musculares en pacientes con miopatías inflamatorias

Materiales y Métodos: El presente es un trabajo de investigación retrospectivo analítico y transversal. Los datos serán obtenidos de las historias clínicas digitalizadas de pacientes del servicio de Neumología del Hospital Italiano de Córdoba y del servicio de Reumatología del Hospital Córdoba.

Las variables analizadas fueron: sexo, edad, enfermedad asociada como Hipertensión arterial, Diabetes, ERGE, compromiso muscular y extramuscular.

Criterios de Inclusión: Mayores de 18 años. Ambos sexos. Diagnóstico de miopatía inflamatoria idiopática. Se excluyeron pacientes inmunodeprimidos y oncológicos.

Los datos se analizaron mediante el programa estadístico InfoStat®.

Las variables categóricas fueron descritas a partir de sus frecuencias. Los resultados de las variables mensurables se expresaron frecuencias y porcentajes; las comparaciones entre grupos se efectuaron a partir de la prueba varianza (ANOVA), un valor de $p < 0,05$ fue considerado estadísticamente significativo.

Resultados: Se analizaron 23 casos de pacientes con diagnóstico de miopatía inflamatoria idiopática, (12 del Hospital Córdoba y 11 del Hospital Italiano) en el 74% de los casos la manifestación más frecuente fue la debilidad muscular, mientras que el 26 % fue la disnea, 65% (n=15) de los casos fueron mujeres (relación 1:0,53); la edad promedio fue $48,83 \pm 18,07$ años (r:18-72), de igual manera las mujeres fueron de menor edad ($47,87 \pm 19,45$ vs $50,63 \pm 16,26$; $p < 0,00001$). Luego se analizó la incidencia de manifestaciones cardíacas (48%), pulmonares (35%) y musculares (52%) en la muestra según grupo.

Conclusiones: Las miopatías inflamatorias idiopáticas, son un grupo heterogéneo de enfermedades cuya principal característica es la debilidad muscular. Esta característica fue el motivo de consulta más frecuente de los pacientes con Mil. Las manifestaciones extramusculares cardíacas alcanzaron una presentación del 48%, pulmonares 35%, mientras que las manifestaciones musculares un 52%.

CL-29-01 // PROTECCIÓN DEL DAÑO POR ISQUEMIA REPERFUSIÓN EN UN MODELO MURINO DE SHOCK

ORTIZ FRAGOLA, J.; TUMARKIN, M.; CAO, G.; SANGIORGIO, M.; MORIONDO, M.; MÜLLER, A.; ATAMAÑUK, A.; AZZATO, F.; AMBROSIO, g.; MILEI, J.

Instituto Alberto C. Taquini? De Investigaciones En Medicina Translacional. Caba, Argentina.

Objetivos: Comparar, en un modelo murino de shock hemorrágico y reanimación estándar, daño tisular entre un grupo placebo y tres grupos con tratamiento con alopurinol (ALO), trimetazidina (TMZ) y solución preservadora de órganos de Bretschneider (HTK), respectivamente

Materiales y Métodos: Se produjo hipotensión arterial en ratas mediante hemorragia controlada hasta lograr una presión arterial media (PAM) de entre 38 y 42 mmHg, que se mantuvo 1 hora. Luego se reinfundió la sangre extraída más una cantidad proporcional de Ringer Lactato. Los animales se dividieron en grupos: Sham (sin shock hemorrágico, control del shock, n=4), Control (placebo, n=6), ALO (n=9), TMZ (n=7) y HTK (n=11). Se realizaron extracciones de sangre para analizar en diferentes momentos. Al final del experimento se extrajeron muestras de corazón, riñón, intestino e hígado. Se clasificó el daño histológico en escalas y se emplearon métodos inmunohistoquímicos con marcadores para tioredoxina-1 y peroxirredoxina-1 (defensas antioxidantes). Las variables se expresaron como mediana [intervalo intercuartil] y se analizaron con el test de Kruskal-Wallis.

Resultados: No se observaron diferencias significativas en la PAM entre los grupos de tratamiento y el grupo Control. Luego del shock, en comparación con el grupo control, TMZ y ALO mostraron reducción de la creatinina (mg/dL, Control: 0.78 (0.74-0.83); TMZ: 0.66 (0.60-0.70); ALO: 0.58 (0.56-0.67); ambos $p < 0,05$) y del lactato (mmo/L, Control: 9 (6.9-8.9); TMZ: 6 (4.8-6.1); ALO: 6.1 (5.1-6.9); ambos $p < 0,05$); en el grupo HTK se encontró un menor aumento (diferencia pre-post shock) de la LDH (U/L, Control: 637(606-674), HTK: 196(44-339), $p < 0,001$).
ALO, TMZ y HTK, en comparación con el grupo control, disminuyeron el daño histológico miocárdico (microscopía óptica, análisis fractal, dimensión fractal, marcador de complejidad estructural: Control: 1.72 (1.7-1.77); TMZ: 1.75 (1.72-1.79); $p ? 0,05$; ALO: 1.75 (1.74-1.8); $p ? 0,05$; HTK: 1.82 (1.78-1.85), $p ? 0,05$), renal (Microscopía óptica, análisis convencional, marcador de daño: Control: 3 (2-3); TMZ: 1 (1-2); $p ? 0,05$; ALO: 1 (1-1); $p ? 0,05$; HTK: 1(1-1); $p ? 0,05$) y en intestino delgado (Control: 3 (2-3); TMZ: 1 (1-2); $p ? 0,05$; ALO: 1 (1-1); $p ? 0,05$; HTK: 1 (0-2); $p ? 0,05$). Además, el tratamiento con TMZ, ALO y HTK aumentó la inmunomarcación para redoxinas en corazón y riñón en comparación con el grupo Control: a- Miocardio TRx1: Control: 6.6 (5.6-7.4); TMZ: 9.5 (8.1-9.7) $p ? 0,05$; ALO: 9.1 (8.4-10.2) $p ? 0,05$; HTK: 14.2 (12.6-15) $p ? 0,05$; b- Riñón TRx1: Control: 4.6 (4.5-1); TMZ: 9.7 (9.3-9.9) $p ? 0,05$; ALO: 9.6 (9.9-9) $p ? 0,05$; HTK: 16.7 (16.1-17) $p ? 0,05$; c- Riñón PRx1: Control: 5.9 (5.4-6.8); TMZ: 10.4 (8.8-11.1) $p ? 0,05$; ALO: 9.5 (8.6-10.2) $p ? 0,05$; HTK: 15.5 (14.6-16.6) $p ? 0,05$.

Conclusiones: En un modelo murino de shock hipovolémico y reanimación estándar, alopurinol, trimetazidina y HTK indujeron protección celular en múltiples parénquimas y aumentaron las defensas antioxidantes naturales.

CL-29-02 // EFECTO DE LA INGESTIÓN DE BEBIDAS COLA EN EL METABOLISMO DE LA GLUCOSA Y DE LOS LÍPIDOS EN RATAS

GONZALEZ, J.; ORTIZ FRAGOLA, J.; CAO, G.; MÜLLER, A.; TUMARKIN, M.; MORIONDO, M.; VAZQUEZ BLANCO, M.; AZZATO, F.; MILEI, J.

Instituto Alberto C. Taquini De Investigaciones En Medicina Traslacional (Iatimet). Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Comparar, en ratas, los efectos en el metabolismo de la glucosa y de los lípidos y en la histología pancreática del consumo de bebida cola, bebida cola bajas calorías y agua.**Materiales y Métodos:** Treinta y seis ratas Wistar fueron randomizadas en 3 grupos (12 ratas por grupo) de acuerdo a la bebida administrada (tratamiento, durante 6 meses, como única bebida permitida, ad libitum): A (agua, control), CC (bebida cola común), CL (bebida cola bajas calorías). Se realizaron estudios antes y después de los seis meses: prueba de tolerancia a la glucosa oral y medición de HDL, triglicéridos, urea, creatinina y transaminasas hepáticas. Luego de los seis meses se sacrificaron las ratas; se extrajo el páncreas y se realizó inmunomarcación para glucagon (células β), insulina (células α), peroxirredoxina 1 (PDX) y neurogenina 3 (NGN)**Resultados:** No se encontraron diferencias entre los tres grupos antes de la randomización en los parámetros estudiados. Luego de la administración de bebidas, en comparación con el grupo control, el grupo CC mostró peores valores de glucemia en la prueba de tolerancia oral a la glucosa (Control: glucemia inicial: 125(120-129), glucemia media: 135(129-142), glucemia final: 135 (129-142); CC: glucemia inicial: 131(124-138), glucemia media: 157(152-160), glucemia final: 148(137-153); todas $p < 0.05$), menor HDL (Control: 33(30-36), CC: 25(22-31); $p < 0.05$) y mayor creatinina (Control: 0,53(0,51-0,54), CC: 0,56(0,55-0,61); $p < 0.05$). Por su parte, en el grupo CL se encontró un aumento de la creatinina plasmática en comparación con control (Control: 0,53(0,51-0,54), CL: 0,6(0,55-0,63); $p < 0.05$). En el análisis inmunohistoquímico, en el grupo CC se encontró mayor nivel de inmunomarcación para insulina que en los otros dos grupos (CC: 27.32 \pm 19.88; CL: 16.82 \pm 20.29, Control: 7.96 \pm 4.96; $p < 0.05$). La marcación de glucagon fue mayor en el grupo CC y menor en el CL en comparación con control (CC: 13.26 \pm 4.58; CL: 1.53 \pm 1.55, Control: 5.75 \pm 3.15; $p < 0.05$)**Conclusiones:** La administración de bebida cola, en comparación con agua, produjo alteraciones en el metabolismo de la glucosa, de los lípidos, en los valores de creatinina y en la histología del páncreas en ratas.**CL-31-02 // INTERNACIÓN EN SALA GENERAL DE PACIENTES INFECTADOS CON CORONAVIRUS EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA DURANTE LOS DOS PRIMEROS MESES DE PANDEMIA EN ARGENTINA**CANI, L.; VILELA, A.; KUSCHNER, P.; VANZETTI, C.; JOUBERT, B.; YAHNI, D.
Hospital Vélez Sarsfield Same. Caba, Argentina.**Objetivos:** describir las características de los pacientes infectados por SARS CoV-2 e internados en sala general de un hospital público**Materiales y Métodos:** estudio observacional, de cohorte longitudinal y prospectivo. Población compuesta por pacientes internados con sospecha de infección asociada a COVID-19 durante dos meses en el hospital Vélez Sarsfield. Además, se hizo análisis de subgrupos según resultado de rPCR SARS CoV-2.**Resultados:** Se incluyeron 89 pacientes no hubo predominio de género y la edad media fue de 47 años. Fiebre y tos fueron los síntomas prevalentes. Los principales diagnósticos diferenciales fueron Dengue e infección respiratoria alta. Los principales factores asociados a enfermedad COVID-19 fueron el contacto estrecho con caso y viajes a zonas de riesgo. La mortalidad fue de 3.7%.**Conclusiones:** La presentación clínica fue principalmente con más de un síntoma, sin embargo, la presencia de dolor abdominal, artralgias, rash y otros (no respiratorios) fueron los síntomas más frecuentes en el subgrupo rPCR no detectables. El contacto con caso sospechoso o confirmado fue la exposición más relacionada en el subgrupo de rPCR detectable (caso confirmado). Menos de 1/3 de los pacientes recibieron antibióticos y ninguno recibió antivirales específicos ni inmunomoduladores. Se registro solo un óbito.**CL-31-01 // USO RACIONAL DE RECURSOS: EXACTITUD DE LOS SIGNOS DE ALARMA PARA DISCRIMINAR ENTRE DISPEPSIA ORGÁNICA Y FUNCIONAL**

BENÍTEZ, E.; GARRIDO, M.; RACCA, P.; PALOMBO, M.; REZNICHENCO, M.; MARTINEZ PAIVA, S.; ROJO, S.; BENÍTEZ, M.

Hospital Nacional De Clínicas De Córdoba. Córdoba, Argentina.

Objetivos: No existe consenso sobre la indicación de la endoscopia digestiva alta (VEDA) en pacientes con baja sospecha de organicidad. Son puntos a considerar: subóptimo valor predictivo (VP) de historia clínica, cambio de conducta con el informe endoscópico, papel del Helicobacter pylori en dispepsia funcional, servicios sobresaturados, relación costo/riesgo/beneficio, variabilidad interobservador, efecto rotulación y tratamientos empíricos.

La presencia de signos de alarma (SA) pretende aumentar el VP del acto médico. Nuestra hipótesis a modo de validación externa de cita en revista JAMA: ¿Puede la historia clínica distinguir entre dispepsia orgánica (DO) y funcional (DF)?, en pacientes que concurren al servicio de endoscopia de nuestro hospital.

OBJETIVO Valorar la exactitud de los SA (Prueba) comparados con la VEDA (Patrón oro) para discriminar entre DO y DF.

Materiales y Métodos: Muestra aleatoria simple, 10 %, pacientes enviados para VEDA, previa toma de la historia clínica (media 5 minutos), un operador con más de 30 años de práctica profesional y más de 500 estudios realizó la VEDA (media 15 minutos) Se consideró Signos de alarma? positivo la presencia de uno o mas de los siguientes: 1) Dispepsia de comienzo después de los 50 años, 2) pérdida de peso por debajo del teórico > 10 %, 3) Disfagia, 4) Síntomas de reflujo predominantes, 5) Dolor epigástrico que interrumpe el sueño, 6) Dolor epigástrico tipo puntada con orexia conservada y/o que empeora con el ayuno 7) Anemia. Servicio de endoscopia, HNC, periodo marzo-2014, abril-2016, criterio de exclusión: Tratamiento antisecretor, cirugía sobre tubo digestivo alto, HDA en curso, enfermedad de base conocida: cáncer, cirrosis, IRC, DM, VIH (n=26), y falta de colaboración (n=6). No se registraron complicaciones. No se consideró como hallazgo orgánico la presencia aislada de edema?, congestión?, erosiones?, friabilidad mucosa?. Se respetaron 22 puntos de las Declaraciones STARD para evaluar exactitud diagnóstica, sobre total de 25. No se cumplió con el punto 11-(doble ciego), punto 13-(reproducibilidad), punto 23 (variabilidad de exactitud entre subgrupos de participantes).**Resultados:** Población estudiada, signos de alarma, hallazgos endoscópicos, exactitud de los SA y cambio de probabilidades al aplicarlos en centro de derivación y en APS. (Ver imágenes)**Conclusiones:** Con una prevalencia de patología orgánica del 35 %, la ausencia de SA podría reducir el número de VEDA en promedio un 46% con escaso riesgo de subdiagnóstico (tasa de FN: 9%): ERGE grado 1, n= 3, ERGE grado 3, n= 1, Úlcera péptica, n= 2, frente a los potenciales riesgos del sobrediagnóstico, de un estudio innecesario.

Un manejo empírico de prueba previo al estudio en pacientes sin SA puede hacer más racional y costo/efectivo el pedido del mismo, considerando también la voluntad y autonomía de los pacientes.

Se debe tener en cuenta al valorar la aplicabilidad y extrapolación de nuestros resultados que se trabajó en un centro de derivación con alta prevalencia de organicidad.

CL-31-03 // IMPACTO DEL RIESGO METABÓLICO EN CIRUGÍAS DE URGENCIA

GAYDOU BORSOTTI, A.; FERNANDEZ ESCOBAR, J.; LOYBER, S.; SILVA, E.; AYALA, M.; GONZALEZ, R.; GIACARDI, R.; MOHAMAD, M.; DEL GRECCO, C.

Sanatorio Garay. Santa Fe, Argentina.

Objetivos: Establecer si la prevalencia de cirugías de urgencia en nuestra institución en personas con enfermedad metabólica es igual o mayor que la de personas sin ella.

Demostrar si en la casuística de nuestra institución se cumple la mayor prevalencia de complicaciones perioperatorias en este grupo de personas.

Comparar el tipo de complicaciones con las señaladas en publicaciones halladas en la última década

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio de prevalencia transversal descriptivo y observacional con muestreo probabilístico simple de inclusión prospectiva de personas de ambos sexos que ingresaron a la sala de internación del sanatorio Garay durante los meses de enero a julio de 2020 de ambos sexos con edades comprendidas entre 18 y 88 años. Se establecieron parámetros de Enfermedad Metabólica por la presencia de dos entidades o más de las que lo conforman estableciendo criterios de inclusión y exclusión la intercurencia de una cirugía de urgencia o no, siendo excluidas las programadas. También se excluyen los menores de 18 años

La muestra estudiada fueron 320 personas (o sea un 45%), del total de las cirugías realizadas durante el periodo analizado

La base de datos se creó con Microsoft Office Excel y se analizó con el programa estadístico IBM SPSS Statistics versión 22.0 para Windows. Las asociaciones entre las variables categóricas fueron estudiadas a partir de pruebas no paramétricas como el chi-cuadrado de Pearson y prueba exacta de Fisher.

Resultados: Se incluyeron 324 personas que ingresaron al sanatorio Garay de la ciudad de Santa Fe para cirugías de urgencia. Del total de la muestra (n=320) el 58,8% fueron mujeres y el 41,3% hombres. El rango etario abarcó de los 18 a 86 años, con una edad media de 41,8 años, una moda de 41 años. Los resultados arrojaron que las personas sin enfermedad metabólica el 2,29% se complicaron, en contraste con aquellos que si la tenían, los cuales complicaron en un 10,16% observándose una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,04$). La edad y el tiempo de enfermedad no fueron consideradas variables influyentes significativas, siendo el grado de control metabólico una variable de significancia ya que el 95,8% que no tenían controlada su enfermedad se complicó vs el 4,2%. Los metabólicos no complicados tenían controlada su enfermedad en el 97,5%. Siendo las diferencias estadísticamente significativas**Conclusiones:** Se concluye que la prevalencia de enfermedad metabólica en cirugías urgentes hallada en este trabajo fue mayor a la esperada y que las variables edad y tiempo de enfermedad no fueron agravantes tan significativos como el grado de control de la enfermedad en ocasión del evento

CL-31-04 // ADECUACIÓN TERAPÉUTICA Y USO DE RECURSOS HOSPITALARIOS EN PACIENTES GERIATRIZADOS CON COVID 19 EN UN SISTEMA DE MEDICINA DOMICILIARIA

GALLO, C.; CUNHA FERRE, M.; ELIZONDO, C.; MUEDRA, B.; MARCO, M.; BONELLA, M.; BENDELMAN, G.; SCHAPIRA, M.; GIBER, F.; PERMAN, G.; SCOZZAFAVA, S.; LACMAN, M.; COLOMBO, V.; GILSZLAK, E.; ZUNINO, S.; COPANI, M.; SENILLOSA, M.; POLLAN, J.; MARTINEZ, B.; CAFFERATA, C.; CHALLUPA; HORNSTEIN, L.; GARFI, L.; SAIMOVICI, J.; TABAREZ, M. Hospital Italiano Buenos Aires. Ciudad De Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Alcanzar 50% del cumplimiento de un proceso estandarizado de identificación y adecuación terapéutica de pacientes geriatriados en cuidados crónicos domiciliarios (CCD) con necesidades paliativas, derivados al HIBA por COVID 19, en el periodo comprendido desde el 15/3/2020 al 15/9/2020 y determinar su correlación con el uso de recursos hospitalarios.

Materiales y Métodos: Diseño longitudinal de cohorte descriptiva, prospectiva-retrospectiva. Se realizó la intervención sobre todos los pacientes elegibles, que estaban en CCD y residentes en Geriátricos en el periodo de estudio.

Criterios de Inclusión: Pacientes mayores de 65 años, afiliados al Plan de salud Hospital Italiano de Bs. As, residentes en geriátricos, con CCD, derivados al hospital por COVID 19 en el periodo de estudio.

El análisis de datos se realizó a partir de una base de datos primaria para pacientes en internados en el HIBA con diagnóstico de COVID 19. Se describieron las variables numéricas como media y desvío estándar o mediana, según distribución observada. Las variables categóricas como frecuencia absoluta y porcentaje

Intervención:

Proceso estandarizado de atención con identificación de pacientes con necesidades paliativas (Herramienta Necpal y Profund), adecuación de terapéutica con registro en el Plan de cuidado compartido y personalizado (PCCP), en un lugar central en la Historia clínica electrónica en el paciente en CCD en el periodo de estudio

Resultados: El 30% (1032) de los pacientes en CCD, residen en geriátricos. El 60% de los pacientes en CCD internados por COVID 19 provienen de residencias geriátricas.

En el periodo de estudio, se derivaron al Hospital por COVID 19 42% (438) de los pacientes en CCD residentes en geriátricos. La mortalidad fue del 30% (133).

Se analizaron 143 pacientes derivados al hospital por COVID 19 desde el Geriátrico. El 88% eran mujeres, y la mediana de edad era de 88 años.

El 81% (116) estaban estratificados e identificados en la HCE como pacientes con necesidades paliativas (Necpal +), de los cuales el 69% (80) tenía registro del nivel de adecuación terapéutica (AT) acordada en el PCCP, en un lugar central de la HCE, 55% (64) acordó Nivel 1 de AT y el resto no estaba definido con el referente de cuidado. Ningún paciente ingresó a unidad cerrada ni se le realizó ARM. Estos datos son preliminares ya que continuamos con el análisis de los casos.

Conclusiones: Realizar un proceso de atención basado en la estratificación e identificación de los pacientes con necesidades paliativas, (a través de herramientas estandarizadas) y la adecuación terapéutica con registro en un Plan de cuidado compartido y personalizado en un lugar central en la HCE, podría mejorar la calidad y seguridad en la atención y favorecer optimizar los recursos a la necesidad del paciente especialmente en situaciones de emergencia sanitaria

CL-31-06 // USO DE QUIMIOTERAPIA AL FINAL DE LA VIDA: ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE ATENCIÓN MÉDICA DEL CÁNCER

PASQUINELLI, R.; IBAÑEZ, G.; CARRETERO, M.; TORRES GOMEZ, F.; OSES, L.; POLLAN, J.; MARTINEZ, B.; GRANDE RATTI, M.; DÍAZ, M.

Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Objetivos: Estimar la frecuencia de pacientes fallecidos por causa oncológica, y dentro de este subgrupo: reportar la frecuencia de aquellos que recibieron quimioterapia (QT) al final de la vida y describir sus características clínicas-epidemiológicas.

Materiales y Métodos: Estudio observacional que incluyó pacientes adultos fallecidos entre 01/01/2017 y 31/12/2017 en un hospital de alta complejidad en CABA. La muerte se capturó como intrahospitalaria o extrahospitalaria (dato extraído desde el padrón registrados como ¿baja por fallecimiento?, restringido a los afiliados a pregapa institucional). La quimioterapia al final de la vida fue definida como aquella recibida en los 90 días previos a la muerte. Se llevó a cabo revisión retrospectiva de historias clínicas por expertos para evaluar el diagnóstico oncológico de base, el estadio, performance status y otros datos pertinentes no factibles de recuperación automática. Se utilizó estadística descriptiva y aproximación binomial para la estimación de los intervalos de confianza de 95%.

Resultados: Durante el periodo de estudio, 2293 pacientes fallecieron: 58,83% (1349) de sexo femenino y con mediana de edad de 84 años (con mínima 18 y máxima 105).

Hubo 736 fallecidos por cáncer, representando el 32,09% (C95% 30,18-34,05) de las muertes. De este subgrupo, la mediana de edad resultó 75 años (RIC 19), 400 eran mujeres (54,35%), y sólo 1 paciente tenía el trámite de directivas anticipadas cargado en la Historia Clínica Electrónica. En cuanto al lugar de fallecimiento: 64,41% (467) ocurrió hospitalizado en sala general, 20,55% (149) en domicilio y 15,03% en unidad cerrada. Los tumores más frecuentes resultaron: pulmón (120), colorrectal-gástrico (90), hematológico (85), mama (79), y páncreas (52).

Un total de 390 pacientes recibieron QT durante sus últimos 90 días de vida, representando un 52,98% con IC95% de 49,30 a 56,64. De estos: 52,82% (206) eran mujeres, media de edad 68,75 años (DE 14,25). En cuanto a la enfermedad oncológica de base: 81,54% (318) tenían diagnóstico de tumor sólido, 75,13% eran estadio avanzado, con regular-mala capacidad para realizar las actividades cotidianas (32,05% PS4 y 25,13% PS3).

Conclusiones: Un porcentaje preocupante de pacientes recibe QT al final de la vida, lo que dificulta que el paciente reciba cuidados paliativos óptimos y que fallezca en un entorno familiar, ocurriendo la mayoría de los cuidados de fin de vida en el hospital. Sería apropiado reevaluar el proceso de toma de decisiones compartidas en el tratamiento de los pacientes con enfermedad oncológica avanzada, redirigir al médico de cabecera y utilizar con mayor frecuencia el recurso de las directivas anticipadas.

CL-31-05 // IMPACTO DEL PRONO VIGIL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA POR COVID 19. ESTUDIO DE COHORTE

HECHENLEITNER RUIZ, F.; ROJAS, L.; VIÑUELA, M.; TORRES, M.; ROJAS, T.; BRUNMAN, E.; LARRAÍN, S.; CERDA, T.; NOGUERA, M.; ERRÁZURIZ GASTELLU, P.

Pontificia Universidad Católica De Chile. Santiago De Chile, Chile.

Objetivos: Determinar si el uso del PV en pacientes con neumonía por COVID-19 con insuficiencia respiratoria evita el traslado a Unidades de pacientes Críticos.

Materiales y Métodos: Estudio cohorte prospectivo, no randomizado, controlado con una cohorte histórica. Se incluyeron pacientes >18 años en Unidad de cuidados Intermedios con neumonía COVID-19 (confirmado o sospechoso) en el Hospital UC-Christus en Santiago de Chile, con criterios de ingreso a PV definidos como: presencia de insuficiencia respiratoria, requerimientos >3Lts/min o FIO2>35% para lograr SpO2>90%, con capacidad espontánea para cambiarse de posición. Se excluyeron pacientes que requirieron intubación inmediata, recibieron ventilación mecánica no invasiva, taquipnea >40/min, fatiga respiratoria clínica, compromiso de conciencia, incapacidad para proteger vía aérea, PaCO2>50 mmHg, trauma facial o torácico, neumotórax u otra contraindicación a la posición en prono (Ej: inestabilidad espinal, cirugía abdominal reciente), inestabilidad hemodinámica, IMC >40, vómitos persistentes y embarazo.

La cohorte intervenida fue conformada por pacientes que fueron sometidos a PV por indicación de su tratante, junto a otras intervenciones acorde al protocolo institucional. El grupo control fue conformado por una cohorte histórica de pacientes que sólo recibieron el tratamiento estándar. La selección de estos pacientes fue pareada en base a edad, género y scores de riesgo de presentar falla respiratoria (CURB-65, CALL y SMART-COP).

El desenlace evaluado fue la necesidad de traslado a Unidad de Cuidados Intensivos. Se realizó análisis estadístico por pruebas no paramétricas.

Resultados: Se reclutaron 12 pacientes sometidos a PV y 16 como controles. La edad promedio fue de 64,4 (11,9) años para el grupo PV y 62,4 (15,8) años para el grupo control, sin diferencias significativas (p=0,7). Respecto a la estratificación de riesgo, no hubo diferencias significativas entre los grupos PV y control (CURB-65 1,4(0,9) y 1,44 (0,8), CALL 10,1 (2,5) y 10,25 (2,5) y SMART-COP 4,0 (1,5) y 4,06 (1,7), respectivamente).

El 33% de los pacientes en grupo PV requirieron traslado a UCI en comparación al 19% de los controles. Esta diferencia no fue significativa (p=0,42). El tiempo de ingreso a UCI en el grupo PV fue de 4,0 (1,2) versus 5,67 (3,1) en el grupo control (p=1,00).

Conclusiones: El PV es una estrategia de uso reciente y de uso masificado en esta pandemia por SARS-CoV-2, sin embargo la literatura disponible se ha enfocado principalmente en cambios fisiológicos de PV y no en su impacto clínico. En esta cohorte se determinó que PV en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda por COVID-19 no impacta en la probabilidad de ingreso a UCI ni retrasa los tiempos de llegada a ésta. Dentro de las limitaciones de este estudio están: el número limitado de participantes y la carencia de aleatorización. Se requieren más estudios para determinar el impacto de esta intervención.

CL-31-07 // PERFIL DE URUPATÓGENOS PROCEDENTES DE LA COMUNIDAD

ARIAS, S.; FERNÁNDEZ, J.; BARROS, M.; RECOBA VICA, M.; VALLVERDU, L.; TORRES NEGREIRA, A.; LAMBERTI, L.; COR, K.; MUÑOZ, E.; DELGADO, C.

Hospital Español. Montevideo, Uruguay.

Objetivos: Conocer los uropatógenos causantes de IU originadas en la comunidad y el perfil de susceptibilidad antibiótica (ATB)

Materiales y Métodos: El estudio es de tipo descriptivo transversal. Se analizaron los urocultivos realizados en la Emergencia del Hospital Español durante el periodo del 1/1/19 al 1/7/19. Los mismos se solicitaron a todo paciente con sospecha de IU (N= 1380). En 400 de ellos se aisló germen (29%). Mediante revisión de la historia clínica se obtuvo: sexo, edad y patologías asociadas (diabetes, Insuficiencia Renal, HIV, neoplasias, toma de inmunosupresores y uropatía obstructiva). Se registró la toma de antibióticos o la hospitalización los tres meses previos.

Con estos datos se catalogaron en IUNC e IUC

Se analizaron los urocultivos de mujeres con un punto de corte en 50 años. Para cada grupo se evaluó el patógeno presente y la susceptibilidad ATB.

Resultados: De los 400 urocultivos positivos, 355 pertenecen a mujeres

Entre las menores de 50 años (N= 182) 76,5% fueron IUNC. Se cultivó EC en 63,7% sensible: 99% a Nitrofurantoina (NF), 98% a Ciprofloxacina (CP), 97% a cefuroxime axetil (CA). Staphylococcus Saprophyticus (SS) en 24%, sensible: 99% a CP, NF y 93% al Trimetoprim Sulfa. Proteus Mirabilis (PM) 7%, Klebsiella 1,6% y otros

Las mujeres mayores de 50 años (N=117) con IUNC (53%), presentaron EC en 71%, sensible a NT (99%), a la CP (89%), al CA (86%), Klebsiella 11,3% y PM 6,5% sensibles a CP y CA y NF en 98%. SS 3,2%

Entre las mujeres menores de 50 años con IUC (N = 56) 70% cultivaron EC, SS 14% con igual sensibilidad a las IUNC; 9% PM; 2% Klebsiella

En las mujeres mayores de 50 años con IUC: EC en 76%, sensible: 95% a NT, 83% a CP y 83% a Klebsiella (11,3%) sensible a CP, CA y NT en el 67% de los casos; PM (6,5%); SS (3,2%).

Conclusiones: La prevalencia global de EC fue 67,7%, más baja que la reportada en otros trabajos locales e internacionales. La prevalencia de SS 13,5% es elevada y llega al 24% en las mujeres menores de 50 años, mayor a la reportada en otros trabajos. En ellos se refiere una prevalencia entre 8 y 13% para SS en mujeres en edad genital activa. El 98% de los gérmenes aislados entre las pacientes menores de 50 años con IUNC fueron sensibles a las Fluoroquinolonas, incluido SS.

Entre las mujeres mayores de 50 años aumenta la frecuencia de EC (71%), Klebsiella y PM. Hay aumento de la resistencia a la CP y CA para EC que llegó al 11 y 14% respectivamente.

La elección de un fármaco en las infecciones urinarias debe individualizarse.

El uso empírico de FQ para las IUNC en mujeres menores de 50 años parece ser el tratamiento más adecuado, por el perfil de resistencia de la EC, así como la del SS. En las mayores de 50 años se observó un aumento de la resistencia de EC a CP y CA que llegó al 11 y 14% respectivamente. Al límite de las recomendaciones para el uso de un ATB como de primera línea. La misma fue mayor aun en las pacientes con IUC.

La sensibilidad de las enterobacterias no fue mayor a Cefuroxime Axetil que a Ciprofloxacina.

CL-31-08 // PREVALENCIA DE PRESIÓN ARTERIAL ELEVADA EN PACIENTES INTERNADOS, CORTE TRANSVERSALLAPIDUS, M.; FALCÓN, A.; PEUCHOT, V.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Objetivos: La Hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad altamente prevalente. No existe, al momento, una forma estandarizada de hacer diagnóstico de HTA en el paciente internado. 30% de la población desconoce su diagnóstico y 65% de hipertensos presentan mal control. No existe una forma de diagnóstico en internación. El enfoque en el paciente internado resulta importante y novedoso. Nos propusimos describir la prevalencia de PAe en pacientes internados por causa clínica. Como objetivo secundario describimos las características demográficas y comorbilidades de estos pacientes y buscamos asociación entre presión arterial elevada y eventos cardiovasculares en internación.

Materiales y Métodos: Corte transversal de pacientes adultos internados (>18 años) por causa clínica en 2017. Excluidos: embarazadas, emergencia hipertensiva. Se definió presión arterial elevada (PAe) al registro de PAS ? 140 y/o PAD ? 90 mmHg en dos o más oportunidades, en dos días de internación distintos, medido a través de un esfigmomanómetro, y/o indicación de rescate de medicación antihipertensiva.

Resultados: Incluimos 2203 pacientes. Mediana de edad: 73 años (IQR 25-75%: 56-86). Mujeres: 55%(1203). Mediana días de internación: 5 días (IQR 25-75%: 4-9). El 58% eran hipertensos ya conocidos. La prevalencia de PAe en internación fue del 7,6% [168, IC 95% 6,6-8,8], de los cuales 12,5%(21) no se conocían hipertensos. Comparado con los pacientes sin PAe, la media de presión sistólica y diastólica fue mayor (ver tabla), tenían mayor edad en años (77 vs 73, p<0,001), mayor frecuencia de antecedente de insuficiencia renal crónica (21% vs 12% p<0,001), ACV (15% vs 10% p=0,035) e HTA (87% vs 56% p<0,001). También presentaron más eventos de insuficiencia cardíaca (8% vs 3%, p<0,001) y ACV (3,6% vs 1,2%, p=0,02) durante la internación.

Conclusiones: La prevalencia de PAe fue menor respecto a estudios previos. Se observó asociación entre eventos cardiovasculares y presión arterial elevada.

CL-31-10 // EXPECTATIVAS DE LOS CIUDADANOS EN LA ATENCIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN LA NUEVA NORMALIDAD?SALOMÓN, S.; GASULL, A.; GUIDARELLI, G.; CASAROTTO, M.; FERNANDEZ, M.; GOMEZ PAGNOTTA, R.; CARÓN, N.; GARCÍA CASTELLANOS, N.; GISBERT, P.; COHEN, P.
Hosp Lagomaggiore. Mza, Argentina.

Objetivos: Identificar las expectativas de la comunidad postexperiencias en COVID-19 en la atención de los servicios de salud en la nueva normalidad? en diferentes escenarios.

Materiales y Métodos: Estudio protocolizado, descriptivo y transversal a través de una encuesta estructurada, autoadministrada, anónima, con preguntas cerradas y abiertas, vía internet, realizada a población general en relación a expectativas por la atención que esperan recibir en atención ambulatoria, internación y guardia, en la nueva normalidad?. El cuestionario fue validado. Consta de 14 ítems que se valoran con una escala tipo likert mediante 3 adverbios que van desde ?sin expectativas? a ?expectativas altas? para cada una de las situaciones descritas. Análisis estadístico: medidas de tendencia central y test de chi cuadrado. Criterio de significación p<0,05.

Resultados: Se incluyeron 305 encuestas; 78,5% mujeres; edad x: 46,65. El 86% tenía cobertura de salud y 48% comórbidas. En relación a las expectativas con la atención ambulatoria fueron significativamente altas: ?que te traten con respeto y amabilidad?, ?que el profesional te inspire confianza?, ?que se tome tiempo para explicarte que te pasa?, ?que comprendas los tratamientos que te indican?, ?que el profesional se muestre interesado en tu problema?, ?que te revise en forma completa y minuciosa?, ?que se respete tu privacidad y autonomía? (p<0,05) y no lo fueron ?adquirir el turno con rapidez?, ?que se respeten los turnos? o la ?accesibilidad y el confort del consultorio?(pNS). En la atención de guardia, tienen alta expectativa con: ?que haya insumos, remedios, materiales?, ?que el profesional inspire confianza?, ?ser examinados?, ?que te muestren interés? (p<0,05), y no lo fueron: ?ser atendido inmediatamente llegue? o ?temas de gestión? (pNS). En relación a internación, con altas expectativas: ?que la enfermería te trate con respeto?, ?que te expliquen la importancia de la internación y te tranquilice?, ?sanitarios limpios?, ?que te expliquen cómo respondes al tratamiento?, ?que el profesional conteste dudas a la familia?, ?que la gestión de internación sea rápida y fácil? y ?comprender el porqué de los tratamientos indicados?(p<0,05). Los encuestados consideran que la internación es de excelencia cuando: ?te den ganas de recomendar al profesional o a la institución?, ?te tratan con respeto?, ?te dediquen tiempo?, ?te contienen?, ?te aconsejan?, ?te tienen en cuenta a la hora de decidir estudios y tratamientos?, ?te resuelvan el problema?, no importándoles ?el confort de la institución? ni ?la atención sea gratuita? a la hora de definir la de buena calidad.

Conclusiones: Los ciudadanos encuestados tienen altas expectativas en los sistemas de salud, 1 de cada 4 ha tenido mala experiencia en la atención recibida durante la pandemia. Es momento de revisemos nuestro actuar profesional, recuperemos la dimensión humanística en la relación médico-paciente, jerarquicemos las estrategias de la comunicación y el tiempo de acompañamiento en la atención que tanto parece necesitar el paciente.

CL-31-09 // EXPERIENCIAS, VIVENCIAS Y PERCEPCIONES DE LA ATENCIÓN DURANTE UNA PANDEMIASALOMÓN, S.; GASULL, A.; TICERA, E.; SINATRA, A.; FERRI, E.; BURRELO, M.; BORIS, C.; GUIZZO, D.; PEÑA Y LILLO, E.
Hosp Lagomaggiore. Mza, Argentina.

Objetivos: caracterizar las experiencias, vivencias y percepciones de la comunidad en relación a la atención del equipo de salud durante la pandemia de COVID 19

Materiales y Métodos: Estudio protocolizado, descriptivo y transversal a través de una encuesta estructurada, autoadministrada, anónima, con preguntas cerradas y abiertas, vía internet, realizada a población general en relación a su situación de salud, experiencias durante la pandemia por la atención recibida por ellos y sus familiares. Se realizó un análisis comparativo entre la atención en instituciones estatales y privadas. Análisis estadístico: medidas de tendencia central, dispersión, test exacto de Fisher. Criterio de significación p<0,05.

Resultados: Se incluyeron 300 encuestas. 78% mujeres; edad x: 45,55. El 88% tenía cobertura de salud. El 55% se había tenido que hacer atender durante la pandemia. El motivo de la atención fue para la confección de recetas 44,5%, pedido de estudios 31%, para examen físico 26%, mostrar el resultado de algún estudio 21%, preguntarle por COVID 10%, síntomas de COVID 10%, pedidos de estudios de COVID 6%, por descompensación 6%. El 45% se relacionó con su médico en forma presencial con protocolo, 4% sin protocolo, whatsapp 38,5%, teléfono 36%, videollamada 15%, plataformas tipo ?zoom o meet? 6%, en un pasillo 2%, mensaje de texto 1,5%. El 48% tiene comórbidas: HTA: 34,5%, hipotiroidismo: 34,5%, obesidad: 20%, DM: 16%, EPOC-ASMA: 17%, las más frecuentes. El 5% abandonó la medicación crónica. Motivos: ?preocupaciones por COVID, o trabajo y familia 43%?, ?problemas económicos 35,7%?, ?no conseguir recetas 35,7%?, ?falta social? 21%?, ?no poder asistir a hospital o CAPS 14%?. En ningún caso POR perder cobertura. Estuvo internado por COVID 19 él o sus convivientes 17%, en domicilio y clínica privada 11% y en hospital público 8%, uno en hotel y ninguno en UTL. El 20% consideró que el trato fue malo para ellos y 25% para sus familias. El 22% está muy agradecido, 19% tuvo miedo, 16% se sintió solo, 14,5% se quejó de falta de información a la familia, 13% entienden ?que es una situación de riesgo para el personal pero que es inhumana la atención?, se sintieron discriminados 11%, desamparados, solos y aislados 10%, lo vivieron como una experiencia aterradora el 9%, el 7% contestó que no entraba nadie a controlarlo, ni a informarle. El 8% se sintió contenido por médicos, 7% por enfermeros, 2% por psicólogos y 2% por los otros pacientes, 2% se sintieron culpables. No encontramos diferencias entre la atención en instituciones estatales vs privadas. (pNS).

Conclusiones: Mas de la mitad de los encuestados consultó en pandemia, por recetas, lo más frecuente; 5% abandonó la medicación: preocupaciones por COVID la principal causa; uno de cada cuatro sintió maltrato él o su familia. Las principales vivencias y experiencias: agradecimiento, miedo, problemas de comunicación, contención, deshumanización en el trato, culpa y hasta discriminación. Esto demuestra que tenemos mucho por aprender en la atención de situaciones complejas.

CL-33-01 // MODELO DE ACTUACIÓN EN PANDEMIA COVID-19CREUSO, Y.; STADELMANN, C.; VÁZQUEZ, M.; PAGNI, J.; TERAGNI, E.
Secretario De Salud Municipio La Costa. Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Los objetivos del presente trabajo, de carácter cuali-cuantitativo y prospectivo fueron definir el modelo de actuación Nacional de intervención en la Pandemia Covid-19, diseñar un modelo teórico integral de intervención e identificar sobre una serie de 6 modelos territoriales, en curso y ejecución, el modelo testigo de Intervención en Pandemia

Materiales y Métodos: Se procedió a analizar los modelos de intervención reconocidos a nivel internacional comparando los Modelos Sanitaristas, Modelos de la Seguridad Nacional y Modelos híbridos identificados y contrastarlos con las acciones en la República Argentina a los efectos de caracterizar la respuesta nacional a la crisis pandémica. Se diseñó un Modelo Teórico de Actuación en Pandemia en colaboración con médicos, sanitarios, psicólogos, sociólogos, trabajadores sociales y juristas. Se estableció una categorización en base a complejidad territorial (4 niveles) y categoría poblacional (4 niveles). Se analizaron cuali-cuantitativamente 6 Modelos territoriales de actuación identificados en la República Argentina (Pcia. Buenos Aires 2, Pcia. Santa Fé, Prov. Chaco, Pcia Córdoba y Pcia. Chubut). Se evaluó eficacia y eficiencia epidemiológica de los 6 modelos incorporados a la serie, tomando en todos los casos datos oficiales de Ministerio de Salud Nación, Salud de las distintas provincias y municipios. Se exploró las reacciones ciudadanas mediante encuestas telefónicas (700), virtuales por redes sociales y observaciones en terreno. En función de los resultados cuali-cuantitativos se estableció un score de evaluación en función del cual se identificó el Modelo Testigo de Intervención. En forma articulada con las autoridades territoriales del Modelo Testigo y la UBA se efectuó una validación en terreno de los 8 Vectores del Modelo teórico diseñado.

Resultados: El estudio permitió definir el Modelo de Actuación Nacional de la República Argentina que se encuentra alineado como Modelo de la Seguridad Nacional. El Modelo Municipio La Costa Pcia de Buenos Aires resultó claramente de acuerdo con las estadísticas analizadas en este estudio y la fase de validación en terreno efectuada como un modelo que, alineado con el Modelo Teórico diseñado, muestra eficacia, eficiencia y construcción de responsabilidad ciudadana sustentable para el manejo de crisis de esta naturaleza

Conclusiones: La República Argentina conforme nuestro análisis ha implementado el Modelo de la Seguridad Nacional para enfrentar el evento pandémico. El Modelo Teórico de Intervención en Pandemia diseñado, contempla intervenciones articuladas sobre 8 vectores de actuación que presuponen tratamiento global de las crisis de esta naturaleza. En la serie de seis modelos territoriales analizados el Modelo Municipio La Costa Pcia de Buenos Aires pudimos verificar que se encuentra alineado en un 85% con el Modelo Teórico y muestra ser el modelo que presenta mayor eficacia, eficiencia y sustentabilidad por lo cual se considera Modelo Testigo de Intervención

CL-33-02 // ¿CUÁNTO SABES Y QUE OPINÁS DE LOS TRATAMIENTOS Y LA VACUNA PARA SARS COV2?

SALOMÓN, S.; MOREA, G.; TICERA, E.; SINATRA, A.; FERRI, E.; SENA, D.; LITTERI, M.; GASULL, A. Hosp Lagomaggiore. Mza, Argentina.

Objetivos: Determinar los conocimientos y la opinión sobre tratamientos y la vacuna contra la COVID 19 en la población general.

Materiales y Métodos: Estudio protocolizado, descriptivo, transversal a través de una encuesta estructurada, autoadministrada, anónima, vía internet, realizada a población general de clase media. Análisis estadístico: medidas de tendencia central, dispersión, test exacto de Fisher. Criterio de significación $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 300 encuestas. 80% mujeres; edad $x:45.48$; Nivel de instrucción: Universitario 59%. Con respecto a la pandemia, al 8° mes de la misma, el 65% manifiesta sentirse preocupado, 48% estar cansado y 20% asustado. El 7.5% admite que solo se preocupó cuando se enfermó el mismo o un familiar o amigo. Al 4% no le interesa el tema. El 2% considera que está obsesionado con la pandemia y en un 1% c/u: no ve futuro, considera que esta mal manejada y que se sienten agobiados. Nunca le importó el tema: 0%. En relación a si hay tratamientos para curar la infección el 60% piensa que NO. En relación a la información respecto al TRATAMIENTO el 24% considera que ha sido de cansadora e inentendible 23%, 27.5% de buena en calidad, el 22.5% de mala calidad, excesiva el 23% e insuficiente 17%. En relación a la opinión de la transfusión de plasma de convalecientes el 36% la considera un muy buena opción terapéutica, 5% que no sirve, resultados de las investigaciones controvertidos 48%; el 2% reconoció haber donado plasma, 30% que donaría plasma, 1% no donó ni donaría y el 2% aceptó que nadie le había comunicado nada al respecto del tema de la donación; en relación al ibuprofeno inhalado, 59% lo aceptaría como una opción de tratamiento, el 30% sabe que en otras provincias lo están usando y ha sido bueno, 20% informó que no lo había escuchado, no sabía si se usaba y el 6% no se lo dejaría poner; la azitromicina fue reconocida como un antibiótico y no cree que sirva para la covid-19 que es un virus el 39%, la usaría sin problemas el 38%, saben que hay provincias que la ha recomendado el gobernador 19% y el 8% no se la dejaría poner; de la ivermectina el 56% no ha escuchado nada al respecto, 34% cree que falta evidencia para usarlo de forma segura, 9% la usaría sin problemas y 4% no se la dejaría poner. Saben que en el tratamiento se ha usado antivirales sin resultados el 57%, vitamina D el 73%, hidroxiquina 56%, corticoides 67%, mientras que antiparasitarios y suero de caballo fue más frecuente desconocer su uso. En relación a la vacuna 40% tiene expectativas y 30% fe en que es la forma de salir de esto, 28% hay que esperar que se la pongan varios y ver qué pasa, 27% piensa que no es confiable, 17% cree que es comercio o un negocio, 7% no cree que solucione nada y 1% está dispuesto a pagar lo que sea para ponérsela; la información de la vacuna es esperanzadora 32%, inquietante 31%, abrumadora 13%, inentendible 12% y excesiva 7%. El 48% piensa que hay intereses ocultos y no muestran toda la información disponible, para quienes es estadísticamente significativo que la vacuna es un negocio y no es confiable ($p < 0.05$). En relación a la consejería para colocarse la vacuna a quién le harían caso 40% médico de cabecera, 31% infectólogo, investigaciones serias y contundentes revisadas por organismos independientes 15%, autoridades del Ministerio de Salud 15% a mis conocidos o familiares que ya se la hayan colocado 4%, organismo internacionales 0.3%, ANMAT 0.3%, médicos de la televisión 0%. Ante la pregunta: ¿Te colocarías la vacuna? El 25% respondió sí, sin dudas, 53% tal vez y 22% no.

Conclusiones: Nuestros encuestados mostraron un alto nivel de conocimiento respecto a distintos tratamientos implementados. 4 de cada 10, tienen expectativas en la vacuna y aceptarían la indicación de su médico de cabecera. 1 de cada 4 se la colocaría sin dudarlo y el 48% piensa que hay intereses ocultos y que no se muestra toda la información disponible.

CL-33-04 // ESTUDIO DE SEROPREVALENCIA A NIVEL COMUNITARIO DE SARS-COV-2 EN UN BARRIO POPULAR DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA: UNA INVESTIGACIÓN PARTICIPATIVA.

PAGOTTO, V.; QUIROS, F.; SALDAÑO, A.; SALTO, J.; LUNA LAGUNA, M.; WAGNER MANSALU, M.; MISTCHENKO, A.; FIGAR, S.; GAMARNIK, A. Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Objetivos: Estimar la prevalencia de anticuerpos Inmonoglobulina G (IgG) para coronavirus de tipo 2 causante del síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV2) y evaluar los factores a nivel individual y vivienda asociados a la presencia de anticuerpos positivos en el Barrio Mujica (Villa 31)

Materiales y Métodos: El primero de julio la tasa de incidencia de infección por SARS-CoV-2 en el Barrio Padre Mugica era 5,9%. Tres meses después del reporte del primer caso, entre el 10/6 y 1/7, se llevó a cabo un estudio de corte transversal basado en una Investigación Acción Participativa (IAP). Se incluyeron hombres y mujeres mayores de 13 años. Se recolectó información epidemiológica a nivel individual y de la vivienda. Se utilizó el test ?COVIDAR IgG?, un ensayo por inmunoadsorción ligado a enzimas (ELISA), desarrollado y validado en Argentina, para la determinación de los anticuerpos inmunoglobulins G para SARS-CoV2, la muestra fue obtenida mediante punción digital en la puerta de la vivienda de todos lo habitantes. El tamaño muestral fue calculado para una seroprevalencia del 6% con un efecto de diseño 1, 6. El muestreo fue aleatorizado en dos niveles. El primero fue Barrio Mugica y el segundo las manzanas. Se seleccionaron treinta casas en este nivel. Se aplicó un modelo de regresión logística con efectos aleatorios. Las variables explicativas fueron ajustadas nivel individual (edad y sexo; presencia síntomas) nivel vivienda: convivir con un caso confirmado, número de hogares en la vivienda y nivel sector del Barrio Mugica: dificultades en el abastecimiento de agua y densidad poblacional. Se expresó el OR IC 95%. Se utilizó R versión 4.0.2

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Niños Dr. R. Gutiérrez?. Se obtuvo consentimiento informado oral de cada participante. Se registró el estudio en clinicaltrials.gov bajo el identificador NCT04472078.

Resultados: Se visitaron 398 casas, con 577 hogares (familias) y 873 personas fueron testeadas. La prevalencia de IgG para SARS-CoV-2 fue 5,4% (IC 95% 52,8%-54,1%). En la figura 1 se muestra la prevalencia por sector. Entre los casos positivos, el 15% reportó síntomas compatibles en los últimos dos meses. Se demostró efecto de cluster dentro de la vivienda ($\rho = 0,52$ IC 95% 0,36-0,67); convivir con un caso con SARS-CoV-2 duplicó la chance de tener IgG positiva (OR 2,13 IC 95% 1,17-3,85). El mayor riesgo de infección se encontró en una de las zonas más vulnerables del barrio, el sector ?Bajo autopista?. (Tabla 1)

Conclusiones: La alta seroprevalencia demostró que, por cada persona sintomática diagnosticada con PCR, nueve personas tuvieron IgG positiva, indicando una alta tasa de infectados no detectados (probablemente asintomáticos). Los barrios vulnerables están asociados con mayor riesgo de infección. Esta información contribuye al entendimiento de la inmunidad comunitaria contra el SARS-CoV-2.

CL-33-03 // RESISTENCIA ANTIMICROBIANA Y PRODUCCIÓN PORCINA EN CORRALES DE ENGORDE. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

ANTINUCCI, D.; GAREGNANI, L.; ROSON-RODRÍGUEZ, P.; ACOSTA, G.; MURUJOSA, A.; GARROTE, V.; VERA, V.; ALIPIERTI, V.; FERLONI, A.; QUIROGA, A.; DIAZ, M.; BRAGUINSKY, N.; DAWIDOWSKI, A.; CLARA, L.; VIDAL, F.; GADANO, A.; FIGAR, S. Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Objetivos: Evaluar la evidencia disponible relacionada a RAM y la implementación de corrales de engorde en la producción de ganado porcino

Materiales y Métodos: Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, Cochrane Library, buscadores genéricos de internet y sitios web. Se priorizaron revisiones sistemáticas, meta-análisis, ensayos clínicos y estudios observacionales. El diagrama de flujo PRISMA de los estudios identificados y seleccionados puede observarse en la Figura 1.

Resultados: Siguiendo la metodología PRISMA de un total de 990 artículos identificados se incluyeron 8 estudios en la presente revisión bibliográfica (7 estudios observacionales y una Revisión sistemática). Se encontró una tasa de colonización por SAMR (Staphylococcus aureus resistente a la meticilina) en trabajadores agrícolas entre 6,8 y 57,9% y en todos los casos fue significativamente mayor que en la población general. Las tasas de transmisión de SAMR en trabajadores con corrales de engorde fue 27,1% vs 0% en trabajadores de granjas de cría extensiva. Las granjas con mayor cantidad de cerdos presentaron mayor prevalencia de RAM (75,8 vs 41,9%, $p < 0.001$). La RAM a tetraciclina en cerdos de cría intensiva vs libre fue 88%/48% respectivamente mostrando diferencias significativas, igual que la asociación entre exposición a antibióticos suministrados en alimento en granjas de cría intensiva de cerdos y Campylobacter coli resistente a antibióticos. Los cerdos de corral de engorde presentaron una RAM en 63% de Salmonella spp y 86% en E. coli. La resistencia a medicamentos Categoría I (importantes para la salud humana) fue menor o igual al 1%. Los experimentos de conjugación para caracterización molecular de enterobacterias multiresistentes revelaron transferencia de integrones de clase I mediada por plásmidos al entorno de reproducción. El fenotipo de SAMR-ST398 de RAM en cerdos y granjeros fue el mismo. Los cerdos criados al exterior están colonizados por SAMR genéticamente superpuestos con los de cría intensiva y presentaron mayor susceptibilidad a antibióticos. Las cepas porcinas y humanas mostraron patrones de RAM múltiple, la mayoría resistente a tetraciclina. El 79% de antimicrobianos se suministró a través de piensos, el 68% de los antimicrobianos utilizados fueron macrólidos y lincosamidas. El principal uso de antimicrobianos se debió a la prevención de enfermedades, promoción del crecimiento y tratamiento de enfermedades entéricas.

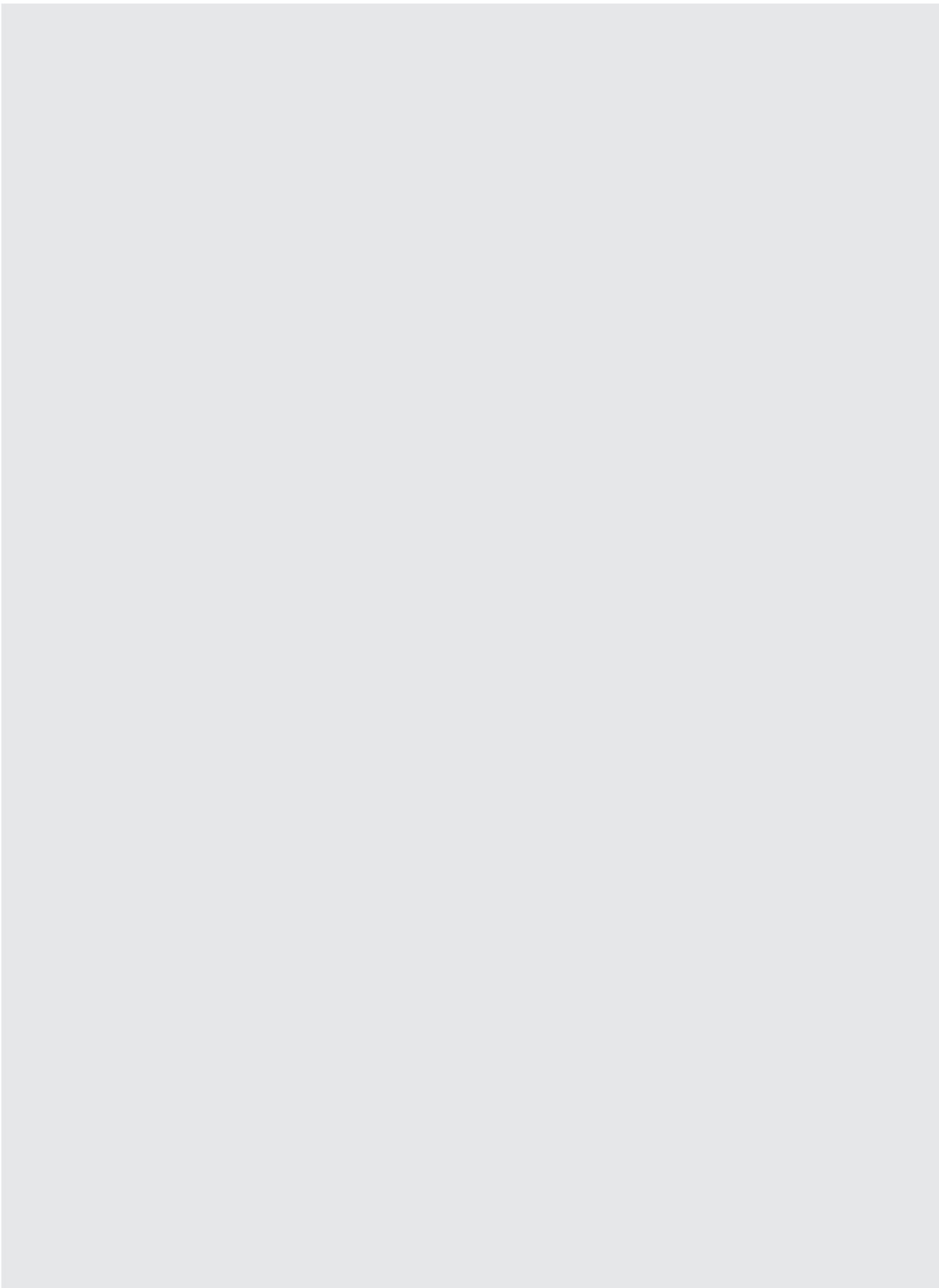
Conclusiones: La evidencia sugiere asociación entre crianza intensiva de cerdos en corrales de engorde y la presencia de bacterias multiresistentes en humanos, principalmente en aquellos trabajadores de granjas. No se encontraron estudios de vigilancia epidemiológica en Argentina.

2020

CONGRESO VIRTUAL

IC | INVESTIGACIÓN CUALITATIVA





IC-01-01 // CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

GAONA, C.
Instituto De Prevision Social. Hospital Central. Asuncion, Paraguay.

Introducción: La endocarditis infecciosa es una infección considerada potencialmente fatal que afecta a las válvulas y al endotelio, se produce por presencia de microorganismos en la sangre que crecen y se multiplicando creando vegetaciones de diferentes tamaños.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa internados en el servicio de Clínica Médica, las variables cualitativas se presentan como frecuencias y porcentajes, para la descripción de las variables cuantitativas se utilizó media y desviación estándar.

Análisis de los datos: Se incluyó a 32 pacientes con endocarditis infecciosa, la mediana de edad fue de 45,5 años (17 - 86), 81,2% fue masculino, se constató vegetaciones en 50,0% sobre válvula aortica, 40,6% sobre la mitral y 9,3% mitroaortica. De las lesiones valvulares el 34,3% insuficiencia mitral severa, 25,3% estenosis aortica severa, 18,7% insuficiencia aortica severa, 6,2% estenosis mitral severa, en cuanto a las comorbilidades 37,5% fue hipertensión arterial, 15,6% dislipidemia, 21,8% tabaquismo, 6,25% diabetes Mellitus, 6,25% obesidad. De los factores de riesgo 59,3% presentó mal estado bucal, 37,5% valvulopatía congénita. En 37,5% se obtuvo hemocultivo positivo, en 25,0% se aisló Staphylococcus Aureus.

Conclusiones: La válvula afecta con mayor frecuencia fue aortica, con predominio en el sexo masculino, el germen aislado con mayor frecuencia fue el Staphylococcus Aureus.

IC-01-02 // CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y ELECTROCARDIOGRÁFICA DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO SIN ELEVACIÓN DEL ST.

GAONA, C.
Ips Hospital Central. Asuncion, Paraguay.

Introducción: La enfermedad isquémica coronaria alcanza actualmente proporciones epidémicas, y según cifras de la Organización Mundial de la Salud, es responsable de un tercio de las muertes entre varones de 45 y 54 años de edad, y de 4 mujeres por cada 10 varones en todos los grupos de edades.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo de corte transversal, incluyendo a todos los pacientes con diagnóstico de infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST internados en el servicio de medicina interna de enero a diciembre del 2019.

Análisis de los datos: Se incluyó a 125 pacientes, la edad promedio fue de 55,6 ± 9,7 años, 72,0% fueron masculinos, 60,0% fueron de la capital, 40,0% del interior del país. 76,0% acudieron con más de 12 horas de dolor, se constató infradesnivel del ST 48,0% en cara inferior, 20,0% septal, 20,0% lateral alta, 12,0% anterolateral. De los factores de riesgo 52,0% hipertensión arterial, 20,0% diabetes Mellitus, 20,0% tabaquismo, 8,0% obesidad. 40,0% presentó antecedentes familiares de eventos coronarios. 84,0% ingresó con Killip I, 9,6% II, 6,4% III.

Conclusiones: En su mayoría fueron de sexo masculino, dos tercios de los pacientes acudieron con más de 12 horas de evolución del dolor, la cara afecta con mayor frecuencia fue inferior.

IC-01-03 // HALLAZGOS ANGIOGRÁFICOS Y DISFUNCIÓN SISTÓLICA EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO CON ELEVACIÓN DEL SEGMENTO ST.

GAONA, C.
Ips Hospital Central. Asuncion, Paraguay.

Introducción: La insuficiencia cardiaca constituye una de las principales causas de mortalidad y morbilidad en nuestro entorno. Aproximadamente la mitad de los pacientes con insuficiencia cardiaca presentan disfunción sistólica del ventrículo izquierdo. La cardiopatía isquémica es una de las causas más prevalentes de insuficiencia cardiaca con disfunción sistólica y se asocia a un peor pronóstico.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo de transversal, se incluyó a los pacientes con infarto agudo de miocardio con elevación del segmento ST.

Análisis de los datos: Se incluyó a 168 pacientes, la frecuencia de disfunción ventricular fue 17,86% (30/168), de los pacientes con disfunción ventricular la edad promedio fue de 58,13 ± 11,38 años. 34,78% (8/123) fueron femeninos y 15,17% (22/145) masculinos. El diámetro promedio de diámetro diastólico del ventrículo izquierdo fue de 60,17 ± 4,42 mm. En cuanto la disfunción sistólica el 43,3% presentó fracción de eyección reducida, 23,3% intermedia, 13,4% conservada. En los hallazgos angiográficos el 63,3% presentó lesiones de un y dos vasos coronarios principales 36,7% lesión de múltiples vasos.

Conclusiones: La frecuencia de disfunción ventricular fue en los pacientes con infarto de miocardio con elevación del ST fue elevado, en su mayoría mujeres, casi la mitad de los pacientes tuvieron función sistólica deprimida, el hallazgo coronario principal fue la lesión de hasta dos vasos principales.

IC-01-04 // INSUFICIENCIA CARDIACA CON FRACCIÓN DE EYECCIÓN CONSERVADA

GAONA, C.
Ips Hospital Central. Asuncion, Paraguay.

Introducción: La insuficiencia cardiaca se acompaña de riesgo considerable de morbimortalidad y deteriora la calidad de vida y la capacidad funcional. La identificación de los factores desencadenantes permite clasificar a los pacientes en aquellos con riesgo de sufrir insuficiencia cardiaca y aquellos con enfermedad sintomática.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, de corte transversal. Se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca con fracción de eyección igual o mayor al 50%.

Análisis de los datos: Se incluyó a un total de 125 pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección conservada, edad promedio de 75,3 ± 12,3 años, 43,2% fue entre las edades 66 ? 75 años, 51% fueron de sexo femenino, 72% presentaron edad mayor a 65 años. Dentro de los factores de riesgo 88,7% presentó hipertensión arterial, 65,4% dislipidemia, 36,5% diabetes Mellitus y 25,5% fueron tabaquistas.

Conclusiones: El factor de riesgo prevalente en los pacientes con insuficiencia cardiaca con fracción de eyección conservada fue la hipertensión arterial seguida de dislipidemia.

IC-01-05 // MANEJO Y COMPLICACIONES DE PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA.

GAONA, C.
Ips Hospital Central. Asuncion, Paraguay.

Introducción: La Endocarditis Infecciosa es una enfermedad que genera una larga estadia hospitalaria y potencialmente mortal, se requiere de un diagnóstico precoz y una terapéutica antimicrobiana eficaz para reducir los costos y complicaciones.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, se incluyó a todos los pacientes con diagnóstico de endocarditis infecciosa internados en el servicio de clínica médica en el Hospital Central del Instituto de Previsión Social durante los años 2017 a 2019, las variables cualitativas se presentan como frecuencias y porcentajes, para la descripción de las variables cuantitativas se utilizó media y desviación estándar.

Análisis de los datos: Se incluyó a 32 pacientes con endocarditis infecciosa, la mediana de edad fue de 45,5 años (17-86), 81,2% fue masculino, 34,3% fue insuficiencia mitral, en 68,7% se realizó reemplazo valvular, 59,3% de tipo válvula biológica, 37,5% recibió tratamiento médico dirigido, el 12,5% (4/32) presentó complicaciones, 50,0% fue reinfección, 25,0% embolia y 25,0% arritmias.

Conclusiones: En más de la mitad de los casos el tratamiento fue quirúrgico, un tercio de los pacientes presentó complicaciones, de las cuales la más frecuente fue la reinfección valvular.

IC-05-01 // DEMOSTRAR Y CUANTIFICAR LA CAPACIDAD DE COMUNICACIÓN EMPÁTICA EN ALUMNOS DEL ÚLTIMO AÑO DE MEDICINA.

BENÍTEZ, E.; BENÍTEZ, M.; ACUÑA, C.; ALVAREZ, M.; BRINGAS, M.; KITZMANN, P.; PRESMAN, C.; REZNICHENCO, M.; ROJO, S.; WIESHAMM, N.; GARRIDO, M.
Hospital Nacional De Clínicas ? Córdoba. Córdoba, Argentina.

Introducción: La empatía clínica es un elemento esencial en la calidad asistencial. Permite la satisfacción del paciente, adherencia al tratamiento y reduce la mala praxis. La habilidad para ponerse en lugar del otro, comunicarse con él y comprenderle debería ser el pan de cada día en la práctica clínica.

Creemos que la empatía del profesional médico debería ser un tema a evaluar, ya que está demostrado que puede ser enseñada y aprendida. Nuestra hipótesis plantea que, como nuestra facultad de medicina basa su currículo en un enfoque reduccionista biomédico, la empatía de nuestros alumnos debe ser evaluada, diagnosticada, documentada como una más de las capacidades a desarrollar en el pregrado.

Objetivo:

Evaluar y cuantificar la capacidad de comunicación empática en alumnos del último año de medicina.

Materiales y Métodos: En periodo mayo-julio 2020 (cuarentena COVID 19), con actividad virtual a través de Zoom y Google Meet, un caso clínico real en APS con entrevista biográfica-narrativa captando lo biopsicosocial de una mujer de 72 años con DM e IAM con clara ?oportunidad de empatía?(OE): se negaba a internar por no tener con quien dejar su perro, fue enviado por email en formato Word 2013 a 35 alumnos de sexto año de medicina, solicitando que opinen libremente sobre 8 aspectos de la historia clínica (comunicación, biográficos, biológicos, diagnóstico, conducta, consejos, etc). Además se adjuntó la escala de empatía de Jefferson en rango de 20 a 140 puntos. Se determinó: número de menciones a temas biográficos, biológicos, y cuantificamos la capacidad empática en tres categorías: 1- No reconoce OE, 2- Reconoce OE, 3- Reconoce y responde a OE. Programa SPSS 25.

Análisis de los datos: Respondió el 100% de los alumnos (n= 35), edad: 24 a 43, media: 29,6, de: 5,098. Calificación de las respuestas (por consenso entre dos revisores médicos): 7-10 puntos, media: 9,11, DE: 1,051. número de respuestas a temas biográficos: 4-8 /8, media: 6,74, DE: 1,268. Número de respuestas a temas biológicos: 0-4/8, media: 1,26, score de Jefferson (escala de 20 a 140): 108-135, media: 121, DE: 7,01. En respuesta al objetivo, 1- No reconocieron la OE: 16/35: 45,7%, 2- Reconocieron OE: 4/35:11,4%, 3- Reconocieron y respondieron la OE: 15/35: 42,8%. No hubo correlación entre desempeño en OE y cuestionario de Jefferson. Chi-cuadrado de Pearson: P: 0,069 ? IC: 95%: 0,063 ? 0,076.

Conclusiones: Ante un caso clínico real en APS, como viñeta, 15/35 alumnos (43%), reconoció y respondió la OE. La paciente con IAM se negaba a internarse por no dejar su perro solo.
Según Robert Buckman del Centro del cáncer de Notario (Canada), en una investigación basada en videos grabados de consultas médicas, no se practica a menudo y a los médicos les cuesta desplegar su empatía. Según opinión de otros autores (Paco Maglio, Rita Charon entre otros), un punto de partida es la entrevista narrativa con un modelo bio-psico-socio-cultural de abordaje al paciente, incorporando, a la curricula, la narrativa y literatura médica y no médica.

IC-05-02 // EL QUINTO ELEMENTO, UN NUEVO PARADIGMA EN EL ABORDAJE DEL PACIENTE POR EL MEDICO CLINICO

DÍA VEGA, G.; GONZALEZ ESTEVARENA, L.; QUETI, F.; TAMAGNONE, F.; YULI, C.
Hospital Manuel B Cabrera. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El concepto point-of-care ultrasound (POCUS) implica la utilización de la ultrasonografía por médicos no especialistas en diagnóstico por imágenes con el objetivo de contestar una pregunta clínica o realizar un procedimiento a los pies de la cama del paciente. Es la posibilidad de complementar, de extender nuestro examen físico... inspección, palpación, percusión, auscultación y POCUS. Este quinto elemento nos permite ver lo que imaginamos, interpretar de una mejor forma lo que tocamos y escuchamos, respondemos preguntas puntuales, guiar y reevaluar nuestra terapéutica así como hacer procedimientos en forma segura.

Materiales y Métodos: En base a la bibliografía consultada y a nuestra experiencia en el campo asistencial proponemos la utilización sistemática del POCUS como una extensión y complemento del examen físico, (no como su reemplazo) así como guía indispensable para realizar procedimientos invasivos al lado del paciente por el medico clinico tanto en internación como en consultorio. Por esto la importancia de nuestra formación en esta pericia desde el pregrado como una nueva forma de abordar la semiología y fisiopatología de las patologías a las que nos enfrentamos con cada nuevo paciente.

Análisis de los datos: El concepto POCUS se basa en llevar la ecografía al paciente, mejora la rapidez y la calidad del diagnóstico. No implica reemplazar el abordaje tradicional (inspección, palpación, percusión y auscultación) por la ecografía, sino ampliarla y complementarla con el objetivo de contestar preguntas puntuales en forma rápida y precisa. No imaginamos el hígado al palpar y percudir con nuestras manos, vemos el órgano, lo medimos y evaluamos su perfusión. Nos diferenciará un síndrome de condensación pulmonar con su matidez, hipoventilación, alteración en las vibraciones vocales, pectoriloquia, broncofonías, soplo tubario o silencio auscultatorio si se trata de una neumonía o atelectasia con o sin derrame pleural y hasta diremos si es un exudado con requerimiento de avenamiento pleural. O en ese paciente con OCFA, que aumenta su disnea, tiene ingurgitación yugular siempre y dolor precordial si se trata de una reagudización de su enfermedad, de un neumotórax o un síndrome coronario con un mismo equipo. Guiamos el tratamiento fundamentalmente disminuimos el error diagnóstico.

Conclusiones: La semiología clásica del Ru fu tata, de la maniobra de pachón, de merlo, de Guyon no debe quedar de lado ya que no todos en la actualidad contamos con un equipo de ultrasonografía al examinar un paciente, pero gentilmente debe ir aceptando que la tecnología y las herramientas que esta nos pone a mano vienen a facilitar estas practicas clásicas y si esto no es entendido nuestros futuros colegas solo conocerán el US sin poder diagnosticar adecuadamente cuando no tengamos luz. Como toda nueva practica que requiere capacitación y experiencia se enfrenta con un escepticismo similar al que sorteo Laennec cuando presento el estetoscopio allá por 1816 por parte de los profesionales empapados de tradiciones más antiguas.

IC-05-03 // PERFIL CLÍNICO Y EVOLUTIVO DE PACIENTES COVID-19 EN UN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA

AVENDAÑO ALARCON, V.; ARTEAGA CABALLERO, A.; CASAS, M.; TRAVERSO VIOR, E.; ROMBOLA, L.; COUSILLAS, C.; CHIRINOS, L.; SALERNO, C.; GUZMÁN, C.
Hospital Dr. Alberto Balestrini. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El brote de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), causado el virus de Síndrome respiratorio agudo severo tipo 2 (SARS-COV2) fue declarado como pandemia en marzo del 2020, su rápida expansión a todo el mundo ha constituido para todos los países un reto global sin precedentes. La rapidez con la que se realizan nuevos estudios sobre el virus y posibles tratamientos y factores de riesgo es tal que prácticamente se tienen artículos con datos nuevos todos los días. El objetivo de esta investigación es evaluar rango etario, sexo, comorbilidades y el Perfil clínico y evolutivo de los pacientes COVID 19 positivos internados en el Servicio de clínica Médica del Hospital Alberto Balestrini durante el periodo marzo a agosto del 2020.

Materiales y Métodos: Este es un estudio descriptivo retrospectivo a partir de la revisión de las historias clínicas. Se tomaron como **Criterios de Inclusión:** pacientes con PCR + para COVID-19 con TAC de tórax patológica. Criterios de exclusión PCR negativa para COVID-19 o TAC de tórax normal.

Variables: Edad, Sexo, Comorbilidades, Severidad clínica (medida por Saturación < del 93%, extensión del compromiso pulmonar evaluado por TAC de tórax > 50 % y < del 50 %) y respuesta al tratamiento medido por días de internación, altas, derivación a UTI y fallecimiento.

Análisis de los datos: En total se tomó en cuenta un total de 313 pacientes donde la edad predominantemente afectada fue de 41 a 70 años. Sexo masculino 186 (59,43%), femenino 127 (40,57%). Comorbilidades: obesidad 81 pacientes (31%), HTA 72 pacientes (28%), diabetes 58 pacientes (22%) y enfermedad pulmonar previa 48 pacientes (19%). Inicio de síntomas menos de 3 días 170 pacientes (54,4 %), más de 3 días 143 pacientes (45,6 %). Severidad clínica 167 pacientes tuvieron < 93% de saturación (52,2%), y 146 pacientes saturaban > 93% (46,6%). Compromiso pulmonar > 50% 218 pacientes (69,64 %) y < 50 % 95 pacientes (30,35%). Todos recibieron ATB, 49 Plasma (15,65 %), 121 corticoides (38,65 %), y 36 anticoagulación (11,5 %), 165 se internaron < 7 días (52,7 %) y 148 (47,2 %) > 7 días.

De los 313 pacientes 10 pacientes (3,1%) obitaron. El resto 245 alta (78,2%) (223 alta domiciliaria y 22 al centro de aislamiento) 11 a UTI (3,5 %), 47 (15 %) se derivaron.

Conclusiones: En conclusión, Frecuencia: edad 40 a 70 años. Sexo masculino. Comorbilidades 1° obesidad; 2° HTA; 3° Diabetes; 4° Enfermedad pulmonar previa. Inicio de síntomas más frecuente tres días previos al hisopado positivo. Si bien se constata que a mayor compromiso pulmonar menor saturación no siempre se correlacionan. Hemos encontrado que el 52,2 % de pacientes saturaban < 93 % y 69,6 % presentaban más del 50 % de compromiso pulmonar. Promedio de internación 7 días. El 78,2 % se recuperó y el 3,1 % falleció.

IC-07-01 // NIVELES DE VITAMINA D COMO DETERMINANTES DE SALUD EXTRA-ESQUELÉTICA EN PACIENTES DE UN SANATORIO DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE ASUNCIÓN-PARAGUAY

CABRERA ROMAN, O.; FLEITAS, R.; OVANDO, M.; MONGELOS ORTIZ, A.; ELIZECHE, C.; GAHETE POLETTI, E. Sanatorio Migone Battilana. Asunción, Paraguay.

Introducción: La vitamina D, es un término genérico de compuestos solubles en lípidos con un esqueleto de colesterol de cuatro anillos siendo la 25-hidroxivitamina D la principal forma circulante. La síntesis dérmica es la principal fuente, también se puede obtener con los alimentos. Actualmente se reconoce que su déficit es un problema de salud mundial. En los últimos años, se ha producido un notable interés por sus propiedades extra-esqueléticas, a más del metabolismo mineral óseo.

Objetivo: Estimar los niveles séricos de vitamina D como indicador de salud extra-esquelética en pacientes adultos que acuden al consultorio de un sanatorio de alta complejidad de la ciudad de Asunción Paraguay durante el periodo un año.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo con componente analítico, de corte transversal, en población mayor a 18 años durante el periodo de enero 2018 a enero 2019.

Análisis de los datos: Se determinaron niveles séricos de 25 (OH)D de 1426 pacientes, la edad media fue de 50,28 entre 18 a 97 años, fueron 74,54% mujeres. La media de los valores séricos de Vitamina D fue de 26,04±9,68 ng/ml y una concentración inadecuada hallada de 30,44% de la población, mayormente en un periodo invernal. Entre las comorbilidades de la muestra tomada (n=200), hubo una mayor asociación con la obesidad e hipertensión, aunque también otras patologías como dislipidemia y diabetes, pero sin llegar a un valor estadísticamente significativo.

Conclusiones: Existe una prevalencia relativamente alta (30,44%) de niveles bajos de Vitamina D, considerando nuestro clima y el tipo de pacientes estudiados. Hubo una asociación clínicamente relevante con la obesidad e hipertensión arterial siendo estos importantes factores de riesgos cardiometabólicos por ello la importancia de considerar la pesquisa, desarrollar estrategias de suplementación y crear nuevas líneas de investigación.

IC-11-01 // EPIDEMIOLOGIA DE INFECCIONES EN PACIENTES CON HEMORRAGIA DIGESTIVA ALTA EN EL SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA

ZAPATA, S.; MARTINEZ, S.

Complejo Médico Pfa Churruca-Visca. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La hemorragia digestiva alta (HDA) es aquella que por definición, se produce por encima del ángulo de Treitz. La Clasificación según su origen es: variceal y no variceal. Siendo la más frecuente la variceal con un 80-90%. Esta es producida como complicación de la hipertensión portal (HTP), con una mortalidad del 15-20%. El 90% de HTP, es de origen cirrótico. Alrededor de un 20% de los pacientes con HDA están infectados al momento de la admisión y hasta un 50% desarrolla infección durante la internación.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo, observacional. **Objetivo:** Estudio en forma observacional las características epidemiológicas de las infecciones de los pacientes internados en el servicio de Clínica Médica de nuestro nosocomio, durante el periodo de 9 meses (octubre/19 a junio/20). Se incluyeron en el estudio 40 pacientes internados en el servicio, con diagnóstico de HDA, en los cuales se evaluaron intercurencia infecciosa, distribución por edad, sexo y etiología infecciosa.

Análisis de los datos: Resultados: La muestra fue de 40 pacientes, con una edad media de 70,5 años (45 a 90 años). Con respecto a la diferencia de sexo: existió predominio de sexo masculino (n=31). El 30% de la muestra eran pacientes cirróticos, siendo el 67% de los pacientes presentaron infección a su ingreso o durante la internación. El foco infeccioso respiratorio (neumonía) fue la más frecuente en un 45%, predominando en el sexo masculino y el foco urinario (ITU) fue frecuente en mujeres. Se obtuvieron 11 rescates bacteriológicos en cultivos: hemocultivos (n=3), Urocultivo (n=3), y Líquido ascítico (n=5); los gérmenes más frecuentes: K pneumoniae y E. faecalis 25% para cada uno de ellos.

Conclusiones: Conclusión: Las HDA ingresadas no variceal fueron predominantes en la muestra (82,5%). Los pacientes cirróticos fueron un 30% de la muestra. Del total de pacientes, un 67,5% presentaron un foco infeccioso. Los focos infecciosos que predominaron fueron respiratorio y urinario, seguidos por Infección de piel y partes blandas (7,5%), PBE (12,5%). Nos encontramos con dificultades en rescates bacteriológicos. A diferencia de la bibliografía las HDA más frecuentes internadas fueron no varicial.

IC-07-02 // COLESTEROL NO-HDL EN PERSONAS CON DIABETES TIPO 2: ¿UNA META TERAPÉUTICA EN LA PRÁCTICA HABITUAL?

LÓPEZ GONZÁLEZ, E.; LUONGO, A.; HOUSSAY, S.; MILRAD, S.; RUIZ, M.; VARELA, M.; GARCIA, A.; FRADYIII, G.

Sociedad Argentina De Diabetes. Capital Federal, Argentina.

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de morbimortalidad en personas con Diabetes. El colesterol no-HDL (no-HDL-C) debe ser evaluado en esta población pues representa la suma de las lipoproteínas aterogénicas. Considerado de valor predictivo de aterosclerosis y eventos cardiovasculares. Nuestro Objetivo fue: Determinar el porcentaje de personas con DMT2 que logra el objetivo de no-HDL-C <130 mg/dl. Evaluar los factores que influyen en el de logro de meta de no-HDL-C

Materiales y Métodos: Estudio multicéntrico, descriptivo, observacional de corte transversal, en 28 centros de Argentina (Grupo de investigación en Factores de Riesgo Asociados a la Diabetes y Cardiovasculares: FRADYIC III), año 2018. Se evaluó examen físico, laboratorio y tratamiento de la dislipidemia en la práctica habitual. Se incluyó a personas con DMT2 de ambos sexos mayores de 18 años. Se realizó una selección aleatoria y sistemática del 1° y 3° paciente. Previo consentimiento informado y aprobado por un Comité de Ética y de Docencia e Investigación. El objetivo fue no-HDL-C <130 mg/dl y LDLc <100 mg/dl (criterios ESC y EASD). Evaluación de adherencia farmacológica con test de Morisky-Green-Levine. Se realizó análisis univariado y regresión logística múltiple de factores que se asocian con mayor logro de objetivos de tratamiento. Se consideró significativo todo valor de p<0.05 (2 colas) con el Software Intercooler STATA.

Análisis de los datos: 1329 personas con DMT2, sexo femenino 46.6%, edad media 61.9 ± 11.6 años, antigüedad de DMT2 9.6 ± 7.4 años, A1C media 7.0±1.4%, glucemia en ayunas 135.0 ± 40.4 mg/dl, Colesterol total 172.8±37.3 mg/dl, LDLc 96.9±34.3 mg/dl, HDLc 45.8±12.1 mg/dl, no-HDL-c 126.9±37.6 mg/dl, triglicéridos 155.6±92.7 mg/dl, IMC 31.7 ± 5.7 kg/m2, tabaquismo 11.6%, hipertensión arterial 81.0%, dislipidemia 81.4%, actividad física (>150 min/sem) 29.8%, número de consultas anuales 4.3 ± 2.3 vez/año, medicina prepagada 43.49%. Las complicaciones crónicas más frecuentes fueron enfermedad cardiovascular 37.2%, y neuropatía 19.1%. Tenían adherencia al tratamiento farmacológico 68.4%. Alcanzaron la meta de LDLc < 100 mg/dl el 57.6 %.

El 56.6% logro la meta de no-HDL-c <130 mg/dl, mientras que en tratados con hipolipemiantes el 73.4% (p<0.0001). Tratamiento de la dislipidemia: Con Estatinas 66.5%: Simvastatina 6.3% (mediana: 10 mg/día), Atorvastatina 35.3% (mediana: 20 mg/día), Rosuvastatina 24.9% (mediana: 10 mg/día). Con fibratos 13.1%, ezetimibe 8.7%, ácido nicotínico 0.2% y asociaciones farmacológicas 6%.

En el análisis de regresión logística múltiple: se asoció a logro de meta de no-HDL-c la mayor edad (OR:1.03, p<0.0001), el género masculino (OR:1.4 p<0.007). Se asoció al menor logro de meta los triglicéridos elevados (OR:0.4 p<0.0001) y la presencia de hipertensión arterial (OR:0.4, p<0.02).

Conclusiones: Observamos alta prevalencia de dislipidemia, el 56.6% del total alcanzó el objetivo de no-HDL-c y el 73.4% de los tratados con hipolipemiantes. Este objetivo fue alcanzado con mayor frecuencia en las personas de mayor edad, de género masculino; y con menor frecuencia en quienes tenían triglicéridos elevados e hipertensión arterial. El no-HDL-c debe ser incorporado en la práctica clínica en los objetivos de tratamiento para reducir el riesgo cardiovascular.

IC-13-01 // CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON NEUTROPENIA FEBRIL EN EL SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL HOSPITAL POLICIAL CHURRUCA-VISCA

ZAPATA, S.; MARTORELL, C.

Complejo Médico Pfa Churruca-Visca. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La fiebre durante la neutropenia inducida por quimioterapia es muchas veces el único indicador de infección severa, ya que los signos y síntomas de inflamación están atenuados. Se trata de una patología del piso de internación de difícil manejo y los médicos debemos estar al tanto de los riesgos, los métodos diagnósticos y los antibióticos/antifúngicos necesarios para enfrentar las infecciones.

Es debido a ello, que dentro del siguiente trabajo se recopilaron los datos de todos los pacientes neutropenicos que cursaron internación en servicio de clínica médica durante un año (2019) y se decidió comparar casos, evaluar nivel de neutropenia, causa de la misma, tratamiento realizado, rescates microbiológicos y evolución.

Materiales y Métodos: Objetivos: Describir el grado de neutropenia, el foco infeccioso, la etiología de la neutropenia, el tratamiento instaurado, la evolución y el rescate microbiológico.

MÉTODOS - DISEÑO:

Se realizó un estudio retrospectivo y observacional en los pacientes con Neutropenia febril, internados en el Servicio de Clínica Médica del Hospital Policial Churruca Visca, durante 12 (once) meses, desde enero 2019 a diciembre 2019. La recolección de datos se realizó a partir de las grillas diarias de pacientes internados en el Servicio de Clínica Médica con diagnóstico de neutropenia febril.

Para la obtención de la información se utilizaron las historias clínicas de los pacientes egresados y fallecidos, en una ficha elaborada previamente, consignándose los datos epidemiológicos (foco infeccioso, tratamiento instaurado, la evolución y el rescate microbiológico) así como los datos clínicos (grado de neutropenia, la etiología de la neutropenia).

Análisis de los datos: Resultados: La principal etiología de los pacientes que padecían neutropenia febril fue hematológica (49%), seguida por los tumores gastrointestinales (21%). Según el score MASCC se evidenció que el 56% presentaba un riesgo elevado (high score). Al momento de evaluar el foco infeccioso se evidenció que en su mayoría no se podía identificar (56%) y que cuando se logro identificar foco se evidenció un 13% de casos tanto respiratorios como gastrointestinales. El tratamiento que realizaron estos pacientes en su mayoría (18%) tratamiento con piperacilina-tazobactam o vancomicina. Al momento de evaluar la mortalidad, se evidenció que el 21% de los pacientes óbito debido a esta patología.

Conclusiones: Conclusiones. Las patologías oncológicas que se internaron en servicio de clínica presentaron un score de MASCC elevado, siendo las de origen hematológico son la principal causa de internación por neutropenia febril, sin poder evidenciar en la mayoría de ellas un foco claro de infección y prefiriéndose el tratamiento con vancomicina y piperacilina tazobactam. Dentro de estas interacciones durante el periodo evaluado se evidenció un bajo nivel de mortalidad.

IC-13-02 // IMPACTO DEL USO DE RIVAROXABÁN EN LA DURACIÓN DE LA INTERNACIÓN DE PACIENTES TRATADOS POR TROMBOEMBOLISMO VENOSO AGUDO EN UN PAÍS DE BAJOS INGRESOS

FILI HIDALGO, S.; GÁNDARA, E.; BOIETTI, B.; PEUCHOT, V.; TABARES, A.; VÁZQUEZ, F.
Hospital Privado De Comunidad. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los anticoagulantes orales directos (DOACS), como el rivaroxabán, son la recomendación actual para el tratamiento de la enfermedad tromboembólica venosa (ETV) no asociada a cáncer, ya que son tan efectivos como la combinación de heparina de bajo peso molecular con antagonistas de la vitamina K (HBPM/AVK), son fáciles de usar y posibilitan su empleo ambulatorio y la reducción de los costos de salud. Debido a la escasa información sobre su uso en países de bajos recursos como Argentina, realizamos el siguiente estudio con el objetivo de evaluar el impacto del uso de rivaroxabán en pacientes tratados por ETV y su implicancia en recursos de salud.

Materiales y Métodos: Planteamos un estudio observacional retrospectivo, con variables recolectadas de historias clínicas electrónicas de tres hospitales argentinos: Hospital Privado de Comunidad en Mar del Plata, Hospital Italiano de Buenos Aires y Hospital Privado Universitario de Córdoba. Comparamos dos cohortes de pacientes tratados por ETV: la primera tratados con HBPM/AVK y la segunda con rivaroxabán.

El objetivo primario fue determinar si el rivaroxabán reduce los días de hospitalización, y si aumenta el número de pacientes con tratamiento ambulatorio. El objetivo secundario fue la aparición de eventos como ETV recurrente, sangrado mayor y muerte. También reunimos datos sobre visitas en consultorio, servicio de emergencias y readmisiones por eventos asociados con ETV o su tratamiento.

Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico objetivo y principal de trombosis venosa profunda de miembros inferiores o tromboembolismo de pulmón, sin contraindicaciones para rivaroxabán, con al menos 90 días de tratamiento y seguimiento en alguno de los tres hospitales.

Se excluyeron pacientes con ETV durante una internación por otra causa, con contraindicaciones para rivaroxabán, cáncer avanzado, trombosis de sitio inusual, indicación de trombólisis y embarazadas.

Análisis de los datos: La muestra consistió en 184 pacientes (91 tratados con HBPM/AVK y 93 con rivaroxabán), que no presentaron diferencias significativas en sus características (tabla 1).

El promedio de duración de la hospitalización fue significativamente más corto en los pacientes tratados con rivaroxabán 1.17 días (DE 0,9), comparado con 4,65 días (DE 2,4) en los pacientes con HBPM/AVK ($p = 0,00001$). Además, en los pacientes con rivaroxabán se logró mayor porcentaje de tratamiento ambulatorio (47,3%; 95% IC 22,2-35,1) que en los que recibieron HBPM/AVK (8,79%; 95% IC 4,1-16), RR 5,3 (95% IC 2,6-3,7); $p = 0,00001$.

El número de eventos mayores no tuvo diferencias significativas entre las dos cohortes (tabla 1).

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que en un país de bajos ingresos como el nuestro, los pacientes tratados con rivaroxabán tienen menos días de hospitalización y más probabilidades de tratamiento ambulatorio, en comparación con aquellos tratados con HBPM/AVK. Estos resultados son consistentes con los estudios clínicos randomizados, en los que esta población no está representada.

IC-16-02 // CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN UN CENTRO PRIVADO. ASUNCIÓN- PARAGUAY

CABRERA ROMAN, O.; MONGELOS ORTIZ, A.; ALDERETE, H.; ELIZECHE, C.; FLEITAS, R.; GAHETE POLETTI, E.; OVANDO, M.
Sanatorio Migone Batillana. Asunción, Paraguay.

Introducción: Las infecciones de vías urinarias son patologías muy frecuentes y son causas del incremento de la morbilidad tanto en el hospital como en la comunidad, conocer los principales gérmenes aislados, así como los patrones de resistencia permite determinar, la variación que existe entre las diferentes especies bacterianas y orientar el inicio empírico de antibióticos con mayores elementos de acierto.

Objetivo: Describir las características clínicas y microbiológicas de infección de vías urinarias en un centro privado de Asunción- Paraguay.

Materiales y Métodos: Estudio, descriptivo, transversal, retrospectivo, se incluyó a todos los pacientes con urocultivos positivos atendidos en el Sanatorio Migone de enero 2018 a enero 2019, los datos fueron expresados en frecuencias, porcentajes, promedio, desviación estándar.

Análisis de los datos: Se incluyó a 524 pacientes, la media de edad fue $56,4 \pm 9,7$ años, 86,3% femenino. 94,5% fue procedente de la zona urbana. Del total de los individuos estudiados presentaron un 59,1% tenesmo vesical, 23,8% disuria, 16,9% polaquiuria. Mientras que 72,5% de las mujeres presentaron tenesmo vesical, 69,5% de los varones presentaron disuria como síntomas prevalentes. Como factores de riesgos más frecuentes el 57,2% fueron hipertensos, 33,6% diabéticos y un 32,0% cursó cuadro previo de infecciones de vías urinarias. De los gérmenes aislados 68,8% fue *Escherichia Coli*, 9,8% *Escherichia Coli BLEE*, 6,5% *Klebsiella Pneumoniae*, 3,2% *Klebsiella Pneumoniae BLEE*, 6,5% *Proteus Mirabilis*, 3,2% *Estafilococo Saprophyticus*, 2,3% *Estafilococo coagulasa negativa*. De los casos atendidos el 91,6% (480/524) recibieron de forma inicial y empírica ciprofloxacina, de los cuales 19,7% fueron resistentes.

Conclusiones: El motivo de consulta prevalente fue el tenesmo vesical, con mayor proporción de sexo femenino, el germen más frecuente fue la *Escherichia Coli*, sensible a betalactamasas. Nuestros hallazgos muestran una alta resistencia a Ampicilina y Norfloxacina, antimicrobianos ampliamente utilizados en el inicio del tratamiento empírico en las infecciones de vías urinarias. En base a nuestra investigación consideramos necesario hacer una revisión de las guías para tratamiento empírico de Infección de Vías Urinarias de tal forma que sea más acertada la opción elegida en vista al control de prescripción de antibioticoterapia.

IC-16-01 // COMORBILIDADES PREVALENTES COMO FACTORES DE RIESGO EN PACIENTES INTERNADOS POR COVID-19 EN UN CENTRO HOSPITALARIO DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE ASUNCIÓN, PARAGUAY

CABRERA ROMAN, O.; FLEITAS, R.; OVANDO, M.; MONGELOS ORTIZ, A.; ELIZECHE, C.; VARGAS ARGUELLO, J.; GAHETE POLETTI, E.
Sanatorio Migone Batillana. Asunción, Paraguay.

Introducción: A fines de 2019, se identificó un nuevo coronavirus como la causa de un grupo de casos de neumonía en la ciudad de Wuhan, China, ocasionando un crecimiento de casos en todo el mundo. En febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud designó la enfermedad COVID-19, provocado por el virus SARS-CoV-2 (síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2).

Una enfermedad grave puede ocurrir en individuos de cualquier edad, predominantemente en adultos de edad avanzada o comorbilidades médicas subyacentes. Ciertas características demográficas también se han asociado con enfermedades más graves. Los varones han representado un número desproporcionadamente alto de muertes en cohortes de China, Italia, Dinamarca y Estados Unidos. En un informe de 355 pacientes que murieron con COVID-19 en Italia, el número medio de comorbilidades preexistentes fue de 2,7 y solo 3 pacientes no tenían ninguna enfermedad subyacente.

Los primeros casos registrados en nuestro país fueron a inicios de marzo, donde la transmisión fue tomando crecimiento afectando a diversos grupos los cuales incluso requirieron internación según gravedad y antecedentes médicos e instalándose en nuestro medio hasta la fecha.

Objetivo: Determinar las comorbilidades prevalentes como factores de riesgo en pacientes internados por COVID-19 en un centro hospitalario de alta complejidad de la ciudad de Asunción, Paraguay

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo con componente analítico de corte transversal. Fueron estudiados un total 24 pacientes durante el mes de marzo a agosto de 2020, siendo excluidos menores de 18 años o test por RT-PCR negativos. El tipo de muestreo fue no probabilístico de casos consecutivos. Se ejecutó la recolección de datos clínicos y laborales. El estudio estadístico se realizó con Epi Info, versión 7, utilizando estadística descriptiva y analítica con t de Student para las variables cuantitativas y test Chi2 para las cualitativas con in IC de 95%. Análisis de los datos: Se estudiaron 24 individuos internados con edad media de 62 años y desviación estándar de 16,7, una mínima de 18 y máxima de 92 años, siendo masculino el 54,1%.

Al agrupar bajo rango etario, fueron mayoritariamente entre 60 a 89 años. Con respecto a las comorbilidades subyacentes, prevalecieron la Hipertensión arterial, la obesidad y la diabetes siendo 70,8%, 29,1% y 20,8% respectivamente. Cabe resaltar que, entre estos, la obesidad es un factor que no guarda relación con la edad.

Conclusiones: Se encontró una alta prevalencia de internados de adultos mayores que coinciden con los registros regionales siendo predominantemente masculinos.

La comorbilidad con mayor frecuencia fue la hipertensión, la cual podría estar relacionada como factor de riesgo importante a la gravedad de los individuos estudiados guardando estrecha relación con el síndrome metabólico, teniendo en cuenta también los otros antecedentes patológicos hallados que influyeron en el criterio de internación.

IC-16-03 // ESTUDIO DESCRIPTIVO DE PACIENTES COVID-19 EN UN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA

DEL VALLE, J.; LENTA, M.; LAMPONI TAPPATÁ, L.; AYMAR, M.; BIAGGIONI, M.; MARUENDA, M.; ORTEGA, V.; PRINCIPE, G.
Hospital Municipal De Agudos Leónidas Lucero. Bahía Blanca, Argentina.

Introducción: En diciembre del año 2019, la ciudad de Wuhan en China, se convirtió en el centro de un brote de neumonía. Los científicos chinos aislaron un nuevo betacoronavirus (?severe acute respiratory syndrome coronavirus?, SARS-CoV-2) de estos pacientes. En Argentina, el 22 de enero de 2020 se emitió una alerta epidemiológica a causa de dicha enfermedad, denominada por la OMS como COVID-19.

El objetivo de este estudio es describir las características de un grupo de pacientes que se presentaron en el Hospital Municipal de la ciudad de Bahía Blanca durante el periodo comprendido entre el 01 de Abril - 31 de Agosto del corriente año.

Materiales y Métodos: Este es un estudio unicéntrico, observacional y descriptivo, de corte transversal. Se ingresaron 341 pacientes que cumplían con definición de caso sospechoso de COVID-19 (según los criterios definidos por el Ministerio de Salud de la Nación), de los cuales 67 fueron confirmados por hisopado nasofaríngeo con técnica de PCR. Se obtuvieron datos demográficos, comorbilidades, síntomas, signos, resultados del laboratorio y estudios por imágenes realizados durante la internación.

Análisis de los datos: La edad media fue de 56,2 años, con un rango de 21 a 95 años, predominio de sexo masculino en 60% de los casos (40 pacientes). Un total de 50 pacientes (74,6%) presentaron comorbilidades, las más frecuentes fueron hipertensión arterial en 23 (34,3%), obesidad en 19 (28,3%), tabaquismo en 15 (22,3%), y diabetes mellitus en 14 (20,8%). La tos fue el síntoma más frecuente, presente en 46 casos (68,6%), seguida por disnea en 32 (47,7%) y fiebre en 27 (40,2%). Otros síntomas fueron mialgias en 24 pacientes (35,8%), odinofagia en 17 (25,3%), disgeusia en 14 (20,8%), cefalea en 13 (19,4%) y anosmia en 10 (14,9%). Como hallazgos de laboratorio, lo más prevalente fue elevación de PCR en 40/51 pacientes (78,4%), LDH en 22/43 (51,1%), alteración del hepatograma en 17/53 (32%) y linfopenia en 15/49 (30%). Los pacientes que requirieron oxigenoterapia fueron 38 (56%), 12 ingresaron a Unidad de Cuidados Intensivos (18%), y 10 (14,9%) fallecieron.

Conclusiones: Nos encontramos ante una pandemia por COVID-19, con el consiguiente impacto que esto conlleva sobre el sistema de salud y la calidad de vida de la sociedad, por lo cual, consideramos de fundamental importancia el análisis de las características de dicha enfermedad. El presente estudio ha arrojado resultados similares a los reportados en la bibliografía, con una tasa de mortalidad mayor que en la población general que podría deberse a la gravedad intrínseca de los pacientes que se internaron. La definición de caso sospechoso, al igual que los criterios de internación, fueron variando a lo largo del periodo comprendido en el estudio, lo cual puede haber generado sesgos en los resultados finales. Serán necesarios estudios poblacionales de mayor tamaño para determinar la significancia estadística y la asociación de los hallazgos realizados.

IC-16-04 // CARACTERÍSTICAS Y PRONÓSTICO DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS CON INFECCIÓN LEVE Y MODERADA POR COVID-19. INFORME DE UNA COHORTE PROSPECTIVA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES, ARGENTINA.

PARODI, M.; RAGUSA, M.; AMETLLA, Y.; PAULIN, F.; DOS SANTOS, R.; DOS SANTOS, R.
Hospital Fernandez. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El 3 de marzo de 2020 se confirmó el primer caso de COVID-19 en Argentina. La mayoría de los pacientes tiene un curso clínico leve, mientras que una proporción de pacientes muestra un rápido deterioro hacia una enfermedad grave.

Materiales y Métodos: Este estudio es una cohorte prospectiva, de un solo centro.

Objetivo principal: Describir las características clínicas y evolución de los pacientes con infección leve y moderada por COVID-19 ingresados en el Hospital Fernández.

Objetivo secundario: Comparar las características clínicas y paraclínicas de pacientes hospitalizados estables con progresión de la enfermedad.

Se incluyeron todos los pacientes adultos con prueba de RT-PCR positiva para SARS-CoV2, y enfermedad leve o moderada, entre el 16 de marzo y el 26 de junio de 2020, ingresados en una sala general del Hospital Fernández. Los datos epidemiológicos, demográficos, clínicos y para clínicos se obtuvieron de las historias clínicas de los pacientes y del médico en la consulta desde el ingreso hasta el 20 de julio de 2020. Consideramos la progresión a enfermedad grave / neumonía grave como desenlace clínico relevante.

Análisis de los datos: Se incluyó en el estudio a un total de 243 individuos con enfermedad leve o moderada con pruebas de RT-PCR positivas para el SARS-CoV-2. La mediana de la estancia hospitalaria desde el ingreso hasta el alta fue de 9 días (IQR 5-12). Durante la hospitalización 21 pacientes (8,64%) desarrollaron criterios de gravedad y el 43% presentaba comorbilidades. No falleció ningún paciente. Los pacientes que se deterioraron durante su estancia hospitalaria y desarrollaron enfermedad grave eran mayores y tenían mayor temperatura, frecuencia respiratoria, frecuencia cardíaca y puntaje del score de NEWS (News early warning score) al ingreso, en comparación con los pacientes que no progresaron. La glucemia elevada, la proteína C reactiva, la lactato deshidrogenasa, la glucemia y el índice de recuento de neutrófilos/linfocitos (NLR), así como un menor recuento absoluto de linfocitos al ingreso fueron más frecuentes de forma significativa, en los pacientes que tenían progresión a enfermedad grave.

Conclusiones: Nuestra cohorte describe la evolución de los pacientes con COVID-19 leve-moderado durante la hospitalización, de ellos un 8,46% presentó progresión a enfermedad grave y ningún individuo falleció durante el seguimiento. De la misma forma, los factores pronósticos y de progresión descritos en la literatura se distribuyen de forma asimétrica y significativa entre los pacientes en los que la enfermedad progresó y los que no.

IC-16-06 // PREVALENCIA DE COMORBILIDADES Y SU IMPACTO EN EL MANEJO DEL PACIENTE CON COVID-19 EN LA SALA DE CLÍNICA MÉDICA DEL HIGA LUISA C. DE GANDULFO.

GRASSANO, A.; HINOJOSA NOGALES, C.; CARDUS, G.; CARRERAS CAFORA, P.; PIÑERO, O.; MAUTONE, P.; LYSHOLM, N.
Higa Luisa C. De Gandulfo. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El 31 de diciembre de 2019 las autoridades sanitarias de la ciudad de Wuhan, China, notificaron la presencia de alrededor de 30 casos de neumonía cuya etiología era desconocida. En menos de tres meses, el virus causal se distribuyó mundialmente. Genéticamente se agrupa dentro del género Betacoronavir. La fuente probable de la infección es de origen animal y, según estudios filogenéticos el reservorio del virus es el murciélago. El SARS-CoV-2 ha conseguido adaptarse con éxito en la especie humana para transmitirse de forma efectiva de persona a persona a través de las gotas respiratorias, las manos o los fómitem contaminados.

El periodo de incubación observado oscila entre 0 y 24 días, con una media de 5 a 6 días. La transmisión se puede producir desde 1 a 2 días antes del inicio de los síntomas hasta 5 o 6 días después. La mayoría de los pacientes presentan fiebre, tos y fatiga. Todavía no se conoce con seguridad ni la patogenicidad ni la virulencia de la cepa. Tampoco el modo de transmisión animal-humano del SARS-CoV-2.

Materiales y Métodos: Se realizó un trabajo de tipo observacional, transversal y retrospectivo, con datos obtenidos a partir de historias clínicas de pacientes con hisopado oro y nasofaríngeo positivo para SarsCov2 a través de RT PCR e historias clínicas de aquellos que con hisopado negativo presentaron alta sospecha clínica (considerándose la epidemiología del paciente, la clínica y los estudios complementarios compatibles con infección por SarsCov2). La muestra evaluada corresponde a pacientes internados en la sala de clínica médica del HIGA Luisa C. de Gandulfo, de Lomas de Zamora, provincia de Buenos Aires, en el periodo desde 01/08/2020 hasta el 22/08/2020

Análisis de los datos: Con respecto a los pacientes evaluados el 56% presentaba entre 45 y 64 años, el 67% no presentaba ningún tipo de cobertura médica. Del total, el 52% permaneció internado menos de 7 días. El 63% correspondía al sexo masculino y el 85% vivía en Lomas de Zamora.

Al momento del ingreso al servicio de emergencias, el 76% presentaba disnea y dentro de éste último valor, el 70% ingresó con PAFI menor a 200.

La comorbilidad más prevalente fue la hipertensión (36,6%), seguida de la diabetes (30,9%) y el tabaquismo (19,7%). El 21,1% no refirió antecedentes de factores de riesgos, mientras que el 69,3% refirió más de un factor de riesgo al momento del ingreso.

Los casos graves representaron el 40%, de este total, el 18% se trasladó a unidad cerrada y el 22% falleció.

Conclusiones: Entre los casos confirmados por RT PCR para SarsCov2 y aquellos que se incluyeron por alta sospecha (con hisopado negativo pero con epidemiología, clínica e imagen compatible), se evidenció que los pacientes con cualquier comorbilidad evolucionaron con peores resultados clínicos que aquellos que no tenían factores de riesgo. Se evidenció también que a mayor número de comorbilidades, más desfavorable fue la evolución requiriendo en estos casos pase a unidad cerrada o intercurriendo con paro cardiorespiratorio y muerte

IC-16-05 // MANEJO INICIAL DE LA SEPSIS Y EL SHOCK SÉPTICO EN ADULTOS. EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA A LA GUÍA DE PRÁCTICA CLÍNICA HOSPITALARIA

ASINER, M.; CERDA, M.; INDA, J.; ASSANELLI, J.; MONTERO, A.; COCCONI, A.; MUÑOZ, C.
Hospital Provincial De Neuquen. Castro Rendon. Neuquén, Argentina.

Introducción: La sepsis tiene alta prevalencia, siendo una de las principales causas de muerte a nivel global. Los datos disponibles de la provincia de Neuquén, validan esta afirmación. En el Hospital Provincial Neuquén (HPN), en 2015 se publicó la Guía de Práctica Clínica (GPC) "Manejo Inicial de la Sepsis Severa y Shock Séptico en adultos", para optimizar el abordaje oportuno. En 2018 la "Campana Sobreviviendo a la sepsis" (CSS) publicó una actualización del paquete de medidas para la 1ra hora de atención. Estas medidas no difieren sustancialmente de las propuestas por la GPC - HPN. Se diseñó el presente estudio para evaluar la adherencia dentro del HPN a la GPC 2015.

Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo, observacional. Para evaluar la adherencia a la GPC, se analizó el abordaje inicial de los episodios de sepsis en pacientes adultos que fueron hemocultivados en los servicios: Emergencias Médicas, Clínica Médica, Traumatología, Clínica Quirúrgica y Gineco-obstetricia, entre julio y octubre 2019. Fuente de datos: archivo de historias clínicas, historias clínicas digitales, registros de guardia, base de datos de laboratorio.

Análisis de los datos: De un listado inicial de 225 hemocultivos, 138 pacientes reunieron los **Criterios de Inclusión:** La adherencia global a la GPC - HPN 2015 fue del 14,5%. De los 138 pacientes, 20 (14,5%) recibieron ATB en la primera hora (T0), otros 20 (14,5%) en las primeras 3 hs (T1) y 92 (71%) pasado este tiempo (T2). La mortalidad global por todas las causas fue del 10,69%. Dentro del grupo que se inició ATB en T0 la mortalidad fue del 5,26%, en T1 fue de 11,1% y en T2 fue del 11,7%. Esto arroja un Odds Ratio (OR) para T0 respecto a T2 de 0,41 (IC 95% 0,05 - 3,4; P: 0,41) y de T0 + T1 respecto a T2 de 0,64 (IC 95% 0,16 - 2,4; P 0,51). La mortalidad fue significativamente mayor en el subgrupo con categoría de comorbilidad "severa" o "muy severa" con un OR de 6,76 (IC 95% 1,44 to 31,56; P: 0,01).

Conclusiones: Este estudio mostró una alta variabilidad en la atención inicial de pacientes con sospecha de sepsis en las unidades analizadas del HPN. La adherencia a la GPC 2015 fue baja, en una magnitud no inferior a la observada en paquetes de medidas de la CSS tras programas para aumentar el cumplimiento. Las comorbilidades fueron un determinante de la mortalidad, destacándose la importancia de la celeridad en la atención de pacientes con múltiples comorbilidades ante la sospecha de sepsis. Es necesario implementar medidas hospitalarias que promuevan la adherencia al paquete de medidas.

IC-16-07 // RELACIÓN ENTRE EL ANTECEDENTE DE SINUSITIS CRÓNICA Y LA MENOR PROBABILIDAD DE DESARROLLAR FORMAS NEUMÓNICAS POR COVID-19, OBSERVADA EN EL HIGA PRESIDENTE PERÓN EN 2020: UN CAMINO A LA PROFILAXIS

MASCI, M.; ROMANI, A.; ELIZALDE, J.; LOPEZ ALEGRE, H.; BURMAN, M.; MIGAZZI, C.; VAELO, L.; MALDONADO, V.
Hospital Presidente Peron De Avellaneda. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El fin de este trabajo es dilucidar la relación entre el antecedente de sinusitis crónica y la menor posibilidad de desarrollar formas neumónicas por Covid-19. Además, se busca establecer mediante la información obtenida, una nueva estrategia de prevención para el desarrollo de formas neumónicas por coronavirus y así evitar la saturación del sistema de salud.

Materiales y Métodos: Se trata de un estudio cualitativo, analítico, observacional, de cohortes (expuestos al antecedente de sinusitis crónica versus no expuestos) y retrospectivo. **Criterios de Inclusión:** pacientes con PCR positiva para SARS-COV 2, de entre 15 y 65 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia (excepto la presencia de sinusitis crónica en el grupo de expuestos), con neumonía solo atribuible a SARS-COV 2 (en el grupo de no expuestos) de abril a octubre de 2020. El muestreo fue de tipo probabilístico estratificado: Se tomó igual número de expuestos (Grupo A) y no expuestos (Grupo B), siendo dicho número de 72 para cada grupo (N total: 144 pacientes estudiados).

Análisis de los datos: Comparando ambos grupos, se encuentra que la presencia de neumonía fue más frecuente en el grupo B (no expuestos al antecedente de sinusitis crónica) con un 38,90% (n=28) que en el A (expuestos) con una incidencia del 2,77% (n=2). La edad promedio de pacientes con neumonía en el grupo A fue de 54 años, mientras que en el grupo B fue de 48 años. En el grupo A la tasa de internación fue del 6,94% (n= 5) y en el B de 38,46% (N=30). Mientras que la tasa de letalidad fue del 0% en el grupo A, y de 4,16% (n=4) en el grupo B. En el grupo A se indicó tratamiento antibiótico empírico en el 4,16% (n=3) y en el B se indicó en 38,90% (n=28). El requerimiento de oxígeno y la necesidad de ingreso a Unidad de Terapia Intensiva (UTI) fueron de un 0% en el grupo A; pero en el grupo B requirieron oxígeno el 23,61% (n=17) e ingresaron a UTI el 9,72% (n=7).

Conclusiones: El antecedente de sinusitis crónica parece cumplir un efecto favorecedor en el curso de la enfermedad por COVID-19, mostrando menor incidencia de formas neumónicas, menor morbilidad, menos internaciones y un menor ingreso a UTI. El uso de carragenina intranasal, al ser un polisacárido que polimeriza, puede imitar el efecto mecánico y diferencia de cargas que producen el moco y la inflamación de la sinusitis crónica, contribuyendo así a prevenir las formas neumónicas en los pacientes contagiados de Covid 19; por lo que debería plantearse su uso no tanto para prevenir el contagio de Covid-19, sino más bien para evitar la progresión a neumonía en la población más susceptible al contagio.

IC-16-08 // ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE PACIENTES CON COVID-19 EN EL HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES

AVILÁN, E.; ROSSI, F.; TORRES, D.; DE LA ROSA, S.
Hospital Español De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción: La COVID19 es uno de los mayores desafíos de la medicina en la actualidad y sigue siendo investigada con el fin de obtener evidencia científica que permita su tratamiento y erradicación. Por ello, la recopilación de datos es fundamental para el desarrollo de estudios que sirvan como fuente para analizar el virus y su evolución y así, implementar esquemas de prevención, diagnóstico y tratamiento oportunos. Las instituciones de salud, aliadas con organismos internacionales, han activado severos protocolos de prevención y han dispuesto los mayores esfuerzos para tratar la enfermedad, mientras se espera la vacuna.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo, transversal y de tipo retrospectivo. Muestreo por conveniencia no probabilístico por datos obtenidos de la historia clínica de pacientes con COVID19 internados en el servicio de Medicina Interna del Hospital Español de Buenos Aires, del 4 de marzo de 2020 hasta el 2 de septiembre de 2020. Los datos se analizaron mediante Microsoft Excel Office y se realizaron gráficos de barras y por sectores. Análisis de los datos: Se encontró que de los pacientes con COVID-19 internados la mayoría se encontraban entre los 65 y 95 años (83,7%), con una media de 76,7 y una mediana de 78, con predominio de mujeres. La mayoría de los casos correspondieron a diabetes mellitus en un 16,7% e hipertensos 55,6%. Los marcadores inflamatorios en la población estudiada fueron elevados, siendo de mayor importancia la leucocitosis, la PCR, la ferritina y la LDH, con una mayor relevancia en los pacientes que obitaron.

El 33% de los pacientes requirieron oxígeno suplementario desde su ingreso y menos del 1% ingresó unidad cerrada. En cuanto al tratamiento, el uso de corticoide fue escaso, solo el 20,5%. Se observó un uso indiscriminado de la antibioterapia siendo de 78,5% siendo el esquema más usado Ceftriaxona y Azitromicina en el 85% de estos.

De los pacientes positivos para COVID19 ingresado a nuestro hospital 43% fallecieron, de los cuales 62% fueron mujeres, 60% hipertensos y 80,5% con status performance III y IV. De estos, aproximadamente el 60% requirió oxígeno suplementario y el 88% antibioterapia.

Conclusiones: Se ha evidenciado en nuestro estudio que los adultos mayores y pacientes con factores de riesgo cardiovasculares tienen una mayor tasa de complicaciones y letalidad durante su enfermedad por COVID19.

La saturación de oxígeno es un parámetro que nos alerta acerca del potencial riesgo de complicaciones del paciente a corto plazo. Los marcadores de gravedad aunque no son específicos de la enfermedad, son orientativos y nos ayudan a un mejor y temprano enfoque terapéutico según la complejidad de cada paciente.

Si bien existen preocupaciones respecto a sobreinfecciones respiratorias en medio del cuadro viral pulmonar, se debe tener precaución con el uso indiscriminado de antibióticos debido a los efectos a largo plazo en cuanto a resistencia bacteriana, a excepción de aquellos considerados neumonía grave o neumonía bacteriana agregada.

IC-22-02 // ASOCIACION DE ENFERMEDAD RENAL CRONICA COMO FACTOR DE RIESGO VASCULAR EN ACV

CHAVEZ CHOQUE, O.; ZAPATA, S.
Complejo Médico Pfa Churruca-Visca. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El ACV (accidente cerebrovascular) es la principal causa de discapacidad y 4ta causa de muerte en países en desarrollo. Acorde a los resultados preliminares de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo 2018, se registró 60% de obesidad, 40% HTA (hipertensión arterial), 30% de hipercolesterolemia. En el presente trabajo, se buscó la asociación de Enfermedad Renal crónica como factor de riesgo cerebro-vascular. Existe en nuestro país una prevalencia de 10-12% de enfermedad renal en nuestra población. Objetivo general: Determinar asociación de enfermedad renal crónica con eventos neurovasculares, ingresados en nuestro servicio en el año 2019.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, observacional y transversal. Del universo de 3616 pacientes, ingresados en el periodo de 12 meses del año 2019, se incluyeron en el estudio 373 ptes, con diagnóstico de ingreso de cuadro neurológico (ACV, AIT, HIP). Se recolectó los datos de la historia clínica de ingreso y epicrisis de los pacientes, de las planillas de seguimiento y del registro en el Sistema Operativo Informatizado Ángel, existente en el Hospital. Se recabaron factores de riesgo cardiovascular, valores de creatinina, cálculo de clearance para estadificación de insuficiencia renal crónica. El análisis de datos se realizó con el programa EpiInfo.

Análisis de los datos: Del universo de 3616 pacientes ingresados en el Servicio de Clínica Médica, de los cuales 373 pacientes ingresaron con patología neurológica (ACV/AIT, HIP). La edad media de la población 72,5 años (DS 36,3). El 25% de los pacientes presentaban algún grado de enfermedad renal crónica (ERC) al ingreso. El factor de riesgo más importante fue la HTA con un 51% (n=188). 90 pacientes con evento neurológico y ERC, el 75,6% (N=68) fueron del sexo masculino. Dicho grupo presentó como factores de riesgo: HTA 87% (n=79), dislipemia 75,6% (n=68), Diabetes 39% (n=35), tabaquismo 38% (n=68), obesidad y sobrepeso 5,6% (n=5). De los pacientes con ERC, se estadificaron en estadio 3, 82 pacientes (89,9%), y mucho menos frecuente estadios más avanzados y terminales.

Conclusiones: La ERC es una entidad presente en un 25% de los eventos neurológicos que fueron estudiados. Si bien el factor de riesgo cardiovascular fue la HTA, coincidiendo con la encuesta nacional 2018, se determinó que no es menos importante la asociación de HTA y de ERC. La determinación de ERC en estadios tempranos debe ser diagnosticado, para proceder a un tratamiento a corto y largo plazo, implementando medidas de prevención secundaria y terciaria.

IC-22-01 // RENTABILIDAD DE LA EVALUACIÓN POR MICROSCOPIA DE SEDIMENTO URINARIO EN FRESCO POR UN CLINICO NEFROLOGO PARA EL DIAGNOSTICO DE ENFERMEDAD GLOMERULAR

FABRA, M.; RUIZ FREYRES, G.; SABATINO, J.; ARIAS, M.; BASABE, M.; FLECHA, J.; DOMINGUEZ, M.; FERRARIO, J.; ALUL, G.
Higa Gandulfo. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La microscopia urinaria es una herramienta diagnóstica utilizada frecuentemente por nefrólogos para evaluar la presencia o ausencia, etiología y respuesta al tratamiento de enfermedades urinarias.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y transversal en base al análisis por microscopia óptica con microscopio de luz Arcano del sedimento en fresco en pacientes derivados de consultorios externos de reumatología, nefrología y pacientes internados en sala de clínica médica del Hospital Interzonal de Agudos Luisa C. de Gandulfo de Lomas de Zamora, realizados entre enero de 2017 y noviembre de 2019.

Se solicitó a los pacientes que entreguen la segunda orina de la mañana. Centrifugamos las orinas de forma estandarizada y luego se extrajo por succión un volumen fijo de muestra sobrenadante para ser transferido a un portaobjeto.

Análisis de los datos: Se recolectaron 100 muestras, que incluyeron mujeres 72%, hombres 28%. La edad promedio fue de 46,5 años. Entre los motivos de estudio se encontraron: presencia de macrohematuria (40%), deterioro de la función renal (17%), proteinuria (11%), microhematuria y proteinuria (4%), lupus eritematoso sistémico (10%), glomerulopatías en estudio (7%), vasculitis (4%) y otras (7%).

Del total de las muestras, se observó que 61 pacientes tenían microhematuria (definida como más de 5 hematies por campo de 400x). De estos pacientes, 28 (46%) presentaban microhematuria previa, lo cual motivó el estudio.

Del total de los sedimentos con hematuria, 52 muestras (83%) presentaron más del 80% de glóbulos rojos dismórficos, 30 (49%) presentaron más del 2% de acantocitos, 10(16%) fueron negativos (menos de 80% de glóbulos rojos dismórficos). Se observó también la presencia de 2 sedimentos con menos de 5 hematies por campo pero con la presencia de acantocitos.

Conclusiones: Mediante la observación por microscopio del sedimento de orina en fresco, podemos valorar la morfología de los eritrocitos para poder discriminar el origen de la hematuria, diferenciando si la misma es glomerular y no glomerular, con una alta sensibilidad y especificidad, que en diferentes series llega hasta el 100%. En nuestro estudio encontramos un alto porcentaje de estudios positivos (83%) entre las muestras con hematuria definida como más de 5 eritrocitos por campo de 400x.

Entre las limitaciones de nuestro estudio, se encuentra el sesgo producido por la derivación de muestras desde los consultorios de reumatología y nefrología, con una alta tasa de enfermedades glomerulares. Sin embargo, creemos que es de gran importancia continuar con el estudio de las orinas en fresco y extenderlas a todo paciente con patología genitourinaria, dado que es un método diagnóstico sencillo, de bajo costo y de gran valor en la evaluación de la enfermedad renal en el trabajo diario del médico internista, y que lamentablemente se encuentra cada vez más en desuso.

IC-24-01 // ATAQUE CEREBROVASCULAR EN PACIENTES JÓVENES: FACTORES DE RIESGO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO DE UNA COHORTE ARGENTINA.

GONZALEZ, F.; PACIO, G.; BALA, M.; SAUCEDO, M.; BANDEO, L.; URIBE ROCA, C.; LEON CEJAS, L.; FERNANDEZ PARDAL, M.; REISIN, R.; BONARDO, P.
Hospital Británico De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El ataque cerebral (ACV) en adultos jóvenes comprende aproximadamente el 10% de todos los eventos cerebrovasculares. La información disponible sobre la evolución a largo plazo y la recurrencia de un nuevo evento vascular en esta población es limitada. Hasta el momento no hay estudios en nuestro país que hayan evaluado específicamente a esta población y su seguimiento. Nuestro objetivo fue examinar el riesgo de recurrencia a largo plazo de eventos cerebrovasculares luego de haber presentado un primer infarto cerebral en pacientes adultos jóvenes.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo, donde se incluyeron pacientes que presentaron un infarto cerebral en edades comprendidas entre 18 y 55 años, evaluados por el Servicio de Neurología del Hospital Británico de Buenos Aires, durante el periodo comprendido entre enero de 2005 a mayo de 2020. El muestreo fue no probabilístico consecutivo. El criterio de inclusión fue haber presentado un ACV isquémico entre los 18 y 55 años. Los criterios de exclusión fueron la presencia de: Hemorragia intracerebral, subaracnoidea o ACV isquémico debido a malignidad intracerebral, ataque isquémico transitorio (AIT). Los resultados principales previamente establecidos fueron la recurrencia de un ataque cerebrovascular, definida como la ocurrencia de cualquiera de los siguientes eventos: AIT, ACV isquémico o hemorrágico (definidos de manera similar a los eventos de referencia) y muerte.

Análisis de los datos: Se siguieron 90 pacientes durante una mediana de 19,5 meses (intervalo intercuartilo: 5,3 ? 68,2 meses). El 55,6 % (n=50) fueron pacientes de sexo masculino y la mediana de NIHSS al ingreso fue de 2 (rango intercuartilo: 1 ? 4,3). El 40,4 % (n=36) tenía antecedentes de hipertensión arterial, 30 pacientes (35,7 %) tenían dislipemia, un 16,9 % (n= 16) diabetes mellitus y 25,6 % (n= 23) pacientes tenían obesidad. El 12,5% (n=11) de los pacientes presentaron antecedentes de ACV / AIT previo. Se observó una tasa de incidencia de recurrencias de 6 personas/años por cada 1000 pacientes. En el análisis univariado observamos que las variables que se asociaron con mayor frecuencia a recurrencia de un nuevo evento cerebrovascular fueron la presencia de historia de ACV/AIT (OR: 9,57 - (IC 95%: 2,21 ? 41,37)) y obesidad (OR: 3,93 - (IC 95%: 1,11 ? 13,9)). Luego del ajuste, se observó que el antecedente de ACV/AIT previo fue el único factor que conservó una asociación estadísticamente significativa luego del ajuste con otras variables (OR: 8,66 - (IC 95%: 1,88 ? 39,86)).

Conclusiones: El antecedente de ACV / AIT fue el principal factor para predecir recurrencia. Las nuevas investigaciones tendrán que focalizarse principalmente sobre los elementos desencadenantes, los factores de riesgo específicos en grupos específicos y las causas genéticas, entre otras.

IC-26-01 // USO DE CORTICOIDES ENDOVENOSOS EN ALTAS DOSIS EN EL SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL COMPLEJO MÉDICO DE LA PFA CHURRUCA-VISCA Y SUS COMPLICACIONES.

ZAPATA, S.; RAGOZZINI, J.

Complejo Médico Pfa Churrucá-Visca. Capital Federal, Argentina.

Introducción: Esteroides sintéticos, derivado metilado de la prednisona, de acción intermedia (12 a 36 h) con actividad predominantemente glucocorticoide. Es unas cinco veces más potente que la hidrocortisona en cuanto a sus efectos antiinflamatorios, inmunosupresores y metabólicos. La administración de dosis suprafisiológicas de esteroides se han utilizado en diversas situaciones agudas, por ejemplo: cuando se busca una rápida inmunosupresión, un efecto antiinflamatorio o para controlar la exacerbación de una enfermedad primaria que compromete órganos vitales. Se prescriben en lupus eritematoso sistémico, pénfigo, síndrome nefrótico, artritis reumatoide y trasplante de órganos. La metilprednisona es la droga que con mayor frecuencia se administra en forma de pulsos endovenosos, por su potencia y vida media. Generalmente es un fármaco bien tolerado, pero se han descrito eventos adversos graves como infecciones, hiperglucemia, pancreatitis, psicosis aguda, hemorragia gastrointestinal, hepatotoxicidad e hipokalemia leve, moderada o severa con arritmias ventriculares y muerte súbita, asociándose a individuos con enfermedades cardiovasculares, hipertensión arterial. En este estudio retrospectivo se evaluó pacientes con requerimiento de inmunosupresión en su mayoría por exacerbación de una enfermedad preexistente o de reciente comienzo: Esclerosis Múltiple, Neuritis Óptica, Lupus Eritematoso Sistémico, Anemia Hemolítica, Vasculitis, Encefalitis Autoinmune, Glomerulonefritis, Colitis Ulcerosa, Miopatía Necrotizante, Enfermedad de Levis

Materiales y Métodos: **Objetivo:** Estudiar retrospectivamente y de forma observación al las características epidemiológicas de los pacientes internados en el servicio de clínica médica con requerimiento de uso de corticoides endovenosos en altas dosis en el Hospital Churrucá-Visca en un periodo de 9 meses. **Material y métodos:** Se estudiaron 22 pacientes (59% hombres y 41% mujeres) internados en el servicio de clínica médica con diversos diagnósticos con requerimiento de infusión a altas dosis de corticoides, en donde se evaluaron distribución por edad y sexo, etiología de enfermedad de base, motivos de internación, pronóstico.

Análisis de los datos: **Resultados:** Las causas de indicación para infusión de corticoides endovenosos fueron neurológicas incluyendo SNC y SNP (36.3%), Reumatológicas(22.7%), nefrológicas (9.2%), Oncohematológicas (13.6%) Gastroenterológicas (4.5%). Se observó un amplio grupo estrió del los pacientes evaluados entre 25 y 55 años. Los motivos para su internación fueron reagudización de enfermedad de base (68%) seguro de inicio de la enfermedad y/o tratamiento (31.8%), de los cuales un 36.4% presentó efectos adversos al tratamiento instaurado, mientras que un 54.5% requirió una mayor línea de tratamiento inmunológico.

Conclusiones: La mayor causa de interacción con requerimiento de corticoides endovenosos fueron neurológicas y reumatológicas, de las cuales en su mayoría requirieron una mayor línea terapéutica ya sea por efectos adversos o por poca efectividad.

IC-26-02 // ARTRALGIAS PERSISTENTES LUEGO DE INFECCIÓN POR VIRUS CHIKUNGUNYA

LLOVES SCHENONE, N.

Consultorio Particular. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El virus Chikungunya (CHIKV) es un virus ARN del género *Alfavirus*, familia *Togaviridae* que se transmite a través de mosquitos, siendo el *Aedes aegypti* el principal vector. Las artralgias son una de las manifestaciones clínicas más frecuentes, pudiéndose presentar luego de superada la infección aguda.

Materiales y Métodos: Revisión narrativa.

Análisis de los datos: Se ha descrito tanto la presencia de artralgias y artritis en la infección aguda por CHIKV como en una fase posterior a los 3 meses de contagio. En la fase aguda se ha reportado artritis hasta en un 70 % de los casos, la misma suele ser simétrica y poliarticular. La prevalencia informada de pacientes con artritis por CHIKV que progresan a una etapa crónica varía de 4.1 a 78.6%. Las rodillas, tobillos, codos, muñecas y articulaciones metacarpofalángicas son las articulaciones más frecuentemente comprometidas en la fase crónica. En un estudio llevado a cabo por Matthews y colab mostró una prevalencia de síntomas articulares crónicos del 25% después de una media de seguimiento de 20 meses. La presencia de artritis crónica posterior una infección por CHIKV es de aproximadamente al 14% según un meta-análisis publicado por Rodríguez-Morales y colab siendo factores como una edad mayor a 45 años y una carga viral elevada durante la fase aguda predictores de la misma. Dos publicaciones de Morrison y Sissoko y colab establecieron que el género femenino, el compromiso simétrico poliarticular y la osteoartritis eran factores de riesgo de progresión a enfermedad crónica. El mecanismo por el cual el CHIKV se induce la artritis crónica sigue bajo investigación. La hipótesis más aceptada sostiene que el virus se replicaría tanto en macrófagos como en tejido sinovial provocando una tormenta de citoquinas y una proliferación de células TH1 lo que perpetúa la respuesta inmune. Con respecto al desarrollo de Artritis Reumatoidea (AR) en pacientes luego de la infección por CHIKV, no hay a la fecha una postura definida. Existe consenso respecto a que la AR es la enfermedad reumática inflamatoria más frecuentemente encontrada en pacientes recuperados de CHIKV. Dos estudios publicados por Manimunda y Essackjee y colab respectivamente evidenciaron que entre un 5 y 36 % de los pacientes cumplieran criterios ACR 2010 para AR posterior a la infección viral luego de un seguimiento que varió entre los 10 a 27 meses. En lo que respecta a la positividad de marcadores serológicos Factor Reumatoideo (FR) y Anti CCP los resultados son contradictorios. Javelle y colab publicaron en 2015 una prevalencia de hasta un 30 % de positividad de al menos uno de los marcadores en pacientes recuperados de CHIKV, por otro lado Manimunda reportó solo un 5 % de positividad para anti CCP y 100 % de negatividad para FR.

Conclusiones: Las artralgias crónicas son una manifestación frecuente en gran número de pacientes recuperados de CHIKV. A la fecha no existe suficiente información acerca de la fisiopatología y del rol de virus en el desarrollo de una posterior artropatía inflamatoria.

IC-27-01 // AISLAMIENTO SOCIAL Y PREVENTIVO EN ADULTOS MAYORES Y ACCESO A LOS SERVICIOS DE SALUD: ESTUDIO CUALITATIVO

FRANCO, J.; BÁEZ, G.; DISCACCIATI, V.; GRANERO, M.; LOZA, C.; PISULA, R.; PIZZORNO SANTORO, X.;

SALAS APAZA, J.; VALVERDI, R.

Hospital Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Introducción: Luego de la llegada de la pandemia de COVID-19, se generó en nuestro país una reestructuración del sistema de salud. En este nuevo escenario, la accesibilidad al sistema se vio modificada para la población en general. En el caso de los adultos mayores este cambio fue más significativo.

Materiales y Métodos: Investigación con abordaje cualitativo exploratorio. Los participantes fueron adultos mayores de 60 años. Mediante un muestreo en bola de nieve, el equipo investigador contactó telefónicamente a los participantes para llevar a cabo la recolección de datos a través de una entrevista semiestructurada. Se trianguló el análisis de los hallazgos entre los investigadores con distinta formación académica (psicología, medicina y sociología). Se realizaron mapas conceptuales a través de los cuales se eligieron los ejes temáticos a abordar.

Análisis de los datos: Se entrevistaron 39 adultos mayores entre los meses de Abril y Julio de 2020. La edad promedio de los entrevistados fue de 73 años y 32 de ellos eran mujeres (82%).

La accesibilidad al sistema de salud se vio comprometida por la disminución de oferta de consultas presenciales, afectando los controles de salud, el diagnóstico y tratamiento tanto de enfermedades preexistentes como de las emergentes; y el acceso a la medicación crónica. Parte de esta problemática se intentó solucionar mediante tecnologías de la información y comunicación a través de recetas virtuales y teleconsultas. Sin embargo, esto representó una solución para algunos, pero un problema para otros adultos mayores que no tienen acceso y/o no saben utilizar estas tecnologías. Si bien se aumentó el número y oferta de algunos recursos sanitarios, no había información sobre cómo utilizarlos apropiadamente, y en esta incertidumbre se pudo detectar una utilización inapropiada de los recursos de salud. A diferencia de otras subpoblaciones, en los adultos mayores no hubo una disminución en las inmunizaciones, sino un aumento de las mismas.

Conclusiones: La pandemia de COVID-19 generó un nuevo escenario en el que se afectó la accesibilidad al sistema de salud, a expensas principalmente de un menor acceso a consultas de modalidad presencial. Las necesidades emergentes obligaron la aparición de nuevas estrategias de atención, que se centraron en su mayoría en las TICs. Esto, si bien significó una solución para muchos adultos mayores, también generó nuevos excluidos debido a la brecha tecnológica.

IC-27-02 // EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL SARS COV-2 EN EL SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL HOSPITAL ESPAÑOL DE BUENOS AIRES.

LAMBRANO DE LA OSSA, V.; ROYS, R.; DIFILIPPO, H.; CORDOBA, A.; DAVID GAMERO, Y.; RONALD, R.;

HEREDIA, A.; FUENTES RIVERA, E.; FLOREZ FIGUEROA, J.

Hospital Español De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción: Ante el inicio de la pandemia de COVID-19, los gobiernos, sistemas de salud e instituciones a nivel mundial, se vieron obligados a implementar diversas estrategias, con el objetivo de disminuir el impacto y proteger el personal lo máximo posible sin perjudicar la calidad de atención. Para evaluar el impacto de estos cambios acontecidos y determinar si las medidas tomadas fueron fructíferas, se realizó una encuesta de carácter anónima, con la participación del equipo de médicos del servicio de clínica médica del Hospital Español de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Estudio observacional descriptivo, realizado desde el inicio de la pandemia hasta el 24/08/2020. Los datos se recolectaron a través de una encuesta de carácter anónima, por medio de formulario Google con preguntas estipuladas para evaluar los objetivos, aplicada a la totalidad del personal médico del Servicio. Los valores estadísticos se evaluaron a través de planilla de cálculo Excel. Las definiciones de casos y sintomatologías se determinaron según los lineamientos del Ministerio de Salud de la Nación Argentina.

Análisis de los datos: El servicio de Clínica médica del Hospital español cuenta con 54 profesionales, de los cuales el 18,5 % corresponde a médicos especialistas en Medicina Interna acompañados por médicos en formación, quienes representan el 81,5% de los profesionales del servicio; 31.5 % son residentes de 1er año, 24.1 % residentes de 2do año, 13 % residentes de 3er año y 13 % residentes de 4to año.

El rango de edad de la mayoría se encuentra entre 31 y 40 años, representado el 55,3 % del total.

Los datos arrojan que el 72.2 % carece de comorbilidades, los restantes 27.8 % se reparte en DBT 3.7 %, inmunosupresión 1.9 %, asma 3.7% entre otras.

El 74.1% presta atención médica en internación general, 20.4% en guardia externa, 3.7% consultorios externos y 1.9% presta atención en UCP.

El 63% del personal se desempeña como profesional en otra institución distinta al Hospital Español.

El 75.9% estuvo desempeñándose en sectores COVID-19, y 31.5% contrajo la enfermedad.

Los síntomas predominantes que motivaron el estudio de PCR para llegar al diagnóstico, 37% tos seca, 33% fiebre y 40% no tubo síntomas.

El 33.3% del personal estuvo en contacto estrecho con paciente COVID 19 sin la protección adecuada.

Dentro de las dificultades para realiazar las actividades diarias se destacó el stress laboral con un 70.4%, el sistema informático obsoleto con un 64.8%, falta de recurso humano medico 42.6%, falta de personal administrativo 40.7%, falta de EPP 27.8% y 1.9% falta de conocimiento.

Conclusiones: La expansión de la atención es posible con el uso creativo del espacio, el personal y los suministros. Un factor importante para continuar con la prestación de servicio de salud es proteger al personal implicado en la atención, por ende, creemos que mantener las medidas estipuladas, brindaron la posibilidad de mantener asegurada la prestación de salud con un grupo de profesionales que estén sanos o en su defecto recuperados de enfermedad.

IC-28-01 // ACTORES DEL EQUIPO DE SALUD IMPLICADOS EN EL FIN DE LA VIDA. ¿CUALES SON SUS PERCEPCIONES, CREENCIAS Y CONDUCTAS?

VALDEZ, P.; SANTI, M.; VASTA, L.; MAGLIO, I.; PERAZZO, G.; ELISABE, D.; PARADISO, C.; PAYASLIAN, S.; CHERRO, A.; SANCHEZ, V.; ZYLBERMAN, M.; COMESAÑA, M.; GARCIA, D.; MAMANI, C.; DEL CERRO, E.; FERRARO, H.; DO PICO, J.; LUTHY, V.; MELANO, R.; ROJAS, L.; VALENTINI, R.; VILELA, A.
Sam. Caba, Argentina.

Introducción: El desarrollo vertiginoso de la medicina intensiva durante las últimas décadas con la incorporación de información y tecnología de avanzada, así como también una utilización de recursos inadecuada, plantea en las Unidades de Terapia Intensiva o Cuidados Intensivos (UTI) en Argentina problemas éticos y legales, en el momento de la toma de decisiones, de muy difícil manejo.

Con la hipótesis ¿Los profesionales que atienden a pacientes con enfermedad terminal o pacientes críticos con escasa chance de sobrevida tienen una disonancia entre los conceptos teóricos (sobre ética, muerte digna y aspectos afines) adquiridos durante su formación y las formas de actuar en dichas circunstancias?, se plantea la presente investigación con el objetivo de conocer percepciones, creencias y conductas de miembros del equipo de salud implicados en procesos del fin de la vida.

Materiales y Métodos: Se realizó una investigación cualitativa con entrevistas semi estructuradas a 20 actores (profesionales asistenciales de cuidados críticos, clínica médica, oncología, emergencias, trasplantes, salud mental, jefes de dichos servicios, presidentes de sociedades científicas, coordinadores de comités de ética y docentes de bioética de diferentes facultades de medicina) considerados informantes clave.

Análisis de los datos: El análisis de los resultados muestra como conclusiones que: la eutanasia tiene aceptación dividida, con argumentos sólidos para quienes están a favor. Las órdenes de no reanimar deben ser rediscutidas contextualizando la situación. Las acciones en el fin de la vida suelen ser inadecuadas, con falta de comunicación y de capacitación. Los accesos a cuidados paliativos son escasos en nuestro medio y no hay coincidencia acerca de si reducirían los pedidos de eutanasia. La ley de derechos de pacientes ha servido para instalar (transitoriamente) el tema en la sociedad, pero en esencia no hay nuevos conceptos. En pacientes con enfermedad avanzada deben limitarse los tratamientos. No debe mirarse la calidad de vida de otro con conceptos propios. El abordaje bioético es inadecuado en estudios de grado y posgrado según la mirada de los actores, y la investigación es escasa. La asignación de recursos debe planificarse, y cada decisión de urgencia genera tensión, debe existir una síntesis entre lo ético, el conocimiento médico y la gestión de salud. Debe haber fluida comunicación con los vínculos del paciente cercano al fin de vida.

Conclusiones: Se corrobora entonces la hipótesis sobre la disonancia entre los conceptos teóricos adquiridos durante la formación profesional y las formas de actuar en el fin de la vida.

IC-31-01 // ATAQUE AL PERSONAL DE LA SALUD DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 EN LATINOAMÉRICA

VALDEZ, P.; DE LA SERNA, M.; CAMERA, L.; IBÁÑEZ GUZMÁN, C.; MELGAR, F.; ABUABARA TURBAY, Y.; CARBALLO ZÁRATE, V.; ARAYA, C.; BETANCOURT TORRES, I.; MONTUFAR GUARDADO, R.; NITSCH, C.; BRAVO, C.; GUEVARRA, D.; BUSTILLO VALERIANO, P.; CARDENAS CEJUDO, A.; SARMIENTO, M.; BATISTA RUJANO, N.; JIMÉNEZ BAZZANO, M.; RODRIGUEZ HURTADO, D.; ARIAS, C.; VAUCHER, A.; DURAN, M.; HERNANDEZ AYAZO, H.; CARRASCO, S.
Sam. Caba, Argentina.

Introducción: En la actualidad los profesionales de la salud son el recurso más valioso con el que cuenta cada país para combatir la enfermedad COVID-19. Las tasas de contagio intrahospitalario son altas y ligadas al acto de atención sanitaria. Las medidas de protección por parte de los empleadores son fundamentales para el cuidado de los que cuidan.

Materiales y Métodos: El objeto de estudio estuvo representado por las agresiones al personal de salud en la pandemia. Se recabaron informes de hechos puntuales vinculados a ataque a personal de salud, publicado en informes periodísticos.

Análisis de los datos: Se han reportado 111 incidentes en diferentes países, hubo 4 países sin reportes. La situación de pánico generada por el temor a contraer o transmitir la enfermedad, siendo primeros respondedores en la línea de combate ante la pandemia, ha sido amplificada por varios factores.

Conclusiones: Cuestiones como presión psicológica, carga laboral, mediatización, aspectos judiciales, desprotección, falta de descanso, nuevos roles, discriminación y agresiones son algunas de las situaciones a las que se los profesionales se deben enfrentar.

IC-29-01 // ANÁLISIS DE GLUCOMETRÍAS BAJO LA MODALIDAD DE AUTOMONITOREO EN ESCALERA EN DMT2: VARIABILIDAD GLUCEMICA COMO FACTOR PRONÓSTICO DE HIPOGLUCEMIA.

PEREZ GUALDRON, C.
Universidad Nacional De Colombia. Bogotá, Colombia.

Introducción: Se define como variabilidad glucémica a las oscilaciones de la glucosa sanguínea en un periodo de 24 horas, en un Paciente con Diabetes Mellitus se espera que la glucosa sanguínea fluctúe entre 70 y 150 mg/dL, datos por encima de éste rango se definen como hiperglucemia y por debajo de este rango como hipoglucemia. El cambio en los niveles de glucosa sanguínea se asocia a complicaciones agudas de la DM. Los niveles de glucosa capilar se miden con glucometros en modalidad diaria escalonada, siendo la forma más difundida entre los pacientes por su costo y accesibilidad. Esta investigación se propone comparar las glucometrías bajo la modalidad de automonitoreo glucémico en escalera registradas por pacientes con DM2, durante un periodo de 5 años consecutivos con el fin de identificar un factor pronóstico que permita optimizar el control en Diabetes, a partir del análisis de la variabilidad glucémica con los datos recolectados.

Materiales y Métodos: La muestra consistió 3840 datos de glucometrías provenientes del automonitoreo diario escalonado de 3 pacientes con DM2 durante un periodo de 5 años de seguimiento, entre los años 2007 y 2011. Con los datos anteriores se construye un estudio observacional descriptivo. Se incluyeron datos de pacientes con las siguientes características: pacientes con Diabetes Mellitus de Tipo 2, expuestos a un programa estructurado de educación en Diabetes, con disponibilidad de glucómetro, tiras reactivas e insumos para glucometrías que hubiesen registrado los datos de automonitoreo glucémico en ese periodo de tiempo. Se excluyeron pacientes que abandonaron el registro de glucometrías durante el periodo de seguimiento.

El automonitoreo glucémico se realizó utilizando glucómetros estándar usando la enzima glucosa oxidasa para determinación de glucosa en sangre capilar. Cada paciente recibió un entrenamiento de dos semanas donde se les enseñó a usar el glucometro, registrar el dato dentro de la metodología diario escalonado.

Se analizaron los datos mediante el análisis de varianza ANOVA y el análisis de coeficientes de variación.

Análisis de los datos: Se comparó la diferencia entre los valores de glucosa en cada momento del día y se desarrolló una estimación de valores de glucosa posteriores a los recopilados, para inferir cuales individuos y en qué momento del día se inclinan hacia los eventos de hipoglucemia. La variabilidad glucémica (VG) también se utilizó con el objetivo de verificar la predisposición a hipoglucemia. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en los 6 tiempos de medición en el que se toma la glucosa sobre el valor de las mismas. Mediante el análisis de los coeficientes de variación se encontró que a mayor variabilidad glucémica es más probable los eventos de hipoglucemia.

Conclusiones: No hay diferencia en los momentos alimentarios para la recolección de la glucometría en los datos estudiados. Se encontró que la Variabilidad Glucémica puede servir como factor pronóstico de hipoglucemia.

IC-31-02 // ADAPTACIÓN Y FLEXIBILIDAD DE LOS SISTEMAS DE INFORMACIÓN EN SALUD EN SITUACIONES EXTREMAS: EL EFECTO COVID

COLLISSI, G.; RUBIN, L.; GIRALDO FRANCO, L.; PEUCHOT, V.; LUNA, D.; BENITEZ, S.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina.

Introducción: En el año 2020 el mundo experimentó una pandemia que obligó a toda la sociedad a adaptarse a un nuevo escenario jamás antes vivido. El 11 de marzo la OMS declaró como pandemia el cuadro causado por COVID-19. En Argentina se declaró la cuarentena, minimizando todo tipo de salidas. Esta situación impactó de lleno en las instituciones de salud y sus Sistemas de Información en Salud (SIS) debieron adaptarse rápidamente, mediante el desarrollo de nuevas estrategias con el objetivo de asegurar la continuidad asistencial. Abordar los desafíos involucrados en este contexto de implementación extrema, desde el modelo sociotécnico permite comprender la magnitud del proceso adaptativo y explorar el efecto que puede tener la pandemia sobre los SIS.

Objetivo: Conocer las formas de adaptación de los SIS en instituciones privadas de referencia, impulsadas por la pandemia y sus implicancias técnico-legales.

Materiales y Métodos: Se realizaron entrevistas individuales semi estructuradas a referentes a cargo de áreas de SIS en empresas de medicina prepaga, servicios de tecnología en salud y hospitales privados. Las mismas se realizaron por videollamada y fueron grabadas. El muestreo fue por conveniencia y el tamaño muestral se definió mediante la saturación de los dominios.

Análisis de los datos: Se analizaron las desgrabaciones textuales mediante análisis de contenido, segmentando el material según las dimensiones del modelo sociotécnico utilizado como marco teórico.

Conclusiones: Se entrevistaron a 12 responsables de SIS. En la dimensión Infraestructura, las adaptaciones se relacionaron con la ampliación a gran escala del trabajo remoto, a partir de la cual fue necesario ampliar los servicios de telecomunicaciones y reasignar recursos para garantizar que los colaboradores continúen realizando sus tareas. En relación a Contenido Clínico, los cambios se adaptaron a la llegada de la telemedicina como principal forma de atención. En lo que respecta a Interfaz Humano-Computadora, se requirieron pocos cambios, los necesarios para potenciar los nuevos requerimientos. En cuanto a la dimensión Personas, se distingue el gran compromiso de los equipos de trabajo para poder dar respuesta a las necesidades. En lo referido a Comunicación y Procesos, se destaca la multicanalidad y el cambio de formato en la comunicación. Referente a Características Organizacionales y Políticas Internas, las implementaciones en ningún caso esperaron a los cambios en las normas y procedimientos institucionales. Las Regulaciones externas fueron el puntapié para generar todas las adaptaciones pero no fueron limitantes. Por lo que concierne a Medición y Monitoreo, a los indicadores ya existentes se les sumaron evaluaciones informales basadas en las percepciones de los actores involucrados.

Una característica crucial de los SIS es su capacidad de adaptación a distintas situaciones que impliquen cambios en sus dimensiones, para garantizar la continuidad de cuidado o el abastecimiento de servicios de las instituciones, sin que peligre su modelo económico.

IC-31-03 // CARACTERÍSTICAS LABORATORIALES DE PACIENTES INTERNADOS POR COVID-19 EN UN CENTRO SANATORIAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE ASUNCIÓN, PARAGUAY

CABRERA ROMAN, O.; FLEITAS, R.; OVANDO, M.; MONGELOS ORTIZ, A.; ELIZECHE, C.; GAHETE POLETTI, E. Sanatorio Migone Battilana. Asunción, Paraguay.

Introducción: A fines de 2019, se identificó un nuevo coronavirus como causa de neumonía en Wuhan, China, y un crecimiento de casos en todo el mundo. En febrero de 2020, la Organización Mundial de la Salud designó a la enfermedad como COVID-19, provocado por el virus SARS-CoV-2.

Los hallazgos de laboratorio comunes entre los pacientes hospitalizados con COVID-19 incluyen linfopenia, marcadores inflamatorios elevados como Ferritina, proteína C reactiva (PCR) y anomalías en las pruebas de coagulación. La linfopenia es frecuente, pero el recuento de GB puede variar; en un estudio de Nueva York, el 90 % tenía un recuento de linfocitos <1500 / microl.

Los primeros casos registrados en nuestro país fueron a inicios de marzo, donde la transmisión fue tomando crecimiento hasta la fecha.

Objetivo: Determinar las características laboratoriales de pacientes internados por COVID-19 en un centro hospitalario de alta complejidad- Asunción, Paraguay.

Materiales y Métodos: Observacional descriptivo de corte transversal. Fueron estudiados 23 pacientes durante el mes de marzo a agosto de 2020, siendo excluidos menores de 18 años o test por reacción de cadena de polimerasa negativos. El tipo de muestreo no probabilístico de casos consecutivos. Se ejecutó la recolección de datos laboratoriales. El estudio se realizó con Epi Info, con estadística descriptiva.

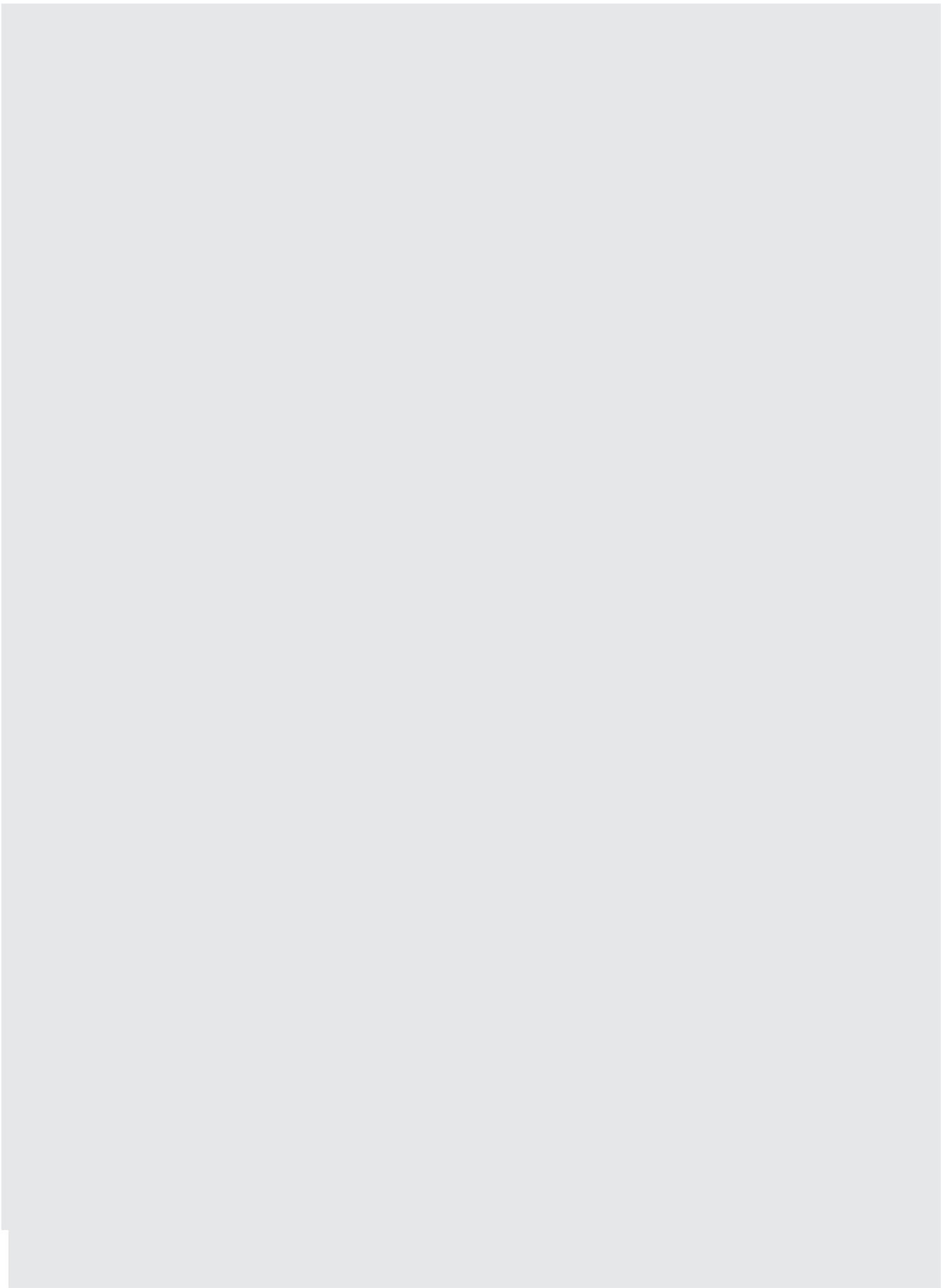
Análisis de los datos: Se estudiaron 24 individuos internados con edad media de 62 años y desviación estándar de 16,7, una mínima de 18 y máxima de 92 años, siendo masculino el 54,1%.

Según las características de los datos laboratoriales, se halló que el 43,4% presentaron leucocitosis con neutrofilia y procalcitonina menor a 0,5 ng/ml. Sin embargo, gran parte de estos pacientes cursaron con linfopenia de diversos grados (91.6%) siendo así 39% moderada y 26% severa.

Con respecto al PCR, se obtuvo un promedio de 62,8 siendo el valor más elevado 90 mg/L. Resultados de dosaje de Dímero D arrojaron un 70,8 % valores elevados, siendo del total un 62,5% por encima de 1,0 ug/ml. En cuanto a la ferritina, el 58,3% alcanzaron resultados mayores a 500 ng/ml.

Cabe destacar que el grupo sin linfopenia no presentaron una alteración importante en PCR, Dímero D y Ferritina en comparación con los que presentaron linfopenia.

Conclusiones: Se determinaron los resultados hallados y se extrapolaron de los datos de cohortes publicados e individualizaron los valores de referencia utilizados en nuestro laboratorio. Aunque estas características de laboratorio están relacionadas en pacientes con COVID-19 con una enfermedad moderada a grave, hubo una similitud con los registros obtenidos en los últimos estudios, mientras que esto se podría ir ampliando con el correr de los días y la cantidad de individuos en estudio, además de la posibilidad de hallar una asociación a la gravedad y valor pronóstico. Sin embargo, los umbrales específicos no están bien establecidos y pueden no ser aplicables si los laboratorios utilizan otros valores de referencia.

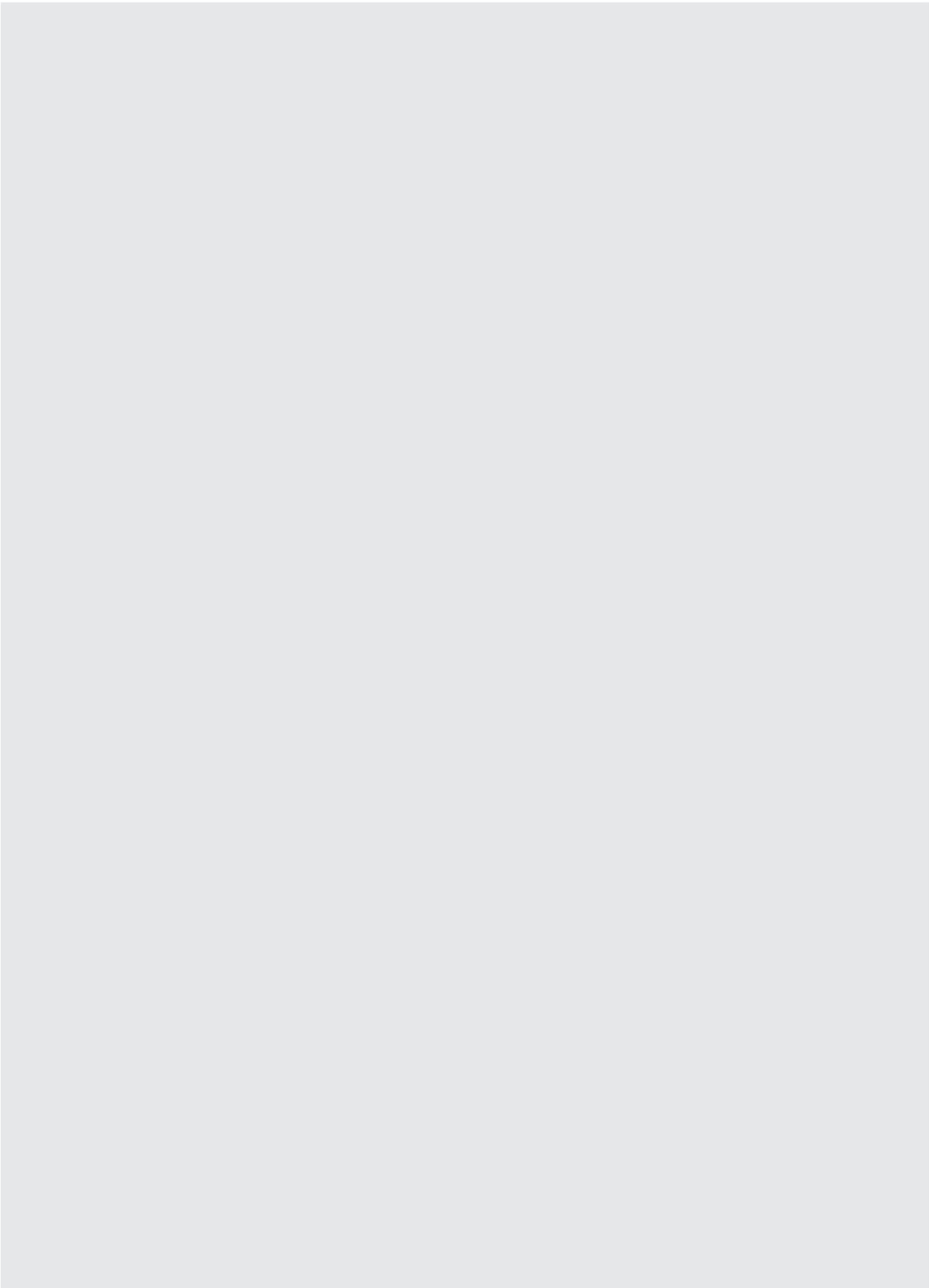


2020

CONGRESO VIRTUAL

PyP | PROYECTOS y PROGRAMAS





PyP-05-01 // PROYECTO: RELACIÓN MÉDICO - PACIENTE

RHYS, K.; GUERRERO, C.; PELLICIONI, P.
Universidad Católica De Córdoba. Córdoba, Argentina.

Introducción: En el plan de estudios no se encuentran asignaturas que enseñen a los futuros profesionales de la salud a tratar con los pacientes. Sin embargo, existen múltiples estudios que demuestran la importancia de las relaciones interhumanas en el éxito terapéutico

Meta: Que los estudiantes y docentes de la Facultad vislumbren las creencias populares, percepciones interpersonales y realidades subjetivas que subyacen debajo de todo acto médico paciente y que no se puede ignorar como profesionales de la salud

Objetivo: Evaluar y describir en base a los cuestionarios, la actual mirada sobre la relación médico paciente, comparando las opiniones de los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Católica de Córdoba

Intervención: Se evaluó la visión de los valores antropológicos vigentes de la comunidad estudiantil. Se realizó un cuestionario individual y voluntario a los estudiantes para evaluar y visualizar como perciben la relación médico paciente. Previamente firmaron un consentimiento informado, separado del cuestionario. Se aplicó el Cuestionario validado: Relación Médico- Paciente en la Universidad Católica de Chile. Evaluación de una escala de medición. (Ángel Rodríguez. Rev. Med. Chile vol. 140 n°2. Santiago Febrero. 2012)

Diseño: A los fines de un mejor análisis describimos las diferentes dimensiones del estudio. Dimensión deshumanización de la medicina; dimensión antropológica; dimensión paternalista; dimensión tecnológica; dimensión legalista; dimensión comercial; dimensión de alianza.

Lo realizado es una prueba piloto para elaborar a mayor escala el próximo año un estudio mayor. Incluyendo pacientes que asistan a la Clínica y docentes

Métodos: Se efectuaron las 55 preguntas del cuestionario a los estudiantes voluntarios, las mismas debían responderse con una sola opción en: de acuerdo; escasamente de acuerdo o desacuerdo. Se realizaron múltiples estadísticas que han sido indicadores de situación para la toma de decisiones posibilitando agregar actividades que recuperen y valoren esto en próximos ciclos lectivos

Resultados: Se asociaron las consignas por tópicos: Discriminación; Científico; Decisiones pacientes; Oferta y demanda; Quién manda y Trato. Se mostró que la percepción de los estudiantes de la relación médico paciente existente en la actualidad, no es absolutamente coincidente con el perfil que se pretende de los profesionales de la salud en las Facultades Argentinas.

En base a los resultados estadísticos y se establecieron futuras actividades para el año próximo; como talleres docentes; campañas de concientización a la población y la inclusión de unidades en ciertas asignaturas.

Los resultados obtenidos mostraron la necesidad de magnificar la muestra e incluir docentes y a todos los estudiantes de la Facultad

Discusión: Los resultados obtenidos muestran deficiencias en los planes de estudio y ponen de manifiesto la ausencia de instrumentos por parte de los estudiantes para afrontar la futura relación que obligatoriamente deberá establecer con sus pacientes

PyP-09-02 // INTERVENCIÓN MÚLTIPLE PARA DISMINUIR EL USO DE MEDICACIÓN POTENCIALMENTE INAPROPIADA EN ADULTOS MAYORES CON NECESIDADES PALIATIVAS DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

MOZELUK, N.; GALLO, C.; CUNHA FERRE, M.; BOBILLO, M.; BEATRIZ, I.; BELLOMO, M.; ELIZONDO, C.; SILVEIRA, M.; VALLE, T.; DI SAN DOMENICO, L.; PERMAN, G.; PREVEITTONI, M.; SAIMOVICI, J.; POLLÁN, J.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La población con necesidades paliativas tienen alta carga de consumo de medicamentos lo que la predispone a errores en la prescripción, menor adherencia de medicamentos esenciales para su condición clínica , mayor tasa de eventos adversos y menor calidad de vida.

Meta: Mejorar el perfil y seguridad en el uso racional de medicamentos (prescripción y conciliación, adherencia de fármacos esenciales y de prescripción de fármacos inapropiados) de pacientes con necesidades paliativas.

Objetivo: -Disminuir un 50% en uso de medicamentos considerados inapropiados en pacientes con necesidades paliativas en el periodo de estudio.

-Mejorar un 50% la prescripción, conciliación y adherencia de fármacos esenciales con adecuado registro en la HCE.

-Aumentar la adherencia de los medicamentos esenciales.

-Mejorar la calidad de vida

-Disminuir los costos en salud.

Intervención: Diseño e implementación interdisciplinaria (Médicos, Farmacéuticos, Agentes socio sanitarios, Enfermeros) de un programa que consistirá en:

1.Desarrollo e implementación de algoritmos de trabajo que determinen a)Pronóstico de vida. b.Herramienta de desprescripción c.Plan de desprescripción. d.Educación a equipos de salud.

2. Creación de un grupo de expertos.

3.Intervención sobre la conciliación y adherencia de fármacos esenciales por un equipo de orientación sociosanitario (OSS).

Diseño: Diseño cuasi experimental antes-después con control histórico.

Métodos: Primera etapa: 1.Determinar la prevalencia de consumo de fármacos inapropiados en la población blanco, nivel de conciliación y adherencia de medicamentos esenciales preintervención. 2. Elección de fármacos a intervenir. 3. Generación de consenso entre expertos. 4. Diseño de estrategias educativas para médicos y pacientes. Segunda etapa de implementación: 5.educación al médico y educación al paciente. 6. Medición de la prevalencia, conciliación y adherencia del consumo de fármacos considerados inapropiados post intervención.

Criterios de Inclusión: Pacientes mayores de 65 años afiliados al Plan de Salud del Hospital Italiano de Bs. As. en seguimiento crónico domiciliario con un pronóstico de 60% o más de posibilidad de muerte en los próximos 12 meses determinado por un puntaje de 11 puntos o más en el score de Profund en pacientes con pluripatología y de Palar en los que tienen enfermedad única crónica progresiva.

Resultados: 1-Indicadores de Proceso

a- Interconsultas al grupo de expertos.

b-Pacientes Intervendidos por OSS

2-Indicadores de resultado

a-Número de fármacos inapropiados

b-Conciliación y adherencia de medicamentos esenciales

c-Número de derivaciones por todas las causas a la central de emergencias

d-Costos: evaluar outcome según los eventos adversos más duros en cada grupo farmacológico, (ejemplo: readmisión por sangrado mayor en anticoagulantes)

Discusión: El programa pretende generar herramientas de educación continua a médicos y pacientes, disminuir la carga de MPI, internaciones, costos y eventos adversos relacionados.

PyP-09-01 // RECOMENDACIONES RÁPIDAS Y ACTUALIZADAS SOBRE EL USO DE LOPINAVIR/RITONAVIR E HIDROXICLOROQUINA EN PACIENTES CON COVID-19.

POLLÁN, J.; PEUCHOT, V.; FRANCO, J.; BOIETTI, B.; ESCOBAR LIQUITAY, C.; SANCHEZ THOMAS, D.;

TORRES GOMEZ, F.; PERONI, M.; BÁEZ, G.; PISULA, P.

Hospital Italiano De Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: En marzo del 2020 el tratamiento de la enfermedad por SARS-CoV-2 (COVID-19) era controversial y variaba considerablemente en cada país. Las recomendaciones iniciales se basaron en el tratamiento de soporte, mientras comenzaron a evaluarse distintos fármacos con potencial actividad en contra del virus pero que jamás habían sido puestos a prueba en contexto clínico. Resultaba imperioso generar recomendaciones terapéuticas basadas en evidencia de calidad.

Meta: Mejorar los desenlaces críticos en salud, asistiendo a los profesionales en la toma de decisiones terapéuticas para COVID-19 informadas en la evidencia.

Objetivo: Generar recomendaciones rápidas y actualizadas sobre indicaciones de Lopinavir/Ritonavir e Hidroxicloroquina como opciones terapéuticas para tratar COVID-19.

Intervención: Lopinavir/Ritonavir , Hidroxicloroquina.

Diseño: Elaboración de recomendaciones rápidas calificando la evidencia mediante metodología GRADE y utilizando el Marco de la Evidencia a la decisión.

Métodos: Se realizó una búsqueda en MEDLINE, EMBASE, CENTRAL y medRxiv de revisiones sistemáticas y estudios primarios que evaluaron tratamientos farmacológicos para COVID-19 y MERS/SARS. Se evaluó calidad metodológica con ROBINS-I y ROB 2.0 y la evidencia se calificó mediante GRADE. Se realizó una encuesta online para determinar la prioridad de desenlaces críticos (439 respuestas). Finalmente se utilizó el Marco de la Evidencia a la Decisión para la formulación de recomendaciones mediante un panel multidisciplinario que fue integrado por miembros de clínica médica, terapia intensiva, farmacología, infectología, medicina familiar y comunitaria, emergentología, y representantes de pacientes. Se llegó a conclusiones por consenso mediante videoconferencia (Google Meets, 24 de marzo de 2020) y con sistemas de votación online (Socrative).

Resultados: Se obtuvieron 3191 referencias bibliográficas (última actualización al momento de reunirse el panel: 21 de marzo de 2020). Se incluyó un ensayo clínico de Lopinavir/Ritonavir versus tratamiento estándar y un ensayo clínico de Hidroxicloroquina versus tratamiento estándar.

Discusión: Conclusión: El uso de GRADE y revisión rápida de la evidencia permitió formular recomendaciones terapéuticas que resultaron de gran ayuda para guiar la práctica institucional al comienzo de la pandemia por COVID-19.

PyP-15-01 // RECOMENDACIÓN RÁPIDA SOBRE EL USO DE ANTIHIPERTENSIVOS IECA/ARA II EN PACIENTES CON RIESGO O DOCUMENTACIÓN DE COVID-19

BÁEZ, G.; CUFFARO, P.; PEUCHOT, V.; PISULA, P.; FRANCO, J.; ESCOBAR LIQUITAY, C.; BOIETTI, B.;

SANCHEZ THOMAS, D.; TORRES GOMEZ, F.; PERONI, L.; POLLÁN, J.

Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción: En marzo del 2020 el uso de IECA/ARA II en contexto de pandemia de SARS-CoV-2 (COVID-19) era controversial. Y resultaba imperioso generar recomendaciones, basadas en evidencia de calidad sobre el mismo.

Meta: Obtener una recomendación en pacientes tratado con IECA/ARAII con infección por COVID-19

Objetivo: Generar recomendaciones rápidas y actualizadas sobre el uso de IECA/ARA II en contexto de la pandemia por SARS-CoV-2.

Intervención: Suspender IECA/ARA II

Diseño: Elaboración de una recomendación con metodología GRADE

Métodos: La formulación de la recomendación inicial se utilizó una metodología mixta de adaptación-adopción siguiendo la metodología ADOLPMENT. Se realizó búsqueda en MEDLINE, EMBASE, CENTRAL y medRxiv. Se buscó incluir evidencia de estudios observacionales o experimentales que evalúen los desenlaces críticos en relación a COVID-19 en pacientes con y sin IECA/ARA2. Se envió el material bibliográfico y el modelo del Marco de la Evidencia a la Decisión al panel decisor y usando la plataforma SurveyMonkey.

Resultados: El día 8 de abril se realizó una teleconferencia donde se discutió punto a punto los elementos del Marco y se arribó a la decisión de la recomendación por consenso.

Discusión: Consideraciones del panel: Se identificaron como potenciales barreras para una adecuada implementación el rol de la información cambiante y emergente en el contexto de la pandemia. Se decidió no tomar una conducta activa en la notificación masiva a la población para no alertar a aquellas personas que no tenían preocupaciones sobre estas medicaciones. No se planificaron indicadores de calidad relacionados con esta recomendación para la población que se atiende en el Hospital Italiano de manera ambulatoria, sin embargo, el equipo desarrollador generó un registro institucional de pacientes internados por COVID-19 y planifica analizar las conductas tomadas en relación a esta recomendación.

PyP-31-01 // IMPLEMENTACIÓN DE UN SISTEMA DE TRIAGE EN CARPA SANITARIA EN EL CONTEXTO DE LA PANDEMIA POR COVID-19

UNGARO, C.; ALEJANDRA LUNA, G.; RIJO, M.; MOYA TORRES, S.; RIOS, I.; CARO, P.
Sanatorio Las Lomas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las experiencias de países orientales y europeos, con sistemas de salud colapsados y curvas de contagio con crecimiento exponencial, determinaron la necesidad de adoptar estrategias de preparación intensivas en los diferentes ámbitos de atención.

Meta: Disminuir la exposición del personal de salud y de los pacientes al nuevo coronavirus y garantizar la calidad de atención.

Objetivo: Priorizar la atención de pacientes sospechosos de enfermedad por coronavirus de manera tal que permitiera continuar con la atención de pacientes que presentarían motivos de consulta diferentes.

Intervención: La central de emergencias fue dividida en dos zonas separadas geográficamente, la denominada ¿zona covid? y la ¿zona no covid?. Asimismo, se implementó un triage en carpa sanitaria con el objetivo principal de la identificación y el aislamiento de pacientes sospechosos de covid-19.

Diseño: Implementación de un programa de gestión y desarrollo de un estudio de cohorte retrospectiva.

Métodos: Se incluyeron pacientes adultos que fueran atendidos a través del sistema de triage en carpa sanitaria. Las características basales de los pacientes se reportaron utilizando estadísticas descriptivas.

Se testeó con un test para dos proporciones la diferencia entre la presencia de comorbilidades en los pacientes internados o ambulatorios.

Resultados: Al momento del análisis preliminar (junio de 2020) se evaluaron 625 pacientes, siendo el promedio de 10,77 (DS 5,14) pacientes por día. El 55,84 % eran mujeres. La mediana de edad fue de 41 años (RIC, 32-52).

El 45,43% de las consultas representaron ingresos de ambulancias.

Luego de la evaluación, 53 pacientes (8,48%) requirieron internación. De éstos, la mediana de edad fue de 43 años (RIC, 38-62) y el 54,72% eran mujeres. De los hospitalizados, solo 5 pacientes (9,43%) fueron admitidos a Terapia Intensiva con una mediana de edad de 50 años (RIC, 42-77).

La presencia de comorbilidades fue observada en el 23,68% de los pacientes. Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre aquellos pacientes que requirieron internación y los que no en relación a la presencia o no de alguna comorbilidad (58,49 % en internados versus 20,45% en no internados, $p < 0,001$).

El 53,92% de los pacientes evaluados por el sistema de carpa sanitaria fueron sometidos a hisopado para la búsqueda de SARS-cov-2 por PCR con un 10,38% de positividad.

Discusión: Pudimos observar que los pacientes evaluados eran relativamente jóvenes, conservándose ésta tendencia en aquellos que requirieron internación. Sin embargo, tanto la edad como la presencia de comorbilidades se encontraron asociadas a la probabilidad de internarse como resultado de la evaluación por carpa lo que acompaña el conocimiento actual de ésta enfermedad que suele afectar con mayor gravedad a pacientes añosos y comórbidos.

Creemos que fue oportuno y de buena práctica implementar el sistema de carpa sanitaria, ya que pudimos realizar diagnóstico temprano y nos ayudó a clasificar a los pacientes según sus comorbilidades y necesidad de internación.

PyP-31-02 // ORGANIZACIÓN DEL RÉGIMEN LABORAL DE UN GRUPO DE MÉDICOS EN UN HOSPITAL DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES DURANTE LA PANDEMIA POR COVID19: NUESTRA EXPERIENCIA

ALBIGER, L.; LEGUIZAMON, L.; ALBIGER, J.; URTASUN PEREZ, F.; NAVARRO, J.; VIETTO, E.; BLANCO MARCHETTI, M.; RAMOS, M.
Hospital Naval Pedro Mallo. Capital Federal, Argentina.

Introducción: Durante el mes de marzo del año 2020, la OMS caracterizó como pandemia, al brote de enfermedad por SARS-CoV2 detectado inicialmente en la ciudad china de Wuhan. Para fines de ese mes, los primeros casos de transmisión comunitaria en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires obligaron a una reestructuración de los servicios hospitalarios. Las recomendaciones nacionales e internacionales apuntan a los cuidados individuales e interpersonales del personal de salud y a la organización estructural de los centros, pero no se encuentra literatura objetiva ni propuestas de cómo organizar los regímenes laborales para cumplir con estas recomendaciones.

Meta: Implementación de un sistema de rotación del personal para disminuir el tiempo de permanencia en el hospital de los profesionales médicos, con el fin de evitar contagios, cubrir el aumento de la demanda en internación y otorgar un descanso acorde a esto.

Objetivo: Describir el sistema de rotaciones aplicado en el personal médico en un servicio de medicina interna en respuesta al aumento de ingresos y egresos hospitalarios durante la pandemia por SARS-CoV2, disminuyendo a su vez, el tiempo de permanencia en el hospital de los profesionales, con el fin de evitar contagios en personal de salud, y proveer periodos de descanso acordes.

Intervención: Se describen las modificaciones en los regímenes laborales de 75 médicos que forman parte de un servicio de clínica médica en un hospital de la ciudad de Buenos Aires, durante un período de 23 semanas (entre las semanas epidemiológicas 14 a 37 del año 2020), de manera retrospectiva. Se reportan los contagios en el personal médico, y su correlación con la situación epidemiológica del país y el aumento progresivo de la cantidad de ingresos en la sala de clínica médica.

Diseño: Estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, transversal.

Métodos: Observación de un grupo de 75 médicos a un régimen laboral implementado frente a la pandemia por SARS-CoV2. Cuantificación de contagios en profesionales médicos. Correlación con índices de ocupación de camas.

Resultados: Durante este período hasta la actualidad (23 semanas), hubo una cantidad total de 1552 pacientes internados exclusivamente en zonas destinada a casos sospechosos de infección por SARS-CoV2, siendo confirmados 943 de ellos.

Los médicos contagiados en el área de clínica médica hasta la fecha fueron un total de 10 (incidencia acumulada en el período de 23 semanas (riesgo de enfermar de los expuestos): 0,133).

Todos los casos en personal de salud fueron leves, sin casos de reinfección. Los contagios se fueron dando de manera solapada (2 a 3 afectados cada 5 semanas epidemiológicas).

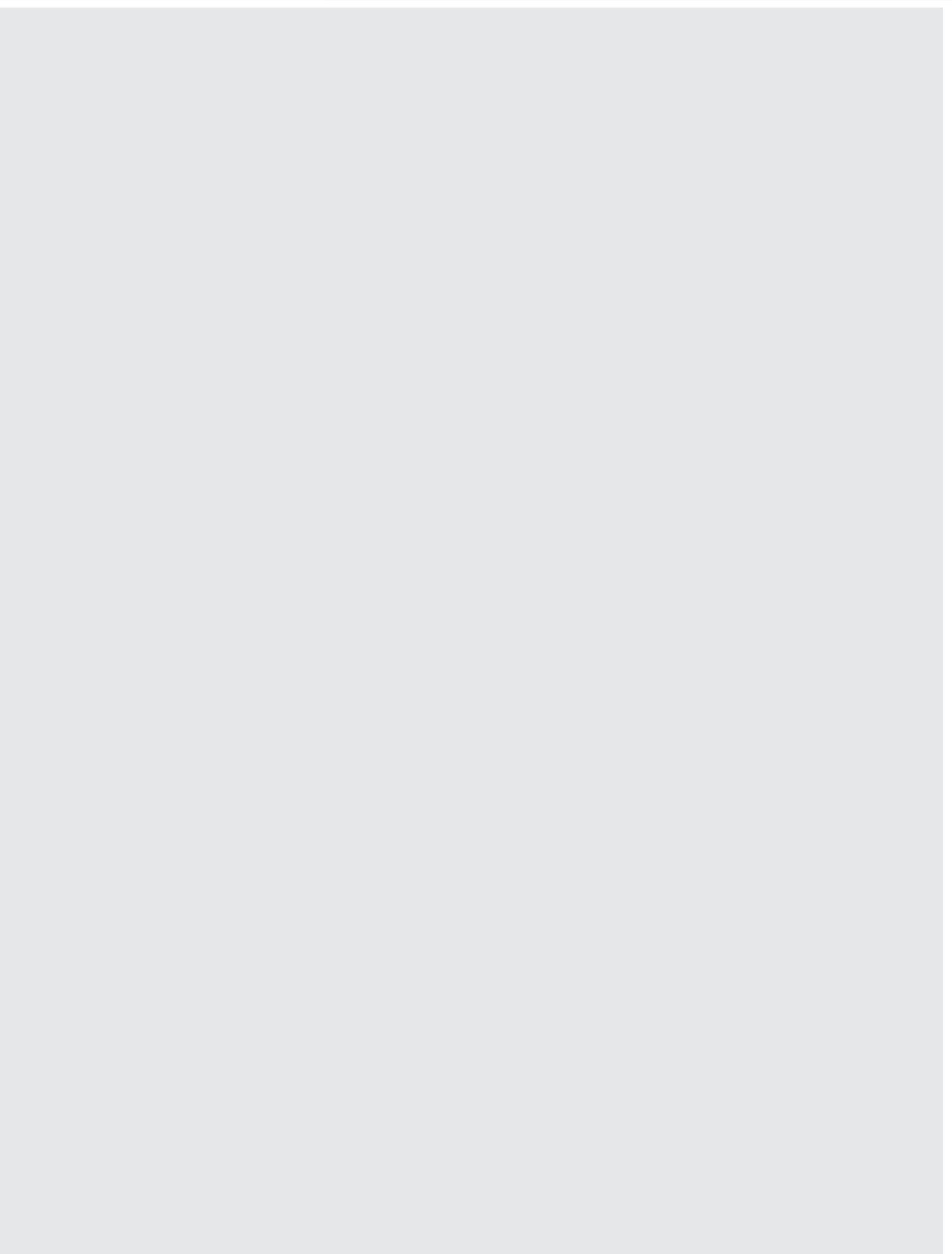
Discusión: Se muestran los resultados parciales de la reorganización del equipo médico en una sala de clínica médica durante la pandemia por SARS-CoV2, frente al aumento de la capacidad de internación institucional y, consecuentemente, el aumento de ingresos a sala de internación, intentando disminuir la incidencia de contagios en personal médico disminuyendo el tiempo de permanencia en el hospital.

2020

CONGRESO VIRTUAL

PC | CASOS CLÍNICOS





PC-01-01 // SÍNDROME DE RENDU OSLER WEBER: A PROPÓSITO DE UN CASO

GASTELLU, A.; GUZMAN, A.; INES FRUCTUOSA, C.; SOLA, M.; MARTINEZ, M.; CALDAS, M.; BUSO

VANRELL, A.; GARCÍA, R.; VILLAVARDE, M.; GIARDULLO, C.; CORTES CORREA, J.
Hospital Nacional Alejandro Posadas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La telangiectasia hemorrágica hereditaria (THH), conocida como síndrome de Rendu-Osler-Weber, es una displasia vascular de herencia autosómica dominante. Se caracteriza por la presencia de telangiectasias cutaneomucosas, epistaxis y malformaciones arteriovenosas (MAV) en órganos como cerebro, pulmón, hígado y tubo digestivo. Se la considera una enfermedad rara. El diagnóstico es clínico. Hay diferentes estrategias para evitar complicaciones y mejorar significativamente la calidad de vida a causa de esta enfermedad poco reconocida.

Caso: Paciente femenina de 77 años de edad con antecedentes de enfermedad de Chagas y artrosis, es derivada desde el servicio de emergencias por cuadro clínico caracterizado por disnea progresiva clase funcional 2/3 asociado a anemia. Al interrogatorio dirigido refiere tener epistaxis diaria anterior y posterior espontánea desde la infancia y varios parientes con igual manifestación clínica: padre (fallecido), dos hijos (uno de los cuales requirió embolización por MAV pulmonares), dos nietos y un bisnieto. Al examen físico presenta costra hemática en mucosa nasal, telangiectasias linguales, labiales, en mucosa oral y manos. En el laboratorio se evidencia anemia ferropénica. Se interpreta el cuadro como anemia sintomática secundaria a epistaxis por THH. Se indica soporte transfusional asociado a hierro parenteral. Se realiza ecocardiograma transtorácico (ETT) con contraste sin pasaje de burbujas a cavidades izquierdas y TAC que descarta la presencia de MAV pulmonares. Se contacta a familiares afectados y se inicia seguimiento.

Comentario: La THH puede estar presente en familias enteras afectando significativamente la calidad de vida, se asocia a severas comorbilidades. La consulta de nuestra paciente permitió el diagnóstico de 4 generaciones.

La epistaxis es la manifestación más común y es causa frecuente de anemia ferropénica. Como consecuencia de las MAV pulmonares se puede generar hipoxemia, embolias paradójicas, hemoptisis y hemotórax. Por su importante morbimortalidad y su carácter generalmente asintomático se justifica el screening con ETT contrastado con burbujas. No encontramos en nuestra paciente MAV pulmonares, pero sí en dos familiares. Se debe realizar screening de MAV cerebrales con RMN.

El diagnóstico de certeza se establece por criterios clínicos (de Curaçao) y estudio genético.

El tratamiento es multidisciplinario, se basa en la corrección de la anemia ferropénica y diferentes terapéuticas farmacológicas e intervencionistas de las MAV.

Conclusión: La THH se considera una enfermedad rara con un subdiagnóstico significativo. Conocer esta patología es trascendental debido a que su diagnóstico podría evitar situaciones clínicas graves como ACV, abscesos cerebrosplinales o hemorragias que pueden ser incapacitantes o incluso provocar la muerte.

La importancia del caso clínico radica en que la detección del primer caso permitió el diagnóstico en varios integrantes de su familia, lo que llevó a tomar acciones preventivas y realizar screening.

PC-01-02 // ARTERITIS DE TAKAYASU UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE

ALVAREZ, D.; FALCÓN, M.; MUÑOZ, M.; AGUZEZKO, R.

Samic Obera. Misiones, Argentina.

Introducción: La arteritis de Takayasu es una vasculitis de grandes vasos afectando principalmente a la aorta y sus ramas primarias. Puede presentarse con síntomas inespecíficos que anteceden al daño vascular.

Caso: Masculino 58 años de edad, AP HTA, tabaquista IPA: 69. Ingresó con pérdida de fuerza braquiocrural izquierda de horas de evolución asociado a afasia de expresión. Familiar refiere artralgias, claudicación intermitente, precordialgia y amaurosis bilateral transitoria hace 4 meses.

Examen físico TA MSD 150/90, MSI 130/70 mm Hg, somnoliento, con afasia de expresión, hemiparesia braquiocrural izquierda, reflejo plantar indiferente, pupilas isocóricas, reactivas, pulsos periféricos: de MSD disminuidos, temporal derecho impreso ausente, temporal izquierdo disminuido, pulsos carotídeos disminuidos, soplo carotídeo bilateral, como datos positivos.

Estudios complementarios:

-Laboratorio: Hb 14.1, Hto 42, GB 8100, plaquetas 293000, glucemia 86, creat 0.86, urea 24, GPT 18, GOT 24, FAL 156, BT 0.40, colesterol T 229, Tg 176, VSG 38 y PCR ++++.

-ECG: ritmo sinusal, sin isquemia ni arritmias.

-TC cerebro: tenue y sutil hipodensidad difusa en región frontoparietal derecha acompañado de borramiento de los surcos y cisuras a ese nivel.

-Ecocardiograma doppler y de vasos del cuello: Carótida común izquierda sin flujo, arteria vertebral izquierda con hiperflujo y dilatada. Carótida común derecha: flujo de tipo obstructivo alto, no se puede ver subclavia derecha. No se ve vertebral derecha. Humeral derecha con flujo monofásico.

-Angio RNM de vasos del cuello y cerebrales: extensa área hipointensa en secuencias T1 con pequeña hiperintensidad, hipointensas en secuencias T2 y flair que restringe en difusión y muestra caída de señal en secuencia ADC en topografía de la arteria cerebral media derecha, hallazgo compatible con un área de desmielinización de origen isquémico en estadio agudo-subagudo. Asimetría a nivel de ambas arterias cerebrales medias, y vasos adyacentes viéndose disminuidos del lado derecho. No logra visualizarse la arteria carótida primitiva izquierda visualizándose una arteria vertebral aumentada de tamaño, se visualiza la arteria carótida primitiva interna y externa del lado derecho no visualizándose la arteria vertebral homolateral.

-Angiografía de vasos del cuello: Oclusión de arteria braquicefalica derecha, carótida izquierda primitiva y estenosis severa de la vertebral izquierda.

Se inicia corticoterapia 1mg/kg/día con buena evolución

Comentario: Se presenta este caso para resaltar supresentación atípica, como así también la importancia de un completo examen clínico.

Conclusión: A pesar de la infrecuencia de ésta patología, debe tenerse en cuenta en la práctica clínica diaria, para así llegar al diagnóstico preciso, tratamiento eficaz y en tiempo adecuado, lo que mejoraría la sobrevida del paciente.

PC-01-03 // SÍNDROME DE TAKOTSUBO, EN PERIOPERATORIO DE CIRUGÍA BARIÁTRICA

PATRONE, M.; VAUCHER, A.; PORTAS, P.

Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

Introducción: La miocardiopatía por estrés, descrita en 1990 por los japoneses, se caracteriza por trastornos de la contractilidad transitorios a nivel apical. En la ventriculografía, el ventrículo izquierdo se asemeja a una vasija japonesa, llamada TakotSubo. Se presenta un paciente sexo femenino de 65 años, con factores de riesgo cardiovasculares y enfermedad arterial coronaria, que en el intraoperatorio de una cirugía bariátrica presenta cambios electrocardiográficos compatibles con isquemia miocárdica y troponinas positivas. La cineangiocoronariografía de urgencia no evidencia lesiones coronarias significativas y la ventriculografía muestra un patrón contráctil compatible con un síndrome (Sd) de Takotsubo.

Caso: Paciente de sexo femenino, 65 años, obesa, ex tabaquista, hipertensa, portadora de enfermedad arterial coronaria, revascularizada con angioplastia con stent en el contexto de un infarto agudo de miocardio en 2018. Ingresó a block quirúrgico para realización de una cirugía bariátrica. Durante el procedimiento presenta cambios electrocardiográficos compatibles con isquemia miocárdica. En el postoperatorio inmediato se realiza test de troponinas, siendo éstas positivas, con pendiente en ascenso. Con planteo de infarto agudo de miocardio sin elevación del segmento ST, se realiza cineangiocoronariografía de urgencia que muestra un resultado mantenido de angioplastias previas, sin lesiones angiográficas significativas. La ventriculografía evidencia un ventrículo izquierdo no dilatado con aquiesia apical e hipercontractilidad basal, trastornos compatibles con Sd. de Takotsubo. Ingresó a cuidados intensivos, se mantiene estable eléctrica y hemodinámicamente. Buena evolución, se otorga alta.

Comentario: La patogénesis del Sd. de TakotSubo podría explicarse por un exceso de catecolaminas, disfunción microvascular y espasmo de las arterias coronarias que se produce frente a un estrés físico o emocional. En el caso clínico descrito, se presenta una paciente de sexo femenino, postmenopáusica, que como factor desencadenante se encuentra el estrés quirúrgico. En cuanto a la presentación, por frecuencia se asemeja clínicamente a un Sd. coronario agudo con elevación del segmento ST. El diagnóstico en el perioperatorio es complejo, cobrando jerarquía las alteraciones electrocardiográficas y el movimiento enzimático, que motivan la realización de una cineangiocoronariografía. La ausencia de lesiones coronarias y los trastornos de la contractilidad más allá de un territorio arterial coronario permiten establecer el diagnóstico. La descarga masiva de catecolaminas unida a una mayor densidad de receptores en la mitad apical del ventrículo, explica la disquiesia observada. El tratamiento durante la fase aguda requiere medidas de apoyo para mantener la función ventricular.

Conclusión: La importancia del diagnóstico radica en su similitud clínica con el infarto agudo de miocardio pero con mejor pronóstico.

PC-01-04 // MANIFESTACION ATÍPICA DE ENDOCARDITIS INFECCIOSA

PATELLI, M.; HECKER, S.; OLIVETTI, J.

Hospital Lucio Molas. La Pampa, Argentina.

Introducción: La endocarditis infecciosa es una enfermedad inflamatoria, exudativa y proliferativa que afecta principalmente las válvulas cardíacas. Las bacterias más frecuentes: estreptococos, enterococos y estafilococos. Los factores predisponentes: válvulas protésicas, esclerosis degenerativa, uso de drogas IV, procedimientos invasivos.

Caso: Paciente masculino de 57 años de edad con antecedentes personales de ex enlismo, ex tabaquista e hipertensión arterial. Consulta por lesiones rojo-vinosas planas de aspecto petequeal que no se desaparecen a la vitropresión, de 5 días de evolución, que iniciaron en región maleolar bilateral con extensión a raíz de muslos y en palmas y brazos bilateral. Al examen físico: se observan dichas lesiones en miembros. No se observan en mucosa oral. No se palpan visceromegalias ni adenomegalias. No se objetivan estigmas de sangrado. No refiere equivalentes febriles ni se constata fiebre. Se constata por analítica alteración de la función renal, anemia, leucocitosis y plaquetopenia. Se decide internación. Sin criterio de diálisis, se inicia plan de hidratación amplio y dexametasona. Previamente se solicita perfil reumatológico, biopsia de piel y biopsia renal con sospecha de GNf 2° a vasculitis. Se descarto PTT/SUH atípico ya que no presento criterios de hemólisis. Intercede con edemas en MMII hasta raíz de muslo e ingurgitación yugular bilateral por lo que se inician diuréticos. Persistió con falla de bomba, por lo que se realiza ETT que informa vegetación móvil de 2,6x1,6 cm en válvula tricúspide. Se realizan HcX3 con diagnóstico presuntivo de endocarditis. Intercede con desorientación y hemiplejía faciobraquiocrural izquierda, hipertenso, con TAC de encéfalo en la cual se objetiva HIP talámico derecho con efecto de masa local. Se interpreta HIP 2° a HTA vs vasculopatía, sin conducta quirúrgica por neurocirugía. Por deterioro del sensorio se intuba y pasa a UTL. Se recibe HcX3 positivos para Streptococcus Viridans. Se inicia esquema antibiótico con penicilina+gentamicina. Por persistir con insuficiencia renal, se rota a Ceftriaxona. Cumple esquema por 4 semanas. Se realiza ETT control en donde persiste gran vegetación móvil. Debido a estado clínico se transecciona conducta quirúrgica por Cirugía Cardiovascular.

Comentario: La edad de presentación no coincide con la edad promedio. La válvula afectada fue la tricúspide, localización de baja frecuencia. El germen aislado fue el segundo en frecuencia. Cabe destacar que el principal signo que es la fiebre en un 90% de los casos no la presenta. La clínica de insuficiencia cardíaca asociado a la hidratación amplia por la IRA, llevó a solicitar uno de los estudios complementarios de elección para el diagnóstico (ETT).

Conclusión: Se presenta un caso clínico de endocarditis derecha en válvula tricúspide sin factores de riesgo aparentes para dicha localización de diagnóstico complejo inicial dado la ausencia de fiebre, que demoraron la realización de HC hasta la obtención de imágenes cardíacas.

PC-01-05 // ENFERMEDAD MULTIANEURISMÁTICA. REPORTE DE UN CASO

FIORI, M.; CALVO, M.; BEVILACQUA, E.; PÉREZ, C.; DE ROSA, J.; TRILLO, C.; CINTORA, F.;

COLABERARDINO, M.

Clínica La Pequeña Familia. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La enfermedad multianeurismática es infrecuente, puede diagnosticarse en cualquier etapa de la vida. Habitualmente permanecen silentes hasta la adultez. La localización, morfología y clínica es variada, lo más frecuente es el compromiso de extremidades superiores (92%), región aorto-iliaca (92%) y vasos renales y mesentéricos (77%). Pueden estar asociados con desórdenes del tejido conectivo como el síndrome de Marfan, Ehlers Danlos, arteritis como enfermedad Takayasu o Poliarteritis Nodosa, procesos infecciosos o traumas. Se reporta el caso de un paciente con diagnóstico de enfermedad multianeurismática.

Caso: Masculino, 57 años, hipertenso, tabaquista, ACV isquémico trombolizado recientemente. Consultó por cuadro de 3 horas de evolución caracterizado por hemiparesia leve braquial derecha. Laboratorio de ingreso: anemia normocítica normocrómica. TAC de encéfalo: descartó sangrado, como hallazgo aneurisma calcificada de 13-14 mm en arteria carótida interna izquierda. Se jerarizó el mismo. Inició tratamiento con clopidogrel 75 mg/día, ácido acetilsalicílico 300 mg/día y estatinas. Se solicitó AngioRMN de encéfalo: múltiples infartos pequeños a nivel hemisferio izquierdo y alteración de la ramificación de arteria cerebral media distal en sus segmentos MIII-MIV que sugiere disminución de flujo a dicho nivel. Holter de 24 hs sin evidencia de FA y ETE que descartó fuente embolígena cardiovascular. AngioTC vasos del cuello: aneurisma vertebral y carótida interna izquierda trombosante. AngioTC de tórax y abdomen: aneurisma de aorta abdominal yuxtarenal hasta ambas ilíacas primitiva y externa. Se decidió tratamiento percutáneo endovascular del aneurisma de carótida interna izquierda con colocación de stent divisor de flujo y stent recubierto a nivel de arteria vertebral izquierda. Ambos procedimientos se realizaron de forma exitosa. Evolucionó favorablemente y se decidió su alta institucional con seguimiento ambulatorio y posterior resolución del aneurisma abdominal.

Comentario: Se trata de una entidad poco común, generalmente asintomática, con una mortalidad que se estima entre el 20 y el 70%. Por otra parte, a diferencia de los aneurismas arteroescleróticos, es muy frecuente la afectación de arterias viscerales, por lo cual resulta de gran importancia investigar otros sitios. La visualización por vía ecográfica suele no ser precisa motivo por el cual exploración con angiografía computada es el gold estándar.

Conclusión: Reportamos este caso debido a la baja incidencia de dicha patología y al desafío clínico que implica sospechar la localización de más aneurismas y/o enfermedades asociadas que los pueden ocasionar. Hoy contamos con técnicas terapéuticas endovasculares que se añaden a las técnicas quirúrgicas convencionales para incrementar las herramientas terapéuticas en este campo y así prevenir las graves consecuencias que pueden suceder en estos pacientes.

PC-01-07 // SÍNDROME POST-INJURIA CARDIACA SECUNDARIA A IMPLANTACIÓN DE MARCAPASOS DEFINITIVO

ALVAREZ, A.; ORQUERA, C.; FONTANAROSA, M.; GUZMAN FLORES, G.; MONTAÑO, M.

Sanatorio De La Trinidad Mitre. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El síndrome postinjurias cardíaca (SPIC) es un proceso inflamatorio que afecta el pericardio, la pleura o ambos, posterior a una lesión cardíaca. Las injurias que pueden desencadenarlo son cirugías cardíacas, infarto de miocardio, trauma cardíaco y en menor proporción algunos procedimientos intravasculares, entre ellos, la inserción de cables de marcapasos.

Presentamos el caso de una paciente que desarrolla fiebre con derrame pleural y pericardio a tres meses posteriores a la implantación de un marcapasos definitivo.

Caso: Mujer de 77 años de edad, hipertensa, con antecedente de implantación de marcapasos definitivo (MCP) por BAV 2º grado Mobitz II 3 meses previo a la consulta. Ingresó por precordialgia y disnea CF II asociado a registros febriles. Al examen físico se encontraba hemodinámicamente estable, R1-R2 en 4 focos sin soplos, presentaba bolsillo de marcapasos deltopectoral izquierdo sin eritema ni flogosis y sin otros hallazgos de relevancia. A su ingreso se le realizaron múltiples estudios complementarios, entre ellos laboratorio con Hto 30.5%, GB 12400 (67%N), plaquetas 322.000/mm3, PCR 113 mg/l, VSG 72 mm/h, resto sin alteraciones. ECG con ritmo sinusal, eje desviado hacia la izquierda, imagen de bloqueo completo de rama derecha, sin signos de isquemia aguda. Ecocardiograma doppler con derrame pericardio moderado. Se inició tratamiento con AINES y antibiótico empírico, evolucionando posteriormente con persistencia de registros febriles, por lo que se estudió con ecocardiograma transesofágico sin evidencia de vegetaciones, TC de tórax y abdomen con hallazgo de derrame pleural izquierdo. Serologías HIV, Hepatitis B y C, VDRL negativas. Estudios inmunológicos: FAN y ANCA negativos, complemento normal. Hemocultivos x3 sin rescate bacteriológico. Se realizó pericardiocentesis con líquido pericárdico sin rescate microbiológico. Se interpretó como síndrome post-injurias cardíaca en contexto de implante de MCP, iniciando tratamiento con AINEs y colchicina (este último suspendido posteriormente por intolerancia). Evolucionó favorablemente (descenso de la curva térmica y de reactantes de fase aguda). Durante el seguimiento ambulatorio requirió tratamiento prolongado con AINEs (2 meses), logrando a partir de dicho momento normalización de reactantes de fase aguda, sin recurrencia de los síntomas desde entonces.

Comentario: El SPIC tiene ciertas características que orientan a su diagnóstico: la presencia de lesión previa sobre el pericardio o miocardio, un período de latencia entre la lesión pericárdica y la aparición de los síntomas (días a meses), y la presencia de signos de inflamación pericárdica (con o sin derrame) y/o pleural (derrame pleural). Debido a que no existen pruebas diagnósticas específicas representa un diagnóstico de exclusión. En el último tiempo el aumento de procedimientos intravasculares se ha convertido en una causa emergente, incluido múltiples reportes de casos asociados a implantación de marcapasos.

Conclusión:

PC-01-06 // MIOCARDIOPATÍA PERIPARTO: LA DISNEA SUBESTIMADA

CRESPO, C.; CERZO, F.; MALBERTI ALESSIO, G.; ALONSO, L.; DELGADO, D.; PUJOL, J.
Hospital El Carmen. Mendoza, Argentina.

Introducción: La miocardiopatía periparto (MPP) es una forma de insuficiencia cardíaca (IC) que se manifiesta en el último mes de embarazo o dentro de los cinco meses postparto. Es una patología infrecuente, potencialmente mortal. El diagnóstico se basa en la clínica, ausencia de otra causa de IC, ausencia de enfermedad cardíaca antes del último mes de embarazo y disfunción sistólica del ventrículo izquierdo (VI) con fracción de eyección (Fey) < 45%.

Caso: Paciente femenino, 42 años, cursando puerperio tardío de 3 meses, consultó por disnea progresiva de clase funcional II a IV y ortopnea de 72 hs de evolución. Examen físico: TA 120/80 mmHg, FC 100 lpm, FR 24 rpm, Sat O2 86% aire ambiente y 94% con FIO2 0.24. Rales crepitantes en ambas bases pulmonares. Ritmo de galope. Edema de miembros inferiores +/4. Analítica: Hto 31.6%, Hb 9.5 g/dL, resto de hemograma, función renal, ionograma, hepatograma y enzimas cardíacas normales. PROBNP 16892 pg/ml. Rx de Tórax: ICT aumentado, signos de redistribución de flujo. ECG: ritmo sinusal, Eje -15. BCRI. AngioTC tórax: descarta TEP. Ecocardiograma (ETT): AI dilatada, VI levemente dilatado con disquinesia septal (medio y apical), hipoquinesia del resto de los segmentos (mejor motilidad basal inferior) Fey 30 a 35%. Trabéculas en paredes lateral e inferior (criterios de no compactación). Leve insuficiencia mitral. Se estima PFD aumentado, patrón de vena pulmonar invertido. VD no dilatado con hipoquinesia global. VCI dilatada con colapso inspiratorio <50%. RMN cardíaca: VI dilatación severa, trabéculas, hipoquinesia difusa Fey 35%. VD no dilatado, deterioro moderado Fey 37%. Dilatación leve de AI. Insuficiencia mitral leve. Sin fibrosis miocárdica. Se interpreta como IC de novo secundaria a miocardiopatía periparto, se realiza balance negativo con furosemida EV, dieta hiposódica con restricción hídrica. Posteriormente se inicia tratamiento con espinolactona, bisoprolol y sacubitril/valsartán. Además se procede a la interrupción de la producción de prolactina con cabergolina con buena respuesta terapéutica. Al egreso PROBNP 2423 pg/ml. ETT control (a los 2 meses) Fey 56%, sin alteraciones valvulares. Función diastólica con alteración de la relajación, VI aumentado de tamaño con presencia de trabéculas.

Comentario: Si bien la paciente presenta criterios de MPP, la presencia de trabeculaciones en los estudios complementarios nos llevó a estudiar sobre causas adquiridas de las mismas, entre ellas el embarazo, y su diagnóstico diferencial con la miocardiopatía no compactada (MNC). No se pudo clasificar como MNC debido a que se desconoce si las trabéculas existían previo al embarazo y si reverteron luego de 6 meses postparto.

Conclusión: Motiva la presentación de este caso su infrecuencia y baja sospecha clínica. Destacamos la importancia del diagnóstico precoz, identificación oportuna y manejo riguroso multidisciplinario para disminuir la morbimortalidad materno-fetal.

PC-01-08 // CARDIOTOXICIDAD INDUCIDA POR FÁRMACOS

MOLINA, L.; LÓPEZ, T.; VARGAS, J.; AVELLA, F.; CARRANZA, N.; ARRIETA, A.; COURTADE, P.
Cmic Neuquén. Neuquén, Argentina.

Introducción: La lenalidomida forma parte de un grupo de drogas inmunomoduladoras que se utilizan en el tratamiento del mieloma múltiple. Causa trombosis venosa y fibrilación auricular. El bortezomib es un inhibidor de proteosomas, inhibe la actividad de la quimioproteína. El efecto más frecuente es la hipotensión durante la infusión. También puede producir disfunción ventricular izquierda, insuficiencia cardíaca y prolongación del intervalo QT.

Caso: Paciente de 70 años con antecedentes de obesidad, hipertensión arterial, diabetes, mieloma múltiple tratado con bortezomib más lenalidomida. Flutter auricular que requirió 3 cardioversiones eléctricas dos meses previos al ingreso a UTI (05/03/2020) por insuficiencia respiratoria hipoxémica secundaria a insuficiencia cardíaca por sobrecarga hídrica, sin descartar neumonía.

Ecocardiograma de ingreso con FEY 35%, PSAP 37 mmHg, deterioro de función sistólica biventricular. AngioTAC que descartó tromboembolismo de pulmón, evidenciando consolidación basal derecha con broncograma aéreo. Enzimas cardíacas de ingreso negativas. Se inició tratamiento con diuréticos y restricción hídrica con adecuada respuesta, por lo que pasó a sala general. Intercurrió con empeoramiento de mecánica respiratoria y aumento de requerimientos de oxigenoterapia con FIO2 35% por progresión de insuficiencia respiratoria. Se decidió iniciar tratamiento con Piperacilina-tazobactam cubriendo foco respiratorio y continuar con balance negativo. Se logró mejoría clínica progresiva con descenso de requerimientos de oxígeno, pero con disfunción renal aguda. Persistió con taquicardia indicándose carvedilol 3.125mg/día.

Nuevamente presentó disnea y disminución de ritmo diurético que no responde a tratamiento con diuréticos. ECG que evidenció BCRI conocido con mayor ensanchamiento de QRS.

Nuevo ecocardiograma informó FEY 25% con PSAP 50 mmHg y aumento de presiones de fin de diástole, patrón de llenado restrictivo y movimiento paradójico de septum.

Se interpretó como empeoramiento de función cardíaca por progresión de enfermedad, insuficiencia cardíaca refractaria. Injuria renal con aumento de valores nitrogenados, Clearance por MDRD4: 42, FeU 4. Se evaluó la posibilidad de diálisis y se planteó la necesidad de inotrópicos. Reingresó a UTI para infusión de dobutamina y requerimiento de ventilación no invasiva, manteniendo buen intercambio gaseoso.

Evolucionó con estabilidad hemodinámica con ritmo diurético forzado con furosemida. Por sugerencia de cardiología se decide goteo de levosimendan y eventual ablación y resincronización, con colocación de Cardio-desfibrilador implantable.

Comentario: El manejo del paciente nos planteó un desafío clínico debido a la superposición de diferentes patologías. **Conclusión:** El tratamiento del mieloma múltiple con lenalidomida y bortezomib y la taquicardiomiopatía secundaria al aleteo son las causas más probables del deterioro de la función ventricular y de los efectos tóxicos miocárdicos. No se realizó CCG por deterioro de la función renal.

PC-01-09 // TUBERCULOSIS PERICÁRDICA: UNA FORMA DE PRESENTACIÓN POCO FRECUENTE EN UNA ENFERMEDAD EMERGENTEPAZ, V.; DELTIN, E.; ILLARIETTI, C.; VILLORDO, S.; VARGAS, E.; SENOFF, M.
Hospital Julio C. Peralta. Chaco, Argentina.**Introducción:** La tuberculosis (TB) tiene alta prevalencia en países no desarrollados, con gran impacto en la Salud Pública. Se presenta el caso de una paciente con pericarditis tuberculosa y su evolución.**Caso:** Mujer 19 años consulta por tos productiva, astenia y sudoración nocturna, disnea clase IV. Radiografía de tórax: cardiomegalia, ecografía abdominal: moderado líquido en recessos peritoneales. Ecocardiograma transtorácico: signos de taponamiento cardíaco. Pericardiocentesis: exudado linfocitario, cultivo negativo. Presenta registros febriles diarios, abolición de murmullo vesicular bibasal, ecografía pleural: derrame pleural bilateral severo. Toracocentesis: trasudado, negativo para malignidad, cultivo negativo. Prueba de bacilos ácido alcohol resistente (BAAR) de orina, esputo, líquido pleural y líquido pericárdico negativas. Serologías virales negativas, VDRL negativa. Tomografía de cuello, tórax, abdomen y pelvis: ganglios mediastinales, cardiomegalia, derrame y engrosamiento pericárdico, hepatomegalia homogénea. Fondo de ojo, examen ginecológico, mamario normal. Perfil tiroideo normal, FAN, DNA, ENA, ASMA-AMA-LKM, Beta 2 glicoproteína, prueba de COOMBS negativa. PCR 48 mg/dl. VSG 52mm. Hemocultivos en medio Mycolitic, aun sin desarrollo. Ecocardiograma control: engrosamiento de ambas hojas pericárdicas, escaso líquido, sin tractos de fibrina, deterioro leve de la función sistólica en ambos ventrículos. Biopsia pericárdica, informe anatomopatológico: granulomas con necrosis caseosa, células gigantes multinucleadas tipo Langhans. Prueba en reacción de cadena de polimerasa (PCR) para micobacteria positivo. Se asume como pericarditis tuberculosa, inicia tuberculostáticos, y corticoides (2 mg/Kg).**Comentario:** Como diagnósticos diferencial de poliserositis se plantea causa neoplásica (cáncer de mama, melanoma, linfoma), Lupus Eritematoso Sistémico, viral (HIV, influenza, Coxsackie, echovirus) e hipotiroidismo. Posteriormente se realizó diagnóstico de pericarditis tuberculosa. Se estima que el compromiso pericárdico en la tuberculosis extrapulmonar se da en 1 a 4 % de todos los casos de tuberculosis, cuya mortalidad es de 80-90%.

Tras pericardiocentesis se obtiene exudado linfocítico, tal como se describe en la bibliografía. Se realizaron hemocultivos en medio Mycolitic sin desarrollo, teniendo en cuenta que es una prueba de alta rentabilidad pero que tarda hasta 8 semanas en arrojar resultados.

Al ser una enfermedad paucibacilar, la paciente contaba con muestras seriadas de orina, esputo, líquido pleural y líquido pericárdico con BAAR negativo.

Fue mediante la biopsia de pericardio y posterior estudio anatómico patológico que se arribó al diagnóstico definitivo. Se obtuvo PCR para micobacterias positivo, sin resistencia a Rifampicina. Este estudio tiene alta sensibilidad y especificidad.

Conclusión: La pericarditis tuberculosa se considera una manifestación infrecuente de la TB, con morbimortalidad elevada, que disminuye si se instaura un tratamiento temprano.**PC-01-11 // BACTERIEMIA RESISTENTE DE LA COMUNIDAD**MEDINACELI, N.; ESCOBAR RESTREPO, C.; BERTOLI, M.; CORIGLIANO, M.; BUCCELLA, J.; TERUSSI, A.; CARRIZO, J.; LANGELLOTTI, L.; TAFFAREL, C.; LARREA, R.
Hospital Central De San Isidro Dr. Melchor Ángel Posse?. Buenos Aires, Argentina.**Introducción:** El *Staphylococcus aureus* es uno de los principales gérmenes a tener en cuenta en casos de bacteriemia, principalmente por su alta mortalidad. Generalmente infecta la piel y TCS. Aunque también se lo asocia a infecciones de sitio quirúrgico, neumonía, osteomielitis, artritis e infecciones asociadas a catéter. Presenta complicaciones graves como shock séptico e impacto cardíaco o meningeo. Si bien la causa más común de miocarditis es viral, la forma estafilocócica no es infrecuente y presenta alta mortalidad. El diagnóstico presuntivo se basa en la presentación clínica y pruebas diagnósticas no invasivas, aunque la biopsia endomiocárdica continúa siendo el patrón de oro para el diagnóstico in vivo de miocarditis.**Caso:** Paciente masculino de 16 años de edad es traído de Entre ríos por cuadro de 48 horas de evolución que inicia con fiebre y odinofagia, que luego de la administración de dipirona, evolucionó con rash cutáneo generalizado sin respuesta a la loratadina y a la betametasona. Evolucionó con persistencia de la fiebre, necrosis digital y dolor torácico retroesternal opresivo. Ingresó con regular estado general, presentaba leucocitosis, troponina elevada y supradesnivel del ST, con derrame pericárdico leve en la ecografía. Se interpreta como sepsis con afectación miocárdica por lo que iniciamos tratamiento con vancomicina y ceftriaxona.

Realizamos TC que mostró imágenes compatibles con impactos pulmonares, en psos y en cerebro. Mientras que el ETE mostró una masa móvil pediculada en la desembocadura de la cava inferior. Posteriormente se rescata SAMR en todos los hemocultivos y en urocultivo.

Evoluciona con inestabilidad hemodinámica por lo que realizamos nueva TC, que mostró DP bilateral y pericárdico. Hicimos pericardiocentesis cuyo rescate fué positivo para SAMR.

Rotamos antibiótico a daptomicina, clindamicina, vancomicina y linezolid, con buena respuesta.

Comentario: Estamos frente a un paciente con bacteriemia por SAMR, donde se evidencia compromiso cardíaco con afectación pleuro-pulmonar, abdominal y de SNC. Es interesante que la endocarditis derecha sin afectación valvular, sin dispositivo intracardiaco, en paciente que niega uso de drogas EV es una entidad rara.

A pesar del compromiso de múltiples órganos el paciente se recuperó favorablemente y sin secuelas.

Conclusión: *S. aureus* es un germen patógeno muy importante para el ser humano, no sólo por la amplia gama de enfermedades que produce, sino por el creciente aumento en su incidencia, el incremento en la resistencia antibiótica y su relación con un gran porcentaje de complicaciones y de mortalidad.

La prevención y el control de la infección por SAMR es uno de los desafíos más importantes de la prevención de infecciones. Los factores de transmisión incluyen colonización, deterioro de las defensas del huésped y contacto con piel o fómites contaminados.

PC-01-10 // TROMBOSIS AORTICA COMO COMPLICACIÓN EN PACIENTE CON COVID19 LEVEHEPP A.; CIAMPI, A.; SAVIA, A.
Sanatorio Anchorena. Capital Federal, Argentina.**Introducción:** La infección por COVID-19 ha demostrado un amplio espectro de presentaciones y complicaciones, con una compleja fisiopatología que comprende el daño endotelial que promueve la inflamación y el estado protrombótico. Dentro de las complicaciones trombóticas, la más descrita es el TEP, pero también se han publicado otro tipo de trombosis arteriales en pacientes con infección grave por SARS-COV2.

Este caso presenta relevancia por ser una presentación inusual, en una paciente con enfermedad leve por COVID 19.

Caso: Paciente femenina de 56 años, sin FRCV conocidos, con antecedente de TVP a los 20 años en contexto de embarazo. Consulta al Servicio de Urgencias por disnea progresiva CF III, ortopnea y dolor torácico asociado a tos seca. Se encuentra de alta epidemiológica por reciente infección leve por COVID-19 (día 24 del inicio de síntomas). A su ingreso lucida, hemodinámicamente estable. Examen físico sin alteraciones. Sin signos de falla de bomba. Buena mecánica, buena entrada de aire bilateral, sin ruidos agregados.

Laboratorio con elevación de dímero D 5.81 mg/L.

ECG regular, sinusual a 62 lpm. Sin cambios isquémicos agudos.

Se realiza TC tórax con protocolo para TEP que lo descarta, presentando como hallazgo defecto de relleno a nivel de aorta descendente torácica. Se completa estudio con angiografía de aorta donde se observa imagen hipodensa endoluminal realizándose diagnóstico de trombosis aórtica como complicación de infección por COVID 19.

Se realiza interconsulta con Servicio de Cardiología, hematología y hemodinamia, consensuándose iniciar tratamiento conservador anticoagulante con heparina sódica endovenosa, siendo admitida en Unidad Coronaria.

La paciente evoluciona sin complicaciones. Se realizó angiografía de aorta control a los 5 días del tratamiento anticoagulante, donde se evidencia resolución del trombo. Se otorga egreso hospitalario con enoxaparina subcutáneo ajustado al peso.

Comentario: El compromiso cardiovascular asociado a COVID-19 suele presentarse en pacientes con comorbilidades y/o cuadros graves de la enfermedad. La inflamación en el sistema vascular producido por microangiopatía difusa puede llevar a la lesión vascular y trombosis, aún en pacientes sin FRCV.

En nuestra paciente, la trombosis aórtica se presentó como una complicación poco frecuente asociada a la infección leve por SarsCov2 y en el período convaleciente de la enfermedad. El tratamiento conservador con heparina en dosis anticoagulantes demostró ser eficaz en la resolución del cuadro, brindando un éxito terapéutico temprano y sin complicaciones.

Dado el antecedente de TVP previa en el embarazo, es de importancia realizar estudios para determinar si presenta alguna condición que la predisponga a la formación de trombos.

Conclusión: La enfermedad por SarsCov2 recientemente identificada, presenta una fisiopatología aún en vías de comprensión y diariamente son publicados numerosas formas de presentación y complicaciones, dentro de ellas las trombóticas tanto venosas como arteriales.**PC-01-12 // MIXOMA AURICULAR, UN DESAFÍO DIAGNOSTICO**MARCUZZI, P.; LEVATO, M.; CERA, D.; GIACOBONI, M.; D'IPPOLITO, R.; CARVALHO, M.; ARANDA, F.; MOLINA, G.; BRUNO, R.; PIOMBINO, D.
Heca. Santa Fe, Argentina.**Introducción:** Los tumores cardíacos primarios son infrecuentes, con una prevalencia menor al 0.03%, más del 70% corresponden a mixomas.

Los mixomas son neoplasias de las células mesenquimales subendocárdicas, más frecuente en mujeres y entre los 30 y 60 años de edad.

Clínicamente presenta manifestaciones diversas: embólicas, obstructivas y/o sistémicas, según su localización y características, simulando gran variedad de entidades clínicas.

El diagnóstico se realiza por ecocardiografía, pudiendo utilizarse resonancia magnética y tomografía, siendo estos superiores para la caracterización de la lesión. El tratamiento es la resección quirúrgica del tumor, con una mortalidad operatoria menor al 5%.

Caso: Mujer de 19 años, sin antecedentes personales ni familiares, consultó por cuadro de 15 días de evolución de palpitations y disnea clase funcional III, agrega en los últimos 5 días dolor abdominal difuso, intensidad 5/10, asociado a vómitos alimenticios y edema en miembros inferiores.

Examen físico: TA 90/60 mmHg, FC 120 lat/min, FR 21 ciclos/min, T 36°C, Sat 99% (FIO2 0.21). R1-R2 normofonéticos, sin R3 ni R4, sin soplos, ingurgitación yugular 4/6 con colapso inspiratorio parcial. Hipoventilación basal derecha. Abdomen blando, depresible, doloroso en hemiabdomen superior a predominio de hipocondrio derecho, reflejo hepatoyugular +. Edemas en miembros inferiores infrapatelares, godet +++.

Laboratorio: hemograma sin alteraciones, GB 12300, Bb total 1.38 (I 0.77), TGO 153, TGP 170, FAL 156, TP 12.5 (testigo 8.5), LDH 593. Radiografía de tórax: radioopacidad homogénea basal derecha de concavidad superior. Ecografía abdominal: severo derrame pleural derecho, líquido libre interstices en hemiabdomen inferior. Tomografía de tórax, abdomen y pelvis: área cardíaca con defecto de repleción de la aurícula izquierda, derrame pleural derecho, importante cantidad de líquido libre intraabdominal. Toracocentesis: líquido pleural trasudado según criterios de Light. Ecocardiograma bidimensional con doppler: Fey 59%, masa ocupante en aurícula derecha (7.7cm x 0.3cm) compatible con mixoma, friable, multilobulado, prolapsante, con signos de obstrucción al llenado ventricular, leve derrame pericárdico, cavidades derechas dilatadas, hipertensión pulmonar severa (PAP 75mmHg), signos de congestión hepática.

Se realiza resección quirúrgica del tumor, con posterior realización de anatomía patológica que confirma diagnóstico de mixoma auricular.

Comentario: Se presenta una paciente joven con signos de insuficiencia cardíaca derecha, derrame pleural y líquido libre en cavidad abdominal se solicita ecocardiograma para estudio de poliserositis y funcionalidad cardíaca, encontrándose con el hallazgo del mixoma auricular.**Conclusión:** Los mixomas son una entidad poco frecuente, que pueden manifestarse con múltiples síntomas, lo que nos obliga a tener presente esta patología al plantear diagnósticos diferenciales, debido a su resolución favorable una vez diagnosticada y tratada, pero potencialmente letal en su evolución natural.

PC-02-01 // MEGACOLON TOXICO EN COLITIS PSEUDOMEMBRANOSA

VILLAVICENCIO, C.; CHAVEZ, E.; ROMÁN, E.; AYALA FERNANDEZ, J.; MURGUIA, A.
Hospital Simplemente Evita. Gonzalez Catan Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La colitis pseudomembranosa provocada por *Clostridium Difficile*, se debe al uso de tratamientos antibióticos prolongado. Una complicación infrecuente, con una mortalidad del 50% es el megacolon tóxico, caracterizado por una dilatación aguda no obstructiva del colon, total o segmentaria, acompañada de signos de toxicidad sistémica. Los Factores de riesgo son: internación previa, tratamiento prolongado con antibióticos y ser mayor de 65 años. El espectro clínico es muy amplio desde leve diarrea hasta shock. El gold estándar en el diagnóstico es el ensayo de citotoxicidad en cultivo celular. La radiografía simple de abdomen es la prueba de mayor utilidad para el diagnóstico de megacolon con signos radiológicos detectados en casos de megacolon como haustras desestructuradas o ausentes. La ecografía puede servir para detectar precoz, la tomografía axial computarizada puede utilizarse cuando el diagnóstico es dudoso y en caso de sospecha de perforación. El tratamiento antibiótico y quirúrgico son indicado en casos fulminantes.

Caso: masculino de 44 años con tratamiento antibiótico prolongado por celulitis en miembro inferior, Consulta por dolor abdominal, vómitos, diarrea de tres días de evolución. Abdomen distendido doloroso con reacción peritoneal. Ecografía abdominal, leve líquido libre en espacio de Morrison, TAC de abdomen se evidencia dilatación colónica. Laboratorio, Leucocitosis, creatinina de 1,9mg/dl. HIV negativo. Ingresó a UTI. Se realiza hemocultivo que fueron negativos, tratamiento antibiótico empírico con metronidazol, ampicilina sulbactam. Día 3, toxina de *Clostridium Difficile* en materia fecal se rota tratamiento empírico a Vancomicina vía oral y Metronidazol vía endovenosa. Evolucionó con shock a las 48 horas, SOFA 7, se realiza intubación orotraqueal y conexión asistencia respiratoria mecánica. Persiste en shock, realizan laparotomía exploratoria que evidencian distensión general de asas de delgado y colon, adelgazamiento de pared de colon realizan Colectomía subtotal e ileostomía en flanco derecho. Se inicia vancomicina vía rectal al tratamiento previo. Paciente evoluciona favorablemente sin soporte vasopresor, se extuba y pasa a sala general en seguimiento por especialista.

Comentario: presentamos el caso de paciente que con tratamiento prolongados con antibiótico, que ingresa por dolor abdominal con líquido libre que recibe tratamiento antibiótico sin respuesta favorable que desarrolla un cuadro de episodio fulminante por *clostridium difficile* caracterizado por shock y megacolon tóxico. Con tratamiento quirúrgico y antibiótico contribuyeron a la evolución favorable del paciente.

Conclusión: El megacolon tóxico y shock, causado por *clostridium difficile*, por el uso de antibióticos prolongados es una complicación mas temida. Su diagnóstico temprano, con El tratamiento antibiótico dirigido por las vía oral, endovenosa y rectal junto con la conducta quirúrgica cuando esta indicado, son determinantes para la evolución del cuadro clínico.

PC-02-02 // HEMANGIOMA HEPATICO GIGANTE COMPLICADO DURANTE LA GESTACION

VILLAVICENCIO, C.; PULGAR MARTINEZ, M.; PEREZ FLORES, a.; FIGUEROA OJEDA, g.
Hospital Simplemente Evita. Gonzalez Catan Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los hemangiomas hepáticos son tumores benignos, con hallazgo incidental por ser asintomático o síntomas inespecíficos, prevalencia de 1-20% entre 30 y 50 años. El 10% corresponde a hemangiomas gigantes (>4cm), siendo común en las mujeres, su riesgo de ruptura es del 1-4% con alta mortalidad. Su patógena no está clara, posiblemente se trate de un trastorno con influencia hormonal, se desconoce su evolución en el embarazo por los pocos casos reportados. Se sospecha con hallazgos en ultrasonografía. Su diagnóstico de certeza es TAC con contraste, RMN o anatomía patológica. En los casos no complicados se propone la abstención terapéutica y seguimiento. En pacientes sintomáticos por hemangiomas gigantes con riesgo de rotura espontánea, se opta por tratamiento activo a través de enucleación, resección hepática, embolización arterial transcatereter o radiofrecuencia progresiva.

Caso: Mujer de 20 años, con 23 semanas de embarazo controlado; consulta por presentar dolor abdominal de 48 horas evolución en hipogastrio que irradia a hipocondrio derecho e hipotensión arterial que responde a expansión con cristaloides, ruidos cardiacos fetales presentes, ecografía abdominal donde se evidencia líquido libre en cavidad, laboratorio que informan anemia, plaquetopenia, coagulopatía, transaminasas elevadas, lactato deshidrogenasa 2.734 U/dL. Se interpreta el cuadro clínico al ingreso como Síndrome de HELLP complicado por ruptura de hemangioma hepático. Cirugía general realiza laparotomía exploratoria, observándose hemoperitoneo, hematoma hepático subcapsular en segmento VIII y masa con aspecto de un hemangioma, se transfunden y colocan packing. Pasa a terapia intensiva, dada la duda diagnóstica se realiza TAC con contraste evidencia hígado heterogéneo, imagen hipodensa de 11x10cm en lóbulo derecho segmento VIII que refuerza de forma irregular al contraste, impresiona hemangioma. Se realiza angiografía y embolización en la rama de la arteria hepática afectada. A las 24 horas se retira packing con colocación de drenaje y además realizar legrado uterino por constatar previamente latidos fetales ausentes. Evolución favorable se da alta y seguimiento por especialidades.

Comentario: Analizamos el caso de una joven embarazada sin antecedentes previos, que por clínica, laboratorio y ultrasonografía se interpreta inicialmente como Síndrome de HELLP con ruptura de hemangioma hepático. Ante la duda diagnóstica se realiza de TAC de abdomen y posterior arteriografía para confirmación diagnóstica y terapéutica, arrojando el diagnóstico de certeza de hemangioma hepático. Que la llevo a un estado crítico y pérdida del embarazo.

Conclusión: El hemangioma hepático debe considerarse como diagnóstico diferencial de ruptura de hemangioma hepático de síndrome de HELLP en pacientes embarazadas, debido a su baja incidencia y complicaciones graves. La realización de exámenes complementario para su diagnóstico y eventual tratamiento disminuyendo el riesgo de vida para la paciente y su producto de concepción.

PC-02-02 // ENCEFALITIS DESMIELINIZANTE POSVACUNACIÓN PRESENTADA COMO PARAPLEJIA

VALDEZ, P.; PANETTA, E.; ROJAS, e.; BADINO, j.; SALAZAR ARANCIBIA, m.; VALLEJOS ALVAREZ, A.; VASTA, L.; CASTAGNA, R.; POSE, A.; ZELECHOWER, H.; ZEC BASKARAD, M.
Hospital Vélaz Sarsfield. Caba, Argentina.

Introducción: La encefalomielitis desmielinizante posvacunal, encefalitis posvacunación (EP) o encefalitis aguda desmielinizante (ADEM) es una condición aguda que afecta principalmente el cerebro y la médula espinal, llegando a su diagnóstico por exclusión e imágenes características en resonancia magnética nuclear cerebral (RMN). El cuadro clínico se asocia en principio a infecciones virales, actualmente se incluyen reacciones posvacunación.

Caso: Paciente de 38 años de edad que consulta por TEC con pérdida recuperada en contexto de revacunación antisarampión, 30 días previos a la consulta, por antecedente de hijo cursando cuadro agudo de parotiditis. Evolución tórpida con hemiplejía facio braquial izquierda; paraplejía y finalmente cuadriplejía con requerimiento de ARM. Se descartó MEH por cultivo de LCR y PL sin características patológicas; SGB por ausencia anticuerpos antifosfolípidicos, ausencia de disociación albumino citológica; EM por ausencia de bandas oligoclonales y bajo índice de IgG en LCR. Se identificó en RMN de cerebro lesiones focales inespecíficas que realzan con contraste en tronco de encéfalo y médula espinal lo que orientó el diagnóstico por exclusión de EP.

Recibió tratamiento con pulsos de Metilprednisolona por tres días y posteriormente decalaje con Prednisona vía oral evolucionando favorablemente y recuperando motricidad a los 14 días de iniciada la corticoterapia.

La paciente intercurrió con NAVM, Shock séptico asociado a catéter, antibioterapia dirigida por aislamiento de SAMR con vancomicina por 21 días evolucionando durante la antibioterapia con IRA, la misma fue tratada con expansión de cristaloides sin llegar a ser anúrica. Comenzó la diuresis hacia el día 10 de iniciado IRA recuperando su funcionalidad normal.

Comentario: EP es una patología poco común en adultos con incidencia desconocida, siendo más frecuente en niños. La edad media de presentación es entre 33 a 41 años con cierta prevalencia al sexo femenino. Un 50 a 75% de los casos se asocia a cuadros postinfecciosos aunque no siempre se identifica el germen. No hay suficiente evidencia en cuanto a la asociación con el origen vacunal y se estima 0,385 casos por cada millón de dosis administradas. EP puede ser fatal en aquellos casos fulminantes o no considerados. Tiene una mortalidad de 4 a 12%, reportándose hasta un 25% en estudios de UCI.

El tratamiento de elección es la inmunosupresión, siendo los glucocorticoides fundamentales. En casos en los que la respuesta a este tratamiento no es buena se sugiere realizar plasmáferesis y/o IGEV.

Conclusión: La EP debe ser una etiología a considerarse en sujetos que hayan recibido vacunas recientemente y su asociación tanto con enfermedades infecciosas, dada la gravedad de esta patología, y la posibilidad de secuelas, sin tratamiento adecuado.

PC-02-03 // DAÑO AXONAL DIFUSO. PRESENTACIÓN DE UN CASO EN HOSPITAL PIROVANO

GAUNA, N.
Pirovano. Caba, Argentina.

Introducción: El daño axonal difuso (DAD) es una lesión frecuente del trauma encefalocraneano (TEC) y es responsable del deterioro del sensorio, alteraciones cognitivas y conductuales a largo plazo por disrupción de redes neuronales. Paradójicamente es infradiagnosticado.

Fue descripto a mitad del siglo XX como lesiones menores a 15 mm de diámetro en sustancia blanca o unión debido al efecto de fuerzas rotacionales en el TEC. Histopatológicamente se observan dos formas. La primera causada por un aumento de la permeabilidad axonal, tumefacción de mitocondrias y fragmentación del citoesqueleto. La segunda con disminución del flujo axoplásmico y desarrollo de cuerpos de retracción.

La Resonancia Magnética (RM) es el Gold Standard, sin embargo no es el estudio de elección al comienzo ni se encuentra disponible en todos los centros.

Caso: Paciente de 28 años sin antecedentes, que ingresó al hospital por TEC moderado (Glasgow 10/15) por colisión en moto. La tomografía evidenció lesiones compatibles con Marshall 2, Apache 5 SAPS 38, ISS 25 Presentó alteraciones conductuales, confusión, desorientación y negativismo. No se observaron otros fallos orgánicos.

La RM demostró lesiones hiperintensas en FLAIR e hipointensas en secuencia T2 en topografía bifrontal, centro semioval, lentilulares, temporales, esplenio del cuerpo calloso y pedículo cerebeloso derecho.

Comentario: DISCUSIÓN

Existen 3 grados de DAD según localización y predicen resultado a largo plazo. Nuestro paciente tenía el mayor grado y peor pronóstico. Numerosos estudios indican que lesiones en cuerpo calloso se relacionan con estado vegetativo persistente (EVP) y discapacidad grave, en contraste con escalas de Glasgow, diámetro pupilar y edad que fallaron en predecir recuperación. Aunque no está definido un tratamiento eficaz para DAD, el desafío constituiría en detectar rápidamente el cuadro, tener un adecuado manejo para evitar lesiones terciarias e indicar rehabilitación multidisciplinaria.

Conclusión: Conclusión:

El DAD tiene un pronóstico desfavorable, con secuelas a corto y largo plazo. No obstante, nuestro paciente presentó Glasgow de salida (GOS) de 3 y un GOS (extendido) a 6 meses de 4. Este reporte de caso acerca de un tema tan prevalente en nuestro medio busca aportar información que contrasta con el número estadístico.

PC-02-04 // LESIÓN RENAL AGUDA POR PICADURAS MASIVAS DE ABEJAS. REPORTE DE UN CASO.

GOMEZ BARRIOS, A.; ZACARIAS, L.; VEREGARA, M.; PUPUCHE, C.; RINALDI, M.; PALMA, D.; BELIGIO, J.; RIOS RODRÍGUEZ, T.; MOREIRA ARRIOLA, L.; DEJEANNE, J.; ORTIZ, N.; ROLANDO, J.; RODRIGUEZ CUIMBRA, S.
Hospital Escuela José De San Martín. Corrientes, Argentina.

Introducción: El cuadro clínico por la picadura de himenópteros puede conducir a la muerte, dándose por 2 mecanismos: anafilaxia y envenenamiento por hipersensibilidad y magnitud de picaduras respectivamente. Es una causa muy frecuente que en muchos países provoca más decesos que los arácnidos y ofidios. En el sujeto envenenado puede observarse lesión renal aguda ya sea por hemólisis intravascular, rhabdomiólisis o nefrotoxicidad. Según la evidencia, la porción proximal de los túbulos renales es más susceptible a los efectos tóxicos del veneno de abeja, debido a la gran reabsorción de sustancias tóxicas e intensa actividad metabólica en este sitio, lo que lleva a la necrosis tubular aguda.

Caso: Masculino de 59 años etilénolista, sin antecedentes médicos conocidos; quien presenta caída de 5 metros de altura sobre panel de himenópteros (abejas), siendo encontrado con múltiples picaduras en toda la extensión corporal; en nosocomio local se realiza medicación sintomática con antihistamínicos, glucocorticoides y antibiocioterapia. Ingresó con edema facial, disartria, desorientación temporo-espacial, acompañado de prurito generalizado, náuseas, vómitos y lumbalgia. Se descartan fracturas. En laboratorio: GB 31.200, glucemia: 205mg/dl, pH: 7,24, HCO₃: 12, EB: -15, Ac láctico: 3,5, Urea: 218, Creatinina: 6,69, CPK: 29.230, LDH: 4.430, GOT: 400U/L, GPT: 1600U/L, FAL: 277, BT: 6,9, BD: 3,04, Bt: 3,9. Evidenciando así leucocitosis, hiperglucemia, hepatopatía, rhabdomiólisis, acidosis metabólica y fallo renal. Evolucionó en horas posteriores con oliguria decidiendo TRR de urgencia por catéter Quinton y plan de hidratación amplio con mejoría parcial del cuadro, presentando en días posteriores el óbito del mismo.

Comentario: El número de picaduras y la cantidad de veneno inoculada son factores predictores de alta mortalidad y baja sobrevida. El traslado temprano, oportuno y el manejo multidisciplinario son fundamentales para determinar un buen pronóstico en estos pacientes.

Conclusión: La lesión renal aguda se puede observar en pacientes que sufren picaduras de abeja masivas y su gravedad parece estar asociada con el número de picaduras, en diferentes estudios evidenciaron que los niveles de creatinina se encontraban más elevadas, cuando presentaban más de 1.000 picaduras. Es controversial la extracción del agente causal (aguijón) ya que, puede precipitar la inoculación del mismo, y mayor será la tasa de daño. En la mayoría de los casos el tiempo necesario para la recuperación de la función renal varía de 4 a 120 días aunque estos casos están asociados a una alta mortalidad.

PC-03-01 // ARTERIOLOPATIA EN ENFERMO RENAL CRONICO. REVISION DE CASO

BERNIER OCAMPO, I.; TORRES, N.; SERRANO MORENTE, D.; VILLENA, L.; SILVEYRA, M.; BESTEIRO, G.;

GARCÍA, M.; SALAS FLOREZ, A.; ACOSTA, D.; SCAPELLATO, J.
Sanatorio Anchorena. Caba, Argentina.

Introducción: La calcificación cardiovascular es una condición muy prevalente en la enfermedad renal crónica, generando por sí sola mayor morbimortalidad en estos pacientes; en esta patología se incluye la arteriopatía urémica calcificante o calcifilaxis que es un síndrome muy infrecuente pero con mayor prevalencia en pacientes en diálisis, caracterizado clínicamente por necrosis cutánea.

La patogénesis de la calcifilaxis es multifactorial y depende de muchos factores que producen calcificaciones ectópicas en el paciente con enfermedad renal crónica, como las alteraciones del metabolismo calcio-fósforo, el hiper o el hipoparatiroidismo, la diabetes, la obesidad, la inflamación sistémica y el uso de inhibidores de vitamina K, entre otros.

Caso: Se llevó a cabo la revisión de un caso de un paciente masculino de 59 años de edad con antecedentes de múltiples comorbilidades entre ellas diálisis crónica y enfermedad arterial periférica. Ingresó por cuadro de sobreinfección de úlceras crónicas en miembros inferiores con requerimientos de múltiples toilettes quirúrgicas y tratamientos antibióticos.

En internación presenta deterioro del sensorio con requerimiento de terapia intensiva donde curso con sepsis a foco de piel partes blandas y bacteriemia por enterobacter cloacae; se realizan biopsia de lesiones en miembros inferiores con anatomía patológica compatible con calcifilaxis por lo que inicia tratamiento con sevelamer + cinacalcet + pamidronato y posteriormente tiosulfato de sodio, con buena tolerancia. Después del alta sanatorial y posteriores internaciones por sepsis a foco vascular y de piel y partes blandas fallece en otra institución en contexto de proceso infeccioso como sucede con frecuencia en estos pacientes.

Comentario: Es importante tener en cuenta que la calcificación cardiovascular es un factor de riesgo modificable y con la posibilidad, como mínimo, de poder disminuir su progresión, aunque solo se disponga de evidencias circunstanciales sin evidencia de vínculo directo en cuanto a la mejoría de la supervivencia.

Conclusión: De igual manera es fundamental pensar en todos los diagnósticos diferenciales que incluye la calcifilaxis para no emitir impresiones diagnósticas erróneas y retrasar un tratamiento adecuado.

PC-02-05 // MANEJO DEL TRAUMA PENETRANTE DE TORAX CON COMPLICACIONES SÉPTICAS

VALDEZ, P.; PANETTA, E.; ROJAS, E.; BADINO, J.; SALAZAR ARANCIBIA, M.; VASTA, L.; VALLEJOS ALVAREZ, A.; CASTAGNA, R.; POSE, A.; ZELECHOWER, H.; ZEC BASKARAD, M.
Hospital Vélez Sarsfield. Caba, Argentina.

Introducción: El presente trabajo expone un caso clínico complejo de un paciente ingresado al departamento de urgencias por un trauma penetrante de tórax (cirugía de hemotórax y rafia auricular derecha) que a la semana presenta shock séptico a foco pulmonar con disfunción multiorgánica secundaria a una neumonía intrahospitalaria por SAMR (staphylococcus aureus resistente a la meticilina). En el cual la importancia de la monitorización y el manejo precoz ha demostrado una disminución importante en la mortalidad ya que existe una relación inversamente proporcional con su nivel de gravedad.

Caso: Paciente masculino de 23 años de edad y antecedente de consumo de cocaína, marihuana y cigarrillo, internado en centro carcelario. Ingreso al hospital en el contexto de un hemotórax masivo derecho con inestabilidad hemodinámica secundaria a una lesión por arma corto punzante en región paraesternal derecha. Se realizó una toracotomía exploratoria mas rafia de lesión auricular derecha. Una semana mas tarde presentó una lesión cavitada irregular en LSD por lo cual se realizó una nueva toracotomía derecha mas decorticación y toma cultivos con aislamiento de Staphylococcus aureus resistente a Meticilina (SAMR). A pesar del tratamiento antibiótico dirigido intercurrió con obnubilación, hipotensión, mala perfusión distal e injuria renal aguda sugestivo de un proceso infeccioso no resuelto que mejora con rotación antibiótica. En un control tomográfico y ecocardiográfico a su ingreso a UCI se observó un derrame pericárdico moderado sin signos de taponamiento cardíaco, con compromiso moderado global de la función sistólica. Así como también, una colección mediastinal acompañada de derrame pleural derecho tabicado. Los laboratorios de ingreso mostraron acidosis láctica 2.5mmol/L, leucocitosis 26.100 urea 165mg/dl creatinina 4.16mg/dl K 6.2mEq/l eab PH 7.32 PaCo2 29 Pao2 79 Hco3 15 Sat O2 89% eb - 9 TGO 89U/L TGP 283U/L BT 1.9mg/dl PAFI 158.

Comentario: Teniendo en cuenta la presencia de un síndrome de distres respiratorio agudo, falla renal aguda así como, depresión miocárdica por sepsis y en consideración a los hallazgos imagenológicos, se consideró el abordaje quirúrgico, el soporte ventilatorio mecánico invasivo con parámetros protectivos, el manejo antibiótico y la reanimación hidrica los pilares mas importantes para el tratamiento. En consecuencia se realizó una toracotomía antero lateral izquierda con ventana pericárdica mas una toracotomía derecha con decorticación basal por el empiema pleural y se rotó el antibiótico a linezolid y daptomicina presentando una respuesta favorable. Weaning simple a los 12 días de intubado, sin requerimiento de otros soportes.

Conclusión: Como se menciona anteriormente el manejo precoz en el shock séptico y el abordaje quirúrgico fueron decisivos para la resolución del proceso infeccioso de este paciente. Al día 18 de internación en UTI el paciente pasó a sala general y posteriormente fue externado del hospital.

PC-03-02 // METÁSTASIS CUTÁNEAS COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UN TUMOR SÓLIDO: A PROPOSITO DE UN CASO

ZACCARO, D.; BARBEREAU, S.; IMPINI, P.; ALBIGER, L.; SIGAUO OLIVETO, P.; GIMENEZ, M.; BLANCO

MARCHETTI, M.; RAMOS, M.; URTASUN PEREZ, F.; LARRALDE, J.
Hospital Naval Pedro Mallo. Capital Federal, Argentina.

Introducción: Las metástasis cutáneas provenientes de órganos sólidos son un evento raro en la práctica diaria, su incidencia en distintas series varía entre un 0.7% - 9%; suelen ser un indicador de estadio avanzado de la enfermedad y han sido asociadas principalmente con el cáncer de mama, colorectal, renal, de ovario y de pulmón.

Caso: Paciente mujer de 57 años que consultó por presentar lesiones en piel de tipo nodulares, dolorosas, en ambos miembros superiores, inferiores y tronco, asociando registros febriles aislados y pérdida de peso de 6 kg de 3 meses de evolución. Como antecedentes tabaquista 20 pack/year. Al examen físico se encontraba clínicamente estable, con múltiples lesiones nodulares, eritematosas, duros-elásticas y dolorosas a la palpación, de aproximadamente 3-5cm, en miembros superiores, inferiores, tronco y cuello.

Exámenes complementarios: Laboratorio: Leve anemia y leucocitosis. Colagenograma (FR, C3, C4, FAN, ANA, anca C, anca P) normal, serologías para: HIV-HVB-HVC-CMV-Sifilis-Chagas no reactivos. Marcadores tumorales normales.

TC de cuello abdomen y pelvis: Adenopatías en la profundidad de planos musculares. Tórax: A nivel sub pleural en ápice pulmonar izquierdo se visualiza imagen nodular de aproximadamente de 6.5 mm. Enfisema. Mediastino: Adenomegalias localizadas en retro aórtico pre carinal, y para hilar izquierda, refuerzan con contraste. Abdomen: Hígado: lesiones nodulares, hipodensas, refuerzan con contraste. Mesenterio, flanco abdominal superior izquierdo: imágenes nodulares de contornos lobulados que refuerzan con contraste la mayor de 34.4 mm.

Biopsia de lesión cervical izquierda: Microscopía: Dermis con infiltración por una neoplasia conformada por células de mediano a gran tamaño dispuestas en planchas sólidas. Se efectuaron técnicas inmunohistoquímicas: CKAE1-AE3: positivo, CK 7: positivos, TTF 1: negativos, CK5/6: negativos. Estrógeno: negativo.

La imagen histológica corresponde a un CARCINOMA POBREMENTE DIFERENCIADO, de probable origen pulmonar.

Paciente evaluada por servicio de oncología, se decidió realizar tratamiento quimioterápico y paliativo.

Comentario: Las metástasis cutáneas ocasionalmente pueden ser la forma de presentación de un tumor maligno, siendo un signo tardío en la evolución de la mayoría de los casos. Las neoplasias de pulmón, mama, colon son las responsables del 80-90% de las metástasis cutáneas en adultos. Las metástasis cutáneas de las neoplasias pulmonares son generalmente incurables e indican enfermedad avanzada o afectación de otros órganos.

Conclusión: Exponemos un caso de metástasis cutáneas como manifestación inicial de un tumor de órgano sólido, destacándose la importancia de conocer este fenómeno infrecuente y sus diagnósticos dermatológicos diferenciales, debiendo estudiarse adecuadamente al paciente con una lesión sospechosa en piel. Se descartaron múltiples causas de manifestaciones dermatológicas de enfermedades sistémicas, y se llegó al diagnóstico mediante biopsia.

PC-03-03 // PENFIGO VULGAR SOBREINFECTADO

FLEITAS, R.; VARGAS ARGUELLO, J.
Sanatorio Migone. Asunción, Paraguay.

Introducción: El pénfigo vulgar es una enfermedad autoinmune caracteriza clínicamente por ampollas suprabasales, histológicamente por acantolisis, inmunológicamente dirigidos contra la desmogleína 3 del desmosoma y autoanticuerpos IgG unida a la superficie celular de los queratinocitos. El pénfigo vulgar representa la forma más común de pénfigo. Las tasas de incidencia es de 0.1 y 0.5 por 100,000 personas por año. La morbilidad y mortalidad significativas pueden ocurrir como resultado de complicaciones de estas enfermedades y sus tratamientos.

Caso: Paciente masculino de 36 años, sin patología de base, ingresa al servicio por cuadro de 22 de evolución, posterior a cirugía de rodilla por fractura tibial, presenta aparición de numerosas lesiones ampulosas en la región abdominal de 2cm de diámetro que confluyen entre sí hasta formar ampollas de mayor tamaño que luego exulceran con pérdida de secreción transparente, acompañada de dolor intenso, refiere recibir múltiples medicamentos, antibióticos, AINES, relacionadas a cirugía previa. Al examen físico se observa palidez de piel y mucosas. Lesiones ampulosas, erosivas y costro-hemorragias y algunas placas esfaceladas en torso, miembros superiores e inferiores y glúteos, comprometiendo 81% de superficie corporal. Nikolsky positivo, se realiza toma de biopsia de piel donde se observa acantolisis compatibles con pénfigo vulgar. Se inicia tratamiento con prednisona a dosis altas, además de inmunoglobulinas. Durante internación presenta sobre-infección de ampollas, en tomas de hemocultivo se aísla SARM, A. Baumannii, P. Aeruginosa. Inicialmente se antibioticoterapia empírica, posteriormente dirigida con Meropenem, Vancomicina y Colistina con buena respuesta. Posteriormente se inicia tratamiento con azatioprina para seguimiento a largo plazo.

Comentario: Aun siendo el tipo más común de pénfigo, puede ser un obstáculo realizar el diagnóstico, el método de elección es la biopsia cutánea. En la actualidad aun resulta ser un gran desafío el manejo de las complicaciones que conlleva dicha enfermedad. Se han obtenido excelentes respuestas al tratamiento con rituximab. Las principales causas de muerte son las infecciones, las embolias y las hemorragias digestivas. También es importante el tratamiento de las comorbilidades

Conclusión: Al igual que con muchas otras enfermedades autoinmunes, los factores precipitantes de las enfermedades del pénfigo son poco conocidos. El tratamiento con altas dosis de corticoides resulta ser la terapéutica de primera elección, con el que se obtiene buena remisión a las 4-6 semanas. El tratamiento con anticuerpos monoclonales (rituximab), administrado solo o en combinación con corticoides presenta resultados más satisfactorios, pero con el difícil acceso, y alto costo resulta ser inviable en ciertas poblaciones.

PC-03-05 // PENFIGOIDE OCULAR ? REPORTE DE UN CASO.

FIORI, M.; CALVO, M.; BALESTRASSE, D.; PERONI, M.; GIECCO, M.; YOVOVICH, D.; MALPERE, F.
Clínica La Pequeña Familia. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El penfigoide ocular cicatricial (POC) es la manifestación ocular de una enfermedad sistémica denominada penfigoide de membranas mucosas. Es una patología inflamatoria poco frecuente caracterizada por ampollas subepiteliales y regeneración tisular aberrante que ocasiona conjuntivitis bilateral asimétrica, crónica o recurrente, y fibrosis conjuntival progresiva, vascularización corneal secundaria y, en algunos casos, ceguera.

Caso: Paciente masculino de 17 años con antecedente de chalazión y conjuntivitis a repetición (entre 4 y 5 episodios por año) desde la infancia, que no cedían con tratamiento antibiótico convencional. Consultó por pérdida progresiva de la visión. Presentó inyección conjuntival, lagrimeo, sensación de quemazón y edema, con dolor ocular espontáneo de intensidad 8/10. Laboratorio sin particularidades con VES 28 mm. Examen oftalmológico evidenció pérdida de la visión del 40% en el OI y de casi el 100% del OD. Se realizó biopsia ocular que informó mucosa conjuntival tapizada por epitelio plano estratificado carente de células calcificadas, con paraqueratosis superficial. En corion subyacente tejido conectivo fibroblástico con vasos dilatados, aisladas ectasias linfáticas en los cortes semiseriados y escasos infiltrados linfoplasmocíticos a nivel intersticial. IgG positiva estromal superficial, negativa en membrana basal, IgA positiva estromal superficial y superficie epitelial, negativa en membrana basal, C3 positiva estromal superficial y negativa en membrana basal. Se diagnostica inflamación crónica cicatrizal activa a forma pseudopenfigoide. Se evidenció disminución de Inmunoglobulinas por lo que se decidió revacunación y se inició tratamiento con Gammaglobulina Humana por 6 meses presentando buena respuesta sin progresión de la disminución de la agudeza visual.

Comentario: La inflamación recurrente de las mucosas resulta en cicatrización progresiva de las mismas. El compromiso ocular ocurre en aproximadamente un 80% de los pacientes con penfigoide de membranas mucosas. Suele presentarse en 7° década de la vida, es poco frecuente en niños y adolescentes. La etiología es autoinmune, y estaría mediada por autoanticuerpos dirigidos contra epitopes presentes en la membrana basal de las mucosas. El pronóstico visual se relaciona directamente con el diagnóstico temprano y el uso de fármacos inmunosupresores adecuados.

Conclusión: Reportamos este caso por su baja frecuencia y por presentarse a una edad no convencional. Debemos sospecharla más frecuentemente en la consulta ambulatoria ante las consultas reiteradas de conjuntivitis que no mejoran con tratamientos convencionales.

PC-03-04 // NECRÓLISIS EPIDÉRMICA TÓXICA, UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE Y LETAL

CALELLO, P.; PELLEGRINI, D.; QUEZEL, M.; BRUETMAN, J.; DESCOTTE, E.; NORIEGA, G.
Hospital Británico De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción: La piel es el órgano más extenso y accesible, lo cual constituye una ventaja para su examinación. Las reacciones cutáneas son los efectos adversos más frecuentes, si bien la mayoría no desarrollan complicaciones, hay cuadros que suponen un riesgo para la vida. La identificación inmediata, la interrupción del desencadenante y las intervenciones tempranas son los pilares esenciales para el manejo.

Caso: Paciente femenina de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial, tabaquismo y en tratamiento con enalapril y alprazolam, consultó por fiebre de 39°C de 3 días, agregando odinofagia, inyección conjuntival, disuria, rash toracoabdominal y tos seca. Presentaba úlceras aftoides en mucosa yugal, labios y lengua, inyección conjuntival, mucositis vulvar y máculas eritematosas coalescentes en abdomen y hélix; extremidades frías con livideces. Ostentaba una mecánica ventilatoria adecuada, con roncus y sibilancias espiratorias en ambos campos pulmonares. Entre los exámenes complementarios, se destacaba recuento de glóbulos blancos 4.100/mm³ (linfocitos 400/mm³), plaquetas 79000/mm³, sodio 124 mEq/L, AST 94. A las 8 horas evolucionó tórpidamente con progresión de las lesiones en piel a ampollas/flictenas, con más del 30% de la superficie corporal total afectada, necrosis en paladar e insuficiencia respiratoria. Se interpretó el cuadro como SSJ/NET con SCORTEN 3 por lo que ingresa en unidad cerrada. En el reinterrogatorio se rescató el consumo de granulado de polen dos semanas antes al inicio de síntomas. Se tomó muestra cutánea que confirmó el diagnóstico. Evolucionó desfavorablemente con falla multiorgánica y finalmente, falleció a los 14 días de su ingreso.

Comentario: SSJ/NET afectan a 1-2 casos/millón habitantes/año. Generalmente desencadenado por fármacos dentro de las 8 semanas de iniciado, siendo las drogas más implicadas el allopurinol, lamotrigina, sulfamidas, anticonvulsivantes y AINES. En nuestro caso sospechamos que la droga desencadenante era parte del preparado magistral de polen granulado, por la temporalidad del cuadro.

Clínicamente se presenta con extensa necrosis y desprendimiento epidérmico; 90% de los casos se ven afectadas las mucosas. Su diagnóstico es clínico, reconociendo factor desencadenante y confirmando con biopsia de piel. La diferencia entre ambas patologías está dada por la superficie corporal total afectada. El tratamiento se basa en eliminar desencadenante, realizar sostén hidroelectrolítico y nutricional, curar las heridas, tratar posibles sobreinfecciones bacterianas, y la ciclosporina como tratamiento específico. Es posible predecir la mortalidad a través de la escala de Scorten en la que una valoración mayor o igual a 2, o de superficie corporal total afectada superior a 30% tiene indicación de manejo en unidad cerrada.

Conclusión: Presentamos este caso por tratarse de una patología infrecuente de extrema gravedad. Destacamos la importancia de una anamnesis completa y un manejo multidisciplinario en centros de alta complejidad.

PC-03-06 // ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED CUTÁNEA NET LIKE REFRACTARIO EN PACIENTE CON TRASPLANTE ALOGÉNICO DE MÉDULA ÓSEA

AMARILLO, C.; AIELLO BATTAN, F.; CACERES, M.; DALDOSS, F.; COSACOW, C.
Cemic. Caba, Argentina.

Introducción: La enfermedad de injerto contra huésped (EICH) es un desorden multisistémico que se produce como complicación tras un trasplante alogénico de médula ósea (TALO). La afectación cutánea, junto con el hígado y el tracto gastrointestinal, es la forma de presentación aguda más frecuente.

La afectación cutánea grado 4 se presenta como una eritrodermia pudiendo evolucionar a un cuadro similar a la necrólisis epidérmica tóxica (NET). Existen pocos casos reportados de esta entidad, que, en los casos más graves, tiene una mortalidad cercana al 100%.

Caso: Varón de 33 años con antecedentes de hipereosinofilia primaria asociada a mutación de PDGFRA y un sarcoma mielóide con lesiones osteolíticas en columna vertebral, que requirió quimioterapia de urgencia con E-SHAP por un síndrome medular agudo asociado a fractura patológica de T12. Posteriormente realizó inducción con FLAGIDA y consolidación con TALO histoiéntico. El régimen de acondicionamiento consistió en radioterapia corporal total, MESNA y ciclofosfamida y la profilaxis de EICH fue con ciclofosfamida y ciclosporina.

Al día +39 de TALO es hospitalizado por vómitos incoercibles y fiebre de 72hs. Presentaba rash maculopapular no pruriginoso en 4 miembros, con compromiso de palmas y plantas. En el laboratorio presentó Hto 30%, Hb 10g/L, GB 4150/mm³ con 47% de neutrófilos, plaquetas 25.000/mm³, creatinina 2.1 mg/dL, ionograma y hepatograma normal, con Tiempo de Protrombina 41%, y KPTT 42 seg. LDH 370 U/L, dosaje de ciclosporina 15 ng/mL (valor normal: 100-400 ng/mL). Presentó carga viral no detectable para CMV, EBV, VHH6, PB19 y adenovirus. Ante sospecha de EICH se efectúa VEDA que en el examen anatomopatológico de la mucosa duodenal y gástrica mostró apoptosis celular y desaparición completa de criptas y vellosidades que indica cambios compatibles con EICH. Inicia metilprednisolona 120mg/día. Evolucionó desfavorablemente, con compromiso hepático, progresión de enfermedad cutánea con denudamiento de casi la totalidad de la superficie corporal y compromiso mucoso (fig. 1). Se realiza biopsia de piel que evidencia hallazgos compatibles con EICH cutánea grado IV. Se aumenta dosis de metilprednisolona a 250 mg/día y se agrega ciclosporina 100mg c/12hs y ruxolitinib 7.5 mg c/12hs. Evolucionó desfavorablemente, falleciendo a los 15 días de su ingreso.

Comentario: Reportamos el caso de una EICH con compromiso gastrointestinal, hepático y cutáneo agudo grado IV. La expresión cutánea adquirió características clínicas de NET, usualmente una entidad inducida por fármacos. No hay una clara forma de diferenciar NET de EICH cutáneo. La demostración de quimerismo en la EICH puede contribuir al diagnóstico diferencial, que es de primordial importancia dado el tratamiento diferencial en ambas entidades.

Conclusión: Más allá del tratamiento de sostén, en el NET primario, los corticoides se asocian a mayor tasa de complicaciones. En cambio la intensificación de la inmunosupresión, incluyendo los corticoides constituyen el fundamento terapéutico de EICH.

PC-03-07 // PENFIGOIDE AMPOLLAR : DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

PEÑALOZA, D.; LAPIDUS, M.; ECHEVERRÍA, M.
Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El penfigoide ampollar (PA) es una enfermedad ampollosa autoinmune, caracterizada por la producción de anticuerpos contra componentes de la membrana basal, es de curso crónico, benigno, y aparece en personas de edad avanzada. La clínica se manifiesta con pápulas y placas urticariformes y pruriginosas, sobre las que asientan ampollas tensas. Característicamente compromete la piel del tronco, y extremidades, mientras que el polo céfalico y las mucosas suelen estar respetadas. El tratamiento de elección son los corticoides sistémicos (CS), asociados a tetraciclinas, metotrexato o Rituximab(R) como ahorradores, para evitar efectos adversos. Al igual que en otras enfermedades autoinmunes, el tratamiento en el PA no es curativo, sino que sólo suprime la actividad de la enfermedad. **Caso:** Paciente femenina de 88 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca (IC), valvuloplastia biológica por estenosis aórtica, enfermedad renal crónica (ERC) y enfermedad obstructiva crónica. Consultó por prurito de 2 meses de evolución, que progresa a múltiples ampollas tensas sobre placas eritematoedematosas localizadas en el mentón, escote, abdomen, miembros superiores, inferiores, dorso y glúteos. Refirió que por progresión de su disnea habitual hacia clase funcional 4, había aumentado la furosemida a 120 mg / día. Se internó por reagudización de ERC e IC congestiva. Se realizó histopatología con evidencia de ampolla dermoepidérmica con inmunofluorescencia directa (IFD) negativa. Se solicitaron serologías virales, parasitarias y P.P.D que resultaron negativas. Por sospecha de PA secundario a furosemida y la presencia de rosetas que sugieren dermatosis ampollar por inmunoglobulina A lineal, se realiza nueva biopsia de piel con IFD negativa. Recibió tratamiento con CS por 20 días, sin mejoría por lo que se administró R con buena evolución de las lesiones, con respecto a la sobrecarga hídrica realizó balance negativo con hidroclorotiazida y espironolactona.

Comentario: El PA se ha vinculado con el uso de medicamentos como antiinflamatorios no esteroideos, beta-lactámicos, furosemida y los betabloqueantes; conocido como penfigoide Ampollar por Fármacos (PAPF). La demora evocadora y el desarrollo del PA es variable. El PAPF puede aparecer a edades más tempranas, comprometer el polo céfalico y las mucosas. El tratamiento consiste en la suspensión del fármaco sospechoso asociado a CS o tópicos según el grado de severidad. Involuciona con mínimas intervenciones terapéuticas, de las lesiones suelen observarse ampollas subepidérmicas, con un infiltrado dérmico superficial compuesto por linfocitos, histiocitos y eosinófilos. La IFD de piel sana perilesional muestra depósitos lineales de IgG, C3 o ambos, en la membrana basal.

Conclusión: La paciente presentada es de edad avanzada, con resultados de histología e IFD controvertidos; Sin embargo, la falta de alguno de estos métodos puede dificultar el diagnóstico. Una adecuada correlación clínico-patológica permite arribar al diagnóstico y realizar el tratamiento apropiado.

PC-03-09 // CRIPTOCOCOSIS CUTÁNEA COMO MANIFESTACIÓN DE CRIPTOCOCOSIS DISEMINADA EN PACIENTE HIV, A PROPOSITO DE UN CASO

KERSTEN, S.; ILLIA, M.; BAEZA, N.; RODRIGUEZ, M.; VILA, S.
Cemic. Caba, Argentina.

Introducción: El Criptococo es un hongo unicelular, esférico con una pared de doble contorno, rodeado por una cápsula polisacárida. La vía de entrada al organismo suele ser la vía respiratoria. En individuos con inmunidad celular adecuada la infección se limita al pulmón, mientras que, en aquellos con déficit de la misma, se desarrollan formas sistémicas, con particular tropismo por el sistema nervioso central y la piel.

Las manifestaciones cutáneas se desarrollan predominantemente a nivel de cabeza y cuello. Pueden aparecer como un amplio espectro de lesiones: pápulas, nódulos, placas, a veces con características moluscosides o similares al sarcoma de Kaposi, y que pueden presentar un centro necrótico ulcerado.

El diagnóstico de la Criptococosis se efectúa por la observación del agente en el examen directo con tinta china. Allí, gracias a la presencia de la cápsula, se puede reconocer al microorganismo rodeado de un espacio blanco. Otros métodos disponibles son el cultivo, el estudio histopatológico y el análisis serológico.

El tratamiento de la Criptococosis Diseminada consiste en terapia de inducción con Anfotericina B liposomal (+/- 5-fluorocitosina) y consolidación y mantenimiento con Fluconazol. Se presenta un caso de Criptococosis Diseminada en contexto de un debut de HIV diagnosticada a partir de lesiones cutáneas.

Caso: Paciente masculino de 42 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, enolismo y consumo de cocaína ocasional, HSV genital y antecedente de pareja reciente con debut de SIDA. Consultó por un cuadro de 3 semanas de evolución de cefalea occipital, de intensidad 7/10, náuseas y vómitos y aparición de lesiones en la piel. Al examen físico presentaba lesiones papulares/nodulares con centros ulcerados necróticos a nivel de frente, cuero cabelludo, mentón y miembro superior izquierdo (fig.1). El examen físico neurológico era de características normales, con ausencia de signos meníngeos.

Como datos relevantes en el laboratorio presentó: HIV +, CD4: 55 cel/mm3, Carga viral: 20.500 copias/mL, VDRL + y Criptococo Neoformans + en el raspado de las lesiones cutáneas y LCR. Se efectuó diagnóstico de debut de SIDA con Criptococosis diseminada (con compromiso de sistema nervioso central y cutáneo) y se inició tratamiento con Anfotericina y Fluconazol. Por hipertensión de líquido cefalorraquídeo con requerimiento de punciones lumbares reiteradas se coloca drenaje lumbar.

Intercurre con falla renal aguda nefrotóxica, sin requerimientos de hemodíalisis, y tubulopatía por Anfotericina. Se hace diagnóstico asimismo de Sífilis Secundaria asintomática, por lo que recibe 3 dosis de Penicilina G, e infección por COVID-19 leve asintomática.

Comentario: El compromiso dermatológico en la Criptococosis diseminada es infrecuente, observado entre un 5-15% de los casos.

Conclusión: Este caso ilustra la importancia del cuidadoso examen de la piel y su estudio microbiológico, constituyendo la manifestación inicial de una Criptococosis diseminada con subyacente debut de SIDA.

PC-03-08 // SINDROME DE NICOLAU POSTERIOR A INYECCIÓN DE PENICILINA IM EN UN ADULTO CON SÍFILIS: REPORTE DE CASO

FERNANDEZ, N.; ITALIANO, L.; KOLLAND, I.; BARRIOS, P.
Hospital Fernandez. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El síndrome de Nicolau (SN) es una complicación rara tras la administración de inyecciones intramusculares (IM), subcutáneas, intravenosas o intraarticulares de medicamentos (AINES, penicilina, etc). Clínicamente cursa con dolor agudo intenso durante la inyección intramuscular, seguido de la formación de una placa lividoide que se distingue por márgenes bien delimitados y angulados, evolucionando a una placa reticulada y violácea poco tiempo después, para terminar en una necrosis cutánea localizada en el sitio de punción, que se resuelve con una cicatriz atrofica. Se describen, también, alteraciones motoras, sensitivas y esferintarianas.

Presentamos el caso de un paciente adulto con sífilis que presentó SN secundario a la aplicación IM de penicilina G benzatínica (PGB), con compromiso de esfínteres.

Caso: Varón de 30 años con antecedentes de TBC pulmonar de reciente diagnóstico en tratamiento, consumo de drogas de abuso y sífilis. Acude al hospital por dolor, impotencia funcional progresiva y lesiones en miembro inferior izquierdo que comenzaron horas después de recibir la tercera dosis IM de PGB como tratamiento de la sífilis. Las lesiones se presentaban dolorosas, de aspecto salteado, como máculas y placas equimóticas eritemato-violáceas de bordes netos y contorno geográficos, negativas a la vitropresión, localizadas en periné, glúteo y pie izquierdo. Presenta, además, fiebre, equimosis y edema escrotal asociadas a hipotonía marcada del esfínter anal con incontinencia fecal y retención aguda de orina. Los resultados de laboratorio evidencian leucocitosis (GB 24600 con PMN 95%), transaminitis (TGP 244, TGO 1109), marcada elevación de LDH (17229) y CPK (27300) asociada a injuria renal aguda (Urea 105, Cr 1.5) sin criterios de diálisis. Se solicitan estudios complementarios de ecografía y tomografía de los sitios comprometidos que evidencian inflamación de partes blandas perineales y en glúteo izquierdo, edema escrotal e hidrocele bilateral leve. Se interpreta como sepsis a foco de piel y partes blandas y rabdomiólisis. Se coloca sonda vesical, plan amplio de hidratación parenteral, analgesia y antibiotiocoterapia con Cefalotina, Metronidazol y Fluconazol ajustado a cultivo de líquido de drenaje de glúteo izquierdo (*Escherichia Coli* multisensible y *Candida albicans* sensible a fluconazol). Evoluciona favorablemente realizando asistencia kinesiomotora, afebril, sin dolor, con mejoría de las lesiones y los parámetros de laboratorio. Presenta recuperación de la funcionalidad del miembro inferior comprometido y esfínteres. Posteriormente, el paciente se retira de forma voluntaria sin alta médica, ni seguimiento posterior.

Comentario: Se han propuesto como mecanismos fisiopatológicos del SN: inflamación causada por la inyección perivascular del medicamento administrado, que induce a lesiones en las arterias; la inyección periarterial o perineural, al provocar dolor severo, sobreestimula el sistema simpático, produciendo vasoespasmo y compromiso circulatorio; la inyección intraarterial provoca obstrucción embólica de las arterias cutáneas.

En la mayoría de los casos la evolución lleva a la curación de las lesiones, con cicatrices atroficas o hiperpigmentadas. Puede causar complicaciones como hipoestesia, paraplejia, deficiencia de esfínteres o sepsis. Nuestro paciente presentó lesiones típicas de esta patología, asociadas a infección y compromiso de esfínteres. Cabe destacar que este último, revirtió paulatinamente. Se ha descrito dicho cuadro asociado a mecanismos de daño neuronal isquémico.

Aún no se han establecido protocolos específicos para su manejo. El tratamiento conservador consiste en curaciones locales y analgésicos. El uso de anticoagulantes y vasodilatadores mostraron mejoría en la evolución.

Nuestro caso fue tratado con analgésicos, cura local diaria, antibióticos de acuerdo a reporte de cultivos y drenaje quirúrgico del compromiso glúteo. No se indicaron vasodilatadores ni anticoagulantes, puesto que no existe evidencia concreta sobre dicho tratamiento.

El diagnóstico es principalmente clínico, asociado al antecedente de inyección farmacológica. Las imágenes, como ultrasonografía, tomografía y resonancia magnética, pueden ser útiles para definir el grado de afectación del tejido. La histopatología muestra cambios necróticos y trombosis vascular.

Conclusión: Es importante tener en cuenta que las inyecciones en todo caso pueden provocar SN, por lo que debemos tomar precauciones y evaluar en toda su magnitud la necesidad del uso de esta vía. Es necesario una técnica adecuada, considerando siempre que sea posible el utilizar otras vías, ya que se han descrito múltiples complicaciones, incluso la muerte.

PC-03-10 // HIDRADENITIS SUPURATIVA HURLEY III: DESAFÍO CLÍNICO

MORRA, L.; ORTIGOZA BARBUDEZ, D.; BENITEZ, G.; VILLALBA, J.
Instituto Medicina Tropical. Asunción, Paraguay.

Introducción: La HS es una enfermedad inflamatoria crónica, recurrente, que se presenta con nódulos dolorosos, comedones y trayectos fistulosos, una de las sinonimias más utilizadas es el de acné inverso.

En este estudio, presentamos un caso de un hombre de 36 años sin patología de base ni historia familiar parecida de lesiones cutáneas nodulares recurrentes. Este caso es llamativo por las manifestaciones avanzadas y desafíos terapéuticos que supuso al equipo clínico su diagnóstico y el cuestionamiento de la siguiente conducta a tomar una vez diagnosticada la enfermedad.

Caso: Paciente de sexo masculino de 36 años de edad conocido portador de estafilococos áureos hace 25 años sin patología de base que consulta por lesiones que inician en región glútea y posteriormente se disemina a cara, región axilar y escroto, tipo pápulas dolorosas a la palpación de coloración rojiza y con secreción purulenta maloliente de 8 días que evoluciona más sensación febril no graduada que resuelve con antipiréticos comunes, es tratado de manera ambulatoria primeramente pero ante el fallo de la terapéutica se decide internación, al examen físico: signos vitales en rango, en tórax lesiones quísticas supurantes de 3 cm de tamaño en razón de 3, mismas se observan también en región del perineo y glúteo de mismas características que las anteriores con secreción achocolatada, demás aparatos y sistemas sin particularidades. Ingresó con retorno laboratorial dentro de los parámetros. Se inicia antibiotiocoterapia de amplio espectro y se envía cultivo secreción purulenta. Se ingresa con el diagnóstico de un debut HS probable, el cultivo retorna pilimicrobio con tendencia de estafilococos aureus. Se realiza biopsia de lesión a la histología revela la oclusión del poro folicular, quistes epiteliales, apocrititis y los senos epidérmicos alineados, rodeados por la infiltración densa de células plasmáticas. El infiltrado inflamatorio estaba compuesto por neutrófilos, linfocitos e histiocitos, así como detritus celulares. confirmando de esta manera el diagnóstico de HS.

Comentario: La HS es una condición poco frecuente. Existen escasos informes de niños con esta enfermedad en ausencia de anomalías endocrinas o hiperandrogenismo. En general estos pacientes pueden sufrir un empostramiento de su condición durante la pubertad.

La etiología exacta de la HS aún es desconocida. Sin embargo, se ha establecido que el proceso patológico primario se origina a nivel de los folículos pilosos. Se cree que las lesiones de la HS comienzan con taponamiento folicular. El diagnóstico suele realizarse en los primeros años de la pubertad por las manifestaciones repetidas a lo largo de la historia del paciente, se observa sobretodo en mujeres. Obesos y fumadores.

Conclusión: La HA es una entidad poco frecuente a veces confundida con otras entidades que si no es diagnosticada en edades tempranas y ante los primeros signos puede llevara a graves consecuencias físicas y emocionales, como se ve en este paciente.

PC-03-11 // MELANOMA DE LOCALIZACION INUSUAL

DELGADO, D.; MAGGINI, E.; BEGHETTI, M.; PUJOL, J.; ROJAS PIÑERO, M.; ZIZZIAS, S.; GÓMEZ PORTILLO, J. Hospital El Carmen. Mendoza, Argentina.

Introducción: El melanoma (MEL) es un tumor maligno derivado de melanocitos y células nevícas. Los MEL primarios del tracto genital son raros y agresivos, representan el 3% del total de MEL en mujeres. La localización más frecuente es vulva, seguido por vagina y más infrecuente cérvix. El pronóstico es pobre con una sobrevida a los 5 años para el MEL de cérvix de aproximadamente 10% según las distintas series publicadas.

Caso: Mujer de 55 años, sin antecedentes, consulta por dolor inguinal izquierdo y lesión tumoral en dicha región. Examen físico: edema de miembro inferior (MI) izquierdo. Abdomen: masa indurada en hipogastrio, fija e indolora. Masa inguinal de 20 cm, duro elástica. Analítica: Hematocrito 39.2%, Hemoglobina 11.9 mg/dL, Leucocitos 8350/uL, PCR 16.32. Eco doppler de MMI: signos de trombosis en vena femoral común y superficial. AngioTC de tórax: no se observan imágenes de falta de relleno en ramas lobares y segmentarias. TC abdomen, pelvis y muslos: lesión expansiva en región inguinal izquierda que se extiende en forma caudal hacia muslo homolateral, polilobulada y heterogénea, con áreas sólidas y quísticas/necróticas, con refuerzo postcontraste de la porción sólida de 2x15x10 cm de diámetro. Conglomerado adenopático retroperitoneal, envuelve grandes vasos y se extiende hacia cavidad pelviana, envolviendo vasos ilíacos, sin plano de separación con vejiga, la cual desplaza y comprime. Adenopatías en cadenas ilíacas y región inguinal derecha. Útero en AVF aumentado de tamaño a expensas del cuello, heterogéneo. Líquido libre subhepático y fosa ilíaca derecha. Lesión lítica en vértebra D12. Biopsia percutánea de muslo: muestras de aspecto oscuro pigmentado, neoplasia maligna indiferenciada, con sospecha de MEL. Examen ginecológico: lesión exofítica, de 5x4 cm, vascularizada, irregular, con compromiso de focos que impresionan metastásicos en tercio superior de vagina, al tacto los parámetros comprometidos casi en su totalidad. Impresión cáncer (CA) de cuello estadio 2B con compromiso parametrial. Biopsia de cuello uterino: neoplasia maligna indiferenciada. Inmunohistoquímica: BRAF MEL. Mutación p.V600E del gen BRAF. RMN de abdomen y pelvis: CA de cuello avanzado, infiltración locoregional de vejiga, recto, parámetros, vagina, cuerpo uterino, implantes peritoneales múltiples, adenomegalias en cadenas ilíacas. Tumoración muslo izquierdo, conglomerado adenopático inguinal. Se inicia anticoagulación con HBPM. Se otorga alta hospitalaria y seguimiento por oncología, en plan de tratamiento con inhibidores de BRAF. Reingresa a los 30 días por disnea súbita, con alta sospecha pretest de tromboembolismo de pulmón. Presenta evolución desfavorable y fallece.

Comentario: Se presenta el caso de una paciente en la que se realiza diagnóstico de MEL de cervix en estadio avanzado, presentado evolución desfavorable.

Conclusión: Motiva la presentación de este caso la baja frecuencia descrita en la literatura. Se destaca la importancia del diagnóstico precoz debido a la alta mortalidad de esta entidad en estadios avanzados.

PC-03-13 // INFECCIÓN CUTÁNEA FÚNGICA: ASPERGILOSIS INVASIVA Y DEBUT DE LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA TIPO T

DELGADO, D.; VEZZONI, M.; GIL, D.; BEGHETTI, M.; MONTE, S.; GALLO, M.; ABERASTAIN, A.;

SANTONOCITO, M.; CAPITANI, R. Hospital El Carmen. Mendoza, Argentina.

Introducción: El *Aspergillus* sp. es un patógeno respiratorio, siendo el pulmón el principal órgano afectado, desde allí la infección se extiende a otros órganos en un 30% de los casos, afectando a la piel en menos del 5% de los pacientes con aspergilosis invasiva (AI). La AI ocurre casi siempre en pacientes neutropénicos con enfermedades oncohematológicas. El principal factor de riesgo para este grupo es la neutropenia severa y prolongada. Existen reportes de casos aislados y series pequeñas de AI en pacientes con leucemia linfoblástica aguda (LLA). La tasa de mortalidad de AI oscila entre 45-95%. La rapidez en el diagnóstico es fundamental, por la posibilidad de inicio de un tratamiento antifúngico específico lo cual mejora la sobrevida.

Caso: Mujer de 34 años. Ingresó por fiebre, dolor abdominal y diarrea de 2 semanas de evolución. Examen físico: regular a mal estado general, febril, taquicárdica con palidez cutánea, examen abdominal normal. Lesión en piel y partes blandas: lesiones ampollares hemáticas de tipo impetiginizadas en miembros inferiores. Analítica: Hto 17%, Hemoglobina 6.3, Leucocitos: 500/mm³, plaquetas 15.000. TTPK 43.8", TP 68%, GOT 35.20U/L, GPT 22.70U/L, FAL 99 U/L, LDH 591U/L. Serología viral negativa. Inmunológico negativo. PCR SARS CoV2 negativa. TAC torax y abdomen: nódulos pulmonares subpleurales bilaterales, imagen de consolidación. Hígado y bazo aumentados de tamaño, dilatación de asas intestinales con líquido libre en fondo de saco. Abordaje: se solicita Hemocultivos x2, Urocultivo, BAL y se inicia antibioterapia empírica + antifúngico. Galactomananos en BAL positivos. Biopsia de lesiones de piel y partes blandas: lesiones compatibles con *Aspergillus*. Biopsia de médula ósea, compatible con LLA tipo T. Se inicia tratamiento con corticoides, anfotericina y QMT con daunorubicina, vincristina y asparaginasa. Permanece 3 meses internada, con buena evolución. Se indica alta hospitalaria y continúa con QMT ambulatoria y en seguimiento por Hematología.

Comentario: Motiva la presentación dos aspectos llamativos, por un lado la forma inusual de presentación de una AI en una paciente con un debut de LLA tipo T, teniendo en cuenta que la mayoría de los casos se producen en pacientes con neutropenia secundaria a la QMT, por otro lado se destaca lo infrecuente del compromiso cutáneo en AI, ya que existen sólo reportes aislados en la bibliografía. En esta paciente el estudio histológico de las lesiones cutáneas permitió sospechar la posible etiología, ya que a pesar de tener un foco primario en pulmón ésta no cursó con clínica respiratoria previa. Por último cabe añadir la buena evolución clínica, a pesar de la gravedad del cuadro.

Conclusión: Destacamos la importancia de valorar de forma rigurosa lesiones en piel y partes blandas en inmunocomprometidos, por la posibilidad de infección fúngica, ya que si bien es de baja incidencia, presenta una elevada mortalidad, por lo cual un diagnóstico oportuno es crucial para instaurar la terapéutica apropiada que mejoraría considerablemente el pronóstico.

PC-03-12 // SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON Y NECROLISIS EPIDERMICA TOXICA: REPORTE DE UN CASO

MACÍNEIRAS, M.; CEIRANO, A.; SAAVEDRA, E.; NIEDENTHAL, M.; CATALANO, H.; MONTOYA, R. Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Introducción: El síndrome de Stevens-Johnson (SSJ) y la necrólisis epidérmica tóxica (NET) son reacciones adversas mucocutáneas graves, desencadenadas principalmente por medicamentos. Se caracterizan por fiebre, necrosis extensa y desprendimiento de la epidermis. Se diferencian por la gravedad y porcentaje de la superficie corporal afectada. A continuación se presenta el caso de una paciente que presentó cuadro de SSJ.

Caso: Paciente mujer de 39 años sin antecedentes de relevancia, que había realizado tratamiento reciente para infección por *Helicobacter pylori* con esomeprazol, amoxicilina y claritromicina. Consultó por enanema y lagrimeo ocular, lesiones ampollares y costrosas en labios y exantema maculoso pruriginoso en cuello y brazos, que luego progresó a tronco y ambos miembros inferiores. Negó fiebre u otros síntomas. Al examen físico se encontró hemodinámicamente estable, afebril, con las lesiones previamente descritas, sin otros hallazgos positivos. Se solicitó laboratorio y radiografía de tórax sin alteraciones. Serologías para HIV, HSV, CMV, EBV, Sarampión, Rubéola, Varicela Zoster, Mycoplasma y Dengue: negativas. Evolucionó con nuevas lesiones ampollares pruriginosas, fauces edematosas con lesiones blanquecinas y adenopatías cervicales bilaterales dolorosas. Se realizó biopsia de las lesiones cuya anatomía patológica resultó compatible con eritema multiforme/SSJ. Se indicó inmunoglobulina G humana durante 3 días y evolucionó con mejoría de las lesiones.

Comentario: El SSJ y la NET son reacciones adversas mucocutáneas graves, desencadenadas principalmente por medicamentos. En el SSJ el desprendimiento de piel es menor al 10% de la superficie corporal y las membranas mucosas se ven afectadas en más del 90% de los pacientes. Una revisión sistemática que evaluó tratamientos sistémicos para el síndrome de Stevens Johnson mostró que los corticoides y la ciclosporina pueden ser las terapias inmunomoduladoras más prometedoras (incluyó principalmente estudios observacionales).

Conclusión: Se presenta el caso por la gravedad que concierne el SSJ y la NET, y la importancia del rápido diagnóstico e inicio de tratamiento.

PC-03-14 // NECROLISIS EPIDERMICA TOXICA INDUCIDA POR LAMOTRIGINA

TURRIN, H.; OOSTDIJK, L.; SAINZ, J.; GREGORATTI, J.; DE LA SERNA, M.; URRUTIA ERBETTA, L.; URANGA, S.

Hospital Italiano La Plata. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La Necrólisis Epidérmica Tóxica es una reacción dérmica severa, con una elevada tasa de mortalidad. Es provocada por una activación inmune inapropiada en respuesta a ciertos medicamentos, sus metabolitos o agentes infecciosos.

Se manifiesta como una reacción sistémica inflamatoria aguda que involucra más del 30% de la superficie corporal. Etiológicamente está relacionada con el uso de fármacos en un 60% de los casos; sin embargo, el herpes simple, infecciones por *Mycoplasma* y algunos factores genéticos, están considerados también como posibles desencadenantes.

Caso: Paciente mujer de 21 años institucionalizada en clínica neuropsiquiátrica, que ingresa a la terapia intensiva del Hospital Italiano de La Plata, derivada de otra institución hospitalaria de segundo nivel de complejidad, por presentar lesiones en piel y mucosas de tipo vesículo-ampollares. El cuadro inició con lesiones vesiculares en abdomen y en cuestión de horas se generalizaron con tendencia a confluir. Refiere haber comenzado tratamiento con amoxicilina hace 48hs por cuadro de vías aéreas superiores; interpretándose en un comienzo como causante de la NET. Durante la internación el familiar relata cambio de medicación psiquiátrica habitual, habiéndose incorporado lamotrigina 3 semanas previas al inicio del cuadro clínico.

Comentario: A pesar de que la Necrólisis Epidérmica Tóxica es una entidad sumamente infrecuente de elevada mortalidad (60% de los casos), la paciente se recuperó con éxito luego de una internación prolongada.

Se presenta este caso para destacar la importancia de la sospecha diagnóstica oportuna, eliminación de los posibles factores desencadenantes e instauración rápida de tratamiento específico.

Conclusión: A pesar de que la Necrólisis Epidérmica Tóxica es una entidad sumamente infrecuente de elevada mortalidad (60% de los casos), la paciente se recuperó con éxito luego de una internación prolongada.

Se presenta este caso para destacar la importancia de la sospecha diagnóstica oportuna, eliminación de los posibles factores desencadenantes e instauración rápida de tratamiento específico.

PC-03-15 // DERMATOMIOSITIS COMO MANIFESTACION DE SINDROME PARANEOPLASICO

GOMES, E.; GODOY, M.; LEVAGGI, A.; SABOGAL LAGOMARSINO, C.; DAVILA, R.; ACCETA, D.; BARROSSO, J.; FORMICA MAZRAANI, N.; FERNÁNDEZ OPORTO, J.; RIVAS, P.
Hospital Rivadavia. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La dermatomiositis(DM) es una miopatía inflamatoria que se caracteriza por debilidad del músculo esquelético proximal principalmente y alteraciones cutáneas asociadas.Tiene una incidencia de 1 por cada 100,000 personas, siendo mayor en mujeres. En un 15% se manifiesta como disfagia, asociándose a disminución de la calidad de vida y mal pronóstico.La DM se puede manifestar como síndrome paraneoplásico y es bien conocida su relación con distintos tumores, pudiendo cursar simultáneamente a la neoplasia o incluso aparecer antes o después del diagnóstico de la misma.

Caso: Paciente de 64 años con antecedentes de tabaquismo(30p/y), derivado del servicio de dermatología por presentar cuadro clínico de 3 semanas de evolución caracterizado por lesiones eritemato-escamosas pruriginosas descamativas en cuero cabelludo y tronco, eritema macular violáceo en dorso de manos que se extiende sobre tendones extensores, asociado a disfagia, pérdida de peso y debilidad muscular a predominio cintura escapular. Se lo interpreto como probable DM y se interna para diagnóstico y tratamiento. En el laboratorio presentaba aumento de CPK total, LDH, transaminasas y ERS, en el perfil inmunológico IgA e IgG aumentadas y ANA positivo 1/640 con patrón homogéneo. El resto sin particularidades. En la radiografía de tórax se observó imagen patológica que se complementa con TAC de tórax que evidenciaba lesión sólida en lóbulo superior izquierdo y lesiones focales óseas a nivel vertebral izquierdo D12 y 11vo arco costal posterior. Para evaluación de la debilidad muscular se realizó EMG que informo patrón no miopático típico. Por disfagia mixta se realizó VEDA, sin particularidades. En base a los hallazgos se interpreta el cuadro como DM como síndrome paraneoplásico en contexto de probable neoplasia de pulmón por lo que se continúan estudios en base a sospecha diagnóstica, realizándose biopsia de piel y biopsia de músculo deltoides, ambas con hallazgos compatibles con DM. Se realiza BAL que resulta no concluyente y se prosigue con una PAAF guiada por TC de la lesión pulmonar cuyo resultado fue compatible con carcinoma de células no pequeñas. Por progresión de su disfagia, servicio de reumatología indica gammaglobulina y luego continuar con azatioprina. El paciente no presenta respuesta al tratamiento, evolucionando con edemas en miembros superiores y plétora facial con ecodoppler venoso negativo para trombosis, instaurándose pulsos con metilprednisolona y continuando con prednisona vía oral. Sin respuesta a dichos tratamientos el paciente presenta evolución tórpida y fallece.

Conclusión: La asociación entre la DM y las neoplasias es bien conocida. Es de suma importancia ante la presencia de la misma, sospechar una probable neoplasia subyacente, orientando los estudios complementarios de acuerdo a antecedentes del paciente, clínica y examen físico; con el fin de obtener diagnóstico temprano, implementar rápidamente los tratamientos adecuados y de esta manera mejorar la sobrevida de los pacientes.

PC-03-17 // SÍNDROME DE DRESS POR DROGAS Y REACTIVACION VIRAL.

DELLELCE, C.; PAFUNDI, P.; ALARCÓN, Y.; RODAS RECÁLDE, G.; BRECCIA, C.; FLORES, M.; STREET, E.
Hospital Provincial De Rosario. Santa Fe, Argentina.

Introducción: Los efectos adversos de los fármacos pueden clasificarse en predecibles, esperables e impredecibles por mecanismos de hipersensibilidad. Dentro de las reacciones alérgicas de tipo IV, encontramos el síndrome de hipersensibilidad asociado a drogas (DRESS), caracterizado por rash, eosinofilia, fiebre y compromiso hepático, renal, esplénico, ganglionar y cardíaco. Se asocia a reactivación de virus herpes.

Caso: Varón de 41 años, sano, que realizó tratamiento con trimetoprima sulfametoxazol + rifampicina por artritis séptica, y durante el tratamiento desarrolló cuadro compatible con síndrome de Dress. A las 3 semanas del tratamiento antibiótico comienza con rash cutáneo en tórax, dorso y miembros superiores, que progresa con lesiones petequiales en miembros inferiores, asociado a fiebre y linfadenopatías. Laboratorio con leucocitosis, eosinofilia, plaquetopenia, alteración del hepatograma y linfocitos atípicos en frotis de sangre periférica. Se descarta infección por sarampión, rubéola y dengue, y además se obtiene serología positiva para Virus Epstein Barr (VEB), restante de serologías negativas. Se inicia tratamiento con difenhidramina y corticoides sistémicos y tras 9 días de internación, con mejoría clínica y laboratorio, se decide alta hospitalaria.

Comentario: La incidencia del DRESS oscila entre 1 en 1000-10000 exposiciones a drogas. Se ha encontrado un polimorfismo genético relacionado a metabolismo de drogas, donde además los linfocitos T reguladores (LTh) presentarían un rol importante. 50 a 100% de los casos se asocia a reactivación de virus herpes. El DRESS representaría primariamente una respuesta inmune específica a drogas, lo cual actuaría como booster para la reactivación viral. Para el diagnóstico surgen diferentes criterios, entre los que destacan los del grupo europeo de RegiSCAR y los criterios japoneses de DIHS (síndrome de hipersensibilidad inducido por drogas) Se caracteriza por un inicio súbito, con un exantema, fiebre >38° y linfadenopatías, leucocitosis o leucopenia, eosinofilia, plaquetopenia y hallazgo de linfocitos atípicos en el extendido de sangre periférica. 70% presenta afectación hepática, falla renal, respiratoria y otras. Es fundamental la suspensión de fármacos y tratamiento de sostén.

Conclusión: Ante un paciente adulto con exantema febril se debe tener en cuenta la sospecha clínica del DRESS ya que suele ser infra-diagnosticado, existiendo diferentes Scores de gran utilidad como apoyo para el diagnóstico, severidad y guía sobre el tratamiento (RegiSCAR, DIHS). Además, es importante identificar la presencia de infección/reactivación por herpes virus, por la eventual necesidad de tratamiento antiviral.

PC-03-16 // MIASIS DE SENOS PARANASALES EN PACIENTE CON LEPROA LEPROMATOSA

GOMES, E.; ROMERO, P.; NOGA, A.; RICCARDI, G.; DAVILA, R.; ACCETA, D.; BARROSSO, J.; ALZUGARAY, D.; DISTILO, V.; BONASSIN, R.
Hospital Rivadavia. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La lepra es una enfermedad que afecta principalmente el área mucocutánea, faneras y terminaciones nerviosas. La presentación clínica varía entre dos extremos: tuberculoide y lepromatosa. Las miasis son infestaciones de tejidos por larvas de dípteros, se distinguen tres formas clínicas: forunculoides, de cavidades o heridas y serpiginosa (migratriz).

Caso: Paciente de sexo femenino de 52 años de edad con antecedentes de HIV, lepra lepromatosa con tratamiento completo y sinusitis a repetición que acudió a urgencias por cefalea a predominio hemisferial izquierda 10/10 de 48hs de evolución, asociada a epistaxis de reciente comienzo. Se interconsultó a otorrinolaringología que practicó rinoscopia anterior con hallazgo de tabique perforado y abundantes costras hemáticas e indicó lavajes con vaselina. Se realizó TAC de cerebro donde se observó imagen compatible con mucormicosis a nivel del seno esfenoidal derecho. La paciente evolucionó febril, con signos de flogosis en región nasal y periocular izquierda y lesión abombada en el paladar blando. Se decidió biopsiar la lesión del paladar blando; durante el procedimiento se observaron larvas de díptero provenientes de nasofaringe y fosas nasales. Se extrajeron 20 larvas con escasa tolerancia, por lo que se decidió realizar una toilette quirúrgica para extraer el resto, mientras tanto se realizaron curaciones con albahaca e ivermectina oral.

Una nueva TAC de maxilo facial, mostró compromiso de todos los senos paranasales y paredes de fosas nasales. Dado el proceso inflamatorio local, se repitió la toilette extrayendo 230 larvas, se tomó muestra de mucosa nasal y se inició antibioticoterapia empírica.

Se realizó nasofibroscoopia control, donde no se evidenciaron larvas. La biopsia resultó positiva para lepra, sin elementos micóticos.

Evolucionó favorablemente luego del tratamiento, se suspendieron antibióticos y se dio de alta con lavajes nasales con NaCl y control por otorrinolaringología y Dermatología.

Comentario: La lepra lesiona las terminales nerviosas mucocutáneas. Esto provoca hipoestesia de la zona y predispone a lesiones traumáticas. En el caso de nuestra paciente, la pérdida de sensibilidad y del olfato junto con las lesiones estructurales previas facilitó la colonización por larvas de díptero.

Conclusión: La miasis de los senos paranasales es infrecuente, puede aparecer como complicación de una miasis cutánea o por colonización directa de las cavidades nasales en pacientes con patología estructural previa. A su vez se puede complicar con invasión intracranéana por perforación de la lámina cribosa, es por esto que la prevención es fundamental, evitando la progresión de las lesiones previas y evitando el acceso de dípteros a pacientes vulnerables.

PC-03-18 // SÍNDROME DE DRESS SIN EOSINOFILIA, A PROPOSITO DE UN CASO

PEREZ, M.; ANCI ÁLVAREZ, C.; BARADA, C.; SOLAVALLONE, V.; VIDELA, M.; GODOY, B.
Hospital Santa Isabel De Hurgria. Mendoza, Argentina.

Introducción: El síndrome de DRESS es una reacción severa inducida por fármacos que puede llevar al paciente a la muerte.

Caso: Paciente de sexo femenino, de 33 años de edad, con antecedentes de espondiloartritis seronegativa (tratamiento con Sulfasalazina iniciado un mes previo a la consulta). Refiere presentar fiebre de hasta 39°C asociada a rash cutáneo generalizado Cuatro días posteriores agrega distensión y dolor abdominal generalizado de intensidad hasta 9 en 10, tipo cólico, asociado a episodios de proctorragia leve. Al examen físico de ingreso, la paciente se encontraba en regular a mal estado general, lúcida, con fiebre en forma persistente de hasta 39,5°C. Con respecto al compromiso cutáneo, se evidenció exantema urticariforme extenso, con inicio en pliegues que abarcaba cara, tórax, abdomen ambos miembros a predominio proximal, acompañado de edema facial, palmas y plantas. Abdomen distendido, levemente doloroso. Dentro de los estudios de laboratorio, se destacan GB 11180/mm³, Eos 447/mm³, neutrófilos con granulaciones patológicas y frecuentes monocitos vacuolados PCR 204, VSG 15 mm, GOT 48 U/L (VR <32), GPT 154 U/L (VR <33), GGT 289 U/L, bilirrubina total 1.22 mg/dl, LDH 758 U/L (VR <250). Se realizó biopsia de piel la cual informó farmacodermia. Se realizó punción biopsia transyugular intrahepática por sospecha de DILI la cual se confirma. Al ingreso, se suspendió Sulfasalazina y se inició tratamiento con 3 dosis de pulsos de metilprednisolona. La curva febril descendió y se objetivó una franca mejoría de lesiones en piel y mucosas.

Comentario: El término DRESS fue propuesto por Boquet para diferenciar la hipersensibilidad inducida por fármacos con afectación hematológica y visceral del pseudolinfoma inducido por fármacos. Los efectos adversos de la sulfasalazina son generalmente leves y reversibles después de la suspensión. Los más frecuentes son náuseas, exantema, neutropenia, anemia megaloblástica, cefalea, y alteración en la función hepática. Las reacciones adversas serias son eventos raros. En el laboratorio suele presentarse leucocitosis con eosinofilia marcada, las cuales pueden ocurrir hasta en el 30% de los pacientes. También puede observarse linfocitos atípicos en un 30% sin presentar en algunos casos eosinofilia típica. Respecto al tratamiento lo más importante es la suspensión del tóxico. Los glucocorticoides siguen siendo el fármaco de primera elección para inicio de tratamiento.

Conclusión: Presentamos este caso por tratarse de una paciente joven con diagnóstico de síndrome de DRESS, con gran compromiso sistémico a pesar de no presentar la típica eosinofilia que caracteriza este cuadro, pero sí linfocitos atípicos en el frotis de sangre. Además, destacamos la presencia de DILI, que determina peor pronóstico.

PC-04-01 // SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO ASOCIADO A CELULITIS NO NECROTIZANTE DE MIEMBRO INFERIOR, A PROPÓSITO DE UN CASO

BRUSSAIN, M.; BOTTINI, A.; ALBIGER, L.; BUSSER, S.; CRESPO, J.; CEJAS, M.; TAMBURELLI, S.;

KYCHENTHAL, C.; COZZI, M.; BARONE, L.; GIMENEZ, M.
Hospital Naval Pedro Mallo. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO (SDRC) es un conjunto de signos y síntomas que afecta generalmente a las extremidades distales. El síntoma principal es el dolor, acompañado de edema, impotencia funcional, inestabilidad vasomotora, cambios en la piel y desmineralización ósea irregular, entre otros. Con frecuencia comienza luego de una fractura, lesión de tejidos blandos o cirugía. El tratamiento debe abarcar desde medidas médicas y farmacológicas hasta procedimientos invasivos, sin dejar de lado el apoyo fisioterapéutico y psicológico que son algunos de los pilares del seguimiento de estos pacientes.

Caso: Paciente varón de 44 años con antecedentes de HTA, obesidad, ex tabaquista, ex enolista, consumo de cocaína en deshabitación, internación previa (con egreso 48hs previas a la consulta) por celulitis no necrotizante de pierna derecha asociada a intenso dolor, habiendo cumplido tratamiento antibiótico, con buena evolución.

Consulta por persistencia del dolor en región gemelar de pierna derecha, de tipo urente/punzante, intensidad 7/10, que aumenta con la bipedestación y la carga, generando impotencia funcional, asociando lesión eritematosa de bordes mal definidos.

Examen físico: Clínicamente estable, con lesión infrapatelar en región posterior de la pierna derecha de tipo placa con algunas vesículas, de bordes irregulares, eritematosa con aumento de temperatura local y secreción sero hemática, presencia de tejido de fibrina y áreas de resolución. Diferencia de diámetro supra maleolar e infrapatelar de 3cm con respecto al lado izquierdo. Edema Godet +. Distrofia ungüeal en halux.

Laboratorio completo sin alteraciones significativas.

Estudios complementarios: Hemocultivos y punción por piel sana sin relevamiento bacteriológico. Colagenograma y serologías virales negativas.

RMN de miembros inferiores: Leve edema del tejido celular subcutáneo en cara interna de pierna derecha sin signos de afectación profunda.

Biopsia de piel de la región afectada: Diagnóstico: DERMATITIS DE ESTASIS.

Ecodoppler venoso y arterial de miembros inferiores: Sistema venoso profundo y superficial sin trombosis. Partes blandas sin evidencia de colecciones.

Se interpreta el cuadro como SÍNDROME DE DOLOR REGIONAL COMPLEJO. Continúa seguimiento ambulatorio multidisciplinario por unidad de dolor, reumatología, neurología y kinesiología.

Comentario: Las características clínicas, terapéuticas y evolutivas de SDRC son muy variadas. Es un síndrome muy heterogéneo que no siempre presenta la sintomatología conocida y se recomienda plantear diagnóstico diferencial con otras patologías infecciosas e inflamatorias. La derivación precoz a los servicios de neurología, terapia ocupacional, rehabilitación, traumatología y medicina del dolor permite un tratamiento oportuno.

Conclusión: El cuadro puede ser complejo, multifactorial, y prolongado. Deberá ser necesariamente abarcado por una mayor cantidad de especialidades para un abordaje más completo y efectivo, y de esta forma, alcanzar el mayor éxito terapéutico.

PC-06-02 // POINT OF CARE ULTRASOUND (POCUS) EN PARO CADIO RESPIRATORIO, BUSCAR Y VER LO QUE IMAGINAMOS

QUETI, F.; GONZALEZ ESTEVARENA, L.; DÍAZ VEGA, G.; YULI, C.; TAMAGNONE, F.

Hospital Manuel B Cabrera. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Valorar a través de la presentación de un caso clínico el rol del POCUS en la emergencia, en el diagnóstico etiológico del paro cardiorespiratorio (PCR) así como su utilidad dirigida a objetivos concretos en la resucitación.
 Tratamiento precoz y adecuado, pronóstico, destino final del paciente.

Caso: Paciente de 75 años, con antecedentes de hipertensión arterial, medicada con IECA, es internada por edema en miembro inferior derecho de 72 hs de evolución. Ingresó lucida, sin foco motor, afebril, sinusal, normotensa, buena mecánica ventilatoria, edema en miembro inferior derecho ++/++++, sin dolor. A la hora de su ingreso presenta hipotensión severa, shock y PCR (actividad eléctrica sin pulso). Se inicia RCP básica y avanzada. Se realiza ecografía multisistémica en su modalidad POCUS, se inicia con protocolo RUSH, donde se observa contractilidad cardíaca, dilatación de cavidades derechas y material hiperecogénico en movimiento entre cavidades derechas. RCP/sistemática de actividad eléctrica sin pulso y trombólisis con Streptoquinasa. Recupero ritmo sinusal y mejora su contractilidad, doppler transcraneano normal con posterior recuperación y alta.

Comentario: El concepto POCUS es la utilización de las técnicas de ultrasonido por parte de médicos no especializados en diagnóstico por imágenes, con el objetivo de contestar una pregunta clínica o realizar un procedimiento al costado de la cama del paciente, es una extensión de nuestro examen físico, el estetoscopio nos permitió escuchar lo que imaginábamos y el POCUS nos permite ver e interpretamos lo que imaginamos al palpar, percudir o auscultar a un paciente.
 En el PCR el POCUS no debe interferir con la reanimación eficiente, solo 10 segundos son los que debemos interrumpir las compresiones para valorar el pulso y usar el US, por eso debemos utilizar alguno de los protocolos para estos casos como el SESAME que es más holístico o tener uno propio. Esto nos permite descartar causas reversibles como taponamiento, neumotórax a tensión, TEP, síndrome coronario así como diferenciar asistolia o la actividad eléctrica sin pulso de la pseudo actividad eléctrica sin pulso que podemos ver en un 10 a 35% de los casos lo que cambia el pronóstico. También es útil en caso de una fibrilación ventricular fina vs asistolia donde incluso cambia la conducta. Nos ayuda a valorar la efectividad de las compresiones cardíacas, sobre todo con ecocardiografía transesofágica.

Conclusión: La Sociedad Americana de Ecocardiografía (ASE) determina que el uso principal de la ecografía portátil es extender la exactitud del examen físico y debe ser guiado por objetivos. POCUS en PCR es útil para diagnosticar causas reversibles de paro cardíaco. La Asociación argentina de ultrasonografía crítica (ASARUC) promueve la formación del médico internista en POCUS ya que cambia nuestro abordaje del paciente, la forma de trabajar y permite responder interrogantes clínicos en el lugar. Es una práctica en la que debemos formarnos y que tiene una rápida curva de aprendizaje.

PC-06-01 // FASCITIS NECROTIZANTE EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDA. EMERGENCIA QUIRÚRGICA.

LAUDANI, F.; SOSA LAGRUE, F.; GUTIERREZ, M.; PEREZ ALAMINO, L.; EMERY, N.; BRUETMAN, J.
Hospital Británico De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La fascitis necrotizante (FN) es una infección de la piel y de los tejidos blandos, asociada a necrosis de la fascia y de la grasa. Se acompaña de importante toxicidad sistémica y alta mortalidad. Tiene un rango de incidencia de 0.3 a 15 casos por 100.000 habitantes por año. La FN supone la forma más grave de infección de partes blandas debido a la rápida destrucción tisular y al desarrollo, en un tercio de los pacientes, de falla multiorgánica. El diagnóstico es clínico y en los casos de alta sospecha no debe retrasarse la exploración quirúrgica ya que su pronóstico depende de la detección precoz y un tratamiento agresivo inmediato.

Caso: Paciente femenina de 53 años de edad, con antecedentes de Tricoleucemia recaída, en tratamiento con Rituximab y Cladribine. Última aplicación de Rituximab siete días previos a la consulta. Acude a nuestro nosocomio por cuadro clínico de tres días de evolución interpretado como diarrea clostridial por lo que comienza con tratamiento con Vancomicina vía oral. Presenta, además, dolor intenso, espontáneo, en tercio distal de miembro inferior derecho (MID), sin traumatismo previo. Al examen físico se encontraba hemodinámicamente estable, febril con MID doloroso a la palpación, turgente, indurado, asociado a edema y eritema sin bordes netos, sin aumento de la temperatura local ni crepitación. Se realiza Doppler, negativo para TVP. El laboratorio presenta GB 400/mm³ Hb 10g/dl, Hto 28%, plaquetas 132000/mm³. Dado dolor desproporcionado, se realiza resonancia magnética que informa edema intramuscular, realce difuso tras la administración del contraste y burbujas aéreas en el músculo sóleo. Inicia Linezolid, Meropenem, Colistin, Tigeciclina y Anidulafungina y se decide conducta quirúrgica urgente por parte del servicio de Traumatología. Por rescate de Clostridium Septicum del material quirúrgico, se ajusta el tratamiento antibiótico. Evoluciona favorablemente, y egresa luego de dos semanas completando tratamiento antibiótico ajustado a sensibilidad del rescate microbiológico.

Comentario: La FN pueden ser causadas por una asociación sinérgica entre patógenos aerobios y anaerobios. Los aerobios más frecuentes son las enterobacterias, GABHS y S.aureus, mientras que los anaerobios predominantes son B. fragilis, y Clostridium spp. Las infecciones producidas por GABHS pueden ocurrir con frecuencia en personas jóvenes y previamente sanas mientras que las Clostridiales se ven más en personas con factores predisponentes: cirugías previas, inmunosupresión, etc.

Conclusión: Existen en la práctica diaria diferentes entidades infecciosas que involucran a la piel y a las partes blandas. Muchas de éstas pueden ser muy severas, con una mortalidad global de entre un 20-40% en la FN y de un 80% para las miositis estreptocócicas. A pesar de los avances en la medicina en las últimas décadas, esta mortalidad no ha disminuido de modo significativo. Ésto se debe a la falta de reconocimiento precoz y las consecuentes demoras en la realización del tratamiento quirúrgico.

PC-07-01 // INSUFICIENCIA RESPIRATORIA COMO PRESENTACIÓN DE HIPOTIROIDISMO.

LIENDO, L.; CORONEL, M.; LADENHEIM, S.

Hospital Presidente Peron De Avellaneda. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Se ha descrito que inusualmente el hipotiroidismo puede generar insuficiencia respiratoria crónica en individuos sin enfermedad pulmonar conocida. Presentamos el caso de un paciente que cumple con estas características.

Caso: Paciente masculino de 51 años que consulta a guardia por impotencia funcional de miembros inferiores asociado a disnea CFI-III. Antecedentes: hernia de disco L1-L2. Examen físico: dificultad en la marcha; hiporreflexia, bradipsiquia, bradilalia, FC: 60/min, voz ronca, mixedema facial, macroglosia, piel seca y fría. Tiroides palpable de 20 gr aproximadamente. Peso: 91. Talla: 1.71. BMI: 31.16. Internación en Clínica Médica para estudio y tratamiento.

Comentario: En el hipotiroidismo existen formas de presentación atípicas con afectación del aparato respiratorio tanto en los casos más graves como en los de diagnóstico tardío; su fisiopatología es la siguiente: 1) una alteración en la expresión génica de las cadenas de miosina de la musculatura estriada del diafragma y de los músculos torácicos por la falta de hormonas tiroideas; 2) una respuesta ventilatoria disminuida frente a la hipoxemia e hipercapnia; 3) obstrucción de la vía aérea; 4) apnea obstructiva del sueño; 5) alteraciones del intercambio gaseoso por anomalía de la membrana alveolo-capilar y 6) derrame pleural.

Conclusión: Comunicamos este caso con el fin de recordar al hipotiroidismo como causa probable de insuficiencia respiratoria en aquellos pacientes donde el diagnóstico no está claro. Tanto el estudio, diagnóstico como su tratamiento, son de bajo costo y fácil acceso.

PC-07-02 // UNA CAUSA INFRECUENTE DE HIPOFISITIS PRIMARIA

CHUANG, M.; MACENETH, A.; LOAYZA QUINTEROS, J.; MARTINEZ AQUINO, E.; LIZARAZU, D.; REYES, M.; BALETTO, A.
Sanatorio Franchin. Caba, Argentina.

Introducción: La hipofisitis es una causa infrecuente de hipopituitarismo. El término describe la inflamación de la hipófisis y el infundíbulo. Esta se puede ser primaria o secundaria a trastornos sistémicos. La hipofisitis primaria se divide en cinco variantes histológicas. El subtipo más frecuente es la variante linfocítica, que es más prevalente en mujeres y posee una fuerte relación con el embarazo. Clínicamente puede variar desde formas asintomáticas a una enfermedad rápidamente progresiva. El gold-standard para el diagnóstico es la histopatología mediante una biopsia. Sin embargo, esta no es siempre recomendada en la práctica médica. El diagnóstico también se realiza mediante pruebas químicas e imagenológicas. No existe un consenso claro para el tratamiento.

Caso: Paciente femenina de 36 años con antecedentes personales de G3P2A1 y parto reciente, consulta por náuseas, vómitos, hiporexia, pérdida de peso, equivalentes febriles y diarrea intermitente.

Laboratorio de ingreso presenta alteración del metabolismo fosfo-cálcico (CA pt: 12.1, P: 5.6), PTH con parámetros normales, TSH <0.005, T4L 3.84, T3 239, dosaje de anticuerpos anti-tiroglobulina y anti-peroxidasa negativos, panel para anticuerpos de enfermedad reumatológica negativo, y perfil hormonal con disminución de ACTH, cortisol matinal, FSH, LH, y PRL. Ecografía tiroidea muestra un nódulo isocogénico en el lóbulo izquierdo (7x7mm) con áreas de degeneración quística y escasa señal doppler a predominio periférico.

RMN: hipófisis aumentada de tamaño (globulosa), contorno convexo hacia la cisterna supraselar, y realce homogéneo posterior a la administración de gadolinio. Se interpreta por los hallazgos clínicos, laboratoriales e imagenológicos como hipofisitis primaria, instaurando tratamiento con glucocorticoides.

Comentario: La prevalencia de la hipofisitis primaria es de 0.2-0.88% y la incidencia anual de la es de 1 en 9 millón. La variante más frecuente de la hipofisitis primaria es la linfocítica, y es más prevalente en mujeres en el embarazo tardío o en el post-parto. Asimismo, se ha descrito la hipercalcemia como una manifestación poco frecuente. El gold-standard para el diagnóstico es la histopatología. Sin embargo, esta no es siempre recomendada en la práctica médica. Por lo tanto la base diagnóstica se apoya también en los datos clínicos, bioquímicos y la neuroimagen. El tratamiento busca disminuir las anomalías hormonales y/o alivio de efectos neurológicos y de masa.

Conclusión: La hipofisitis primaria es una causa infrecuente de hipopituitarismo, que involucra la inflamación y la infiltración de la misma por probable causas autoinmunes. La variante más frecuente es la linfocítica y está asociada al embarazo. A pesar de que el gold estándar del diagnóstico es la histopatología, actualmente el diagnóstico también puede estar apoyado por los datos clínicos, bioquímicos y la neuroimagen (RMN). El diagnóstico y tratamiento precoz con glucocorticoides permiten evitar las complicaciones de la misma.

PC-07-04 // DIABETES SECUNDARIA A INMUNOTERAPIA. REPORTE DE 2 CASOS

FIORI, M.; CALVO, M.; PERONI, M.; MALPERE, F.; MILLET, M.; CASI, L.; SAROBE, G.
Clínica La Pequeña Familia. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los inhibidores de punto de control inmunológico (ICI) son fármacos que interrumpen la señalización inhibitoria de las células T, activando y aumentando potencialmente una respuesta antitumoral. Uno de los puntos de control más importantes es el PD-1, que, mediante su unión a ligandos (PDL-1 y PDL-2), inhibe las vías de señalización de la quinasas que conduce a la activación de las células T. En los últimos años se ha aprobado el uso de Anticuerpos monoclonales dirigidos al eje PD-1/PDL-1, como son el Nivolumab, Pembrolizumab, Atezolizumab y Aclumab.

A pesar de los importantes beneficios clínicos, la inhibición de puntos de control se asocia a eventos adversos relacionados con el Sistema inmunitario. Dentro de los mismos, se han informado Endocrinopatías autoinmunes de las cuales la Diabetes Mellitus representa menos del 1% de los casos.

Caso: Caso 1: Masculino de 50 años con antecedente de hipotiroidismo y Carcinoma renal de células claras. Recibió primera línea de tratamiento con Pazopanib, con posterior recaída hepática, pulmonar y ósea, por lo que inicia segunda línea de tratamiento con Nivolumab 480mg cada 28 días. Previo y durante el tratamiento presentó glucemias normales. Intercurre luego del sexto ciclo con Cetoacidosis diabética como debut de Diabetes Mellitus autoinmune.

Caso 2: Masculino de 63 años con antecedente de Carcinoma urotelial de vejiga estadio IV por lo que recibió una primera línea de tratamiento con Carboplatino + Gemcitabina + Ácido Zoledrónico, con posterior recaída ósea, por lo que inicia tratamiento con Pembrolizumab. Previo y durante el tratamiento presentó glucemias normales. Intercurre luego del 15vo ciclo con Diabetes Mellitus autoinmune.

Comentario: Los eventos adversos relacionados con endocrinopatías autoinmunes incluyen, en su mayoría, hipofisitis, hipopituitarismo y tiroiditis. Elegimos reportar estos dos casos debido a que la Diabetes autoinmune (y la cetoacidosis diabética como forma de presentación de la misma) es una complicación sumamente infrecuente.

Conclusión: La presentación de dichos casos clínicos se basa en la importancia que representa para los médicos mantener un alto índice de sospecha sobre las potenciales complicaciones que puede conllevar el tratamiento con Anti PD-1, permitiendo disminuir considerablemente la morbilidad secundaria a los mismos. Recomendamos fuertemente un control glucémico estricto y un seguimiento multidisciplinario del paciente, que resulte en una educación completa sobre pautas de alarma y manejo de la Diabetes Mellitus autoinmune de nueva aparición.

PC-07-03 // HIPOGLUCEMIA POSTPRANDIAL EN PACIENTE CON CIRUGÍA DE BYPASS GÁSTRICO. REPORTE DE UN CASO

FIORI, M.; CALVO, M.; MILLET, M.; MENESES, G.; DIZ, F.; PERONI, M.
Clínica La Pequeña Familia. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La hipoglucemia después de la cirugía bariátrica es una complicación metabólica asociada con la secreción inadecuada de insulina y hormonas intestinales, que se asocia particularmente con la cirugía de bypass gástrico en Y de Roux (BGYR), ocurriendo casi exclusivamente posprandialmente comenzando 6 meses o más después de la cirugía. La hipoglucemia severa posoperatoria bariátrica es rara, pero potencialmente devastadora con informes de convulsiones, síncope y accidentes automovilísticos asociados.

Caso: Femenina de 37 años con antecedentes de DBT tipo II sin tratamiento a la fecha, enfermedad de Addison, talasemia y cirugía de Bypass Gástrico en 2017, en tratamiento con hidrocortisona 30mg/día. Consultó por cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por episodios de hipoglucemias posprandiales sintomáticas con sudoración profusa, taquicardia y debilidad generalizada, refiriendo valores de glucemias aproximadamente de 20 mg/dl. Al examen físico se encontraba taquicárdica y sudorosa, resto sin particularidades. Se solicitó laboratorio de ingreso que presentaba anemia microcítica hipocrómica e hipoglucemia de 45 mg/dl. Por sospecha de Nesidioblastosis se solicitó dosaje de insulina plasmática menor a 0.2 uU/ml (vn: 2.6 a 24.9 uU/ml), cortisol 27.7 ug/dl vespertino (vn: 2.3 a 11.9 ug/dl), prolactina 28.8 ng/ml (menor a 25 ng/ml), glucemia 26mg/dl y somatotrofina de 7.3 ng/ml (vn: hasta 10 ng/ml). Se realizó ecografía y TAC de abdomen-pelvis descartando imagen compatible con insulinoma. Se decide indicar dieta cetogénica con lo que evolucionó favorablemente y fue dada de alta.

Comentario: Reportamos este caso debido que actualmente existen informes limitados y contrastantes sobre la prevalencia de hipoglucemia postoperatoria bariátrica, considerando la hipoglucemia severa después de la cirugía bariátrica rara, con una prevalencia menor del 1%.

Conclusión: Hipoglucemias posprandiales posteriores a una cirugía bariátrica es una complicación que parece ser cada vez más frecuente con el incremento de estas cirugías, pero con pocos informes sobre la misma y potencialmente grave. Por lo que debe ser pensada como diagnóstico diferencial para su rápido diagnóstico y tratamiento.

PC-07-05 // INCIDETALOMA SUPRARRENAL

PERALTA MOLINA, G.; BARRA, L.; CUESTAS, A.
Sanatorio Pasteur. Catamarca, Argentina.

Introducción: LOS INCIDENTALOMAS ADRENALES SON MASAS SUPRARRENALES CLINICAMENTE SILENTES DESCUBIERTAS DURANTE ESTUDIO, TRATAMIENTO O SEGUIMIENTO DE OTRAS CONDICIONES CLINICAS. LA PREVALENCIA MEDIA DE INCIDENTALOMA CORRESPONDE A 2.3% Y EL 70 CORRESPONDE A ADENOMAS NO FUNCIONANTES, 5 AL 16% ADENOMAS FUNCIONANTES .

ANTE UN INCIDENTALOMA SUPRARRENAL DETECTADO POR PRUEBAS DE IMAGEN, RESULTA CLAVE DETERMINAR SI LA LESION ES HORMONALMENTE FUNCIONANTE O NO FUNCIONANTE, Y SI ES BENIGNA O MALIGNA. LOS RESULTADOS SERNA DETERMINANTES EN LA DECISION DE RESECAR LA LESION O REALIZAR UN MANEJO CONSERVADOR.

Caso: PACIENTE DE SEXO FEMENINO DE 27 AÑOS QUE INGRESA EL DIA 15/06/18 POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN HEMIABDOMEN IZQUIERDO Y REGION INGIUAL HOMOLATERAL QUE SE ACOMPAÑA DE NAUSEAS Y VOMITOS QUE NO CEDEN CON LA INGESTA DE ANTIESPASMÓDICOS SE LO INTERPRETA COMO UN COLICO RENAL Y SE DECIDE SU INTERNACION.

AL EXAMEN FISICO PRESENTABA REGULAR ESTADO GENERAL , DOLIENTE

APARATO CARDIOVASCULAR: SIN PARTICULARIDADES

APARATO RESPIRATORIO BEBA MV+V+SRA

ABDOMEN DOLOROSO A LA PALPACION PROFUNDA EN HEMIABDOMEN IZQUIERDO Y REGION INGIUAL TIPO COLICO CON PPRB+ PRUB+ LOTEPI SIN FOCO MOTOR NI RIGIDES DE NUCA

LUEGO CON BUEN EVOLUCION SE DECIDE ALTA SANATORIAL Y CONTROL POR AMBULATORIO

EL DIA 13/11/18 REINGRESA POR PRESENTAR DOLOR ABDOMINAL LOCALIZADO EN HI Y FLANCO IZQUIERDO REGION COSTAL IZQUIERDA

SECUNDARIO A CAIDA DESDE SU PROPIA ALTURA POR LO QUE SE DECIDE SU INTERNACION PARA DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

SE REALIZA LAB , RX DE TORAX Y ES EVALUADA POR UROLOGIA , ENDOCRINOLOGIA QUIEN DECIDE LLEVAR A CABO LA PREPARACION PARA CX DE EXTIRPACION DE ADENOMA DE GLANDULA SUPRARRENAL IZQUIERDA

Tac de abdomen 16/11/18

Renal imagen litiasica milimetrica en caliz medio del riñon izquierdo

Las glandulas suprarrenales la glandula suprarrenal izquierda presenta imagen nodular de bordes definidos de 35 x 32 mm de diametro

que refuerza en forma difusa tras la inyeccion del material de contraste que podria corresponder a adenoma resto sin particularidades

LA PTE CURSANDO 9NO DIA PO EN SALA COMUN, PRESENTA DESDE HACE 3 DIAS FIEBRE, INTERCURRE CON DESASOSIEGO,

TAQUICARDIA, DISNEA, ANSIEDAD, INQUIETUD Y DOLOR EN FOSA RENAL IZO.

POR HERIDA DE DRENAJE CONTINUA SECRECION HEMATOPURULENTA? SEROMA?

SE DECIDE SUSPENDER ATB PARA OBTENER VENTANA Y CULTIVAR.

PASE A UTI CLINICA

INTERCURRE CON FIMO PARO CARDIORESPIRATORIA EN ARM SIN RESPONDER A LAS MANIOBRAS DE RESUCITACION FALLECE

Comentario: SE INTERPRETO COMO UN CUADRO POCO FRECUENTE Y DE MALA EVOLUCION CLINICA EN TAN TEMPRANA EDAD QUE LLEVA A PREGUNTARNOS SI SE ACTUO BIEN SE ERA DE ELECCION LA CIRUGIA O SE PODIA HABER CONSERVADO.

Conclusión: Presento este caso por como una paciente joven sin antecedentes de relevancia que ingresa por un cuadro de dolor abdominal y se termina encontrando este adenoma suprarrenal culmina con un cuadro de un falla multiorganica post quirurgica en arm termina con fallecimiento

PC-07-06 // PARÁLISIS FLÁCIDA AGUDA COMO COMPLICACIÓN DE GANGRENA DE FOURNIER.

DURAND, B.; DURAND, B.; BENAVIDES, A.; KONDRATZKY, D.
Samic Eldorado. Misiones, Argentina.

Introducción: El normal funcionamiento del tejido muscular, depende entre otros factores, del gradiente eléctrico de membrana. Así es como trastornos electrolíticos, como la hipopotasemia e hipocalcemia, pueden afectar la fisiología muscular normal. Estos trastornos se encuentran asociados a diversos procesos agudos y crónicos y a diferentes patologías que afectan el medio interno. Con el siguiente caso se pretende mostrar alteraciones hidroelectrolíticas surgidas a partir de una Gangrena de Fournier.

Caso: Paciente de 46 años, de sexo masculino, sin antecedentes patológicos conocidos, intercorre luego de 45 días en internación por Gangrena de Fournier en Servicio de Cirugía General, con cuadro de debilidad muscular de instauración paulatina de predominio proximal, agravado en las 72 horas previas a la interconsulta con nuestro servicio, por progresión a cuadriparesia con pérdida absoluta de la autonomía. Al ingreso a Clínica Médica se constata al examen físico: parámetros vitales dentro de la normalidad, el paciente se encuentra orientado en tiempo espacio y persona, y se objetiva una solución de continuidad extensa (secundaria a toilette quirúrgica de infección necrotizante) que abarca cara interna de muslo derecho, región inguino-escrotal, fosa ilíaca y flanco homolateral, hipotonía e hipotrofia muscular global, paresia muscular a predominio proximal, arreflexia y fasciculaciones. Laboratorios: Hto: 24 %. GB: 11900 (cay: 0/ Seg: 89/ Eo: 0/Li: 9/Ba: 0/ Mo: 2), Plaquetas: 255.000. Urea: 0.18, Cr: 1.93, Cl de Cr: 39, CPK: 1080, Na: 140, Ct: 101, K: 1.7, Ca: 7.2 mg/dl ajustado a hipalbuminemia, Fo: 0.5, Mg: 0.3. Ionograma Urinario: dentro de parámetros normales. ECG: intervalo QTc prolongado, Onda T aplanada. Se comienza plan de hidratación y reposición electrolítica, con adecuada respuesta clínica y mejoría electrocardiográfica. Luego de descartar otros diagnósticos diferenciales, se asume el cuadro como parálisis hipopotasémica / resistencia a la PTH por hipomagnesemia secundaria a pérdidas por solución de continuidad cutánea. Se realiza injerto cutáneo, con adecuada respuesta, sin recidiva del cuadro.

Comentario: A destacar, la solución de continuidad extensa que presentaba nuestro paciente producto de una toilette quirúrgica secundaria a Gangrena de Fournier, se comportó como un ?gran quemado?, es decir, la pérdida de la barrera cutánea, llevó a una pérdida continua de iones. Esta indujo una hipopotasemia que clínicamente se manifestó como parálisis muscular, e hipomagnesemia, hipocalcemia e hipofosfatemia, con respuesta adecuada a la reposición del primero.

Conclusión: Este caso pone en relieve la importancia del adecuado manejo nutricional, la reposición hidroelectrolítica y el seguimiento estrecho del medio interno de estos pacientes con procesos hipermetabólicos que cursan con alteración de la barrera cutánea independientemente de la causa, a fin de evitar complicaciones como la acontecida que aumentan la morbi ? mortalidad y prolongan la estadia hospitalaria.

PC-07-08 // TORMENTA TIROIDEA COMO PRESENTACION DE SINDROME POLIGLANDULAR AUTOINMUNE. REPORTE DE UN CASO

GOMEZ BARRIOS, a.; ZACARIAS, L.; VEREGARA, M.; PUPUCHE, c.; RINALDI, M.; RIOS RODRIGUEZ, T.; DEJEANNE, J.; MOREIRA ARIOLA, L.; PALMA, D.; BELIGOY, J.; RODRIGUEZ CUIMBRA, S.; ORTIZ, N.; ROLANDO, J.
Hospital Escuela José De San Martín. Corrientes, Argentina.

Introducción: Los síndromes poliglandulares autoinmunes comprenden un grupo diverso de condiciones clínicas caracterizadas por deterioro funcional de múltiples glándulas endocrinas debido a la pérdida de tolerancia inmunitaria, en la que coexisten al menos 2 endocrinopatías autoinmunes. Los pacientes con Sínd. Poliglandular tipo 2 se caracterizan por al menos 2 de estas endocrinopatías: diabetes tipo 1, enfermedad tiroidea autoinmune y enfermedad de Addison. La herencia es de tipo autosómico, aunque parece ligada a más de un gen. Es la forma más frecuente de los 3 síndromes, encontrándose una prevalencia del 1% entre los pacientes de una clínica de endocrinología. Más frecuente en mujeres.

Caso: Masculino de 53 años, ex tabaquista de 24 packs/year, con antecedentes de ACV isquémico, cardiopatía isquémica, IC con Fey con deterioro severo e insuficiencia suprarrenal reemplazado con hidrocortisona 20 mg/día en el año 2015; el cual inicia en septiembre de 2019 con dolor abdominal, dispepsia y diarrea crónica que ceden parcialmente con hidrocortisona a 30 mg/día, POR LO QUE SE SOLICITAN LOS SIGUIENTES LABORATORIOS: TSH 0,01 uU/ml T4 libre: 6.39 ug/dl, TBI: 2.82 U/L (hasta 1,75), Cortisol: 0,9 ug/dl, ACTH 313 pg/ml (7.2-63.3), Ac anti IgA endomisio (+), Ac antitransglutaminasa tisular: 46u/ml (hasta 10), gliadina 40 u/ml (>12), En octubre de 2019 evoluciona con disnea clase funcional IV, evidenciando a su ingreso taquicardia, hipotensión y somnolencia; en ECG con fibrilación auricular de alta respuesta ventricular realizándose cardioversión eléctrica y farmacológica. sospechándose ?síndrome poliglandular? por hipertiroidismo, Addison y celiacía. Se inicia tto con metimazol 30mg, propranolol 480mg, hidrocortisona 300mg y acenocumarol. Y SE SOLICITAN MARCADORES DE DBT AUTOINMUNE QUE RESULTAN NEGATIVOS ac anti cel b del páncreas: (-), ac antiinsulina: (-), Ac antilglutamato descarboxilasa (-), evolucionando con respuesta clínica favorable por control del ritmo y FC.

Comentario: Se exhibe dicho caso por la rareza del mismo y a fin de compartir la importancia de tener la sospecha necesaria para poder agrupar pacientes con poliendocrinopatías en una entidad única y definida

Conclusión: Ante la presencia de 2 endocrinopatías autoinmune como la tirotoxicosis y Adisson habría que realizar la medición de autoanticuerpos órgano específicos como los involucrados en la celiacía que con la clínica de nuestro paciente ayudaron en su diagnóstico; si bien lo más frecuente es el hipotiroidismo de Hashimoto en nuestro caso obtuvimos el hipertiroidismo de Graves; debería realizarse además un screening funcional de endocrinopatías autoinmunes en los familiares de primer grado. Se vió que el 10% de los pacientes con Síndrome poliglandular autoinmune tipo II y Addison tenían un familiar con insuficiencia suprarrenal. El manejo incluye terapia de reemplazo hormonal según sea necesario y tratamiento de complicaciones, como en este caso la FA secundaria a tirotoxicosis.

PC-07-07 // OSTEOMALACIA, A PROPÓSITO DE UN CASO

IAMONICO, E.; MORENO, D.; FERREÑO, D.; HERRERO, M.; PATALLO, P.; DEBUCHY, C.; VEGA, A.; AMAYA, M.; SASS, M.; GARCIA, S.
Hospital Alvarez. Caba, Argentina.

Introducción: La osteomalacia es una enfermedad del metabolismo óseo que consiste en un déficit de la mineralización ósea, con un acúmulo osteoide no mineralizado y una disminución de su resistencia. La hormona paratiroidea y la vitamina D son los principales reguladores del metabolismo fosfocálcico, siendo su alteración la principal causa de la enfermedad.

Caso: Paciente masculino de 55 años enlista y con fractura de cadera derecha con osteosíntesis en 2011. Ingresa a clínica médica por neumonía. Al ingreso presenta fractura de húmero derecho con yeso braquiopalmar e impotencia funcional de brazo izquierdo. En su internación se evidencian múltiples fracturas patológicas costales y de húmero izquierdo, interconsultándose a endocrinología y traumatología. Se realiza estudio de metabolismo fosfocálcico que evidencia vitamina D: 5ng/dl, calcio corregido 8,9 mg/dl, fósforo 2,6 mg/dl. Se descartan causas malabsorptivas, neoplásicas e infecciosas. En radiografías de húmero y tomografía de tórax se observan cambios estructurales en últimos arcos costales posteriores y clavícula derecha, fractura por aplastamiento de L4 y reducción de altura de D7 y D12 por hundimiento de plataforma superior; en el centellograma óseo presenta húmero derecho con alteración de estructura con zonas hipo e hipercaptantes, columna vertebral con distribución heterogénea del trazador con refuerzo a nivel de L2 y parrillas costales con captación irregular.

Se arriba al diagnóstico de osteomalacia y se inicia tratamiento con vitamina D, calcitriol, calcio y magnesio. Traumatología descarta el tratamiento quirúrgico de las fracturas dada la fragilidad de la estructura ósea.

Comentario: El objetivo del trabajo es presentar el caso clínico de un paciente con osteomalacia dada la dificultad de su diagnóstico.

Conclusión: La osteomalacia es una enfermedad de difícil diagnóstico. Una prolongada y severa deficiencia de vitamina D puede resultar en esta enfermedad. Los factores de riesgo incluyen una pobre exposición solar y un aporte dietario insuficiente o malabsorptivo. Es fundamental pensar en este diagnóstico ante la presencia de fracturas espontáneas o traumatismos leves.

PC-07-09 // DEBUT HIPOTIROIDEO EN EL PACIENTE ADULTO: REPORTE DE UN CASO

SEBASTÍA, D.; CEIRANO, A.; SAAVEDRA, E.; VAZQUEZ, G.; CATALANO, H.; BERTORELLO, L.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Introducción: La disfunción tiroidea es uno de los trastornos endocrinos más frecuentes. Los síntomas y signos de hipotiroidismo en el adulto varían con la magnitud de la deficiencia de hormona tiroidea y la agudeza con la que se desarrolla. Cuando la pérdida de la función tiroidea es gradual, clínicamente se presenta de una forma menos florida, lo que ocurre en la mayoría de los casos de hipotiroidismo primario. Se describe a continuación el caso de un paciente con antecedentes de carcinoma renal en tratamiento con Sunitinib que debutó con hipotiroidismo.

Caso: Paciente varón de 78 años, ex-tabaquista, con antecedentes de carcinoma renal de células claras en tratamiento con Sunitinib, insuficiencia renal crónica, accidente cerebrovascular e isquemia miocárdica silente. Se encontraba cursando internación por neumonía adquirida en la comunidad, cuando se recibió resultado de laboratorio solicitado de forma ambulatoria por su médico de cabecera que evidenció TSH de 238 uU/ml. Los síntomas por los que había consultado previamente eran fatiga, insomnio e hipoorexia. Al examen físico no presentaba hallazgos sugestivos de hipotiroidismo. Completó tratamiento antibiótico y en cuanto al debut hipotiroideo, recibió Levotiroxina endovenosa durante la internación. Al egreso hospitalario se indicó levotiroxina vía oral 125 mcg/día y liotironina 20 mcg/día por 10 días, control con perfil tiroideo a las 6 semanas y se suspendió transitoriamente el Sunitinib.

Comentario: El 95% de los casos de hipotiroidismo primario están dados por la Enfermedad de Hashimoto o Tiroiditis Autoinmune Crónica. Una revisión sistemática con metaanálisis realizada en 2013 analizó la incidencia y el riesgo de presentar hipotiroidismo en pacientes con cáncer en tratamiento con Sunitinib. La incidencia fue del 9.8%.

Conclusión: Se presenta este caso por la alta prevalencia de hipotiroidismo en la población general para discusión acerca de la incidencia de debut hipotiroideo en el paciente adulto, sus principales etiologías, manifestaciones clínicas, manejo terapéutico inicial y asociación entre sunitinib e hipotiroidismo.

PC-07-10 // INSUFICIENCIA RESPIRATORIA GRAVE A CAUSA DE HIPOTIROIDISMO SEVERO DESCOMPENSADO A PROPÓSITO DE UN CASO

ROSALES, M.; BERNARDINI, T.; GONZALES CORONEL, L.; VAZQUES, M.; CESPEDES HARNES, O.; CLAROS VERA, J.; CAMINITI, N.; RINCÓN AVELLA, F.; VERA CARRILLO, J.
Hza "simplemente Evita" Gonzalez Catán. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La máxima expresión del hipotiroidismo no tratado lo constituye el coma mixedematoso que resulta de una reducción grave y prolongada de hormonas tiroideas, representando una forma descompensada de la enfermedad. Presenta entre un 60-80% mortalidad por lo cual debe ser considerado como una emergencia médica cuya evolución dependerá de un alto índice de sospecha e inicio rápido del tratamiento. Afecta fundamentalmente a mujeres, en especial a ancianas en un 80%. La causa de hipoventilación se asocia a una depresión del centro respiratorio producido por una menor respuesta a la hipoxia e hipercapnia y al compromiso de los músculos respiratorios como debilidad diafragmática producido por la miopatía hipotiroidea.

Caso: Femenina de 52 años con antecedentes de hipotiroidismo de 10 años de evolución, sin tratamiento en los últimos 3 meses, ingresa presentado cuadro de insuficiencia respiratoria con saturación 50% O2i, bradicardia severa e hipotensión, se evidencia celulitis en tobillo izquierdo de 1 mes de evolución sin respuesta a tratamiento antibiótico oral. Laboratorios: anemia moderada, sin leucocitosis, CPK 500, EAB alcalosis metabólica descompensada. Se realiza IOT y ARM, se inicia vasopresores y cronotrópicos, sospecha en primer instancia neumonía grave comenzando con antibioterapia empírica, se descarta covid, hmcx2 negativos, tac de tórax consolidaciones basales. se recibe paraclínicos: TSH:31/ T3:0,5/ T4:1,08 evidenciando hipotiroidismo severo. Se inicia esquema con levotiroxina y corticoides. Con leve mejoría de cuadro se extuba persistiendo desaturación e hipercapnia. Requiere oxígeno suplementario y VNI intermitente. Nuevas imágenes TAC evidencian persistencia de consolidaciones basales, interpretándose como atelectasia, se descarta TEP. Se reinterpreta como disfunción diafragmática secundario a hipotiroidismo. Paciente mejora valores de función tiroidea y cuadro respiratorio. Se da de alta.

Comentario: El coma mixedematoso es una entidad poco frecuente, en el cual la sospecha clínica es primordial, siempre debe tenerse en cuenta ante antecedentes de hipotiroidismo mal controlado. La hipoxemia con hipercapnia severa es frecuente en esta enfermedad y puede explicarse por depresión del centro respiratorio, alteración del intercambio gaseoso por alteración en la membrana alveolocapilar y la disfunción diafragmática, pudiendo esta ser de severidad variable.

Conclusión: La miopatía en músculos respiratorios se asocia a una alteración en la contracción y relajación muscular debido a una disminución de la calidad y cantidad de miosina provocada por hipotiroidismo, constatándose en alteraciones en la espirometría. Esta disfunción desaparece con el empleo de tiroxina, aunque a veces tardan meses en hacerlo.

PC-07-12 // AMILOIDOSIS: EL GRAN SIMULADOR

SOTELLO, F.; MELNIK, Y.; LEIVA PAREDES, M.; CACERES RINCON, H.; MOLINA, A.; APELLIDO, F.; DEL PRADO, E.; LEZCANO, C.
Headrm. Misiones, Argentina.

Introducción: La amiloidosis es una patología de difícil diagnóstico que se caracteriza por el depósito en el espacio extracelular de proteínas de estructura fibrilar de hoja beta. Puede ser sistémico o localizado. Existen varios tipos de amiloidosis, AL asociado a discrasias de linfocitos B; AA asociado a patologías inflamatorias crónicas y las formas hereditarias por mutaciones del gen de la Apolipoproteína I, AII y transtiretina. El depósito de estas sustancias conlleva a falla del órgano afectado produciendo la muerte del paciente por falla cardíaca, renal o infecciosa.

Caso: Paciente masculino de 65 años de edad, hipertenso, consumo crónico de cotrimoxazol por dermatitis actínica. Antecedentes de hermana fallecida por un síndrome consuntivo sin diagnóstico con fallo multiorgánico, descartándose lo neoplásico e infeccioso crónico.
Consulta por síndrome consuntivo, proctorrágica autolimitada y antecedente de diafragma de 2 meses de evolución, a su ingreso se constata anemia, falla renal, alteración de la función hepática, hipoproteinemia, hipoalbuminemia y una tomografía de abdomen con implantes tumorales a nivel periesplénico y peritoneo, se asume en primera instancia como una neoplasia probable de tubo digestivo. Se realiza VEDA y VCC, sin hallazgos patológicos, con biopsias sin atipias. Evoluciona con deterioro del estado general, con ascitis y derrame pleural, se realiza paracentesis y toracocentesis sin evidencia de gérmenes ni células neoplásicas, como estudio de deglución se realiza fibrobroncoscopia evidenciándose un entumecimiento de los músculos faríngeos, sin imágenes patológicas. Se realiza laparotomía exploradora en 2 oportunidades descartándose implantes tumorales con evidencia de un hígado cirrótico, se biopsia, con resultado compatible con depósito de sustancia amiloide. Se realiza ecocardiograma doppler y RNM cardíaca, con signos compatibles con depósito amiloide a nivel cardíaco. Se realiza biopsia renal con tinciones de rojo congo positiva. Se asume como amiloidosis sistémica de probable origen hereditario, se procede a realizar estudio genético estando pendiente. Presenta evolución desfavorable, con requerimiento de terapia dialítica y alimentación enteral. Se produce óbito en junio del corriente año.

Comentario: Dada su presentación insidiosa, con compromiso de distintos órganos, nos motivó la presentación de este caso para dar a conocer las distintas manifestaciones de la enfermedad, con evolución a falla multiorgánica. Tendiendo siempre presente que el diagnóstico definitivo se realiza con biopsia del órgano afectado con la evidencia de amiloides y tinciones de Rojo Congo.

Conclusión: Este trabajo tiene como finalidad conocer la importancia del estudio del paciente y que ante un cuadro de afectación orgánica única o múltiple sin causa aparente descartar la amiloidosis ya que esta suele ser una enfermedad oculta y de clínica solapada que puede estar muchas veces infradiagnosticada.

PC-07-11 // ESCORBUTO, UNA ENFERMEDAD NO SOLO DEL PASADO.

GOMEZ RAMOS, O.; SEPULVEDA SALGADO, J.; REAL, M.; SUAREZ SANDOVAL, M.
Sanatorio De La Trinidad Mitre. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El escorbuto o déficit de vitamina C es en la actualidad, una enfermedad extremadamente infrecuente en países desarrollados, sin embargo, puede observarse en casos de malnutrición severa. Su cuadro clínico se caracteriza por debilidad generalizada, anemia, artralgias, gingivitis, hemorragias y manifestaciones fundamentalmente cutáneas ya que la carencia de ácido ascórbico genera fragilidad capilar predisponiendo la aparición de sangrados en diversos sitios.

Caso: Hombre de 52 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 no insulino-requiere y historia de malos hábitos alimentarios. Consultó por cuadro clínico de 45 días de evolución caracterizado por lesiones purpúricas en tronco con posterior extensión a extremidades inferiores y múltiples hematomas dolorosos. Al examen físico se encontraba estable hemodinámicamente, ausencia de múltiples piezas dentarias, lesiones purpúricas palpables de diferentes tamaños en tronco y extremidades a predominio de miembros inferiores de localización perifolicular, hematomas en miembro inferior derecho, algunos con signos de inflamación y dolor. Laboratorio: Hto 35,5%, Hb 11,8 g/dL, GB 12.100/mm3 (Neu: 82%), plaquetas 298.000/mm3, TP 63%, KPTT 32", urea 40 mg/dL, creatinina 1,7 mg/dL, Na 133,1 mEq/L, albúmina 3,8 g/dL, LDH 140 U/L, VSG 64 mm, PCR 53,5, factor V 82%, orina completa normal. Ecografía de piel y partes blandas con aumento difuso del espesor y ecogenicidad del TCS. Ecografía renal normal. Serologías para hepatitis B, C, VDRL y HIV negativas. HMC x2 negativos. Debido a las lesiones en piel asociado a falla renal se planteó diagnóstico de vasculitis ANCA vs avitaminosis C asociada a falla renal de otro origen. Durante la internación presentó buena evolución tras la administración empírica de ácido ascórbico (2 gr/día) e hidratación parenteral, con resolución de la insuficiencia renal y remisión de las manifestaciones cutáneas. Posteriormente se obtuvo resultado de estudios inmunológicos, C3 y C4 normales, crioglobulinas, FAN y ANCA negativos, y dosaje vitamina C (realizado posterior al inicio del tratamiento) 0,43 mg/dL (valor normal 0,40-2). Con estos hallazgos y la respuesta al tratamiento se arribó al diagnóstico de escorbuto, continuando con suplemento dietario de vitamina C al egreso.

Comentario: El diagnóstico del escorbuto se basa en la sintomatología, la historia nutricional y la rápida resolución del cuadro con la instauración de suplemento de vitamina C. Debido al compromiso a nivel cutáneo se incluye en el diagnóstico diferencial de las vasculitis con las que puede confundirse fácilmente, más aun en nuestro caso donde se asociaba a falla renal. También se deben tener en cuenta síntomas o signos adicionales como neuropsiquiátricos, musculoesqueléticos, y en estadios avanzados afectación del músculo cardíaco, sangrados mayores e insuficiencia adrenal, que pueden llevar a la muerte. Por lo que es de vital importancia tenerlo presente como diagnóstico diferencial en pacientes con dicha signo-sintomatología.

Conclusión:

PC-07-13 // TUMOR PARDO DE LOCALIZACIÓN INUSUAL COMO MANIFESTACIÓN ÓSEA DE HIPERPARATIROIDISMO PRIMARIO EN UNA PACIENTE CON NEM. A PROPÓSITO DE UN CASO

CARRIZO, E.; DURAN, M.; TADIC, M.; PARODI, J.; BARABINO, M.; CABRERA, S.
Hospital Ramon Carrillo. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El tumor pardo es una rara consecuencia del hiperparatiroidismo, ocasionada por una alteración en el remodelamiento óseo y del metabolismo fosfocálcico óseo, secuencialmente se produce en primer lugar una osteítis fibrosa y luego se consolida en forma semejante a una neoplasia, Debido a sus características microscópicas se le dio la denominación de tumor pardo.

El objetivo de esta presentación es describir un caso infrecuente de tumor pardo con localización inusual como manifestación ósea de hiperparatiroidismo primario en contexto de NEM

Caso: Paciente femenina de 54 años con historia de dolor abdominal por lo que se le realiza Tomografía computada que muestra: Lesión lobulada en cola de páncreas, Ambas glándulas suprarrenales aumentadas de tamaño, imágenes osteolíticas en 5ta y 6ta costillas izquierdas.

Ecografía abdominal: Litiasis derecha e izquierda.

Radiografía: Uropatía obstructiva fija del riñón derecho y ausencia de función del riñón izquierdo

Punción biopsia guiada por tomografía de las lesiones osteolíticas: Lesión osteoclastica secundaria a hiperparatiroidismo.

Centellograma de cuello: Glándula tiroidea aumentada de tamaño, deformada, con dos imágenes calientes bilaterales.

No se detectan patrones vinculados a hiperactividad ni hipertrofia paratiroidea.

Punción aspiración con aguja fina Bethesda IV. Neoplasia folicular

Se le indica para tiroidectomía total mas tiroidectomía total

Presento evolución favorable por lo que se le otorga la extenuación con controles periódicos de manera ambulatoria. a los dos meses consulta por dolor intenso dorsal, lumbar izquierdos, rodilla izquierda con impotencia funcional del miembro inferior izquierdo. Se realizan evaluaciones en conjunto con traumatología y neurocirugía descartándose patología neuroquirúrgica.

Se realiza centellograma óseo total que informa captación ósea en arcos costales, clavícula derecha, cresta iliaca izquierda, sacroiliaca derecha y tercio distal de fémur derecho, compatible con secundarismo.

Se realiza biopsia de fémur distal y rodilla que informa: Tumor pardo.

Se otorga el alta hospitalaria con tratamiento apropiado

Comentario: El tumor pardo, consecuencia del alto remodelamiento óseo provocado por hiperparatiroidismo, se diferencia de la osteítis fibrosa quística; posee una clínica, imagenología e histopatología distintas a otras enfermedades provocadas por hiperparatiroidismo.

Es producido generalmente por hiperparatiroidismo secundario a enfermedad renal crónica, y de localización maxilar en la mayoría de las ocasiones. Lo atípico del caso presentado, no solo se debe a la ubicación de la lesión, sino también a la etiología de la misma

Conclusión: A pesar de ser una complicación infrecuente, el tumor pardo se debe tener en cuenta como diagnóstico diferencial en los casos de hiperparatiroidismo de cualquier origen.

La manifestación clínica y la alarma para sospecharlo es el dolor, esto se cumplió en nuestro caso y en otros descriptos en la literatura

PC-07-14 // IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO CLÍNICO EN SECRECIÓN AUTÓNOMA DE CORTISOL. A PROPÓSITO DE UN CASO

CAMPOS MARTINEZ, A.; CURRIÁ, M.; JULIANA, G.; RECALDE, m.; YÁNEZ, P.; QUIJUE RAMIREZ, X.; QUIJUE RAMIREZ, X.
Hospital Británico De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción: La Secreción autónoma de cortisol (SAC) es la evidencia bioquímica de hipercortisolismo sin datos clínicos característicos del síndrome de Cushing, en contexto de incidentaloma adrenal (IA). El diagnóstico se realiza a través de la prueba de supresión con dexametasona (PSD) 1mg, estableciéndose un punto de corte mayor de 1.8 µg/dL para posible SAC y mayor a 5 µg/dL como confirmatorio. Se asocia a mayor riesgo de Hipertensión arterial sistémica (HTA), dislipemia, osteoporosis, obesidad y eventos cardiovasculares

Caso: Paciente femenino, 49 años, antecedente de carcinoma de ovario mixto en 2017, realizó anexohisterectomía total. En estudios de estadificación, evidencia nódulo suprarrenal izquierdo de 10 mm, con densidad espontáneamente baja, washout mayor al 50%, compatible con adenoma suprarrenal. Al examen físico, normotensa, índice de masa corporal (IMC) 24, no evidencia signos clínicos de síndrome de Cushing (SC) ni hiperandrogenismo. Laboratorio: glucemia 80 mg/dl, hemoglobina glicosilada (HbA1c) 5.6%, colesterol total (CT) 203 mg/dl, HDL 51 mg/dl, LDL 129 mg/dl, Triglicéridos 113 mg/dl, cortisol 7 µg/dL post dexametasona 1 mg, catecolaminas y metanefrinas urinarias normales. Se solicita cortisol libre urinario (CLU) y cortisol salival nocturno ambos normales, ACTH 52 pg/ml (VN 0-54), DHEAS 3128 ng/ml (VN: 354 - 2560), test de Liddle 2.9 µg/dL, interpretándose como SAC. En el seguimiento se estudió el impacto del hipercortisolismo: MAPA y ecocardiograma normales, densitometría ósea en rango de osteopenia (T score -2.1). Durante el control tomográfico, evidencia crecimiento del 50% en 2 años, informándose en última tomografía, lesión adrenal 15mm, de características benignas (adenoma), sin desarrollo de signos típicos de SC. Laboratorio: cortisol 14.2 µg/dL post dexametasona, DHEAS 2041 ng/ml, cortisol salival y CLU normales, CT 256 mg/dl, HDL 170 mg/dl, Triglicéridos 161 mg/dl. Se decide entonces tratamiento quirúrgico

Comentario: En la actualidad, las distintas guías para manejo de SAC, no muestran consenso sobre el punto de corte para cortisol post PSD, su tratamiento e indicaciones para cirugía. En este caso, se decide tratamiento quirúrgico por el crecimiento del nódulo adrenal, no obstante sus características benignas, sumado al valor de cortisol post dexametasona, en paciente joven posmenopáusica con mayor riesgo de fractura por fragilidad

Conclusión: La SAC es la alteración hormonal más frecuente en los incidentalomas adrenales. El seguimiento a largo plazo permite identificar el impacto del hipercortisolismo en la salud cardiovascular y ósea. Esta evaluación dinámica posibilita la decisión terapéutica adecuada en cada caso. La alternativa quirúrgica favorece la mejoría de las comorbilidades asociadas pos resección en el 30-40% de los casos. El caso presentado muestra la importancia del seguimiento de estas imágenes suprarrenales con SAC de aparente comportamiento benigno, pero que pueden mostrar en el tiempo signos que deban modificar la conducta terapéutica

PC-07-16 // TIROIDITIS SUBAGUDA POST-COVID

PEREZ, M.; SOLAVALLONE, V.; BARADA, C.; ANCI ÁLVAREZ, C.; VIDELA, M.; GODOY, M.
Hospital Santa Isabel De Hungría. Mendoza, Argentina.

Introducción: La tiroiditis subaguda se conoce también con el término de tiroiditis granulomatosa o tiroiditis de Quervain, y se define como una inflamación de la glándula tiroidea secundaria probablemente a una infección viral. Constituye la causa más frecuente de tiroides dolorosa con una incidencia del 5% anual.

Caso: Paciente femenino de 56 años de edad, sin antecedentes patológicos. Recuperada de infección leve por covid-19 comienza 72 hs posterior al alta epidemiológica con fiebre asociado a odinofagia intensa, por persistencia de síntomas consulta en guardia. Al examen físico de ingresos se presenta con fiebre mas dolor cervical intenso. Se objetiva taquicardia. Dentro de los estudios de laboratorio, se destacan Hto 32 %, Hb 10.5 g/dL, GB 11250/mm3, Eritrosedimentación 60 mm/hr, PCR 42.53 mg/L, ferritina 705 ng/dL (VR 10-280). Serologías virales negativas. VDRL negativa. IGM Herpes simplex I y II Negativo. EVB IgM y CMV IgM negativos. TSH < 0.005 Uu/ml, T4 Libre 2.8 ng/mL, T3 2.0 ng/mL. Se solicita además Anticuerpos antitiroglobulina y antiperoxidasa negativos. En ECG presenta taquicardia sinusual. TC de Torax y cuello normal. Se realiza ecografía doppler de glándula tiroidea que informa Glándula tiroidea levemente aumentada de volumen. Al Doppler se aprecia incremento difuso del flujo doppler intra-parenquimatoso de aspecto inflamatorio. Se confirma el diagnóstico de Tiroiditis subaguda por infección por Sars-cov2 y se inicia prednisona 40 mg/día mas ácido acetilsalicílico 300 mg/día, obteniendo mejoría de síntomas en 24 hs.

Comentario: La tiroiditis subaguda granulomatosa de Quervain es más frecuente en mujeres y en edad de presentación entre 40-50 años. El SARS-CoV-2 se ha convertido en una pandemia con síntomas respiratorios graves y puede afectar a otros órganos. Han sido recientemente publicado casos de tiroiditis subaguda provocada por este, siendo característico la cronología de la infección y la aparición de síntomas compatibles con tiroiditis.

El síntoma principal y más frecuente es dolor en el cuello. Inicialmente, suele existir un síndrome prodromico viral de vías respiratorias altas que incluye mialgias, febrícula, astenia, sensación de cuerpo extraño en garganta y disfagia. El dato analítico más característico es una elevación importante de la VSG. La concentración de hormonas tiroideas T3 y T4 están elevadas, además presentan descenso de la TSH llegando en varias oportunidades casi indetectable. La ecografía doppler es uno de los primeros estudios de imagen donde se podrán observar cambios estructurales y evidenciar cambios en el flujo doppler. El tratamiento inicial es AINEs mas corticoterapia.

Conclusión: Se presenta este caso clínico debido a situación epidemiológica mundial con respecto a pandemia por Sars-cov2. Es de suma importancia la sospecha diagnóstica y el inicio de la terapéutica adecuada para disminuir signos-síntomas provocado por este virus y calmar la dolencia del paciente.

PC-07-15 // FEOCROMOCITOMA BILATERAL EN PACIENTE OBESO

AGUIRRE, F.; MANCINI, C.; BLAZEVICH, N.; ABDALA, B.; CREMA, J.; LEROUX, M.; CÔ, A.
Hospital Provincial De Rosario. Santa Fe, Argentina.

Introducción: El feocromocitoma es un tumor originado en la médula suprarrenal y causa hipertensión arterial (HTA) secundaria. Pueden ser múltiples y en ocasiones malignos. El objetivo es reportar caso de paciente que presentó feocromocitoma bilateral.

Caso: Varón de 25 años, que consultó por cefalea en contexto de emergencia hipertensiva, con antecedentes de HTA, obesidad y convulsiones. Al examen físico presentó 220/160 mmHg, IMC 41, sin otras alteraciones. Exámenes complementarios: fondo de ojo con retinopatía hipertensiva grado 1; ecocardiograma con función sistólica conservada y aurícula izquierda de 44 mm; TAC de cráneo informó leucoencefalopatía vascular. En el laboratorio: Cortisol plasmático: 7.7 ug/dl (4.3-22.4), Renina: 447 pg/ml (5.4-34.5), Aldosterona: 280 pg/ml (8-172), Metanefrinas urinarias: 154 ug/24hs (74/297), Normetanefrinas urinarias: 487 ug/24hs (105-374), Adrenalina urinaria: 154 ug/24 horas (0-20), Noradrenalina urinaria: 899 ug/24 horas (15-80), Ácido Vanililín Mandélico urinario: 57.3 (VN hasta 13), Angio-RMI de Aorta Tóraco-Abdominal: formación ovoidea en proyección de glándula suprarrenal derecha. Centellograma con I 131-MIBG no concluyente. Se decide adrenalectomía derecha programada, persistiendo con registros hipertensivos. Anatomía patológica: neoplasia medular adrenal compatible con FEOCROMOCITOMA. El paciente reingresa por infección de herida quirúrgica, se realiza TAC observándose como hallazgo lesión hipercaptante en suprarrenal izquierda, no descrita en TAC previa. SPECT CT CON MIBG: hipercaptación sobre suprarrenal izquierda. Se realiza adrenalectomía izquierda sin necesidad posterior de antihipertensivos. Anatomía patológica e inmunohistoquímica compatible con feocromocitoma. Control postoperatorio de catecolaminas urinarias normales.

Comentario: Estamos ante una patología infrecuente. La edad al momento del diagnóstico en las formas esporádicas se encuentra, en general por encima de la tercera o cuarta década de vida siendo más jóvenes aquellos pacientes con formas hereditarias.

La bilateralidad se presenta en aproximadamente el 10% de los casos, siendo ésta más frecuente en mujeres o asociada al síndrome de Von Hippel Lindau, la neoplasia endócrina múltiple y la neurofibromatosis tipo I (en el 80% de los casos de bilateralidad existe un trastorno genético subyacente).

En contraposición con la gran parte de las publicaciones, nuestro caso clínico se trató de un paciente joven, de sexo masculino, con feocromocitoma bilateral no asociado a otra patología subyacente.

La clínica del feocromocitoma suele ser variada, no guardando relación con su localización, tamaño o aspecto histológico del tumor. La pérdida de peso suele ser una manifestación frecuente, en nuestro caso nos encontramos ante un paciente obeso con daño de órgano blanco asociado.

Conclusión: Se presenta caso por baja frecuencia de aparición de feocromocitoma bilateral, principalmente en pacientes obesos.

PC-09-01 // PUSTULOSIS EXANTEMÁTICA AGUDA SECUNDARIA A CONSUMO DE HIDROXICLOROQUINA

GAYDOU BORSOTTI, A.; ROLON, A.; GONZALEZ, R.; ALTAMIRANO, A.; SCOTTA, M.; RIVERO, R.
Sanatoriogaray. Santa Fe, Argentina.

Introducción: La Pustulosis Exanemática Aguda Generalizada es considerada una forma de Toxicodermia. De forma infrecuente, se ha asociado a agentes infecciosos, virales y bacterianos. El lapso entre la exposición al fármaco y PEGA varía desde horas hasta una o dos semanas, clásicamente siendo 48 a 72 horas desde la introducción del fármaco. Es una patología de baja incidencia (1-5 casos/millón/año).

Caso: Se reporta el caso de una paciente de 78 años, ex tabaquista de 50 paquetes/año, con antecedentes de EPOC, artrosis erosiva en manos en tratamiento reciente con Hidroxicloroquina, que consulta por cuadro clínico de tres semanas de evolución caracterizado por lesiones en piel eritematosas, pruriginosas con posterior extensión generalizada, tipo purpúrico, agregando micro vesículas y pústulas.

Se realiza laboratorio que informa leucocitosis, PCR reactiva ++; anticuerpos reumatoideos que resultan negativos al igual que serología para virus hepatitis C; PET cuyo informe es normal.

Comentario: Se interpreta el cuadro como Vasculitis Leucocito clástica y, de acuerdo con servicio de Dermatología, se decide tomar biopsia de piel para estudio histopatológico, a la espera de resultado.

Se inicia tratamiento en internación con hidratación, protección gástrica, corticoides vía oral tres veces al día, antihistamínicos y antialérgicos, resultando en evolución favorable.

Se recibe informe de biopsia de piel con diagnóstico de Pustulosis Exanemática Aguda Generalizada. La paciente continúa sus controles por consultorio externo, con gran mejoría.

Conclusión: No existen guías basadas en la evidencia que orienten en el manejo de la PEGA. La medida más importante del tratamiento es la suspensión del fármaco causal y con ello, habitualmente la resolución del compromiso cutáneo e incluso sistémico que ocurre en menos de 15 días.

En aquellos casos en los cuales no se pesquise o no se sospeche la presencia de un medicamento, se debe iniciar una búsqueda de agentes infecciosos.

El pronóstico de esta enfermedad es bueno. Se ha estimado una tasa de mortalidad del 5%, pudiendo ser menor debido a la escasez de datos epidemiológicos confiables.

PC-09-02 // HEPATITIS TÓXICA FULMINANTE SECUNDARIA A AMOXICILINA/ÁCIDO CLAVULÁNICO

MOSNA, C.; DONNARI, M.; REBULL CÓRDOBA, M.; ABRAMSON, D.; MOYA, L.; GONZALEZ, S.
Hospital De La Asociación Médica De Bahía Blanca. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los antibióticos se encuentran entre los medicamentos de uso más frecuente en la práctica clínica diaria. El amplio espectro antibacteriano de la combinación de amoxicilina con ácido clavulánico (AM/CL) y su eficacia clínica en el tratamiento de infecciones respiratorias ha determinado su indicación creciente en el medio nacional. La frecuencia de efectos adversos se ha estimado de 4 a 14%; 90% de ellos se clasifican como leves o moderados. La hepatotoxicidad asociada a AM/CL es un hecho de observación infrecuente y es objeto del presente informe.

Caso: Paciente femenina de 70 años de edad, consulta por cuadro de ictericia, coluria y acolia de 4 días de evolución además, refiere que se encontraba cursando un cuadro de infección respiratoria de 7 días de evolución, recibiendo tratamiento antibiótico con AM/CL 1gr cada 12 hs.

Antecedentes: glioblastoma multiforme, convulsiones, hipertensión arterial, esofagitis. Medicada con carvedilol, fentoina, amlodipina y pantoprazol.

Al ingreso la paciente se encuentra lúcida, febril, estable hemodinámicamente, con ictericia cutáneo-mucosa, taquipneica, regular mecánica ventilatoria y rales crepitantes en base derecha. Abdomen sin hallazgos significativos. En el laboratorio se objetiva: Hto: 28% Hb: 9.3 (VCM 90) Tp: 17 [43%] RIN: 1.49 KPTT: 29 TGO 94 TGP 84 FAL 4360 U/l BD 10.9 mg/dl BI 3.70 mg/dl BT 14.6 mg/dl Lipasa: 36 U/l Amilasa: 61 U/l

Ecografía abdominal sin hallazgos positivos. Radiografía de tórax: infiltrado pulmonar para cardíaco derecho. Tomografía de abdomen y pelvis: sin hallazgos significativos. CPRE: sin hallazgos.

Se solicitan hemocultivos, inicia tratamiento de soporte y antibioticoterapia con ampicilina/sulbactam.

La paciente evoluciona afebril, con deterioro progresivo de la función hepática. Evaluada en conjunto con hepatología, se descarta causa obstructiva, origen viral, isquémico y autoinmune. Se interpreta como hepatitis aguda fulminante secundaria a AM/CL dada su asociación temporal habiendo descartado otras causas de la misma. A pesar de los esfuerzos terapéuticos, la paciente fallece por dicha causa, considerándose que por sus antecedentes no resultaba candidata para trasplante hepático.

Comentario: La asociación de AM/CL como causante de daño hepático presenta una incidencia entre 1 a 17 de cada 100.000 prescripciones.

El daño provocado por AM/CL puede producir enfermedad hepatocelular, colestasis o ambas. El tiempo transcurrido entre el inicio del tratamiento y la aparición de los síntomas oscila habitualmente entre 1 y 6 semanas.

La resolución del cuadro es la norma, aunque se ha descrito un 7% de probabilidad de desarrollo desfavorable, definido como muerte, trasplante o persistencia del daño hepático

Conclusión: La asociación de AM/CL en el tratamiento de infecciones respiratorias consideramos relevante destacar este tipo de evento adverso que si bien es poco frecuente puede tener como desenlace daño hepático permanente, requerimiento de trasplante o muerte del paciente

PC-09-03 // NEUMONITIS POR AMIODARONA VS PEMBROLIZUMAB: REPORTE DE UN CASO

KIBUDI, M.; CEIRANO, A.; SAAVEDRA, E.; GIGLER, M.; CATALANO, H.; CLEMENTE, M.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Introducción: Los pacientes oncológicos suelen recibir múltiples tratamientos oncoespecíficos, lo que sumado a sus comorbilidades previas hace que sean vulnerables a padecer efectos adversos. Se presenta el caso de un paciente con cáncer de pulmón en tratamiento con pembrolizumab y fibrilación auricular (FA) por la cual recibía amiodarona, que evolucionó con neuropatía intersticial.

Caso: Varón de 71 años con antecedentes de FA por la cual recibió amiodarona y se encontraba anticoagulado, ACV isquémico y adenocarcinoma de pulmón E IV en tratamiento de 1^o línea con pembrolizumab. Evolucionó con neumonitis intersticial (neumonía criptogénica organizada) diagnosticada por biopsia dos meses previos a la consulta en contexto de nuevos infiltrados en tomografía computada (TAC) estadificadora interpretada como secundaria a pembrolizumab versus amiodarona (ambos suspendidos) realizando tratamiento con meprednisona 30mg/día con disminución progresiva.

Consultó por disnea progresiva CF III/IV de semanas de evolución, sin otros síntomas. Al examen físico se encontraba estable, afebril, taquipneico, con buena entrada bilateral de aire y requerimiento de oxigenoterapia. Edema Godet + en miembros inferiores. El laboratorio mostró deterioro de la función renal ya conocida. Doppler de miembros inferiores con trombosis bilateral y centellograma V/Q con alta probabilidad de tromboembolismo de pulmón (TEP). Se interpretó como disnea secundaria a TEP vs neuropatía intersticial. Se rotó anticoagulación a enoxaparina. Se solicitó TAC de tórax que mostró nueva consolidación con broncograma aéreo en el segmento posterior del LSD y consolidación paraneumática subpleural apical del LID de menor jerarquía con respecto a estudio previo por lo que se indicó meprednisona 40 mg cada 12 horas. Por favorable evolución se otorgó egreso hospitalario

Comentario: La neumonitis intersticial es la forma más frecuente de afectación pulmonar por amiodarona y se suele presentar a partir del segundo mes de tratamiento. Según una cohorte retrospectiva la incidencia de toxicidad pulmonar por amiodarona es de 4%, y los factores que pueden asociarse a mayor riesgo de desarrollarla son el sexo masculino, la enfermedad renal crónica y la EPOC.

La neumonitis por pembrolizumab es una complicación infrecuente, y la duración del tratamiento antes del desarrollo de la misma es variable. Una cohorte retrospectiva evidenció que un IMC elevado y múltiples ciclos de pembrolizumab probablemente aumenten el riesgo.

Las manifestaciones clínicas incluyen tos no productiva, fiebre, crepitantes, disnea, dolor pleural y pérdida de peso. Los hallazgos en los estudios complementarios incluyen parámetros inflamatorios aumentados e infiltrados parcheados, vidrio esmerilado y consolidaciones pulmonares. El diagnóstico es siempre de exclusión y la confirmación es histopatológica. El manejo se centra en la suspensión temporal o definitiva del fármaco y en el uso de corticoides.

Conclusión: Se presenta un caso en que ambos fármacos podrían asociar su toxicidad.

PC-11-01 // ANGIOSARCOMA HEPÁTICO: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN TUMOR INFRECUENTE. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

BENITEZ, M.; VELEZ, L.; GARRIDO, M.; BENÍTEZ, E.; IDOETA, A.; MENOYO QUISBERT, S.; DEFAGÓ, M.
Hospital Nacional De Clínicas Córdoba. Córdoba, Argentina.

Introducción: El angiosarcoma hepático (AH) es una neoplasia vascular rara. Su diagnóstico es desafiante por lo inespecífico de su presentación, por esto es tardío cuando la enfermedad esta avanzada y no es posible el tratamiento quirúrgico. Se presenta una paciente de 67 años con alteración de hepatograma en screening de salud.

Caso: Paciente femenina de 67 años, con antecedentes de resistencia a la insulina e hipotiroidismo medicada con metformina, levotiroxina y rosuvastatina. Consulta por alteración de hepatograma en screening, asintomática. Al examen aparenta buen estado de salud, sin estigmas de hepatopatía crónica, hepatomegalia leve dolorosa. Laboratorio: BT 0.8, BD 0.2, TGO 126, TGP 177, FAL 517, GGT 285, TP 100%, RIN 1.06, albúmina 3.6, plaquetas 320.000. Se solicitó: Ag HBs negativo, VHC negativo, ferritina 34, ANA Positivo 1/20 con patron granular fino, AMA positivo 1/10, ASMA negativo, IgM 74, IgG 1316, gamaglobulina 1,24. Ecografía abdominal: hígado sin hallazgos patológicos. TAC de abdomen (Fig.1): hígado levemente heterogéneo con lesiones hipodensas difusas sugestivas de fibrosis difusa e incipiente lobulación de los contornos hepáticos. Resonancia abdominal (Fig.2): hipointensidades difusas en T1 que en T2 resaltaban hiperintensas dando un aspecto heterogéneo a todo el parénquima hepático. Se suspendió estatina por sospecha de DILI. Dos meses después, sin mejoría en su hepatograma. Nueva ecografía abdominal (Fig.3): hígado aumentado de tamaño, aspecto inhomogéneo, moteado, dominado por múltiples focos hipocoeicos que alternan con áreas intensamente ecogénicas, de superficie irregular. Bazo de 70 mm. Elastografía (Fig. 4): mediana de rigidez 14 kPa. Fibrosis grado 4. Biopsia hepática. AP: estructura parenquimatosa distorsionada por infiltración de una neoplasia maligna poco diferenciada, células de aspecto fusiforme, citoplasma acidófilo, núcleos hiper cromáticos agrandados (Fig.5). Inmunohistoquímica: CD31 positivo (Fig.6), CD34 negativo, Ki67 alto índice proliferativo, sugiriendo un angiosarcoma. TAC de estadificación: imágenes sugestivas de metástasis en vértebras dorso-lumbares, alerones sacros, crestas ilíacas y ramas ilio e isquiopúblicas (Fig. 7 y 8). Inicia quimioterapia con doxorubicina liposomal y bevacizumab, persistiendo asintomática y con función hepática conservada, luego de 10 meses de su consulta inicial y en su segundo ciclo de quimioterapia.

Comentario: El caso muestra una presentación infrecuente (asintomática con hepatograma alterado), y al ser una lesión infiltrativa difusa en lugar de tumor formador de masa, contribuyó a un desvío en el algoritmo diagnóstico de tumor hepático.

Conclusión: El AH debe ser incluido en el diagnóstico diferencial de alteración de hepatograma cuando presenta asociación con imagen patológica, considerando su escasa opción terapéutica y baja tasa de supervivencia. Ante una tumoración pequeña es necesario tener un seguimiento con imagen, y de presentar rápido crecimiento considerar al AH como posible diagnóstico.

PC-11-02 // COLANGIOPATIA ASOCIADA A HIV

LALLI, M.; RUIZ, S.; TRESALTI, A.; GUACONE, S.; MUTTI, M.; EXPOSITO, C.; GALMES, A.; COLOMBO, M.; PEZZOTO, C.; GRILLI, A.
Hospital San Felipe. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La colangiopatía asociada a HIV se caracteriza por múltiples estenosis de la vía biliar, que causan obstrucción, secundaria a procesos infecciosos. Los agentes más comúnmente involucrados son *Cryptosporidium parvum*, *Microsporidium*, CMV. Esta entidad se presenta con recuento de LCD4 <100 células/mm3.

Caso: Paciente femenina de 32 años con antecedente de HIV sin adherencia al tratamiento, consulta por cuadro clínico de dos semanas de evolución caracterizado por ictericia, acolia, coluria acompañado de pérdida de peso y diarrea no disenteriforme. Ingresa con mal estado general, normotensa, afebril, ictericia, prurito generalizado, abdomen doloroso en epigastrio. Laboratorio con elevación de enzimas de colestasis, hipertansaminasemia, hiperbilirrubinemia, predominio directo, serologías no reactivas. Inicia TARV. Ecografía abdominal: vesícula atáptica, colédoco 10 mm, en la colangiografía presenta grosora dilatación de la vía biliar con abrupto cambio de calibre a nivel conducto hepático común. Se realizó CPRE, esfinterectomía y colocación de stent. Ante estos hallazgos se interpretó el caso clínico como colangiopatía asociada a HIV.

Comentario: La colangiopatía asociada a HIV carece actualmente de datos reales sobre incidencia y prevalencia. Se asocia a inmunosupresión avanzada (CD4 <100), su presentación clínica es variada, desde una enfermedad asintomática hasta dolor abdominal severo. La anomalía bioquímica más frecuente es la elevación de las enzimas, la bilirrubina sérica dependerá de la gravedad de la estenosis del conducto papilar. Incluye la dilatación de la vía biliar intrahepática y extra hepática. El método de elección de diagnóstico y seguimiento posterior a tratamiento es la colangiografía. La CPRE es elección para conductas terapéuticas. La supervivencia de estos pacientes es generalmente pobre debido a la asociación de la enfermedad con las etapas avanzadas de inmunosupresión y a la presencia de múltiples infecciones oportunistas.

Conclusión: Nos resultó interesante presentar este caso clínico debido a que las complicaciones hepatobiliares en pacientes con HIV son frecuentes y poco documentadas, actualmente se carece de datos sobre incidencia y prevalencia

PC-11-03 // HIPERTENSIÓN PORTO-PULMONAR. UNA ENTIDAD POCO CONOCIDA.

BENÍTEZ CRUZ, A.; BOSIO, M.; BRUETMAN, J.; GUTIERREZ, M.; LOPEZ, R.
Hospital Británico. Caba, Argentina.

Introducción: La hipertensión porto-pulmonar es una entidad poco frecuente a nivel mundial siendo el cuarto subtipo en frecuencia teniendo en cuenta los grupos de hipertensión arterial pulmonar. Afecta entre un 2-5% de los pacientes con cirrosis hepática, aunque puede presentarse en pacientes con hipertensión portal sin cirrosis.

La definición de hipertensión pulmonar es hemodinámica y el diagnóstico de hipertensión porto-pulmonar requiere una hemodinamia compatible y la exclusión de otras etiologías luego del estudio exhaustivo, en un paciente con hipertensión portal.

Caso: Paciente masculino de 68 años con antecedentes de ex tabaquista 46 p/y, diabetes tipo 2 insulino-requiriente con daño de órgano blanco, ex enolismo (100 g/día), hepatitis B y cirrosis NASH vs alcohólica diagnosticada en contexto de hemorragia digestiva alta por varices esofágicas que requirió banding.

Ingresó por sospecha de síndrome hepatorenal que no responde al tratamiento con albúmina y furosemida por lo que requiere terlipresina y albúmina por 48 horas. Por insuficiencia renal aguda con sobrecarga de volumen asociada a hiponatremia y oligoanuria inicia hemodiálisis.

Evoluciona con progresión de la disnea hasta CF IV. El examen físico evidencia ingurgitación yugular, edemas en miembros inferiores y ascitis. Como estudios complementarios se realiza estado ácido-base que muestra hipoxemia para la edad. Se realiza un ecocardiograma que determina deterioro severo de función sistólica del ventrículo derecho y TAC de tórax que no muestra infiltrados pulmonares. Ante la sospecha de hipertensión pulmonar, habiendo descartado evento tromboembólico pulmonar con angiografía digital, se realiza cateterismo de Swan Ganz que determina presión capilar pulmonar 12 mmHg, presión media de la arteria pulmonar 45 mmHg y resistencia vascular pulmonar 508 dr-s/cm5.

Con los hallazgos antes mencionados se establece el diagnóstico de hipertensión porto-pulmonar iniciándose tratamiento con Sildenafil y Macitentan. Evoluciona con mejoría de la disnea y de los signos de sobrecarga, normalización de función renal, sin necesidad de continuar hemodiálisis.

Comentario: Las manifestaciones de hipertensión portal suelen preceder a la hipertensión arterial pulmonar, por lo que debe sospecharse esta última, en pacientes con disnea de esfuerzo, presión venosa yugular elevada, edema en miembros inferiores.

Se sugiere iniciar terapia cuando los pacientes son sintomáticos o presenta PAM>35 mmHg. Se utilizan vasodilatadores pulmonares como el Macitentan, así también el Sildenafil que disminuye la presión y resistencia vascular con la consiguiente mejoría del débito cardíaco. La terapia combinada suele ser una buena alternativa.

Conclusión: Es importante poder confirmar el diagnóstico de Hipertensión porto-pulmonar, ya que su terapéutica específica es la piedra angular de este padecimiento como paso en aquellos pacientes candidatos, a un trasplante hepático ortotópico para mejorar el pronóstico de estos pacientes.

PC-11-05 // TRIQUINOSIS, A PROPÓSITO DE UN CASO

GABILONDO PEÑAS, A.; GARCÍA, M.; BAZAN, L.; GONZÁLEZ, K.; GOUTS, N.; MIGUEZ, M.
Hospital Lucio Molas. La Pampa, Argentina.

Introducción: Triquinosis, es una enfermedad zoonótica causada por el consumo de carne cruda de animales, fundamentalmente de cerdo, infectados con larvas del parásito llamado *Trichinella*. Si bien la triquinosis clásica involucra al parásito *T. spiralis*, se reconocen al menos 8 especies, muchas de las cuales tienen animales silvestres como reservorios naturales. Por tanto se trata de una zoonosis en la que el hombre puede adquirirla a través de la ingesta de carne de numerosos animales, con principal importancia epidemiológica en nuestro país la carne proveniente de cerdos de cría domiciliar y sus derivados -ciclo doméstico-, y en menor medida la proveniente de animales de caza como jabalíes, zorros y pumas -ciclo silvestre-.

Caso: Masculino, de 30 años, sin antecedentes patológicos. Trabajador rural de la provincia de La Pampa, refiere consumo de animales silvestres (peludo/quirquincho grande en salazón) que comienza con síndrome febril de 7 días de evolución (temperatura axilar constatada de 38 °C) de predominio nocturno que cedia con antitérmicos asociados a sudoración nocturna epigastralgia y mialgias en pantorrillas. En primeras consultas se realizó tratamiento sintomático, sin mejoría por lo que se deriva a nuestro nosocomio donde se evidencia examen físico normal, sin hepatoesplenomegalia ni adenopatías; en laboratorio reactantes de fase aguda elevados, hipereosinofilia (recuento absoluto 2352) y CPK al doble del valor superior normal. Durante internación se realizan hemocultivos sin rescate bacteriológico, ecocardiograma transtorácico normal, serologías negativas (HBV, HBC, VDRL, HIV, Leptospirosis, Huddleson) ecografía abdominal normal y TAC tórax-abdomen-pelvis sin hallazgos patológicos. VEDA sin particularidades. Perfil reumatológico y anticuerpos para Celiacía negativos. Por alta sospecha epidemiológica se solicita serología para triquinosis y se decide en conjunto con infectología iniciar empíricamente tratamiento con Ampicilina por 7 días y Albendazol por 14 días. A las 72 hs de inicio del tratamiento se evidencia cese de síndrome febril y resolución de sintomatología clínica, con elevación de transaminasas interpretado como secundario a tratamiento farmacológico; logrando el alta hospitalaria a los 8 días. Posteriormente se obtiene el diagnóstico confirmatorio de Triquinosis con AC IgG anti triquinosis por método ELISA. Revalorado al finalizar tratamiento se constata mejoría completa de cuadro clínico.

Comentario: Rescatamos el manejo interdisciplinario, la alta sospecha diagnóstica y el tratamiento empírico oportuno llevado a cabo en dicho caso clínico, logrando resultados positivos con una internación corta, siendo ésta una variable fundamental en contexto de pandemia.

Conclusión: La importancia del conocimiento de esta enfermedad, su epidemiología y forma de presentación clínica son claves para el diagnóstico y tratamiento oportuno. Se trata de una enfermedad zoonótica, muy prevalente en nuestra provincia de implicancia tanto sanitaria como económica.

PC-11-04 // DIEULAFOY EN DUODENO COMO COMO HALLAZGO INUSITADO

MORRA, L.; SIGAUD BRUST, A.
Hospital General De Luque. Luque, Paraguay.

Introducción: La lesión de Dieulafoy, conocida también como exulceration simplex o arteria de calibre persistente, es una causa de sangrado digestivo de localización gástrica, frecuentemente no reconocida, que potencialmente pone en peligro la vida de paciente. Más frecuentes relacionadas con sangrado oculto y recurrente. La ubicación extra gástrica de la lesión de Dieulafoy es rara. Por su localización la lesión de Dieulafoy duodenal es de difícil diagnóstico y manejo. Aquí se presenta un caso tratado en la sala de CM DEL HGL de una mujer de 63 años con localización extra gástrica.

Caso: Mujer de 63 años de edad, procedente de asunción conocida diabética e hipertensa en tratamiento, es admitida en el servicio de urgencias por cuadro clínico de 4 días de deposiciones oscuras (melenas), astenia, adinamia, un episodio de lipotimia. Niega consumo de antiinflamatorios no esteroideos, niega otra patología de base o cuadro similar. En el examen físico inicial se encontró en regular estado general, palidez mucocutánea generalizada, PA: 90/60, FC: 110 lpm, FR: 16 rpm, SaO2: 96%, abdomen blando, no doloroso a la palpación, no signos de irritación peritoneal y tacto rectal positivo para melenas. Hemoglobina de ingreso 6 g/dL. HMG de control a las 16 horas con anemia, hb: 3.8 g/dL, por lo que recibe dos transfusiones de glóbulos rojos, función renal deteriorada rango prerenal con BUN 160 de UREA 400 y cr : 7mg/dl más una acidosis metabólica por lo que se realiza diálisis de rescate para estabilizar a la paciente posterior a ello se realiza una EDA y. Estómago: lago mucoso, fundus, cuerpo y antro con presencia de material melánico. Píloro de aspecto normal. Duodeno: en la segunda porción en la pared posterior, presenta paredes finas, vaso con sangrado en napa, compatible con Lesión Dieulafoy, se inyecta con solución de adrenalina y se colocan clips hemostáticos. Con lo que la paciente remite los síntomas y posterior a ello vuelve a presentarlos. Por lo que se somete nuevamente a endoscopia con fabricación artesanal para alcanzar la lesión el cual se encontraba fuera de los límites anatómicos para el endoscopio común.

Comentario: Lesión que también se denomina, arteria de calibre persistente, corresponde a una arteriolo de gran calibre que se ubica justo debajo de la mucosa del tubo digestivo y sangra a través de una erosión puntiforme de la mucosa. La lesión se observa con mayor frecuencia en la curvatura menor de la porción proximal de la cavidad gástrica, genera una hemorragia digestiva importante y puede ser difícil de diagnosticar a veces es necesario repetir la endoscopia por hemorragia recurrente. El caso de nuestra paciente la lesión se encontraba fuera de los límites anatómicos normales hecho que conlleva a una técnica tanto diagnóstica como curativa dificultosa

Conclusión: Un hallazgo tan inusual, no solo por la patología en sí sino por la situación anatómica misma y el tratamiento aún más dificultoso a dejado en el equipo clínico un recordatorio importante ante estas patologías

PC-11-06 // PILEFLEBITIS, UN DESAFÍO CLÍNICO

GAMÓN, D.; VEGA, M.; CACERES RINCÓN, H.; O'CONNOR, S.; GUIDI, L.; FALABELLA, M.; RODRIGUEZ, L.
Sanatorio De La Providencia. Caba, Argentina.

Introducción: La pileflebitis es la trombosis séptica de la vena porta que ocurre como consecuencia de un proceso infeccioso intraabdominal o pelviano. Es una complicación poco frecuente que inicialmente no se sospecha dado a su forma de presentación inespecífica siendo este un desafío clínico. El retraso en el diagnóstico y tratamiento conlleva a una elevada tasa de mortalidad.

Caso: Paciente femenina de 50 años, sin antecedentes de relevancia, consulta por dolor abdominal tipo cólico, localizado en Hipocondrio derecho y epigastrio de un mes de evolución asociado a astenia, adinamia, y pérdida de peso. Al examen físico se encuentra subfebril, abdomen distendido, doloroso en hemiabdomen superior, hepatomegalia y ascitis moderada. Laboratorio donde destaca leucocitosis, reactantes de fase aguda elevados, hipertransaminasemia, y trombocitosis. TC de abdomen y pelvis donde se observa tumoración sólida quística en Lóbulo Hepático izquierdo de 12.3x9.7cm, ascitis y tumoración anexial izquierda de 5 cm. Eco TV con imagen en Ovario izquierdo sugestivo de ooforitis vs absceso. Hemocultivos negativos. Paracentesis con Dx de Neutroscitis. Por sospecha de Neoplasia se solicitan Marcadores tumorales encontrando CA 125 elevado, CEA Y CA 19-9 con valores normales. Se decide realizar punción biopsia hepática desarrollando en cultivos *Candida Albicans* requiriendo tratamiento con Fluconazol EV. La paciente evoluciona con shock séptico secundario a foco abdominal; se realiza Laparotomía exploratoria interpretándose peritonitis secundaria a absceso hepático perforado y peritonitis plástica, se toma biopsia de tumoración peritoneal y Lóbulo Hepático izquierdo descartando lesión neoplásica. Persistió con abscesos hepáticos y supuración purulenta por Herida Qx desarrollando en cultivos *E. coli* iniciando antibioticoterapia con Ciprofloxacina y Metronidazol. Por marcada necrosis Hepática se realiza RMN y Ecodoppler portal observando trombosis portal izquierda recanalizada por lo que no se inicia Anticoagulación. Se concluye Diagnóstico de Pileflebitis séptica complicada con abscesos hepáticos debido a posible foco séptico pelviano.

Comentario: La presentación clínica fue un desafío tanto clínico como diagnóstico. En primera instancia se sospechó un proceso neoplásico debido a la presentación clínica inicial, marcadores tumorales elevados e imágenes de tumoración ovárica y hepática. Al evolucionar con signos de sepsis abdominal se realiza intervención quirúrgica y percutánea de abscesos hepáticos con resultados en cultivos de *Candida Albicans* siendo un microorganismo de baja incidencia reportada, y *E. coli* uno de los gérmenes más comunes. El hallazgo de la trombosis de la vena porta fue un hallazgo en estudios de imágenes con Dx retrospectivo del mismo.

Conclusión: Es imprescindible ante un paciente con síntomas clínicos y laboratorio inespecíficos que se presenten con abscesos hepáticos, descartar tromboflebitis séptica de la vena porta. Debido a su alta tasa de mortalidad es mandatorio iniciar antibioticoterapia precoz y anticoagulación.

PC-11-07 // PERFORACION ESTERCORACEA UNA COMPLICACION A TENER EN CUENTA EN PACIENTES CON CONSTIPACION

UÑO, A.; ALCOGER VARGAS, C.; GENOUD, S.; ZARATE, m.; ORTIZ, R.; BORELLO, N.; CAVALLO, R.; DOMINGUEZ, A.; ORTIZ, R.
Sanatorio Juncal. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La perforación estercorácea, también denominada "úlcer de decúbito" del colon, es una consecuencia de la necrosis isquémica, en forma redonda u ovoideada mayor a 1 cm de diámetro en el borde antimesentérico, de la pared intestinal, secundaria a la presión ejercida por las masas fecales en un intestino normal. Es una enfermedad extremadamente rara, con una incidencia baja del 3,2%. Entre los factores predisponentes se destacan el estreñimiento crónico, consumo de heroína, medicación astringente. La forma de presentación se caracteriza por: dolor abdominal, masa abdominal palpable, constipación, hallazgos radiográficos de neumoperitoneo; el tratamiento de elección puede ser conservador o preferencia quirúrgico preferentemente y precozmente.

Caso: Paciente femenina de 60 años, con antecedentes de hipertensión arterial e hipotiroidismo, consulta por constipación 14 días de evolución, dolor abdominal tipo cólico, náuseas, vómitos en las últimas 48 hs, se realizan estudios complementarios donde se evidencia asas colónicas distendidas con niveles hidroaéreos, dilatación colónica a expensas de fecaloma, GB:16 ml/mm3. Se realiza videocolonoscopía, informa asa congestiva, edematizada e infranqueable con restos de contenido propio. Intercurre con taquicardia, taquipnea, abdomen globoso, y peritoneal, presencia de débito fecaloideo por sonda nasogástrica, se decide conducta quirúrgica, mediante la realización de colectomía total más ileostomía, evidenciando perforación sigmoidea, peritonitis fecal y múltiples placas necróticas. Se decide pase a unidades de cuidados intensivos, en asistencia respiratoria mecánica, interpretándose el cuadro como shock séptico a foco abdominal. Paciente presenta buena evolución, se logra desvincular de la ARM y es derivada a centro de tercer nivel para continuar su rehabilitación.

Comentario: La perforación estercorácea es una entidad poco frecuente, descrita por Berry en 1894, producida por la ruptura de la pared intestinal en una zona debilitada, causada por la presión directa de un fecaloma en la pared de colon. La localización más habitual de la perforación estercorácea es a nivel de sigma y rectosigma, como en nuestro caso, con 47 y 30% respectivamente.

Conclusión: Es una entidad poco común de perforación del intestino, la cual debe tenerse en cuenta en pacientes con historia de constipación crónica, dolor abdominal agudo, distensión o sepsis que se sospeche de origen abdominal, a fin de instaurar un tratamiento lo más oportuno posible.

La mortalidad es de 35% y puede deberse a la existencia de una peritonitis fecaloidea, edad avanzada y con múltiples comorbilidades.

PC-11-09 // GASTROPARESIA EN PACIENTE JOVEN

VARGAS, J.; STIPANIC SORBI, I.; MATTERN, M.; ETCHEVERRY, P.; COURTADE, P.; CORONEL, C.; CARRANZA, N.; VILAR MATTO, G.
Cmic Neuquén. Neuquén, Argentina.

Introducción: La gastroparesia es un trastorno crónico caracterizado por retardo del vaciamiento gástrico posprandial en ausencia de obstrucción mecánica. Puede ser idiopática, estar asociada con la diabetes mellitus o con trastornos neurológicos, aparecer tras una intervención quirúrgica o tras una infección viral o bacteriana. Tiene una incidencia de 2,4 pacientes por 100.000 años persona para los hombres y 9,8 pacientes por 100.000 años persona para las mujeres.

Caso: Paciente de 37 años de edad, con antecedentes de Diabetes tipo 1 en tratamiento con insulina Glargina y correcciones con insulina aspártica, Cetoacidosis en agosto año 2019. Comenzó con vómitos incoercibles de 1 mes de evolución asociados a pérdida de peso de 15kg aproximadamente. Fue evaluado en lugar de origen (San Martín de los Andes) donde se realizó Fibroendoscopia digestiva alta que no mostró alteraciones. Seriado esófago-gastro-duodenal normal. Ingresó con diagnóstico presuntivo de trastornos alimentario vs gastroparesia. Se realizó interconsulta con gastroenterología y se optimizan fármacos procinéticos y antieméticos con regular respuesta. Se realiza medición del vaciado gástrico por sospecha de Gastroparesia con Gammagrafía de estómago y vaciamiento gástrico con TC99m-FITATO, donde se informó: vaciamiento a las 4 horas del 33%, con retención del 67%, compatible con Gastroparesia severa. Se planteó diagnóstico probable de gastroparesia diabética. Descartando otras etiologías, se solicitaron autoanticuerpos, FAN, AntiSM, ANCA P y C negativo, ENAS negativos, Factor reumatoideo 30 u/ml. Proteínograma inmunoelectroforético con hipoalbuminemia, panel de esclerosis negativo, perfil para celiacía negativo (Ac IgA transglutaminasa 5 u/ml, péptidos de gliadinas deaminados IgA <5.2 u), perfil tiroideo normal (TSH 2.47uU/ml, T4 1.4 ng/dl), serología para Chagas negativo (Ac IgG hemaglutinación cualitativa-IF).

Comentario: En contexto de paciente joven, con Gastroparesia refractaria y necesidad de agotar medidas mínimamente invasivas. No contamos con experiencia en Gastropatía severa por su baja incidencia. Se planteó realizar manometría antropilórica para evaluar tratamiento a seguir. Se planteó la neuroestimulación gástrica para los síntomas. Se decidió en conjunto multidisciplinario su derivación a centro de mayor complejidad para optimizar tratamiento.

Conclusión: El cuadro representa un desafío desde el punto de vista diagnóstico y terapéutico. Particularmente en nuestro caso que no contamos con experiencia ya que es una patología muy infrecuente principalmente en hombres. Según un estudio hasta el 1,8% de la población general quizás sufra gastroparesia, pero solo se diagnostica al 0,2%. Es posible que esto se relacione con la falta de conciencia de la enfermedad y con la confusión diagnóstica causada por la superposición de los síntomas de la gastroparesia y la dispepsia funcional. El principal tratamiento es lograr un adecuado control metabólico.

PC-11-08 // FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO COMO PRESENTACIÓN INICIAL DE AMPULOMA

MESCOLINI, G.; ORQUERA, C.; PANIZZA, A.; MASSIERI, H.
Sanatorio De La Trinidad Mitre. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La fiebre de origen desconocido (FOD) se define como fiebre (>38,3°C) de al menos tres semanas de evolución, sin arribar al diagnóstico luego de una evaluación completa en al menos una semana de internación. Sus causas son múltiples y engloban infecciones, enfermedades inflamatorias/reumatológicas y neoplasias. Dentro de estas últimas las oncohematológicas son las más frecuentes, siendo más raro en el caso de los tumores sólidos, como en el cáncer de colon y el cáncer renal. Se presenta el caso de un paciente con ampuloma que se manifestó inicialmente como FOD.

Caso: Varón de 74 años de edad, que consultó por registros febriles intermitentes de más de 38°C, a predominio vespertino, de más de 1 mes de evolución, asociado a sudoración nocturna, astenia y pérdida de peso, había recibido tratamientos antibióticos empíricos sin respuesta. Presentaba antecedente de hipertensión arterial, obesidad, EPOC Gold A, diabetes mellitus tipo 2 insulino-requiere, insuficiencia cardíaca de etiología isquémico-necrótica con deterioro moderado de la función sistólica, colestectomía laparoscópica un año previo por colecistitis aguda. Examen físico sin particularidades. Laboratorio: hematócrito 35%, leucocitos 7400/mm3, ligero aumento de FAL, PCR 50, VSG 93. Hemocultivos en reiteradas oportunidades negativos. Urocultivo negativo. Serologías HIV, Hepatitis B y C, EBV, CMV y VDRL negativas. Estudios inmunológicos normales. Tomografía de cuello, tórax, abdomen y pelvis normal. Ecocardiograma transtorácico sin vegetaciones. Ante la persistencia de registros febriles, asociados a mayor aumento de FAL y GGT se realizó colangiorresonancia con hallazgo de dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con defecto de relleno en colédoco distal. CPRE donde se observó en región ampular lesión mamelonada de aspecto veloso de 30 mm con poro papilar entreabierto, colédoco dilatado de 15 mm en porción terminal con imagen negativa de 20 mm que impresionaba extensión de la lesión ampular hacia el interior del colédoco. Se decidió resolución quirúrgica, realizándose duodenopancreatectomía cefálica laparoscópica. Anatomía patológica: adenocarcinoma intra y periampular de tipo pancreatobiliar. Posterior a la resección del tumor no repitió registros febriles.

Comentario: La FOD representa un desafío diagnóstico. A menudo, los datos positivos que surgen durante el seguimiento del paciente son pistas claves para arribar al diagnóstico. En nuestro caso, el aumento de enzimas colestásicas fue vital para orientar los estudios diagnósticos.

Las manifestaciones clínicas de los ampulomas suelen estar más relacionadas a la obstrucción de la vía biliar. La fiebre como síntoma de adenocarcinoma de páncreas, y más aún como su manifestación inicial, es extremadamente rara y siempre deben descartarse infecciones asociadas. En nuestro caso nunca se halló evidencia de infección bacteriana, y por otro lado la presencia de fiebre permitió un diagnóstico precoz de la enfermedad y su tratamiento oportuno.

Conclusión: .

PC-11-10 // DUODENITIS EOSINFÍLICA, UNA ENTIDAD SUBDIAGNOSTICADA

MENDIETA, N.; VARAS SCHAEER, a.; ARANDA, M.; BRACCINI, S.; ADARO, M.; SKROMEDA, M.; CAVIA, S.
Hospital Madariaga. Misiones, Argentina.

Introducción: La gastroenteritis eosinofílica es una patología inflamatoria infrecuente con una prevalencia de 2,1/100.000 habitantes, de causa desconocida. Puede cursar de forma aguda o crónica y sugiere un componente alérgico por los niveles elevados de IgE en sangre y clínica compatible en casi el 50% de los pacientes. Afecta predominantemente al sexo femenino con una edad media de entre 30 ? 50 años. La clínica puede ser inespecífica, generalmente asociada a diarrea crónica. El diagnóstico de certeza se da por anatomía patológica.

Caso: Paciente masculino de 57 años, tabaquista y enolista de larga data, con diagnóstico de gastritis crónica. Presenta catarsis diarreaica no disintérica de 10 episodios/día de un mes de evolución asociado a dolor abdominal difuso, lesiones maculopapulares difusas pruriginosas a predominio de miembros superiores e inferiores y sensación de cuerpo caliente. Se realiza estudio de laboratorio que informa, serología negativa, leucocitosis con eosinofilia grave (leucocitos de 19560 cel/mm3 con eosinofilia 40% con valor absoluto de 7824 cel/mm3), aumento moderado de IgE (2921.8 U/ml), con coprocultivo y coproparasitológico negativos. TAC abdomen informa pared gástrica engrosada a nivel de curvatura mayor, con múltiples adenomegalias a nivel gástrico, mesentérico superior y para-aórticos. Se realiza VEDA que informa duodenopatía congestiva, con biopsia que evidencia mucosa y submucosa con duodenitis infiltrada con polimorfos eosinófilos. Se procede a realizar biopsia cutánea que informa títulos elevados de IgE. Se asume como duodenitis eosinofílica y se inicia tratamiento con meprednisona a 40mg/día. El paciente evoluciona de manera favorable, con desaparición de lesiones cutáneas y cese completo de deposiciones diarreaicas.

Comentario: Se presenta este caso por ser una patología infrecuente y subdiagnosticada por clínica similar a patologías frecuentes. Además, se manifiesta en un paciente de sexo masculino, lo que también es poco habitual según lo observado en la bibliografía.

Conclusión: Es importante sospechar de esta enfermedad para llevar a cabo el estudio correcto del paciente, arribar al diagnóstico y a un tratamiento específico. Por lo que se debe tener en cuenta en como diagnóstico diferencial ante múltiples consultas por dolor abdominal inespecífico y diarrea crónica.

PC-11-11 // ESOFAGITIS DISECANTE SUPERFICIAL EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO AMPOLLOSO

PÉREZ RUGE, D.; SARMIENTO, R.; RIOS, M.; ORQUERA, C.
Sanatorio De La Trinidad Mitre. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La esofagitis disecante superficial (EDS) es una entidad benigna, poco frecuente y de etiología incierta, que se caracteriza por el desprendimiento completo de la mucosa del esófago, visualizado endoscópicamente como láminas blanquecinas con o sin sangrado. La mayoría de los casos son idiopáticos, pero puede asociarse a medicamentos (bifosfonatos y AINEs), irritantes químicos, enfermedad celíaca, enfermedades del colágeno y enfermedades cutáneas ampollares como el pénfigo, y rara vez el pénfigoide ampolloso.

Caso: Mujer de 26 años con antecedentes de LES diagnosticado 2 años previos, con compromiso cutáneo (LES ampolloso), renal (nefropatía lúpica clase II) y vasculitis mesentérica, en tratamiento con hidroxilcloroquina, micofenolato, metprednisona y dapsona. Consultó por sensación de bolo esofágico posterior a la ingesta de alimento, por lo que se induce vómito, evolucionando con hematemesis, odinofagia, disfagia y sialorrea. Al examen físico, se observó lesión vesicular y otra ulcerada en paladar blando, asociado a algunas lesiones ampollares en tronco. Se estudió con VEDA que informa membrana laminar superficial blanquecina a lo largo del esófago que se desprende fácilmente al contacto, con mucosa subyacente congestiva y fácilmente sangrante. Se complementaron estudios con ESD 25 mm/h, PCR 1,3 mg/L, Complemento C3 104 mg/dL, C4 20,7 mg/dL y antiDNA negativo. PCR para Herpes simple I y II, citomegalovirus, y tuberculosis negativas. Se realizó nueva VEDA a las 48 horas, que informó esófago con mucosa congestiva en parches desde el tercio superior, con algunas placas blanquecinas superficiales. Se realizó tratamiento con inhibidor de la bomba de protones, obteniendo adecuada respuesta, sin nuevos episodios de hematemesis y buena tolerancia a la dieta. Se obtiene resultado de anatomía patológica que informa fragmentos disgregados de mucosa esofágica extensamente ulcerada con abundante material fibrino-leucocitario asociado a vasos de neoformación en el corion subyacente. Cultivo para gérmenes comunes, micobacterias y micológico negativos. Se interpretó el cuadro como esofagitis disecante superficial en paciente con diagnóstico de LES ampolloso.

Comentario: La ESD es una enfermedad infrecuente, y su asociación con enfermedades cutáneas ampollares está claramente reportada, principalmente en pacientes con pénfigo. Nuestro caso es una paciente con LES y una manifestación cutánea poco común, como es el LES ampolloso. Existe en la literatura un solo caso reportado de esofagitis disecante superficial asociada a esta manifestación cutánea del lupus.

Conclusión: .

PC-11-12 // COLITIS ULCEROSA DE PRESENTACIÓN SEVERA.

DÍAZ, V.; RIVERO, M.; DÍAZ, M.; SPOSITO, P.; RODRIGUEZ, X.; IADE, B.
Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

Introducción: La colitis ulcerosa crónica idiopática (CU) es una enfermedad inmune con incidencia en aumento que afecta a pacientes jóvenes, interfiriendo con actividades recreativas y laborales. En el marco del lanzamiento de la Unidad de Enfermedad Inflamatoria Intestinal del Hospital Maciel se expone un caso clínico de CU de presentación severa.

Caso: Sexo femenino, 31 años.

Motivo de consulta: diarrea y enterorragia.

Antecedentes: CU diagnóstico en 2017, múltiples empujes, refractaria al tratamiento con corticoides. En tratamiento con prednisona, azatioprina y ciclosporina. Empuje 2019 complicada con infección por Citomegalovirus (CMV). Ciclosporinemia: 75ng/ml.

Examen Físico: Buen estado general, apirética. 106 cpm

Abdomen distendido, blando, depresible, doloroso leve a la palpación profunda de flanco y fosa ilíaca izquierda.

Métodos Auxiliares:

Hb 11.6g/dl, PCR: 111mg/L, VES 71mm/h.

Coprocultivo y Coproparasitario: Sin desarrollo.

Toxina clostridium difficile y PCR gastrointestinal: negativas.

Rectosigmoidoscopia (RSC): CU en empuje severo (Mayo 3).

Anatomía Patológica: CU en empuje severo y presencia de CMV.

PPD e IGRA: negativo.

Vacunada VHB. Serología VHC, VDRL, VIH y Chagas: Negativo.

VEB y CMV: IgG positivo, IgM negativo. Carga viral CMV 175 copias.

Terapéutica Utilizada:

Hidrocortisona 100mg c/6hs por 3 días, Infliximab inducción. No tratamiento antiviral.

Evolución: Mejoría clínica y paraclínica. Disminución de prednisona.

Peoría clínica. Entero-PCR: Clostridium difficile. Se suspende Infliximab y se inicia vancomicina. Superada infección: RSC informa CU en empuje severo.

Se realiza colectomía total sin complicaciones.

Comentario: La importancia del caso clínico es el aumento de la incidencia, la afección de pacientes jóvenes y su repercusión socioeconómica. Debemos conocer las herramientas terapéuticas, en constante expansión, y las posibles complicaciones, requiriendo un equipo interdisciplinario.

El presente caso generó incertidumbres terapéuticas.

La infección por CMV es un factor de refractariedad al tratamiento con corticoides a buscar y tratar. Este caso, pese al diagnóstico anatomopatológico, no requirió tratamiento, por el antecedente de infección tratada, un componente IgM negativo y la carga viral baja. La carga viral en la biopsia y el antígeno pp65 en sangre son otros factores que, de buscarse, guían la toma de decisión.

La no respuesta al tratamiento de segunda línea es indicación de cirugía. Dado la ciclosporinemia baja se optó por realizar Infliximab.

Conclusión: Elementos claves al manejar un empuje de CU es establecer la severidad, tratar en consecuencia, teniendo presente los plazos de respuesta establecidos, puesto que la demora aumenta las complicaciones postoperatorias frente a una colectomía.

Como perspectiva a futuro, con respecto a las técnicas diagnósticas utilizadas, sería pertinente la incorporación del número de copias en la biopsia, y ante dudas diagnósticas la presencia del antígeno pp65 en suero.

PC-11-13 // PANCREATITIS POR CMV EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

CAVIA, S.; BONETTI, P.; GIMENEZ, A.; BRACCINI, S.; CACERES RINCON, H.
Hospital Escuela Agudos Dr Ramón Madariaga. Misiones, Argentina.

Introducción: La pancreatitis aguda se caracteriza clínicamente por la triada de dolor en epigastrio, irradiado a flancos, asociado a náuseas y vómitos con Elevación de Lipasa y amilasa y cambios imagenológicos. La litiasis biliar y la ingesta de alcohol son las causas más frecuentes, sin embargo, a continuación se presenta un reporte de caso de Pancreatitis Aguda Alitiasica asociada a Mononucleosis por CMV en paciente Inmunocompetente.

Caso: Paciente de sexo masculino de 22 años sin antecedentes patológicos, que ingresa por mialgias, astenia, odinofagia y tos de 2 semanas de evolución, asociado a dolor epigástrico urente en cinturón, hiporexia, vómitos y fiebre. Se realiza laboratorio presentando Lipasa y Amilasa elevadas asociado a Hepatograma normal y estudios por imágenes (Tac Abdominal) presentando páncreas aumentado de tamaño con Vía biliar intra y extrahepática de calibre normal sin obstrucción asociada, con Triglicéridos y Calcio dentro de parámetros normales. Se realizó Serologías de Rutina para HIV VDRL HEP B y Hep C siendo negativos, presentando a destacar VEB IgM:20,3 CMV IgM:5,9 Realizándose posteriormente PCR, siendo positivo para CMV (Carga viral positiva de 470) Asumiéndose Caso como Pancreatitis Aguda Alitiasica en paciente Inmunocompetente con Mononucleosis Infecciosa por Citomegalovirus. Se inició Ganciclovir cumpliendo 7 días por vía endovenosa, con mejoría sintomatológica sin fiebre, dolor abdominal o vómitos asociados con buena tolerancia oral y disminución de Enzimas Pancreáticas en controles posteriores con PCR negativa.

Comentario: Nos encontramos con un paciente con Manifestaciones Clínicas secundarias a infección por Citomegalovirus, siendo rara la presentación clínica sintomática en adulto y más aun en inmunocompetente nos parece importante dar a conocerlo ya que no es frecuente, iniciándose posteriormente un seguimiento activo del paciente, luego de recibir tratamiento Etiológico-Sintomático, observándose franca mejoría en controles posteriores.

Conclusión: Es importante el estudio y el algoritmo diagnóstico de Pancreatitis Agudas, Descartándose las causas más comunes como el Enolismo y Litiasis vesicular nos encontramos ante una gran Encrucijada. Descartándose las causas metabólicas (Hipertriglicéridemia e Hipercalemia), presente Serología para EPB y CMV, con PCR (carga viral) Positiva para CMV, que si bien por edad y sin algún Inmunocompromiso asociado no debería al menos manifestarse Clínicamente, Sin embargo en nuestro paciente no ocurrió por lo que es importante abordar todos los diagnósticos posibles y hacer omisión a la regla, ya que nuestro paciente se encontraba en Fase tifoidea, Mejorando posteriormente con Ayuno y ganciclovir.

PC-11-14 // SME MCKITTRICK WHELOCK COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

MANSUR NAHRA, M.; RODRIGUEZ, N.; BUCCELLA, J.; DI ROCCO, L.; LANGELLOTTI, L.; BRITO, D.; COO, L.; MORALES GARCIA, M.; ALIAGA, A.; VIBOUD ARAMENDI, C.; TAFFAREL, C.; LARREA, R.
Hospital Central De San Isidro Dr. Melchor Ángel Posse?. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El síndrome de McKittrick Wheelock consiste en un cuadro clínico que asocia trastornos electrolíticos e insuficiencia renal aguda con diarrea hipersecretora secundaria a un adenoma vellosos en recto. Los trastornos electrolíticos incluyen hiponatremia, hipokalemia, hipocloremia y acidosis metabólica que en conjunto llevan a una insuficiencia renal aguda prerrenal. El cuadro clínico típico se caracteriza por deposiciones diarreas acuosas o mucosas de meses de evolución asociado a dolor abdominal, náuseas y vómitos, y pérdida de peso no intencional. El diagnóstico de certeza se realiza mediante colonoscopia. El tratamiento de elección consiste en la resección quirúrgica de la lesión.

Caso: Paciente femenina de 75 años con antecedentes de hipotiroidismo, apendicectomía, herniorrafia inguinal izquierda, infecciones urinarias a repetición, pérdida de peso no intencional, adenoma vellosos con displasia de bajo grado con diagnóstico por endoscopia hace 3 años, diarrea crónica de 4 años de evolución, múltiples internaciones previas por insuficiencia renal aguda y trastornos electrolíticos consulta por cuadro clínico de 24 hs de evolución caracterizado por astenia, adinamia, bradipsiquia, dolor abdominal y náuseas. En el laboratorio se evidencia hiponatremia, hipokalemia y elevación de urea y creatinina. Iniciamos reposición endovenosa de fluidos y electrolitos con normalización de las cifras de laboratorio. Durante la internación, presenta episodios recurrentes de diarrea de características mucosas. Descartamos causas infecciosas, metabólicas e inmunológicas de la diarrea. Solicitamos colonoscopia que evidencia lesión exofítica infiltrante de aspecto vellosos en la unión recto sigma. La biopsia informa adenocarcinoma bien diferenciado desarrollado a partir de un adenoma túbulo vellosos. Se procede a la resección quirúrgica de la lesión. Evoluciona en el posoperatorio sin diarrea, con resolución de los trastornos electrolíticos y la insuficiencia renal.

Comentario: El síndrome de McKittrick Wheelock es una causa poco frecuente de insuficiencia renal aguda asociada a trastornos electrolíticos e historia de diarrea crónica hipersecretora. La sospecha clínica es esencial para arribar al diagnóstico. La importancia de un diagnóstico temprano radica en evitar las complicaciones secundarias a la evolución natural de dicho síndrome como shock hipovolémico, severos trastornos electrolíticos y transformación maligna de las lesiones iniciales.

Conclusión: El Síndrome de McKittrick Wheelock es una causa poco frecuente de insuficiencia renal aguda que debe considerarse cuando se asocia a trastornos electrolíticos e historia de diarrea crónica hipersecretora. El diagnóstico se realiza mediante colonoscopia y el tratamiento de elección es la resección quirúrgica de la lesión. El diagnóstico temprano de dicho síndrome permite evitar sus complicaciones que pueden llevar a un desenlace fatal.

PC-11-15 // TUBERCULOSIS INTESTINAL COMO CAUSA DE DIARREA EN PACIENTES CON VIH

DEVOUASSOUX, J.; AGUILAR, A.; ERDOCIA, A.; CHIARADIA, V.; PISAREVSKY, A.
Hospital De Clínicas José De San Martín. Temperley, Argentina.

Introducción: La diarrea es una causa importante de morbilidad en pacientes infectados con VIH y puede deberse a una multitud de etiologías, desde infecciosas a neoplásicas, medicamentosas o infiltrativas. Los agentes infecciosos involucrados suelen variar en relación al grado de inmunocompromiso.

La tuberculosis abdominal es una forma de presentación de la enfermedad, siendo el intestino uno de los sitios más frecuentemente afectados. Los factores de riesgo más importantes son la infección por VIH y el tratamiento con drogas anti-factor de necrosis tumoral (TNF). La presentación clínica puede involucrar síntomas constitucionales; aquellos derivados de la afectación intestinal o por afectación de órganos vecinos; y el diagnóstico se realiza por la demostración directa, cultivo o prueba de amplificación de ácidos nucleicos en una biopsia del sitio involucrado o en líquido ascítico si lo hubiera.

Caso: Paciente mujer de 37 años con antecedentes de VIH diagnosticado en el 2013, inicia su enfermedad actual 4 meses previos a la consulta con dolor abdominal en epigastrio con irradiación hacia fosa ilíaca izquierda, pérdida de peso de 10 Kg en el último mes y sudoración nocturna, agregando en los últimos 4 días diarrea acuosa, por lo que consulta a la guardia. A su ingreso presenta crepitantes en base pulmonar izquierda y abdomen doloroso a la palpación en forma difusa. Se realiza una Tomografía Computada (TC) de tórax, abdomen y pelvis, en la que se evidencia un engrosamiento pleural izquierdo y patrón miliar pulmonar bilateral, edema submucoso en colon ascendente, y adenopatías retroperitoneales. Durante la internación evoluciona febril, con episodios de diarrea intermitente, náuseas y vómitos.

Se realiza un BAL con toma de muestra con estudios microbiológicos negativos y anatomía patológica con hallazgos inespecíficos, y se realiza una videocolonoscopia en la que se observan lesiones ulceradas y erosiones en todo el trayecto colónico, a predominio de colon ascendente. Se toma una biopsia en la que se evidencian bacilos ácido alcohol resistentes, interpretándose el cuadro como una infección intestinal o diseminada por micobacterias, iniciándose tratamiento con antifúngicos. Luego de 48 horas de iniciado el tratamiento antibiótico, la paciente evoluciona afebril, con remisión gradual de los síntomas y sin efectos adversos a los fármacos antituberculosos (RAFA), por lo que se otorga alta médica y se continúa seguimiento por ambulatorio.

Comentario: La tuberculosis es una de las infecciones con mayor prevalencia tanto a nivel mundial como en Argentina. La intención de este caso clínico es reforzar su importancia como causa de diarrea y dolor abdominal, especialmente en pacientes inmunocomprometidos.

Conclusión: La sospecha clínico-epidemiológica es un factor fundamental para el diagnóstico de la tuberculosis intestinal, y para poder diferenciarla de otras patologías con características y comportamiento similar, siendo fundamental para un correcto tratamiento.

PC-11-17 // SARCOMA DE KAPOSI VISCERAL SIN EXPRESIÓN CUTÁNEA, A PROPÓSITO DE UN CASO

BRUSSAIN, M.; ALVAREZ, I.; MAIDANA, H.; ALBIGER, L.; BELLO, I.; BLANCO MARCHETTI, M.; RAMOS, M.; URTASUN PEREZ, F.; MARINI, Y.; ARIZTEGUI, C.
Hospital Naval Pedro Mallo. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El sarcoma de Kaposi es un tumor vascular multicéntrico causado por el virus del herpes tipo 8. Puede aparecer en sus formas clásica (asociada con el VIH), endémica (en África) o iatrogénica (p. ej., luego de un trasplante de órgano). El diagnóstico se realiza por biopsia. El tratamiento para las lesiones superficiales incluye crioterapia, electrocoagulación, resección o radioterapia con haz de electrones. En la forma asociada con el VIH, los antirretrovirales (TARV) proporcionan los mejores resultados. En los casos con afectación visceral o ampliamente diseminados, el tratamiento de elección es la quimioterapia.

Caso: Paciente varón de 32 años con antecedentes de CIE10 B24 de reciente diagnóstico, en tratamiento con TARV, carga viral: 900000 copias/ml; CD4: 313 cel/ml3. Consultó a guardia por presentar diarrea no disintérica, hasta 10 episodios por día, de 72 hs de evolución. No refirió fiebre ni equivalentes.

Examen físico: Lucido, clínicamente estable. Abdomen blando, depresible, indoloro, RHA +, resto sin particularidades. Mucosas secas, signo del pliegue positivo.

Laboratorio al ingreso: GB: 15740 (80%N); Urea: 91 mg/Dl; crea: 3,5 mg/Dl; resto dentro de parámetros normales.

Se constata insuficiencia renal aguda de causa pre renal, recibió tratamiento con balance hídrico positivo con buena respuesta.

Enfoque de la diarrea en paciente infectado con VIH:

Estudios complementarios:

Serologías: HBV, HCV, VDRL, EBV, CMV: negativas; Hemocultivos x 2: negativos. Coprocultivo y PCR de materia fecal negativo para: Campylobacter, C. Difficile, Salmonella, Yersinia Enterocolitica, Vibrio, Shigella, E. Coli, Cryptosporidium, E. Histolytica, Giardia, Astrovirus, Adenovirus, Norovirus. Coproparasitológico seriado negativo.

TC de abdomen sin particularidades.

VEDA y VCC: lesiones de aspecto rojo violáceo en estómago y colon con toma de biopsia que informa: Sarcoma de Kaposi.

Tratamiento: Paciente evaluado por servicio de oncología: Inició tratamiento QMT con doxorubicina liposomal.

Comentario: El Sarcoma de Kaposi es la neoplasia más frecuente en pacientes con infección por VIH. La presentación clínica usualmente incluye lesiones cutáneas y de la mucosa orofaríngea (máculas, placas o nódulos, en general palpables, de distinto tamaño). El compromiso exclusivamente visceral gastrointestinal, sin manifestaciones cutáneas, es infrecuente (entre un 15% y un 1,5% según la serie). El curso de la enfermedad depende del nivel de inmunosupresión. Entre los agentes utilizados para el compromiso visceral, la doxorubicina liposomal, daunorubicina, adriamicina y el paclitaxel, son considerados los agentes más activos. La respuesta terapéutica oscila entre 27-80%.

Conclusión: Destacamos la importancia del estudio íntegro de un paciente portador de VIH, cuya única manifestación clínica al momento de la consulta fueron las deposiciones diarreicas. Se buscaron causas infecciosas según su estatus inmunológico, y habiéndose descartado, se arribó al diagnóstico de Sarcoma de Kaposi visceral gastrointestinal.

PC-11-16 // HDA EN LMA

BRITO, D.; MAMANI, N.; GRODEK, V.; BARRA, M.; MASTROVINCENTO, V.; PÉREZ, F.; CARRIZO, J.; LANGELLOTTI, L.; TAFFAREL, C.; LARREA, R.
Hospital Central De San Isidro Dr. Melchor Ángel Posse?. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La leucemia mielode crónica es una enfermedad que suele tener un curso clínico bifásico, es decir, una fase crónica propiamente dicha y otra fase acelerada. Siendo más frecuente su diagnóstico durante esta última fase, ya que esta última tiene más probabilidades de manifestarse de forma sintomática. La edad media de diagnóstico es a los 50 años, y el único factor ambiental predisponente conocido es la exposición a radiación ionizante.

Caso: Masculino de 19 años con antecedentes de pérdida de 10 kg en los últimos 6 meses. Ingresó por cuadro de 48 horas de evolución caracterizado por fiebre, dolor abdominal, melena y hematemesis. Al examen físico presentaba piel y mucosa pálidas, dolor a la palpación de hemiabdomen inferior sin signos de defensa ni reacción peritoneal, con evidencia de melena franca con laboratorio que evidenciaba leucocitosis, anemia y plaquetopenia. Realizamos frotis de sangre periférica con hallazgo de mielocitos y blastos. Interpretamos como HDA secundaria a posible enfermedad oncohematológica. Hicimos TC de tórax y abdomen que evidenció hepatomegalia, sin presencia de adenopatías, y posteriormente VEDA que mostró lesiones sobrelevadas cuya evaluación fue compatible con proceso inflamatorio crónico y presencia de helicobacter pylori, interpretado cuadro como gastropatía erosiva.

Agregamos PAMO y marcadores CMF, BCR, ABL y PML. Cuyo resultado fue compatible con LMC en Fase Crónica por lo que iniciamos tratamiento con imatinib.

Comentario: El paciente de este caso, se encuentra en una franja etaria muy distante de la media para el diagnóstico de la enfermedad. Por otra parte padece una HDA, manifestación con la que debuta, pero lo hace durante la fase crónica de la misma. Siendo esta fase, la que presenta la menor probabilidad de manifestaciones clínicas. ¿La hemorragia digestiva de este paciente es secundaria a la gastropatía erosiva, o a la LMC?

Conclusión: Si bien el paciente no forma parte del grupo etario en el que la HDA es más frecuente, ni tampoco tiene antecedentes que se puedan asociar al sangrado, presenta un laboratorio de ingreso con leucocitosis, que no parece concordar con el aumento de leucocitos que podemos encontrar en una hemorragia. Es importante que el médico interprete estas desviaciones de los estudios complementarios, cuando los mismos no parecen explicarse solamente por el diagnóstico primario.

PC-13-01 // RASGO DREPANOCÍTICO: UNA CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL Y TROMBOEMBOLISMO PULMONAR

TARDITI BARRA, A.; SAAD, E.; TORINO, M.
Hospital Privado Centro Médico De Córdoba. Córdoba, Argentina.

Introducción: La enfermedad drepanocítica es un trastorno autosómico recesivo que afecta la síntesis de la cadena de beta-globina de la hemoglobina, produciendo así hemoglobina S (HbS). Esta anomalía provoca una disminución de la elasticidad y capacidad de deformación de la membrana eritrocitaria que conduce a la oclusión microvascular y hemólisis. Su prevalencia es mayor en la población africana e india, mientras que es inusual en el resto del mundo.

La variante homocigótica se llama anemia de células falciformes. Dentro del espectro restante, el rasgo drepanocítico, en el que los individuos portan la mutación del gen HbS en uno de los dos genes de la beta-globina, siendo el otro normal. Estos pacientes suelen permanecer asintomáticos, y rara vez experimentan crisis vasooclusivas a menos que estén expuestas a determinadas condiciones.

Caso: Un hombre de 39 años con antecedente de rinitis alérgica, consultó por dolor abdominal persistente de origen desconocido tras viajar a un lugar de gran altura. Fue sometido a laparotomía sin un diagnóstico definitivo. Posteriormente, el paciente desarrolló signos de infarto esplénico y tromboembolismo pulmonar que fueron confirmados por tomografía computarizada. El test de sickling fue positivo y una electroforesis de hemoglobina reveló una fracción anormal en el nivel de HbS. En este contexto se realizó un diagnóstico de rasgo drepanocítico. Además, las pruebas revelaron anticoagulante lúpico fuertemente positivo. La presentación del SCT como dolor abdominal y enfermedad tromboembólica en pacientes adultos después de la exposición a grandes altitudes es un diagnóstico que rara vez se sospecha.

Comentario: El rasgo drepanocítico no se presenta con las manifestaciones típicas de la anemia de células falciformes. Sin embargo, en determinadas circunstancias, pueden desarrollarse algunas características clínicas de la enfermedad como consecuencia de una mayor adhesión de las células falciformes al endotelio vascular, lo que desencadena mecanismos hemostáticos y daño tisular isquémico por oclusión microvascular.

El infarto esplénico es una causa muy frecuente de dolor abdominal, y se han reportado casos en personas que ascendieron a más de 2.300 metros sobre el nivel del mar.

La anemia de células falciformes se ha asociado con un mayor riesgo de tromboembolismo venoso. Además, los cambios estructurales en la membrana de los glóbulos rojos se han asociado con el desarrollo de anticuerpos antifosfolípidos, principalmente dirigidos a la fosfatidilserina y al anticoagulante lúpico, que muestran títulos más altos en pacientes con la variante homocigótica.

Conclusión: La presentación del rasgo como dolor abdominal y enfermedad tromboembólica en pacientes adultos después de la exposición a grandes altitudes es un diagnóstico que rara vez se sospecha.

PC-13-02 // SÍNDROME CEREBELOSO COMO MANIFESTACIÓN DE LINFOMA HODGKIN CLÁSICO NO TRATADO

GOMEZ BERET, H.
Hospital Militar Central. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El linfoma de Hodgkin (LH) comprende a un grupo de neoplasias linfoides que difieren de los linfomas no Hodgkin (LNH) en varios aspectos. El LH surge en un único ganglio o cadena ganglionar y se disemina primero hacia los tejidos linfoides anatómicamente contiguos. A su vez, el LH presenta células neoplásicas gigantes denominadas células de Reed-Sternberg. El tipo de celularidad mixta es el segundo más frecuente, constituyendo el 20-25% de los casos de LH. En esta variante, las células de Reed-Sternberg se encuentran intercaladas en un difuso infiltrado heterogéneo que contiene células plasmáticas, linfocitos T, macrófagos y otras células del sistema inmune benignas, junto con las neoplásicas. Está estrechamente ligado a las infecciones por Virus Epstein-Barr (se encuentra infección hasta en un 70% de los casos). Este tipo de LH suele tener buen pronóstico, pese a que suele diagnosticarse en estadios avanzados (IIIV).

Caso: Paciente de sexo masculino de 39 años que es derivado de Jujuy por presentar un cuadro clínico progresivo caracterizado por ataxia, inestabilidad en la marcha, temblores y disartria de varias semanas de evolución, en contexto de paciente con LH clásico de celularidad mixta, diagnosticado hace 6 meses, momento en el que fue estudiado por presentar poliadenopatías, sudoración nocturna y pérdida de peso. Frente a este diagnóstico realizó, en su momento, 6 ciclos de quimioterapia esquema AVBD y, posteriormente, un PET que evidenció focos hipermetabólicos en segmento anterior de lóbulo pulmonar superior izquierdo y alerón sacro izquierdo. Ante estos hallazgos se estableció que se estaba en presencia de una forma de LH refractaria al tratamiento de primera línea. Posteriormente, el paciente comienza a realizar quimioterapia con el esquema ICE. Paciente abandona el tratamiento y no consulta hasta 6 meses posteriores donde ingresa con notable inestabilidad e intolerancia tanto en la marcha como en la bipedestación, nistagmo vertical y marcada disartria. Los exámenes complementarios no arrojan alteraciones anatómicas, ni procesos patológicos agudos, se descarta por citometría de flujo la infiltración del líquido cefalorraquídeo por LH. Descartando la posibilidad de procesos infecciosos, se llega al diagnóstico de síndrome cerebeloso secundario a proceso paraneoplásico en contexto de LH.

Comentario: Reportar caso de síndrome cerebeloso secundario a degeneración paraneoplásica como evolución natural de LH sin tratamiento y la progresión rápidamente progresiva de la misma.

Conclusión: La degeneración cerebelosa paraneoplásica es una complicación relativamente infrecuente de los LH. Se produce por la producción de anticuerpos antitumorales generados por el propio organismo del paciente. Si bien los síntomas pueden mejorar luego del tratamiento del tumor primario, el cuadro no suele presentar buen pronóstico. Es una condición que deteriora profundamente la calidad de vida del paciente que la padece.

PC-13-04 // LUMBALGIA, FIEBRE Y DESCONCIERTO.

BRAGAÑA, C.; TORRES, N.; SALAS FLOREZ, A.; NIEBLES, N.; HERNANDEZ, L.; EMPARANZA, M.; SCAPELLATO, J.; GIUFRIDA, S.; GARCÍA, M.; BERNIER OCAMPO, I.; GUERRERO MORA, J.
Sanatorio Anchorena. Caba, Argentina.

Introducción: El linfoma primario óseo (LPO) representa el 7% de tumores malignos óseos y menos del 1% de los
linfomas no Hodgkin (LNH). Generalmente son tumores de presentación unifocal (85.5%).
El LPO multifocal (LPOm) es una entidad que afecta más a varones alrededor de los 60 años de
edad. El tipo histológico más prevalente es el linfoma difuso de células B grandes.

Caso: Paciente masculino de 35 años de edad con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, obesidad, litiasis vesicular y discopatía L5-S1, que ingresa por cuadro clínico de 4 meses de evolución consistente en intensificación de lumbalgia habitual agregando cervicalgia y gonalgia derecha que ceden parcialmente con AINEs; fiebre intermitente; pérdida de peso de 15 kg y sudoración nocturna. Al ingreso se constata anemia normocítica, plaquetopenia y parámetros inflamatorios elevados. En RMN de columna se evidencian múltiples imágenes heterogéneas, de bordes hiperintensos en T2 y STIR, hipointensas en T1 y con realce periférico post contraste, en columna dorsal y lumbar. Inicialmente se descartaron causas infectológicas, tumorales y reumatológicas, planteándose de esta forma posible etiología oncohematológica. Se realizó frotis de sangre periférica s/p; punción de médula ósea sin alteraciones específicas. B2 microglobulina normal, proteinograma normal y centellograma óseo con extensa captación isotópica patológica comprometiéndolo casi la totalidad del esqueleto. Se decide realizar biopsia guiada por TAC de lesión de columna vertebral, cuyo informe preliminar fue tumor de células plasmáticas.
Dados los hallazgos se oriento el diagnóstico hacia mieloma múltiple por lo que se decidió iniciar tratamiento con esquema CYBORD, del cual completé 3 ciclos tras lo cual se suspendió por recibirse informe de revisión de taca de biopsia ósea que informaba Linfoma B de alto grado (LDCGB) primario óseo multifocal EIVB.
Actualmente el paciente se encuentra bajo tratamiento con quimioterapia con esquema R DAEPOCH con adecuada evolución.

Comentario: El LPO se caracteriza por comprometer uno o más huesos, tener diagnóstico histológico positivo y ausencia de compromiso ganglionar o visceral. Las lesiones se localizan preferentemente en los huesos largos, sobre todo en el fémur, y, más raramente en las vértebras o en la pelvis.
Para establecer el diagnóstico histológico, es necesaria una biopsia de hueso. Además, para confirmar el origen primario es necesario descartar cualquier anomalía periférica por medio de TAC o RMN.

Conclusión: El LPO es una entidad que generalmente tiene pronóstico bastante bueno, sin embargo, de presentar multifocalidad y extensión a partes blandas el pronóstico es malo, siendo la sobrevida a 5 años de solo el 37%.
De aquí la importancia de la inclusión del LPO como diagnóstico diferencial ante la presentación de tumor óseo de aspecto maligno con antecedente de fractura local con o sin infiltrado de partes blandas.
El tratamiento del LPO requiere quimioterapia, radioterapia o una combinación de ellas.

PC-13-03 // SÍNDROME TORÁCICO AGUDO EN PACIENTE CON ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES

MEZA ARAUJO, R.; DE LA VEGA VEDDOYA, I.; QUESADA, C.; AMADO, V.; MONTOYA, D.; BALLESTAS TEJADA, F.
Hospital Pirovano. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La anemia drepanocítica o anemia de células falciformes, es una enfermedad crónica, multisistémica, causada por la mutación en el codón que codifica el 6to aminoácido de la cadena B globina, generando una Hb anormal (HbS) que, desoxigenada, forma polímeros con las moléculas adyacentes, deformando así al eritrocito. Este adquiere una estructura de hoz típica que sería la responsable de las crisis dolorosas y complicaciones propias de la entidad, como lo es el síndrome torácico agudo.

Caso: Masculino de 27 años, nacionalidad venezolana, con antecedentes de anemia de células falciformes HB S/S con abandono de tratamiento, múltiples requerimientos transfusionales, hepatitis C, esplenectomía e historia de tos asociada a expectoración mucopurulenta de 7 días de evolución, equivalentes febriles y dolor generalizado, consulta por dolor precordial opresivo, de intensidad 10/10 de 24 horas de evolución. Al examen físico se encuentra afebril, con saturación de oxígeno 90% (0.21), facies dolorosas, posición antálgica, ictericia de piel y mucosas, ruidos cardíacos normo fonéticos, sin signos de falla aguda de bomba, buena mecánica ventilatoria, hipoventilación bibasal y sibilancias a predominio izquierdo. Se realiza ECG que evidencia supra ST de V1 a V3 con una curva de enzimas cardíacas negativa. El laboratorio revela anemia macrocítica normocromática, leucocitosis, hiperbilirrubinemia a predominio indirecto, GOT:65 U/L, GPT:100 U/L, LDH:973 U/L, hepatitis A y C IgG positivas, con carga viral no detectable. Se agrega al estudio reticulocitos 17,8%, Ferritina 4736 ng/ml, electroforesis de Hb:64,8% HBS, coombs directa negativa, Haptoglobina <3 y frotis de sangre periférica donde se observan eritrocitos en hoz. Tomografía de tórax: cardiomegalia, infiltrado en vidrio esmerilado bilateral con tendencia a la consolidación y ligero derrame pleural bilateral. El ecocardiograma presentó motilidad conservada con FEY de 56%, AI dilatada, IT leve. Se solicita cultivo de muestras respiratorias para micológico, micobacterias y gérmenes comunes negativos. Se interpreta cuadro como síndrome torácico agudo asociado a crisis dolorosa desencadenada por neumonía adquirida en la comunidad. Se inicia tratamiento antibiótico empírico, analgesia y transfusión de GR. El paciente presenta evolución favorable, inicia tratamiento con hidroxurea y se externa con seguimiento en forma ambulatoria.

Comentario: Las crisis drepanocíticas, como el dolor intenso e incapacitante que padecen estos pacientes, requieren un abordaje multidisciplinario inmediato, debido a la gravedad y complejidad que revisten. Es prioritario abarcar tanto el manejo de la causa desencadenante, como los síntomas subyacentes, considerando las complicaciones que pueden surgir a partir de los tratamientos instaurados.

Conclusión: Se presenta este caso dada la infrecuencia de esta patología por parámetros demográficos y raciales, y el gran desafío que representa el manejo de las complicaciones agudas de la misma.

PC-13-05 // INSUFICIENCIA RENAL AGUDA NEFROMÉGALICA SECUNDARIA A INFILTRACIÓN RENAL POR LINFOMA DIFUSO DE CÉLULAS B GRANDES

ENRIQUE, C.; ROMERO, M.; ALBINGER, L.; PARRACIA, D.; PINTADO, M.; BLANCO MARCHETTI, M.; RAMOS, M.; URTASUN PEREZ, F.; LEGUIZAMON, L.
Hospital Naval Pedro Mallo. Capital Federal, Argentina.

Introducción: Aproximadamente un 30% de los linfomas B difusos de células grandes, afectan inicialmente a órganos extralinfáticos, siendo el más frecuente el sistema digestivo. La infiltración renal es una presentación menos frecuente. Se presenta un caso de nefromegalia bilateral manifestada inicialmente por insuficiencia renal aguda en paciente adulto, con posterior diagnóstico de linfoma difuso de células B grandes de tipo centro germinal a partir de biopsia.

Caso: Paciente mujer de 64 años. Antecedentes: artritis reumatoide, IAM en 2011. Cursó internación al ingreso por sospecha de artritis séptica en codo derecho, con toilette quirúrgica y envío de muestras a cultivo y anatomía patológica de tejidos blandos y hueso. Cumplió tratamiento antibiótico.

Evolucionó con insuficiencia renal aguda: Urea: 133, creatinina: 3.4, Clearance de creatinina: 19, se inició tratamiento con balance hídrico positivo.

Examen físico: Clínica y hemodinamicamente estable. Diámetro de miembro superior derecho a nivel del codo aumentado, con herida quirúrgica en cara posterior de aproximadamente 10 cm, bordes afrontados, sin secreción. Peloteo renal positivo.

Estudios complementarios:

TC abdomen y pelvis: Riñones: Múltiples formaciones lobuladas, sólidas, provocando un desmesurado aumento de sus diámetros.

Sedimento urinario: Cilindros granulosos. Proteinograma electroforético: Hipoproteinemia con hipoalbuminemia, descenso de beta 2 globulina con tendencia a compactación proteica en fracción gammaglobulinas.

Informe de biopsia de muestra de partes blandas de codo derecho: infiltración por linfoma difuso de células B grandes de tipo centro germinal con alto índice de proliferación.

PET scan: Riñones: Alteración de su morfología y aumento de su volumen habitual, hipercaptantes. Miembro superior derecho: Alteración en su morfología habitual.

Biopsia renal: Informe anatomopatológico: Infiltración masiva por linfoma de células B grandes a nivel intersticial afectando túbulos y formando densas placas de elementos linfoides atípicos, atrofia tubular en un 10%, esclerosis intersticial en un 10%, vasos con leve esclerosis subintimal. Inmunohistoquímica CD45 y CD20: positivas.

Se inició esquema quimioterápico primera línea R EPOCH con buena respuesta, egresando de nuestra institución con función renal normal.

Comentario: La injuria renal inducida por linfoma puede producirse secundaria a compresión mecánica por el tumor, daño glomerular y tubular inducido por proteínas asociadas o por síndrome de lisis tumoral post tratamiento quimioterápico, siendo muy infrecuente la insuficiencia renal aguda por infiltración tubulointersticial bilateral difusa.

Conclusión: La infiltración renal bilateral por linfoma es infrecuente. Suele ser un signo de enfermedad avanzada, arribándose al diagnóstico, en la mayoría de los casos, post-mortem. Destacamos la importancia de contemplar dicha entidad ante un paciente con nefromegalia e insuficiencia renal aguda, para la rápida toma de decisiones terapéuticas, debido a su mal pronóstico.

PC-13-06 // SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO: REPORTE DE UN CASO MANIFESTADO POR TRASTORNOS DEL MOVIMIENTO

BOTTINI, A.; ALBIGER, L.; OTTONELLO, S.; REYES, C.; CANCELA, M.; ALBIGER, J.; RAYMONDI, K.; BLANCO MARCHETTI, M.; RAMOS, M.; URTASUN PEREZ, F.
Hospital Naval Pedro Mallo. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es un trastorno no trombofílico, adquirido y autoinmune en el cual se producen anticuerpos contra una variedad de fosfolípidos (APL) y proteínas transportadoras de los fosfolípidos. Puede ser primario o estar asociado a otras enfermedades autoinmunes.

A nivel neurológico, el SAF puede desencadenar desde accidentes cerebrovasculares isquémicos, hasta otras variedades de síntomas neurológicos, como trastornos del movimiento.

Se reporta un caso de una adolescente de 15 años que consulta por movimientos involuntarios en hemicerpo izquierdo.

Caso: Paciente mujer de 15 años con antecedentes de tiroiditis de Hashimoto y Síndrome de Sjögren. Consultó por movimientos involuntarios tipo coreicos en hemicerpo izquierdo de 7 días de evolución, con progresión de los síntomas 24 hs previas de la consulta.

Examen Físico: Lúcida, clinicamente estable, afebril. Movimientos involuntarios tipo coreicos facio-braquio-cruales izquierdos, reflejo patelar derecho disminuido, signo de Babinski positivo, livedo reticularis en miembros inferiores (dorso del pie, bilateral).

Estudios complementarios:

Laboratorio: TQUICK: 62%, KPTT: 120 segundos (no corrige tras la dilución de suero normal), VSG: 28 mm/hora, PCR: 7.16 mg/d, anticuerpos anti DNA 1/80 homogéneo, anticuerpos anti histona positivo, DRVV (tiempo de veneno de víbora de Russell diluido): detecta efecto inhibitorio sobre el sistema de coagulación. Anticuerpos anticardiolipina IgG/IgM positivos, Ac. anti B2 glicoproteína positivo, LCR de características no inflamatorias.

TC de encéfalo: sin signos de patología aguda ni sagrados.

RMN de encéfalo: A nivel de la corona radiata derecha subcortical se evidencia una pequeña imagen irregular de límites mal definidos, con señal isointensa en T1 e hiperintensa en T2 y FLAIR.

Tratamiento: Pulsos de metilprednisolona 500 mg por 5 días más antiagregación con AAS, con franca mejoría de sintomatología.

Comentario: La presentación de corea generalmente se describe como subaguda, con inicio progresivo en días o semanas, la misma puede afectar a cualquier parte del cuerpo, puede ser unilateral o bilateral, la presentación más común es unilateral y los síntomas comienzan de un lado y afectan sucesivamente al otro. La corea relacionada al APL se presenta en forma segmentaria, multifocal o generalizada. Al inicio puede estar relacionada con otras manifestaciones neurológicas.

Conclusión: No existen criterios diagnósticos para corea relacionada a APL. La anamnesis, una evaluación clínica cuidadosa y estudios complementarios pueden excluir otras causas de corea. La corea por APL es más característica en pediátricos.

Las dianas terapéuticas en el SAF deben incluir prevención primaria y secundaria de eventos isquémicos. La terapia antiplaquetaria puede ser útil en pacientes con niveles altos de anticuerpos. En el caso de eventos arteriotrombóticos recurrentes, el manejo debe incluir tratamiento con Warfarina a largo plazo.

PC-13-08 // NOCARDIOSIS DISEMINADA Y ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA VENOSA

SILVA, P.; BALDESSARI, E.; MÉNDEZ VILLARROEL, A.; PAVESI, A.; OLEKSOW, B.; RIBOTTA, M.; RIVERO, M.; IOMMI, S.; CACERES, A.
Fundación Favalaro. Caba, Argentina.

Introducción: La nocardiosis es una enfermedad infecciosa infrecuente producida por un bacilo gram positivo aeróbico ramificado con capacidad de afectar cualquier órgano o sistema. Se define sistémica (cuando involucra 2 órganos no contiguos). Es considerada una enfermedad oportunista que presenta mayor incidencia en pacientes inmunosuprimidos. La enfermedad tromboembólica venosa (ETV) es una patología frecuente que asienta sobre bases fisiopatológicas de la triada virchow: hipercoagulabilidad, lesión endotelial e estasis. Sin embargo, diversos autores han planteado si la misma es suficiente para explicar la incidencia y recurrencia de la ETV y se basaron en que la inflamación sistémica asociada incrementaría el riesgo de desarrollo de la misma.

Caso: Paciente de sexo femenino de 61 años con diagnóstico de cirrosis hepática secundaria a hepatitis autoinmune y cirrosis biliar primaria que consultó por cuadro clínico de tres días de evolución caracterizado por tos con expectoración mucosa, registro subfebril y disnea de un mes de evolución, en clase funcional II. Al examen físico, se hallaron dos lesiones dérmicas nodulares, dolorosas, eritematosas, en ambas regiones glúteas. En el laboratorio, presentaba parámetros de inflamación elevados, PCR para SARS-COV2 negativa, hemocultivos negativos, radiografía de tórax con radioopacidad basal derecha. La paracentesis informó GASA >1,1 con cultivo negativo. En la punción por piel sana de la lesión descrita se rescató *Nocardia* spp. Se inició tratamiento antibiótico con trimetoprima/sulfametoxazol y amikacina. La tomografía de abdomen y encéfalo, descartó compromiso sistémico y la tomografía de tórax mostró múltiples lesiones nodulares bilaterales y tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo lobar inferior derecho con infarto pulmonar. Se inició tratamiento anticoagulante con enoxaparina. El ecocardiograma Doppler y el Doppler venoso no tenían alteraciones. Evolucionó posteriormente con encefalopatía grado III e insuficiencia respiratoria aguda con shock séptico refractario, constatándose el óbito.

Comentario: La nocardiosis es una afección que requiere una alta sospecha clínica y diagnóstico temprano para disminuir la morbimortalidad. Con respecto a presentación concomitante con tromboembolismo pulmonar y en relación a la bibliografía, solamente se han reportado dos casos con diagnóstico de nocardiosis que presentaron como hallazgo incidental TEP en la tomografía de tórax.

Conclusión: Por lo mencionado anteriormente, nos planteamos si existe alguna asociación entre nocardiosis y la enfermedad tromboembólica (ETV). No existen datos ni trabajos que expliquen directamente esta asociación, por lo que concluimos que existe escasa evidencia reportada y que para su desarrollo se requiere de una fuerte combinación entre factores genéticos y ambientales/adquiridos.

PC-13-07 // MIELOMA MÚLTIPLE CON COMPROMISO HEPÁTICO COMO AFECTACIÓN PRINCIPAL

PACHECO ESCORCIA, L.; LEONE, C.; MINDLIN, P.; BARRIENTOS, D.; SOTO, M.; REYNOSO, A.; ARRASCO, S.
Pirovano. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El mieloma múltiple (MM) se caracteriza por la proliferación neoplásica de células plasmáticas en médula ósea que producen inmunoglobulinas monoclonales identificables en suero u orina. Corresponde al 1% de neoplasias y al 13% de enfermedades oncohematológicas. Las formas clínicas de presentación más frecuentes son anemia, insuficiencia renal, dolor óseo e hipercalcemia. Describimos un caso de una paciente con mieloma múltiple que debutó con síndrome ascítico edematoso secundario a hipertensión portal por compromiso hepático.

Caso: Femenina 59 años, antecedentes de colestectomía, ex-tabaquista, pérdida de peso significativa. Consulta por dolor abdominal en hipocondrio derecho, prurito, ictericia generalizada, coluria, acolia y aumento del perímetro abdominal de 10 días de evolución. Al examen físico, lúcida, ictericia de piel y mucosas, hepatomegalia no dolorosa, matidez infraumbilical y edemas en miembros inferiores. En el laboratorio se evidencia: anemia macrocítica no megaloblástica y trombocitopenia, patrón coleostático y tiempo de protombina menor a 50%, serologías virales negativas. Líquido ascítico con parámetros para hipertensión portal, cultivo negativo y citológico que orienta a proceso linfoproliferativo. Tomografía computada (TC) de abdomen con hepatosplenomegalia, ascitis, sin trombosis de la vena porta ni venas suprahepáticas. Se realiza biopsia de médula ósea que evidencia infiltración del 90% por células plasmocitoides compatibles con proliferación clonal de tipo mielomatoso según inmunohistoquímica. Proteinograma electroforético con hipogammaglobulinemia, orina de 24hs con proteinuria 701 mg/24hs, uroproteinograma con presencia de cadena monoclonal liviana tipo kappa y proteinuria de Bence Jones, asociado a inmunofijación sérica con presencia de componente monoclonal de pequeña cadena tipo kappa, confirmando el diagnóstico de MM de cadena liviana tipo kappa. Biopsia hepática que informa infiltración por neoplasia de células plasmocitoides, con inmunofenotipificación en líquido ascítico con 81% de células plasmáticas. Como parte del estudio, se realiza TC a bajas dosis que evidencia lesión lítica en calota únicamente. Se inicia tratamiento con dexametasona, ciclofosfamida y bortezomib.

Comentario:

Conclusión: La prevalencia de disfunción hepática por mieloma múltiple es alrededor del 0.4%, siendo infrecuente como presentación inicial. Entre los pacientes con mieloma múltiple, el 40% suelen tener algún grado de infiltración hepática por células plasmáticas, sin embargo suele ser asintomático. El estudio histopatológico del hígado permitió orientar el diagnóstico e iniciar tratamiento, mejorando el compromiso hepático y todos los síntomas secundarios al mismo.

PC-13-09 // SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN MUJER DE 18 AÑOS

SILVA, P.; MÉNDEZ VILLARROEL, A.; BALDESSARI, E.; VAZQUEZ, R.; YAPPERT, Y.; BENVENUTTI, M.; BODENSIEK, L.; GOZALBEZ, A.; SCHMOCKER, C.
Fundación Favalaro. Caba, Argentina.

Introducción: El síndrome hemofagocítico o linfohistiocitosis hemofagocítica (HLH) es un conjunto de signos y síntomas heterogéneo que conduce a una reacción inflamatoria exagerada y potencialmente mortal. El HLH es clasificado según su etiología en primario y secundario. El primario se asocia a alteraciones genéticas que afectan la regulación autoinmune. La hemofagocitosis es la única manifestación y suele presentarse en los primeros meses de vida. El secundario es la forma adquirida de la enfermedad que suele ser diagnosticada en la adultez gatillada por infecciones, enfermedades neoplásicas o reumatológicas.

Caso: Mujer de 18 años con antecedente de anemia consulta por dos semanas de dolor retroocular de intensidad 7/10 y fiebre. A su ingreso, presentaba taquicardia con tensión arterial normal y se encontraba febril. Al examen físico, se evidenciaban ictericia cutaneomucosa y edemas en miembros inferiores, abdomen doloroso a la palpación profunda en fosa iliaca izquierda, hepatomegalia y esplenomegalia. En el laboratorio presentaba pancitopenia, hepatitis aguda grave, lactico deshidrogenasa y ferritina aumentadas.

Por presentar neutropenia febril, se inició tratamiento antibiótico empírico con imipenem previa toma de cultivos y a las 48 horas, por persistencia de fiebre sin rescates en los cultivos, se amplió esquema antibiótico con vancomicina. Las serologías para dengue, virus hepatotropos y VIH fueron negativas. La tomografía de tórax y abdomen no evidenció foco infeccioso.

Se realizó aspirado de médula ósea con presencia de hemofagocitosis linfocitaria. Se confirmó así el diagnóstico de síndrome hemofagocítico, sin encontrar causa secundaria desencadenante. Se inició tratamiento con pulsos de corticoides y, ante la falta de respuesta al mismo, se inició esquema con dexametasona y etopósido. Evolucionó con citopenias severas y shock séptico a foco respiratorio evolucionando con falla multiorgánica y constatándose el óbito a los 24 días de su ingreso hospitalario.

Comentario: El síndrome hemofagocítico se caracteriza principalmente por la presencia de fiebre, pancitopenia, insuficiencia hepática, coagulopatía y pueden presentarse síntomas neurológicos como somnolencia y convulsiones. El hallazgo histológico característico es la hemofagocitosis.

Para el diagnóstico se utilizan los criterios propuestos por el *2011 Study Group of the Histiocyte Society*. Es necesario contar con al menos cinco para realizar el diagnóstico. Estos criterios incluyen fiebre, esplenomegalia, citopenias (más de dos series), hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia, evidencia de hemofagocitosis en biopsia de médula ósea, ganglios linfáticos o bazo, ferritina aumentada, CD25 elevado y actividad NK disminuida o ausente.

Conclusión: Este síndrome es una patología poco frecuente y poco sospechada, lo que lleva a realizar un diagnóstico tardío, retrasando el inicio del tratamiento, que a pesar de ser instaurado de forma temprana, presenta una tasa de respuesta cercana al 40%, resultando en una elevada mortalidad.

PC-13-10 // PIELITIS INCRUSTANTE EN PACIENTE TRASPLANTADO DE MÉDULA ÓSEA

FERMIN, N.; BRUTTI, J.; TORRES, N.; FERNANDEZ, M.; SCAPELLATO, J.; SILVEYRA, M.; HERRERA

CABALLERO, J.; BONAVIDA, G.; GARCÍA MERA, M.; CASTRO, M.

Sanatorio Anchorena. Caba, Argentina.

Introducción: La pielitis incrustante es una entidad infecciosa poco frecuente producida por *Corynebacterium Urealyticum*, que se presenta en pacientes con factores predisponentes y consiste en lesiones histológicas de tipo ulceronecroticas de la mucosa urotelial, asociada con incrustaciones calcicas multiples.

Caso: Paciente de 49 años de edad con antecedentes de LMA monocitica en 2018, con trasplante de MO en 2019; quien presento desde entonces multiples complicaciones infecciosas en relacion a su enfermedad de base. Actualmente concurre a internacion a raiz de recaida de cistitis hemorragica por virus BK.

Encontrándose bajo tratamiento (Cidofovir y sonda vesical) evoluciona con insuficiencia renal aguda con requerimiento dialitico, fiebre persistente, hematuria macroscopica (sin cambios con respecto a ingreso) y disuria.

En contexto clinico de sepsis a probable foco urinario asociado a falla renal aguda, se realizan para su estudio:

*Urotomografía: dilatación pielocalicial bilateral; calcificación de ambas pelvis renales y ureteres hasta desembocadura.

*Hemocultivos x2 y Urocultivo: Rescate de *C. Urealyticum*

Se inicia tratamiento con vancomicina y vitamina c para acidificación de orina; planteándose además la realización de nefrostomía con el fin de acidificación intrarenal, pero con negativa del paciente a procedimiento invasivo. Posterior a inicio de tratamiento evoluciona con mejoría de función renal, sin requerimiento de diálisis, sin embargo muerte por otras causas relacionadas a su enfermedad de base a los 150 días de internación.

Comentario: La pielitis incrustante es una enfermedad infecciosa producida por *Corynebacterium Urealyticum*, que se presenta en pacientes con factores predisponentes, y que genera incrustaciones calcicas de la via urinaria, generando presentaciones clinicas dadas mayormente por insuficiencia renal aguda y sepsis a foco urinario.

La poca especificidad de los sintomas y la particularidad de desarrollo lento en cultivos de la bacteria en cuestion, es por lo que esta entidad se asocia a un reto diagnóstico, y es fundamental remarcar la importancia en la sospecha cuando existen los factores predisponentes.

El estudio de imagen de primera linea es la tomografía simple.

El tratamiento de eleccion consta de tres pilares:

*Antibiótico: Se trata de un germen altamente resistente por lo que la terapia empirica de eleccion consta de Vancomicina o Teicoplanina, la cual deberá ajustarse al antibiograma posteriormente.

*Acidificación de la orina: Se puede realizar por via oral, intrarenal a través de irrigación a baja presión por nefrostomias, o de forma combinada.

*Quirúrgico: Es una alternativa controversial, que debe ser individualizada, dada la complejidad de remoción de incrustaciones y probables complicaciones asociadas.

Conclusión: Se trata de una enfermedad que representa un reto diagnóstico y terapéutico, por lo que consideramos importante su conocimiento, para correcto abordaje.

PC-13-12 // SINUSITIS CRÓNICA SECUNDARIA A LINFOMA, UN DIAGNÓSTICO A TENER PRESENTE

GONZALEZ, N.; JORDAN, S.; GONZALEZ, M.; GUZMAN, Y.; DONATI, P.; VIRGINIA, M.; DAPRATO, M.

CIFUENTES, M.; SKERLAVAI, S.; ACIAR, D.; DIAZ, A.

Hospital Regional Comodoro Rivadavia. Chubut, Argentina.

Introducción: La Sinusitis crónica es la inflamación de la mucosa de los senos paranasales que dura más de tres meses. El diagnóstico es clinico en caso de falta de respuesta al tratamiento empirico se incluyen métodos de diagnósticos complementarios. Entre sus causas se encuentran alergias, alteraciones estructurales de la cavidad nasal, como el estrechamiento de los conductos de drenaje, obstrucción nasal por pólipos, tumores, desviación del septum y patologías infecciosas.

Caso: Paciente femenina de 38 años sin antecedentes conocidos consulta por cuadro de rinorrea y cefalea de 3 meses de evolución por los cuales realizó múltiples tratamientos antibióticos sin respuesta a los mismos; agrega lesión ulcerada en nariz y celulitis periorbitaria derecha. Al examen físico presenta como datos positivos lesión obstructiva en narina derecha, úlcera cutánea, dificultad para entrada de aire, cefalea intensidad 5/10, rinorrea. Se realizan serologías para VIH, Hep B y C, VDRL siendo las mismas no reactivas. Se solicitan anticuerpos ANA y ANCA siendo los mismos negativos. Se realiza MRI de encéfalo con y sin contraste donde se observa milimétrica imagen focal en la sustancia blanca frontal derecha de aspecto inespecifico y RMN de macizo craneofacial y cavum con y sin contraste donde se observa tejido en TCS de nariz con edema difuso cutáneo-subcutáneo de la región nasal y malar bilateral, leve aumento del espesor de los tejidos blandos en el sector postero-superior de la nasofaringe, signos de sinusopatía maxilo-etmoidal izquierda, desviación septal, hipertrofia de la mucosa septal y tubinal e imagen endoluminal en la narina izquierda que impresiona corresponder a polipo nasal, ocupación mucosa leve de celdillas mastoideas, de probable naturaleza inflamatoria. Se realiza toma de biopsia en región dorsal nasal teniendo como resultado infiltrado dérmico de linfocitos T periféricos (CD3, CD5, BCL-2, BCL-6 positivos), cadenas livianas kappa y lambda positivos a nivel de plasmocitos por lo que se llega a diagnóstico de linfoma No Hodgkin de células T y se realiza tratamiento especifico, CHOP paciente no responde a dicho tratamiento se encuentra en seguimiento por servicio de oncología.

Comentario: La sinusitis crónica abarca un gran grupo de etiologías, por lo que se demora en llegar a un diagnóstico temprano, descartando en primeras instancias patologías infecciosas, alérgicas, inmunológicas; en nuestro caso patologia oncológica es menos frecuente, esto retrasa el diagnóstico certero y tratamiento efectivo.

Conclusión: Podemos concluir que el linfoma no hodking de cel t nasal es una patologia infrecuente, debe ser considerado dentro del algoritmo diagnóstico para poder realizar un tratamiento eficaz, ya que cuanto más tiempo demore el diagnostico, empeora el pronóstico del paciente sin tratamiento.

PC-13-11 // LINFOMA NO HODGKIN TIPO T PERIFÉRICO NOS (NO ESPECIFICADO)

GUTIÉRREZ ROJAS, D.; BARROS, C.; GOMEZ, S.; RUSCONI, J.; STESENS, M.

Hospital Militar Central (Hmc - H Grl 601) "Cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich". Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El linfoma no Hodgkin es un conjunto de enfermedades del sistema linfático que incluye todos los linfomas con excepción del linfoma de Hodgkin. Los linfomas T periféricos NOS se comportan como una enfermedad diseminada con compromiso de médula ósea, bazo, hígado y tejidos extranodales. Generalmente son sintomáticos y pueden cursar con eosinofilia, prurito y síndrome hemofagocítico.

Caso: Paciente masculino de 47 años que consulta por cuadro clinico de deposiciones liquidas de 6 meses de evolución, sin moco, sin sangre, no fétidas, intermitentes, disminución de peso de 20 Kg en menos de un año, sudoración nocturna, astenia, adinamia y aftas orales. Presenta antecedentes de enolismo y ex tabaquista.

Al examen físico lúcido, adelgazado, con signo de pliegue y hepatoesplenomegalia. El análisis de laboratorio evidenció pancitopenia, hipoalbuminemia, LDH, ferritina y PCR aumentada, Beta 2 microglobulina aumentada. Se solicitó análisis de materia fecal con parasitología negativo y examen directo con abundantes leucocitos, coprocultivo donde no se aislaron gérmenes. Ecografía abdominal constata hepatoesplenomegalia. Se solicita tomografía de tórax, abdomen y pelvis donde se observa en tórax imágenes ganglionares que superan los 10 mm a nivel prevascular y ventana retrocavo pretraqueal; en abdomen: hepatoesplenomegalia homogénea. Se realiza VEDA: lesiones blanquecinas en techo gástrico, gastritis no erosiva, atrofia duodenal y VCC: pólipo sénil de 8 mm en colon transverso y hemorroides internas. Se realiza PET-TC por sospecha de síndrome linfoproliferativo: estructuras ganglionares hipermetabólicas supra e infra diafragma; imágenes nodulares en ambos lóbulos hepáticos, focos hipermetabólicos en esqueleto axial y apendicular, aumento de las partes blandas de la región postero lateral derecha del cavum, incremento metabólico del intestino delgado. Se decide tomar biopsia hepática percutánea, punción y biopsia del cavum, punción de médula ósea, e iniciar alimentación parenteral. Se realiza citometría de flujo y anatomía patológica con inmunohistoquímica de lesión hepática, ganglio retroperitoneal y PAMO realizando el diagnóstico Linfoma No Hodgkin de células T periférico no especificado. Inicia tratamiento esquema CHOEP con citotoxicidad posterior y múltiples interurrencias infectológicas, siendo la última sepsis a foco respiratorio en tratamiento con TMS y Claritromicina cubriendo probable PCP, más daptomicina y colistin. Evoluciona desfavorablemente, produciéndose su fallecimiento.

Comentario: La baja incidencia de los linfomas T periféricos NOS implica serias dificultades para un manejo adecuado del paciente y un diagnóstico temprano. Se comportan como linfomas agresivos, con mala respuesta terapéutica a la quimioterapia y sobrevida del 32% a los 5 años. Existen muchas variantes morfológicas y no hay características genéticas, inmunológicas o clinicas distintivas que permitan definir estas neoplasias, lo cual dificulta más el diagnóstico y empeora el pronóstico.

Conclusión: Decidimos presentar este caso por ser poco frecuente y de difícil diagnóstico.

PC-13-13 // LINFOMA PLASMABLÁSTICO EN PACIENTE CON VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA A PROPOSITO DE UN CASO

PRESA, C.; AYMAR, M.; BORRA, L.; CASARIEGO, I.; ORTEGA, V.

Hospital Municipal De Agudos Leónidas Lucero. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El linfoma plasmablastico es una neoplasia agresiva poco frecuente, variante del linfoma difuso de células grandes B. Corresponde al 2% de LNH asociado a VIH. La OMS en el 2008 la define como una proliferación difusa de células grandes neoplásicas semejantes a inmunoblastos B con inmunofenotipo de células plasmáticas. Afecta principalmente a pacientes VIH. Suele presentarse como nódulos de crecimiento lento en la cavidad oral, que muchas veces se ulceran. El abordaje terapéutico de estos pacientes es complejo debido a la poca evidencia disponible de tratamientos efectivos y al mal pronóstico observado en todas las series, con medianas de supervivencia inferiores a un año.

Caso: Paciente masculino de 56 años que consulta por inflamación y úlceras en cavidad oral de tres meses de evolución, habian sido interpretadas como absceso periodontal, recibiendo varios esquemas antibióticos, sin presentar mejoría.

Tiene diagnóstico de HIV hace 3 años, se encuentra en tratamiento con atazanavir-cobicistat-lamivudina-tenofovir, presentó candidiasis oral cinco meses previos a la consulta, recibiendo tratamiento con azoles.

Al examen físico, paciente agudamente enfermo, sin signos de sepsis, en cavidad oral presenta lesión exofítica ulcerada de 4 cm de diámetro, bordes mal definidos, comprometiendo el reborde alveolar.

Laboratorio de ingreso: anemia, trombocitopenia de tiempo incierto, glóbulos blancos normales, LDH aumentada sin caída de haptoglobina y prueba de coombs negativa.

Por sospecha de candidiasis orofaríngea se inicia tratamiento con azoles y se realiza VEDA tomando biopsia de mucosa duodenal que informa ulceración e infiltración por neoplasia hematológica de alto grado.

Se interconsulta con Hematología. Se realiza PAMO, citometría de flujo de boca y de médula ósea negativas para linfoma.

Se toma biopsia escisional de la lesión bucal que arroja proliferación monótona de células linfoides grandes algunas con características inmunoblásticas compatible con linfoma plasmablastico.

Se realiza TAC de tórax, abdomen y pelvis, se observa imágenes nodulares de bordes regulares con vidrio esmerilado periférico en ambos vértices pulmonares y en segmento VI derecho e izquierdo y V izquierdo.

Durante su internación requiere soporte transfusional y recibe tratamiento específico con corticoides a altas dosis y EPOCH sin discontinuar antirretrovirales. La respuesta al tratamiento fue parcial en un primer momento, la lesión mejoró con el tratamiento específico, pero el paciente evolucionó con deterioro del estado general, posteriormente, manifestó dificultad respiratoria y falleció.

Comentario: Se presenta este caso por ser una enfermedad poco frecuente y de difícil diagnóstico en la práctica clínica. La detección temprana permite iniciar un tratamiento quimioterápico precoz, lo cual es de gran relevancia tratándose de una enfermedad oncohematológica de gran agresividad con mal pronóstico.

Conclusión: Decidimos presentar este caso por ser poco frecuente y de difícil diagnóstico.

PC-13-14 // DERRAME PERICARDICO COMO ÚNICA PRESENTACIÓN CLÍNICA EN LEUCEMIA LINFOCITICA CRONICA

ROJAS, c.; CURSO LLANOS, N.; LOPEZ, J.
Hospital Militar Central (Hmc - H Grl 601) "cirujano Mayor Dr. Cosme Argerich". Caba, Argentina.

Introducción: La leucemia Linfocítica crónica, es un trastorno linfoproliferativo caracterizado por una expansión clonal de linfocitos CD 5+ y CD 23+ funcionalmente incompetentes en la sangre, medula ósea y tejidos linfoides secundarios, de evolución crónica y de compromiso variable. Incidencia de 4-5 casos/100.000 habitantes año en mayores de 65 años, en género masculino (relación h/m 2:1)

Caso: Paciente de sexo masculino 65 años de edad que consulta a la guardia por presentar pérdida del tono postural sin pérdida de conciencia. En contexto de paciente con antecedente de Hipertensión arterial, Hiperplasia prostática benigna, Sarampión y rubeola. Al ingreso, el único dato positivo que se encuentra en los estudios complementarios fue: derrame pericárdico moderado con realce post contraste. Por lo que se decide la realización de pericardiosentesis evacuadora y diagnóstica. En anatomía patológica del líquido informa citología compatible con células neoplásicas. Posteriormente se realiza PET-TC donde se evidencia foco hipermetabólico que se proyecta sobre receso cardiofrénico izquierdo y en Citometría de flujo inmunotipificación informa cd5+, cd20 +, cd200 +, cd10 -. Con estos datos positivos se arriba al diagnóstico de Leucemia Linfocítica Crónica. Para diagnóstico definitivo se realiza de toma de biopsia de pericardio y la anatomía patológica arroja un resultado negativo. Durante la internación el paciente presenta además, derrame pleural de causa neoplásica el cual fue tratado con sellamiento pleural. Paciente evoluciono asintomático sin recibir tratamiento, cursa internación sin regenerar líquido pericárdico ni pleural. Al alta continúa seguimiento con servicio de hematología, y paciente continua sin presentar complicaciones.

Comentario: Reportar caso de leucemia linfocítica crónica presentación atípica

Conclusión: En la leucemia linfocítica crónica, el derrame pericárdico no suele ser la forma de presentación clínica frecuente, pero si puede presentarse como una complicación post quimioterapia. La incidencia de esta neoplasia es muy baja y los pacientes suelen evolucionar de manera agresiva en un 50 % de los casos y de forma indolente en el otro 50%.

PC-13-16 // DERRAME PLEURAL POR LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA

DURÉ, F.; VIANI, G.; VARELA, G.; PEIRANO, G.; ADAMO, F.; AGRA, M.; PERNAS, V.; KALER, M.
Hospital Tornu. Caba, Argentina.

Introducción: Los derrames pleurales de etiología neoplásica suelen ser exudados y asociados a tumores primarios de pulmón y mama

Caso: Paciente femenino de 85 años con antecedentes de leucemia linfocítica crónica (LLC) diagnosticada en el año 2010 (realizó tratamiento quimioterápico), diabetes mellitus insulino dependiente, HTA, insuficiencia cardiaca e internación reciente por neumonía aguda de la comunidad. ECOG: 3. Comienza 2 meses previos al ingreso con pérdida de peso (10 kg), disnea progresiva clase funcional II ? III y edema en miembro inferior izquierdo. Al ingreso se realiza Rx de tórax que evidencia hemitórax izquierdo y campo inferior derecho velados, se realiza toracocentesis evacuadora de 1200 ml de líquido citrino, con parámetros compatible con trasudado y con resultado negativo para células neoplásicas. En el laboratorio presenta 180.000 leucocitos (su valor habitual: 80.000) con linfocitosis absoluta, anemia y albumina 2,1. Se realiza citometría de flujo de líquido pleural y sangre periférica que evidencia células patológicas de tipo linfocito B de pequeño tamaño y baja complejidad con inmunofenotipo CD19+, CD20/+, CD45+, CD5 +/- CD 38 -, CD10 -, CD200+. En TC post procedimiento se evidencia reducción del volumen de líquido en hemitórax izquierdo con reexpansión de ápice izquierdo, en el que se aprecia patrón de vidrio esmerilado. Se realiza ecodoppler de miembro inferior izquierdo con diagnóstico de trombosis de vena femoropoplíteas. Se inicia tratamiento anticoagulante con enoxaparina. Debido a enfermedad oncológica avanzada se realiza reunión interdisciplinaria para toma de decisiones en conjunto con el servicio de cuidados paliativos, hematología, paciente y familia. Se decide sellamiento pleural y evaluación posterior de posible tratamiento oncológico paliativo. Se realiza sellamiento pleural sin éxito, progresa con mala evolución clínica y fallece una semana después.

Comentario: El derrame pleural de etiología neoplásica suele ser de tipo exudado y las neoplasias más frecuentes son el cáncer de pulmón y mama. Los procesos oncohematológicos usualmente asociados con derrame pleural maligno son los Linfomas Hodgkin y no Hodgkin. La complicación pulmonar asociada a LLC de mayor frecuencia es la neumonía (75%) y las linfadenopatías mediastinales. El derrame pleural por LLC tiene prevalencia de 3 a 7%, en su mayoría en pacientes con enfermedad avanzada como este caso y el derrame suele ser de tipo exudativo en un 65%. La confirmación de su diagnóstico requiere de la realización de un estudio del inmunofenotipo como la citometría de flujo.

Conclusión: Se presenta un caso de derrame pleural maligno por LLC por tratarse de una complicación poco frecuente con pocos casos reportados.

PC-13-15 // SINDROME DE FUGA AEREA: COMPLICACION EN UN PACIENTE POST-TALO

QUERAL MC INNES, M.; MONTANI, P.; JULIS, A.; GIORDANENGO, C.; CUBAS TOLEDO, E.; REITOVICH, L.; SANDOVAL, m.; FERRARI, r.; PANTOJA, G.; MAIRAL, N.
Higa San Martín De La Plata. Brandsen, Argentina.

Introducción: El Síndrome de Fuga Aérea (SFA) engloba todas las formas de fuga de aire torácico: neumomediastino, enfisema subcutáneo, enfisema intersticial y neumotórax. Es una de las complicaciones pulmonares en un paciente con TCMH que cursa EICH crónico. Dentro de estas el SFA es una forma infrecuente pero potencialmente mortal. Los factores de riesgo para desarrollarlo son antecedentes de IFI, la seropositividad para CMV, el antecedente de EICH agudo, esplenectomía, el sexo masculino, y menor de 42 años.

Caso: Paciente femenina, 47 años con antecedente personal de HPN, por el cual recibió TALO en marzo del 2019. Posterior al trasplante recibió profilaxis para EICH con tracolimus y metotrexato. Realizó tratamiento con voriconazol por probable IFI.

120 días post-TALO consulta por: compromiso cutáneo, ocular, mucosa oral y hepático. Se realizó biopsia cutánea con resultado compatible con EICH crónico. Inicio tratamiento: tracolimus y corticoides.

Además presentó al ingreso: tos, disnea e intolerancia digestiva. Se realizó TC de tórax sin imágenes patológicas relevantes, cultivo de esputo donde se rescata A. fumigatus, espirometría que informa restricción leve/moderada asociada a obstrucción leve; y VEDA que evidencia lesión elevada en esófago y cuerpo de estómago con eritema en cuerpo y techo, se toman biopsias.

Se interpreta como afectación pulmonar por EICH crónico refractario y se indica imatinib.

En una segunda internación se realiza VEDA, evidenciándose úlcera gástrica y gastropatía congestiva. Se recibe PCR y biopsia mucosa para CMV positivos. Comienza tratamiento con ganciclovir. Se realiza TC de tórax se observa formación de aspecto cavitado en base pulmonar derecha.

Intercurre con disnea súbita asociada a dolor torácico, hipoxemia y episodio sincopal. Se realiza TC de tórax evidenciándose neumotórax GIL. Se coloca TAP. Luego, continúa con la sintomatología y se asocia enfisema subcutáneo. Se realiza TC de tórax donde presenta neumotórax bilateral, neumomediastino y enfisema subcutáneo extenso, compatible con Síndrome de Fuga Aérea.

Comentario: El SFA postrasplante es poco frecuente pero potencialmente mortal en pacientes que reciben TCMH. La EICH crónica es el problema más común en pacientes con TCMH alógeno, ocurre en aproximadamente el 60-80%. Las injurias pulmonares no infecciosas post TCMH son agrupadas bajo la denominación de síndrome de neumonía intersticial idiopática. La bronquiolitis obliterante (BO) es la complicación tardía más frecuente en TCMH alógeno, junto con la neumonía en organización criptogénica (NOC). Es más frecuente en pacientes con EICH crónico.

El gold standard diagnóstico es la TC simple para definir la presencia de aire extraalveolar.

Tiene mala evolución y supone una elevada mortalidad, basando su tratamiento en medidas de soporte vital.

Conclusión: El Síndrome de Fuga Aérea es poco frecuente, de difícil resolución e indica mal pronóstico. Por dichas cualidades consideramos importante el reporte de casos de susodicha patología.

PC-13-17 // LINFOMA DE EFUSIÓN PRIMARIA CON AFECTACIÓN EXTRACAVITARIA MULTISISTÉMICA EN PACIENTE VIH NEGATIVO

MILANESIO, M.; SANCHEZ, A.; KAPLAN, R.; GUANCHIALE, L.
Hospital Privado Universitario De Cordoba. Córdoba, Argentina.

Introducción: El linfoma de efusión primaria (LEP) es un linfoma no hodgkin (LNH) de alto grado de escasa frecuencia producido por el virus herpes humano 8 (VHH8) que afecta principalmente a individuos VIH positivos. Se caracteriza por derrame linfomatoso maligno en las distintas cavidades serosas, siendo muy rara la afectación extracavitaria en la variante clásica. Tiene un pronóstico malo, con sobrevida medida en meses.

Reportamos el caso de un masculino VIH negativo con LEP con compromiso multisistémico diagnosticado en autopsia post mortem.

Caso: Varón de 83 años cardiopata y renal crónico, traído por familiares a causa de fiebre y disnea de 48hs asociado a distensión abdominal progresiva de 2 meses de evolución. Al ingreso estaba febril, taquicárdico, taquipneico, con una saturación de 89%AA que normalizaba con cánula nasal a 2 l/min. Presentaba hipoventilación en base pulmonar izquierda y distensión abdominal con matidez supraumbilical de concavidad superior. Su hemograma, ionograma y hepatograma eran normales. Presentaba una LDH 3005 U/L (VN hasta 460). En urocultivo se aisló E.Coli multisensible por lo que se inició ceftriaxona. En TAC toraco abdominal se evidenció derrame pleural izquierdo severo asociado a ascitis con ausencia de adenopatías. Se realizó toracocentesis con líquido tipo exudado según light, con 10760 células (80% Mononucleares). La tinción de gram y BAAR, el cultivo para gérmenes comunes y el análisis citológico fueron normales. Luego se realizó punción del líquido ascítico con GASA menor a 1,1, 11279 células (80% Mononucleares), LDH 4039 U/L. El bacteriológico y tinción BAAR fueron negativos. Tras 48hs de internación paciente intercorre con hemorragia digestiva baja con descompensación hemodinámica sin respuesta a fluidoterapia decidiendo los familiares no realizar medidas invasivas por lo que se produce el deceso. En autopsia post mortem se objetiva compromiso por linfocitos neoplásicos del parénquima pulmonar, venas pulmonares, cápsula de bazo e hígado, vejiga, uréter, colon y estómago. Los linfocitos eran negativos para marcadores clásicos de células B y T, y positivos para CD30 y CD138 con inmunohistoquímica positiva para VHH8 en su núcleo llegándose al diagnóstico de LEP variante clásica con compromiso extracavitario multisistémico.

Comentario: Si bien la afectación extracavitaria es rara en pacientes con LEP variante clásica, los linfocitos neoplásicos se pueden diseminar desde una cavidad hasta sitios distantes. Los síntomas respiratorios y abdominales manifestados inicialmente por nuestro paciente nos hacen pensar que su neoplasia se originó en esas cavidades con posterior extensión multisistémica, la cual pudimos comprobar mediante la autopsia ya que el paciente no manifestaba clínica de esa afectación.

Conclusión: El LEP es un LNH poco frecuente que debe tenerse en cuenta en pacientes con serositis recidivante sin causa clara, aún en pacientes VIH negativos. El compromiso extracavitario debe ser buscado aún en pacientes asintomáticos.

PC-13-18 // LINFHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCÍTICA COMO PRESENTACIÓN DE LINFOMA DE CÉLULAS-T

CASARES DIAZ, S.; MILANESIO, M.; AMELIA, E.; GUANCHIALE, L.; SAAD, E.
Hospital Privado Universitario De Cordoba. Cordoba Cordoba, Argentina.

Introducción: La linfohistiocitosis hemofagocítica (LHH) es un síndrome hiperinflamatorio causado por activación aberrante de macrófagos y células T citotóxicas que se caracteriza por fiebre, citopenias, esplenomegalia, hiperferritinemia, hipofibrinogenemia e hipertrigliceridemia. Puede ser primario o secundario a enfermedades infecciosas, autoinmunes o neoplasias. Tiene una elevada mortalidad. El linfoma de células T es un linfoma no Hodgkin (LNH) que en escasas ocasiones puede debutar como una LHH. Presentamos el caso de una mujer con LHH como manifestación inicial de un linfoma de células T.

Caso: Mujer de 53 años psicóloga oriunda de California (EEUU) sin antecedentes, 48hs luego de llegar a Córdoba capital comienza con fiebre de 39°C asociado a dolor abdominal difuso y diarrea sin sangre. Al EF su abdomen era blando con molestias generalizadas ante palpación. Presentaba leucocitosis de 14000cel/μL con resto de hemograma normal. Su ecografía abdominal era normal. Se interpretó como GEA y se indicó tratamiento sintomático. Por persistencia de fiebre consulta a las 96hs. Al EF estaba febril con muguet oral y adenopatías cervicales bilaterales y axilar izquierda junto con lesiones vesiculares sugestivas de virus herpes simplex en regio torácica anterior. Presentaba leucocitosis de 16000 cel/μL (neutrófilos segmentados: 56%) hemoglobina 10 gr/dL, plaquetas 22000 cel/μL, PCR 24,06 mg/dL(VN<0,5), procalcitonina 95,33 ng/ml (VN<0,5), aumento de enzimas hepática, LDH 539 U/L, triacilglicéridos 329 U/L, ferritina 2928 ng/ml, fibrinógeno 516 mg/dL. Serología viral (VH, VHB, VHC, CMV, VEB y Dengue), ANA y complemento C3 y C4 normales. En TAC tóraco abdominal se observó esplenomegalia de 17 cm con lesiones infiltrativas nodulares y adenomegalias cervicales, supraclaviculares, axilares, mediastinales y retroperitoneales. Debido a los hallazgos de fiebre, esplenomegalia, anemia, plaquetopenia, hiperferritinemia, hipertrigliceridemia e hipofibrinogenemia se sospechó LHH y se inició tratamiento con dexametasona y etópósido tras lo cual la paciente presentó mejoría. Además se inició ceftriaxona y doxiciclina (por PCT elevada), aciclovir (por lesión herpética) y fluconazol por aislamiento en hemocultivo de *Candida Albicans*. Se realizó biopsia de ganglio cervical la cual fue compatible con LNH de células T. Se realizó PAMO la cual descartó compromiso medular por linfoma. Se inició CHOEP realizando los primeros tres ciclos en nuestro país continuando a posteriori en EEUU manteniendo contacto telefónico informándonos buena evolución.

Comentario: Ante el diagnóstico de LHH se deben buscar causas secundarias del mismo, ya que el tratamiento específico de las mismas mejora el pronóstico de los pacientes.

Conclusión: La LHH es una entidad poco frecuente asociada a una elevada mortalidad, por lo que su índice de sospecha debe de ser elevado ante un cuadro clínico-analítico compatible. Su diagnóstico constituye un gran desafío pudiendo presentarse superpuesto a cuadros infecciosos múltiples.

PC-13-20 // LINFOMA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL. REPORTE DE 3 CASOS.

FIORI, M.; CALVO, M.; MORAN, M.; YOVOVICH, D.; ALEMAN, D.; MACCHIAVELLO, E.; GIORDANO, A.
Clínica La Pequeña Familia. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El linfoma primario del SNC es una variante poco común del linfoma no Hodgkin extraganglionar que afecta cerebro, leptomeninges, ojos o médula espinal, sin compromiso sistémico. Representa el 4% de los tumores primarios del SNC. La inmunodeficiencia es el factor de riesgo más frecuente para su desarrollo representando un papel fundamental en la patogenia de la enfermedad.

Caso: Caso 1: Varón de 29 años con antecedente de hipopituitarismo, diabetes insípida, hipotiroidismo y cirugía de adenoma de hipofisis. En RMN de cerebro control se evidenció cambios en la señal en lóbulo temporal de la región perpendimaria bilateral, ganglios basales izquierdos y frontal derecha, asociada a edema, características infiltrativas y refuerzo con gadolinio. Biopsia: linfoma difuso de células B grandes. TAC de tórax, abdomen y pelvis normal. HIV no reactivo. Realizó quimioterapia. Recayó, requiriendo Trasplante Autólogo de MO. Actualmente remisión completa de su enfermedad.

Caso 2: Varón de 21 años, consultó por convulsión tónico-clónica generalizada. TAC de cerebro: imagen hipodensa fronto-parietal derecha. Biopsia: glioma de bajo grado. Recibió radioterapia y temozolamida. TAC control desapareció dicha lesión. A los 8 meses nueva convulsión. RMN de encéfalo: lesión hiperintensa en T2 e isointensa en T1, que ocupa la región de ganglios basales y talamo-capsular izquierda, con extensión al mesencefalo homolateral, con desplazamiento del 3° ventrículo y línea media. Espectroscopia probable proceso neofornativo. Inició corticoideoterapia ante la imposibilidad quirúrgica de biopsia, con desaparición de la lesión. A los dos años comenzó con dificultad en la marcha y disartria. RMN lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR a nivel subcortical parietal izquierda y frontal derecha, lesión mesencefálica izquierda. Biopsia: linfoma de células B difuso. TAC de tórax, abdomen y pelvis normal. HIV no reactivo. Realizó quimioterapia, mala evolución y obitó.

Caso 3: Varón de 69 años, hipertenso, enolista, TBQ y nefrectomía parcial derecha 2° a tumor. Presentó dificultad en la marcha y lateralización hacia la derecha. RMN de encéfalo: lesión sólida, en hemisferio cerebeloso izquierdo, isointenso en T1 realzando con contraste con edema circundante. Biopsia: linfoma de células B. TAC de tórax, abdomen y pelvis: normal. HIV no reactivo. Inició quimioterapia, mala evolución y obitó.

Comentario: El linfoma cerebral primario se presenta como déficits neurológicos focales, síntomas neuropsiquiátricos, signos de hipertensión endocraneana, convulsiones y síntomas oculares. El diagnóstico temprano a menudo requiere alto grado de sospecha ya que los síntomas pueden eludir el diagnóstico durante muchos meses. Para los pacientes sin afectación ocular o del LCR, la biopsia cerebral estereotáxica suele ser el método de elección ya que proporciona alta tasa de diagnóstico con baja tasa de morbilidad.

Conclusión: Reportamos estos casos ya que representa una patología de baja incidencia y más aun en pacientes HIV negativos.

PC-13-19 // MACROTROMBOCITOPENIA HEREDITARIA

OCARANZA CUFRE, J.; LEFF, D.; GROISMAN, I.; CRERAR, M.; PERNAS, V.; AGRA, M.; CELEBRIN, L.; FERNÁNDEZ, M.
Hospital Tornu. Caba, Argentina.

Introducción: La trombocitopenia, definida como un recuento de plaquetas menor a 150.000 por μ L, se presenta de manera cada vez más frecuente en la práctica clínica. Dentro de los trastornos heredados de la función plaquetaria se encuentra la anomalía de May Hegglin causada por una mutación en gen MYH9. Es un Trastorno genético poco frecuente caracterizado por trombocitopenia, plaquetas gigantes y cuerpos de inclusión en leucocitos. Clínicamente se asocia hipoacusia neurosensorial, cataratas y nefritis.

Caso: Paciente femenina de 48 años con antecedentes hipoacusia bilateral y púrpura que recibió tratamientos previos (corticoides, inmunoglobulinas, esplenectomía). Ingresó a sala de clínica médica por COVID 19 severo. En el laboratorio presenta recuento de plaquetas entre 20.000 y 40.000 por μ L. Al realizarse el mismo en frotis de sangre periférica, evidencia recuento de aproximadamente 50.000 por μ L y macroplaquetas. Ante duda diagnóstica se realiza consulta con hematología, se recaba antecedentes de hijo con plaquetopenia. Se recaba estudio genético que evidencia déficit de gen MYH9 e inicia plan de descenso gradual de corticoides.

Comentario: La asociación macrotrombocitopenia y sordera autosómica dominante se encuentra en alrededor del 80% de los casos de Anomalia de May Hegglin. Dentro de los diagnósticos diferenciales podemos mencionar otras anomalías del gen MYH9, como síndrome de Sebastian, síndrome de Fetchner y síndrome Epstein, que en la actualidad se consideran parte del espectro de entidades fenotípicas de la misma mutación. Otras trombocitopenias congénitas como la Macrotrombocitopenia mediterránea familiar y el Síndrome de Bernard-Soulier. Además de PTI, en este caso, con mala respuesta a tratamientos aplicados.

Conclusión: El diagnóstico de May-Hegglin se pasa por alto fácilmente y probablemente se subestima su frecuencia. Es importante sospecharlo ante la presencia de macrotrombocitopenia en asociación de hipoacusia, cataratas y nefritis. En nuestro caso, el hecho de concluir este diagnóstico e iniciar el descenso de altas dosis de corticoides, significó un importante beneficio para la paciente.

PC-13-21 // TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA SECUNDARIO A HIPOPLASIA DE LA VCI. REPORTE DE UN CASO.

FIORI, M.; CALVO, M.; ASTUDILLO, M.; PÉREZ, C.; GIECCO, M.; FLORES, L.; MACCHIAVELLO, E.; GIORDANO, A.
Clínica La Pequeña Familia. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las anomalías congénitas de la vena cava inferior (VCI), como la ausencia o la hipoplasia, son defectos poco frecuentes resultado de un probable desarrollo aberrante durante la embriogénesis. La misma puede ser asintomática, causar estasis venosa y una posterior trombosis venosa profunda, asociándose o no, con una hipertrofia del sistema aórtico y hemiaórtico. Debe considerarse en pacientes jóvenes con TVP idiopática, recurrente y/o bilateral, con ausencia de factores desencadenantes o defectos en los factores de la coagulación que predispongan un estado de hipercoagulabilidad.

Caso: Masculino de 45 años, consultó por edema en miembros inferiores a predominio derecho de tres semanas de evolución. Se realizó en otra institución ecografía doppler de miembros inferiores que informó ectasia del sistema vascular profundo que sugirió compresión extrínseca, sin trombosis; se inició anticoagulación con enoxaparina y acenocumarol; Intercorrió con episodio de disnea súbita y palpaciones por lo que lo derivan a nuestra institución. SAT: 98%, FC 89 lpm, edemas en miembros inferiores desde raíz de muslos, signo de Homans positivo. Laboratorio: leucocitosis leve con neutrofilia. VES: 65mm. Ecodoppler de VCI y miembro inferior derecho: trombosis a nivel de VCI, vena iliaca primitiva externa, vena femoral común y superficial derechas. AngioTAC de tórax, abdomen y pelvis con contraste: marcado aumento del tamaño de la vena aórtica con atrofia de la VCI a nivel del segmento infrahepático; se vuelve a visualizar la VCI luego de la unión de ambas venas renales. Múltiples imágenes nodulares densas retroperitoneales; aumento del tamaño de la vena iliaca derecha y femoral. TAC de abdomen y pelvis con contraste en tiempo venoso: falta de repleción parcial de ambas venas renales, la totalidad de VCI como así también de la vena iliaca común y externa derecha, con parcial de vena común e ilíacas contralateral en probable relación a trombosis total de VCI, vena iliaca común y parcial de ambas venas renales y VIC y externa izquierdas. Se objetivan múltiples colaterales venosas retroperitoneales. Continuó anticoagulación con enoxaparina con posterior switch con acenocumarol con remisión completa del cuadro.

Comentario: La vena cava inferior del adulto está constituida por 3 segmentos de diferente origen embriológico: prerenal, renal y posrenal, resultado de la fusión y parcial reabsorción de 3 pares de vasos, dependientes de las venas cardinales posteriores. Este complicado proceso evolutivo puede dar lugar a anomalías anatómicas que dificultarán el drenaje venoso y favorecerán la trombosis; solo el 5-6,7% presenta hipoplasia de VCI. No hay datos suficientes para establecer el tratamiento de estos pacientes, aunque la mayoría opta por la anticoagulación de por vida.

Conclusión: Debe sospecharse su existencia en casos de TVP en personas jóvenes sin otra causa aparente, y deben realizarse pruebas de imagen para su diagnóstico. El tratamiento y el pronóstico de estos pacientes no se han esclarecido todavía.

PC-13-22 // TROMBOSIS MÚLTIPLE DE SENOS VENOSOS EN EL ADULTO MAYOR

CARLOS, J.; HERNANDEZ, L.; WINKEL, M.
Hjaf. Caba, Argentina.

Introducción: La trombosis de senos venosos es una entidad poco frecuente que se incluye dentro de las trombosis de sitios inusuales. Afecta principalmente a personas jóvenes, sexo femenino, debido a que muchas de éstas presentan factores predisponentes como el uso de anticonceptivos orales, terapia de reemplazo hormonal, embarazo y puerperio. Otros factores de riesgo son las infecciones locales y sistémicas, enfermedades inflamatorias, neoplasias y trombofilias. Sin embargo, hasta en un 13% de los casos no se identifica causa ni factor de riesgo. La presentación clínica es variada y depende fundamentalmente de dos mecanismos: aumento de la presión intracraneana o de la presión en capilares y venas.

Caso: Paciente masculino de 60 años de edad. Antecedentes personales de hipertensión arterial sin tratamiento y consumo crónico de analgésicos por lumbalgia secundaria a hernia de disco. Ingresó por cuadro de inestabilidad en la marcha asociado a deterioro del nivel de conciencia con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. Se realiza resonancia magnética de encéfalo más angio-resonancia donde se evidencia trombosis de seno recto y sagital superior, por lo que se inicia anticoagulación con heparina de bajo peso molecular; complicándose posteriormente con hemorragia parietal derecha motivo por el cual se suspende. Durante su internación se realiza, además, videocolonoscopia donde se observa en recto, a 15 cm del margen anal, una lesión infiltrante con anatomía patológica negativa para células neoplásicas en dos oportunidades, y perfil de trombofilias (90 días posteriores al evento) que informa déficit de antitrombina III. Debido a la proximidad del mismo se recomienda repetir el estudio dentro de 3 meses, lo que no es posible dado que el paciente fallece por shock séptico a foco respiratorio.

Comentario: La trombosis de senos venosos es una entidad rara que representa alrededor del 0,5% de todos los casos de enfermedad vascular cerebral, con una incidencia anual menor a 1,5 cada 100.000 personas; siendo aún menos frecuente en hombres mayores de 50 años de edad, por lo que exige un alto grado de sospecha diagnóstica. La determinación de la causa y factores de riesgo determinan la duración del tratamiento anticoagulante. La presentación clínica puede ser aguda, subaguda o crónica y con manifestaciones muy variadas, siendo la más frecuente la cefalea. El diagnóstico se establece con una neuroimagen, de elección una angio-resonancia venosa. Son predictores de mal pronóstico las trombosis de localización profunda o complicadas con hemorragias, aquellas asociadas a neoplasias e infecciones, edad superior a 37 años y sexo masculino. Las recurrencias son más frecuente en hombres y en condiciones protrombóticas.

Conclusión: Se presenta el caso por su baja frecuencia de aparición y la presentación atípica del cuadro.

PC-13-24 // LINFOHISTIOCITOSIS HEMOFAGOCITICA EN PACIENTE VIH POSITIVO CON INFECCIÓN POR BARTONELLA HENSELAE Y RETINITIS POR CITOMEGALOVIRUS

STOLAR, M.; DOMINGUEZ MONCLÁ, T.; WINKEL, M.; FAVIER, P.; PARODI, M.; AMETLLA, Y.
Hospital Fernandez. Caba, Argentina.

Introducción: La linfocitosis hemofagocítica es un síndrome con alta mortalidad definido por activación inmune excesiva e inefectiva del sistema mononuclear fagocítico. Mientras que la asociación de este cuadro con la infección por Citomegalovirus está bien documentada, la infección por Bartonella ha sido asociada solamente en raras ocasiones a este síndrome. Presentamos el caso de un paciente con VIH-SIDA con linfocitosis hemofagocítica en contexto de retinitis por CMV e infección por Bartonella Henselae.

Caso: Se presenta por guardia externa paciente masculino de 35 años con antecedentes de VIH de diagnóstico reciente. Refiere presentar registros febriles diarios de 1 mes de evolución asociado a pérdida de peso y sudoración nocturna. Al examen físico se constata hepatomegalia. El análisis de sangre informa 15 linfocitos CD4, plaquetopenia y anemia severas, transaminasas hepáticas elevadas, coagulograma alterado, ferritina muy elevada, frotis con hallazgos inespecíficos, prueba de coombs directa negativa. Se interna para estudio etiológico, con prueba negativa para SARS-Cov 2, sin rescate microbiológico en hemocultivos. Se confirma hepatoesplenomegalia por tomografía. Se realiza fondo de ojo con hallazgos compatibles con retinitis por CMV y se inicia terapia endovenosa con ganciclovir, con persistencia de registros febriles diarios a pesar de la mejoría fundoscópica de las lesiones. En contexto de FAL elevada se solicita colangiografía, que informa múltiples lesiones hepatoesplénicas de bordes bien definidos. Se piden serologías para Bartonella, con títulos de IgG elevados y biopsia hepática obteniendo PCR positiva para Bartonella Henselae. Punción biopsia de médula ósea con hallazgos compatibles con hemofagocitosis. Se interpreta el cuadro como linfocitosis hemofagocítica en contexto de coinfección por CMV y Bartonella. Se agrega doxiciclina al esquema terapéutico, con mejoría de citopenias y curva térmica.

Comentario: La linfocitosis hemofagocítica (LH) se caracteriza por una masiva liberación de citoquinas y activación descontrolada del sistema inmune. Dentro de la población con VIH, los desencadenantes más frecuentes corresponden a infecciones, seguido por las enfermedades malignas. En nuestro caso, el diagnóstico se realiza siguiendo los criterios de la HLH 2004, por presencia de fiebre, esplenomegalia, hiperferritinemia, hallazgos en médula ósea compatibles con hemofagocitosis (hemosiderofagos) y bicitopenia.

Ante la buena evolución clínica con el tratamiento de los posibles agentes desencadenantes, se decidió no instaurar tratamientos adicionales.

Conclusión: El estudio de las citopenias en pacientes VIH positivos representa un desafío dado a los diferentes mecanismos involucrados, entre ellos, la dishematopoyesis asociada al VIH, infecciones oportunistas o mielotoxicidad por TARV. Sin embargo, debe sospecharse la LH en estos pacientes debido a su elevada tasa de mortalidad.

PC-13-23 // NEUMONITIS POR AZACITIDINE

D'AMICO, P.; RAMIREZ, J.; EMERY, N.; BRUETMAN, J.; TANIA, C.
Hospital Británico De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción: La azacitidina es un hipometilante que al inhibir la ADN metiltransferasa, regula la expresión de genes. Actualmente está indicado para el tratamiento de SMD de alto riesgo, LMMC y LMA. La toxicidad pulmonar, ha sido reportada en menos del 5% de los pacientes. Forma de presentación variable: tos, fiebre, disnea, insuficiencia respiratoria aguda. El diagnóstico se basa en la exposición a la droga, descartar otras patologías, teniendo clínica e imágenes compatibles, mejoría con la suspensión de la droga y/o recurrencia con la misma. El tratamiento incluye la discontinuación del antineoplásico y corticoides sistémicos

Caso: Paciente femenina, 74 años, con antecedentes de asma intermitente, hipertensión y síndrome mielodisplásico (IPSSR muy alto) diagnosticado en abril de 2020 en 1º ciclo con azacitidina, ingresa por cuadro de disnea CF IV asociado a subfebril. Al examen físico: TA 90/60 mmHg Fc 115 lpm Fr 30 rpm Sat 77% aire ambiente, temperatura 37,5 °C. Regular mecánica ventilatoria. Hipoventilación global. Laboratorio: Hto 26%, Plaquetas 26.000 (u/L), GB 21.600 (u/L), función renal conservada, troponina T cuantitativa 71 (ng/L), ProBNP 8974 (pg/ml). Angio tomografía sin trombosis, sutil engrosamiento de septos interlobulillares en ambos verticales. Ecocardiograma sin alteraciones. Sars-COV2 negativo. Se interpreta como sepsis a foco respiratorio e inicia tratamiento antibiótico con vancomicina y cefepime. Se realiza soporte transfusional, hidrocortisona y diuréticos. Evolución favorablemente por lo que se decide completar primer ciclo de azacitidina. Egresó a domicilio saturando 98% Fio2 21%. Cinco días posteriores reingresa por disnea CF IV. Al examen físico: TA 140/80 mmHg FC 100 lpm FR 30rpm Sat 87% aire ambiente, se realiza tomografía de tórax que evidencia extensas áreas en vidrio esmerilado de distribución a predominio central, asociado a múltiples opacidades centroacinares dispersas en ambos lóbulos superiores. PCR Sars-COV2, hemocultivos y virus respiratorios negativos. Inicia tratamiento antibiótico con imipenem y claritromicina, y por sospecha de neumonitis por hipersensibilidad inicia 40 mg de meprednisona. Presenta franca mejoría de cuadro clínico, de la oxigenación e imágenes, egresando con tapering de corticoides. Se rota tratamiento a decitabina dosis reducida.

Comentario: El mecanismo parece ser una reacción de hipersensibilidad retardada tipo IV en la reconstrucción inmune de los pacientes hematológicos. Puede llevar a fibrosis pulmonar por upregulation de colágeno tipo I debido a la hipometilación del DNA. En la biopsia se puede observar granulomas broncogénicos

Conclusión: La neumonitis intersticial es una condición clínica infrecuente, por lo que siempre debe descartarse otras etiologías. Consideramos importante tener en cuenta esta entidad, debido a que el retraso en el diagnóstico, conlleva a abuso de antibióticos y la consecuente resistencia a los mismos, y que de no ser tratada puede llegar a ser mortal o generar secuelas como fibrosis pulmonar.

PC-13-25 // LEUCEMIA DE CELULAS PLASMATICAS

RUIZ, S.; LALLI, M.; COLOMBO, M.; GUAONE, S.; MUTTI, M.; EXPOSITO, C.; GALMES, A.; BERTORELLO, M.; TRESALTI, A.; GRILLI, A.
Hospital San Felipe. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La leucemia de células plasmáticas es una enfermedad poco común que representa el 1-2% de todas las neoplasias hematológicas, cumpliendo los dos siguientes criterios, a) presencia de células plasmáticas en más del 20% de la totalidad de los leucocitos en sangre periférica y b) presencia de células plasmáticas en número superior a 2000/ml en sangre periférica. Es una enfermedad agresiva con mala respuesta al tratamiento y un período de supervivencia promedio de siete meses.

Caso: Paciente masculino de 54 años, camionero, tabaquista de jerarquía, contacto estrecho de familiar con TBC (2019) consulta por cuadro de lumbalgia de una semana de evolución que no cede a analgésicos comunes, acompañado de vómitos en las últimas horas. Ingresó con regular estado general, impresiona enfermo y adelgazado, signos vitales conservados, hipoventilación generalizada, taquipneico, dolor dorsolumbar bilateral sin irradiación que cedia parcialmente a posición antálgica, niega disuria, cataris conservada, sin edemas de miembros inferiores. Laboratorio con leucocitosis en ascenso progresivo y falla renal con proteinuria (urea 109mg/dl creatinina 33mg/dl), hipercalcemia, serologías negativas. Ecografía con leve hepatomegalia. TAC de tórax, abdomen, pelvis se observan múltiples lesiones líticas en columna vertebral, resto sin particularidades. Frotis de sangre periférica con plasmocitos >20% del total. PXE y citometría de flujo compatibles con Mieloma múltiple vs leucemia de células plasmáticas. Se realiza interconsulta con hematología quien solicita inicio de quimioterapia.

Comentario: La elección de este caso en particular es por su baja prevalencia y la importancia del diagnóstico precoz ya que se presenta en 1-2% de todas las gammopatías monoclonales, en una edad media entre 50 y 70 años sin predominio sexual evidente. Se manifiesta en sus dos formas: primaria, que representa 60-70% de los casos, y de novo? en fase leucémica, sin evidencia previa de mieloma múltiple con alta incidencia de falla renal, hipercalcemia y menos frecuentes lesiones óseas y difiere de la secundaria, en que se presenta como transformación leucémica en pacientes con mieloma múltiple previamente diagnosticados, refractarios o resistentes. El estudio inmunofenotípico por citometría de flujo y citogenético son los métodos de elección para el diagnóstico de certeza. El tratamiento debe ser agresivo debido a grave pronóstico, siendo el bortezomib la droga más usada junto con la ciclofosfamida y la dexametasona como primera línea y el trasplante de médula autóloga en pacientes candidatos.

Conclusión: La leucemia de células plasmáticas es una patología infrecuente y agresiva, nuestro paciente presenta similares características a las descritas en la literatura que se basan en los reportes de casos. Aunque el pronóstico ha mejorado, este sigue siendo sombrío a pesar de la introducción de la quimioterapia intensiva tempranamente.

PC-13-26 // ACV ISQUEMICO Y ANEMIA HEMOLITICA AUTOINMUNE EN PACIENTE CON COVID-19

NOVA, J.; DUQUE, H.; SUAREZ, E.; QUINTERO LOPEZ, J.; ECHAVE, A.; DOBARRO, M.; OSPINO, M.; MONTIEL, J.; CORONELL, M.; AGUAS ROMERO, A. Sagrado Corazón. Caba, Argentina.

Introducción: La infección por COVID-19 presenta una variedad de manifestaciones clínicas, desde enfermedad asintomática hasta el SDRA, daño multiorgánico y muerte. Niveles elevados de PCR y dímero D indican estado inflamatorio elevado que sumado a la acción directa del virus, provocaría disfunción endotelial, generando hipercoagulabilidad que podría considerarse potencial causa de ACV isquémico y enfermedades inmunológicas, como anemia hemolítica autoinmune. La incidencia de estas complicaciones aumenta con factores de riesgo como: hipertensión, diabetes, enfermedad coronaria, cerebrovascular y trastornos autoinmunes previos.

Caso: Se presenta paciente masculino de 52 años, con antecedentes de diabetes tipo 2 no insulino requiriente con cuadro clínico de 4 días de evolución, dado por parestias en ambas extremidades superiores a predominio de hemisfero derecho de aparición súbita, asociado a disartria, sin otros síntomas. Por contacto estrecho con familiar con COVID-19, se realiza hisopado con reporte positivo. Evolucionó con marcada disartria y hemiparesia braquiocrural derecha. Se realiza laboratorio: Hb 5.3 g/dl, Hto 15.6%, VCM 100.3 fL, HCM 34.4 pg, ADE 23.4, Leucocitos 13.500/mm³, glucemia 306 mg/dl, LDH 382, BT 2.4 mg/dl, BI 2 mg/dl, ferritina 4026.9 mg/ml, coombs directa positiva, reticulocitos 25%, haptoglobina <8.0 mg/dl. También se realizó FSP con evidencia de reticulocitos sin esquistocitos. dímero D 958.9 ng/ml, fibrinógeno: 3.4 g/l, VSG y PCR elevadas. FAN +1/640 patrón citoplasmático granular fino denso, anticardiolipinas y ANCA negativos, hipocomplementemia y crioglobulinas presentes. RMN de encéfalo: imagen hipertensa en secuencia T2/FLAIR con restricción en difusión de probable origen isquémico agudo-subagudo. TAC Tórax: ambos pulmones con opacidades en vidrio esmerilado de predominio periférico. Por cuadro neurológico se sospecha ACV vs encefalitis, se realiza punción lumbar con resultado no patológico y serologías virales negativas.

Comentario: Ante los hallazgos de diagnóstico infección por COVID-19 + ACV isquémico agudo/subagudo del cuerpo caloso + anemia hemolítica autoinmune. Se realizó tratamiento con pulsos de metilprednisolona por 3 días. Durante la internación presento requerimientos transfusionales diarios, pero por persistencia de hemólisis, se progresa a 2ª línea terapéutica con Rituximab, recibiendo 4 dosis en total. Evolucionó favorablemente, sin mayores requerimientos transfusionales, normalizando los parámetros hematimétricos y recuperando el déficit neurológico.

Conclusión: Se interpretó entonces dicho cuadro, como complicaciones hematológicas y neurológicas secundarias a proceso inflamatorio desencadenado por infección por SARS-COV-2, debido al factor protrombótico que esta enfermedad genera. Es importante el conocimiento de complicaciones por COVID para futuros estudios y estrategias terapéuticas con el fin de disminuir la morbilidad.

PC-13-28 // APLASIA MEDULAR ASOCIADA A SARS-COV-2

GELIZ, C.; AMELL MENCIO, C.; VERGARA CORENA, J.; MEZA, M.; LARA TORRES, Z.; QUINTERO, A.; RIVERA ANDRADE, M.; MONTIEL, J.; BRUGNOLO, M.; DOBARRO, M. Sanatorio Sagrado Corazón. Caba, Argentina.

Introducción: La aplasia medular es una enfermedad hematológica caracterizada por citopenia periférica y marcada hipocelularidad medular sin evidencia de infiltración, puede ser de causa congénita o adquirida, esta última es la más frecuente asociándose a agentes físicos, químicos e infecciones, sin embargo en la mayoría de los casos no se encuentra una causa. Algunos virus se han asociado a insuficiencia medular causando mielosupresión por desregulación del sistema inmune. A continuación describimos un paciente con diagnóstico de aplasia medular severa en el transcurso de infección por SARS-COV-2.

Caso: Paciente masculino de 30 años de edad sin antecedentes conocidos presenta cuadro clínico de siete días de evolución dado por tos, cefalea, disnea y fiebre, realizándose hisopados para covid 19 positivo, aislándose en domicilio sin embargo por persistencia de síntomas decide consultar. Al ingreso se encontraba febril, taquicárdico, taquipneico y con desaturación requiriendo oxígeno, al examen físico presentaba epistaxis, a la auscultación pulmonar presentaba crepitos bibasales. TC de tórax con focos en densidad de vidrio esmerilado de distribución periférica bilateral, en los laboratorios se constata anemia severa Hto 15.4% hb 4.7 g/dl linfopenia 960 mm³ neutropenia 500/mm³ plaquetopenia 2000/mm³, dímero D 1083 ng/ml LDH 649 U/l ferritina 3987 ng/ml, Coombs negativo, serologías virales negativas, Frotis de sangre periférica sin presencia de esquistocitos, signos de activación de polimorfocitos. Paciente evolucionó con hemorragia retiniana, persistencia de tricitemia y soporte transfusional. Se interpreta como síndrome de fallo medular agudo por lo que se realizó PAMO y BMO (en medulograma se evidenció medula hipocelular con disminución de las tres series hematopoyéticas sin evidencia de procesos proliferativos, la biopsia confirmó diagnóstico con celularidad de 15%) se realizaron estudios genéticos los cuales fueron negativos. Por aplasia medular severa y por falta de donante histidéntico se decidió iniciar manejo inmunosupresor con buena respuesta terapéutica.

Comentario: El SARS-COV-2 causa enfermedad pulmonar sustancial incluido el síndrome de dificultad respiratoria aguda se han observado muchas manifestaciones extrapulmonares incluyendo fenómenos tromboinflamatorios. Se conoce que ciertos tipos de virus están asociados a aplasia medular, se cree que la infección viral altera los antígenos de las células de la médula ósea activando un clon de células T citotóxicas iniciando la liberación de citocinas, planteándose un mecanismo de citotoxicidad directa sobre las células madres hematopoyéticas del huésped por acción autoinmune favoreciendo la apoptosis y la mielodipresión.

Conclusión: En el caso presentado no se constataron alteraciones hematológicas previas por lo que se concluyó una posible aplasia medular adquirida por SARS-COV-2. Es de vital importancia el conocimiento del comportamiento clínico/hematológico de esta enfermedad con la finalidad de identificar sus posibles complicaciones.

PC-13-27 // TRANSFORMACIÓN GELATINOSA DE LA MÉDULA ÓSEA: ¿UNA ENTIDAD EN SÍ MISMA O RESULTADO DE UNA PATOLOGÍA SUBYACENTE?

PONCE, D.; FLORES, L.; LUCERO, G. Hospital Central De Mendoza. Mendoza, Argentina.

Introducción: La transformación gelatinosa de la médula ósea (TGMO) es una entidad hematológica que se caracteriza por atrofia de las células grasas, pérdida de células hematopoyéticas y depósito extracelular de sustancia gelatinosa conformada por mucopolisacáridos ricos en ácido hialurónico.

La TGMO no es una enfermedad específica, pero su desarrollo es indicador de gravedad. Se asocia a un amplio tipo de enfermedades subyacentes que varían según la edad del paciente, siendo la anorexia nerviosa y los procesos infecciosos las causas más frecuentes en jóvenes, el alcoholismo y linfomas en edad media y enfermedades malignas e insuficiencia cardíaca crónica en mayores.

Si bien frecuentemente se asocia a bicitopenia o pancitopenia, los valores de las series celulares no se correlacionan con la severidad de la enfermedad. Suele ser una lesión reversible si el trastorno subyacente es tratado. El Gold Standard para su diagnóstico es la biopsia de médula ósea (MO).

Caso: Varón de 53 años, con antecedentes de vitiligo, lumbalgia crónica por discopatía L3-S1. Consultó por omalgia izquierda de 7 días de evolución, impotencia funcional, fiebre, hiporexia y mialgias. Se realizó diagnóstico de osteomielitis y miositis de hombro izquierdo por resonancia magnética.
Laboratorio: Hto: 21%, GB: 640/mm³ (NS: 45%, valor absoluto 288), plaquetas 42000/mm³. En artrocentesis se aisló *Staphylococcus aureus* metilcino sensible (SAMS). Se realizó limpieza quirúrgica de hombro y drenaje de absceso de biceps izquierdo con aislamiento en cultivo de músculo de SAMS. En diferentes hemocultivos se aisló *Ochrobactrum anthropi* y *Klebsiella pneumoniae* BLEE. Se aisló de los cultivos de piel y partes blandas: complejo *Acinetobacter baumannii* y *Klebsiella pneumoniae* BLEE.
Se realizó biopsia de MO donde se objetivó hipocelularidad con transformación gelatinosa, con reemplazo de células adiposas y hematopoyéticas por matriz amorfa extracelular. Tinción de Giemsa y PAS positivas. Tinción de Alcian blue positiva en matriz amorfa intersticial perivascular. Inmunohistoquímica: positividad en linfocitos intersticiales para ACL y en plasmocitos para CD 138.
En la marcha diagnóstica se descartaron otras enfermedades infecciosas, autoinmunes y neoplásicas. Tras limpiezas quirúrgicas y antibióticoterapia, el paciente presentó buena evolución y asociado a tratamiento con Filgrastim mejoró los valores en hemograma.

Comentario: La TGMO es una patología poco frecuente, que implica gravedad y que se asocia a múltiples etiologías por lo que se debe realizar una evaluación global del paciente y una amplia marcha diagnóstica para estudio de todas las posibles causas que podrían estar subyaciendo a dicha entidad. En nuestro caso se interpretó la TGMO en contexto de la infección mioarticular, descartándose otras causas durante la internación. Dicha patología mejoró tras tratamiento antibiótico y limpieza quirúrgica, reflejándose en los resultados en hemograma.

Conclusión: Transformación gelatinosa de la médula ósea.

PC-13-29 // MICROANGIOPATIA TROMBOTICA MEDIADA POR COMPLEMENTO

PERRI, M.; BRUETMAN, J.; REPETTO, M.; CHEMES, L.; TRIMARCHI, H. Hospital Británico De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Introducción: Las microangiopatías trombóticas primarias son un conjunto de patologías poco frecuentes que pueden comprometer la vida del paciente. Su rápida detección permite un mejor desenlace.

Caso: Paciente femenina de 46 años con antecedente de fistula oroantral de seno maxilar izquierdo, que consulta por disminución de agudeza visual de una semana, constándose emergencia hipertensiva en contexto de TA 225/130 mmHg asociado retinopatía hipertensiva con hemorragias retinianas bilaterales en fondo de ojo.

Al examen físico además presenta ictericia mucocutánea, sin otros hallazgos patológicos. El laboratorio de ingreso evidencia anemia normocítica normocrómica con Hematocrito de 23%, hemoglobina 7.9mg/dL, con parámetros compatibles con hemolisis, plaquetopenia con 55.000/U/L, e insuficiencia renal aguda con Creatinina de 1.46mg/dL, y orina con proteinuria en rango nefrótico de 5.43g/dL.

Se realiza frotis de sangre periférica que evidencian 4 esquistocitos por campo. Ecocardiograma transtorácico que informa dilatación de aurícula izquierda e hipertrofia concéntrica de ventrículo izquierdo con Fey 45-50%.

Por visión borrosa además se realiza RNM de cerebro que informa microhemorragias múltiples supra e infratentorial, lesión isquémica en tálamo capsular posterior y múltiples imágenes focales hipo intensas dispersas en todas las estructuras encefálicas de la fosa posterior, a nivel talámico bilateral así como también, aunque aisladas, en ambos hemisferios cerebrales, compatibles con PRES.

Inicia tratamiento con Labetolol endovenoso e internación en unidad coronaria inicialmente.

Se realiza biopsia renal con anatomía patológica que informa microangiopatía trombótica, daño endotelial e hiperplasia miointimal,

Inicia plasmaféresis y recibe 3 pulsos de Metilprednisolona interpretándose como posible PTT versus SUH atípico, con buena respuesta clínica y laboratorial.

Se solicita Anticuerpos anti ADN, ANCA c y p, negativos.

Finalmente se recibe resultado de actividad ADAMTS 13 62% e IgG ANTI ADAMTS 13: 1 unidad/mL (rango normal), por lo que se interpreta cuadro como microangiopatía trombótica mediada por complemento. Egresó en plan de iniciar tratamiento con Eculizumab.

Comentario: La microangiopatía trombótica mediada por complemento, previamente conocida como síndrome urémico hemolítico atípico, es una urgencia clínica y hematológica que requiere su pronto reconocimiento y tratamiento, y su diagnóstico es un desafío por los múltiples diagnósticos diferenciales posibles inicialmente en un paciente que se presenta con anemia, trombocitopenia y falla renal. El diagnóstico y manejo se hacen más complejos en un paciente adulto ya que no es una patología frecuente fuera de la pediatría.

Conclusión: Presentamos este caso por la infrecuencia y gravedad de la patología, y el desafío diagnóstico dado que su retraso conlleva complicaciones graves. La detección temprana y oportuna mejora las expectativas y pronóstico del paciente.

PC-13-30 // PANCITOPENIA, UN RETO DIAGNÓSTICO

DELLA GASPERA, A.; MONTENEGRO ITURRIETA, N.; SUAREZ, A.; CHERSICLA, M.; NIETO, M.; TRAUTMAN, B.; PARRELO, A.
Hospital Provincial De Neuquen. Castro Rendon. Neuquen, Argentina.

Introducción: La hemoglobinuria paroxística nocturna (HPN) es una enfermedad clonal adquirida, no maligna de la hemopoiesis. Está dada por una mutación en la proteína PIG A en una célula progenitora hematopoyética, causando activación del complemento y lisis celular. Es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia aproximada de 1/100.000 personas, afectando con mayor frecuencia a mujeres.

Las manifestaciones clásicas son, anemia por hemólisis intravascular, episodios de hemoglobinuria, falla medular con citopenias periféricas y fenómenos tromboembólicos, con frecuencia en sitios inusuales.

Su curso es variable; con crisis (generalmente nocturnas), remisiones, exacerbaciones, y en algunos casos con desenlace fatal al poco tiempo del diagnóstico.

Actualmente, la citometría de flujo es la metodología de elección para la detección y el seguimiento de los pacientes.

Caso: Paciente femenina, de 42 años, sin antecedentes, que consulta por metrorragia de 12 días de evolución asociado a astenia. Al examen físico presentaba hematomas en dorso y miembros inferiores de aparición espontánea, sin visceromegalias. Por laboratorio se objetivaba anemia severa macrocítica hipercrómica, plaquetopenia severa, leucopenia sin neutropenia y dosaje de vitamina B12 disminuida. Ante resultado de PAMO negativo para enfermedad oncohematológica y extendido compatible con déficit de vitamina B12, se interpretó cuadro secundario a Anemia megaloblástica. Se realizó tratamiento de reposición, sin respuesta, continuando con requerimiento de transfusiones diarias. Ante esta situación, se repitió PAMO con citometría de flujo, observándose clones de hemoglobinuria paroxística nocturna. Con este diagnóstico se indicaron múltiples líneas de tratamiento sin éxito, derivando en el trasplante de médula ósea. Actualmente con anemia leve, sin requerimientos de transfusiones, en tratamiento inmunosupresor.

Comentario: La HPN es una patología de baja incidencia y prevalencia, con una presentación clínica variable e inespecífica, por lo que no es raro la demora en su diagnóstico. Se presenta este caso por la baja frecuencia de la patología y el desafío que implicó llegar a su diagnóstico.

Conclusión: Considerar a la Hemoglobinuria paroxística nocturna como diagnóstico diferencial tanto en trombosis recurrentes, inusuales o inexplicables como en citopenias de causa no clara. Se requiere entonces, de alta sospecha clínica para su diagnóstico precoz y tratamiento oportuno, relevante para mejorar la calidad de vida.

PC-13-31 // PERFORACIÓN INTESTINAL POR INFECCIÓN POR CMV (CITOMEGALOVIRUS) EN PACIENTE CON TRASPLANTE DE MÉDULA ÓSEA:

PINNEL, S.; CORLETO, M.; ALMEIDA SOUTO, M.; GARCIA, M.; RIVERO EQUIZA, T.
Cemic. Caba, Argentina.

Introducción: La infección por CMV en pacientes inmunodeprimidos puede derivar en distintos compromisos orgánicos principalmente esofago-gastrointestinal, hepático, ocular, pulmonar y encefálico, con elevada carga de morbi-mortalidad. Asimismo, particularmente en pacientes con trasplante de médula ósea (TMO), la reactivación de CMV puede indirectamente inducir falla del injerto o inmunosupresión, resultando en concurrente infección fúngica o bacteriana. Presentamos un caso clínico de un paciente con TMO, con perforación intestinal como inusual manifestación de infección por CMV

Caso: Paciente varón, de 56 años de edad con antecedentes de Mielodisplasia de alto grado diagnosticado 12 años previo a la enfermedad reportada. Fue tratado con Azaticidina y 11 años después del diagnóstico recibió un trasplante allogenico médula ósea. Evolucionó posterior al trasplante con enfermedad por CMV por lo que realiza tratamiento con valganciclovir y enfermedad de injerto contra huésped cutáneo y gastrointestinal con falla renal por lo que se rota su inmunosupresión de ciclosporina a micofenolato y delitona. A los 14 meses del TMO, es internado con diagnóstico de peritonitis secundaria a perforación sigmoidea. En la histopatología macroscópica del colon se observaron áreas hemorrágicas alternando con mucosa conservada, y en la microscopía se observó tejido de granulación con infiltrado inflamatorio transperitonal produciendo microperforaciones que se extienden hasta la capa serosa. Evidenciando sectores de peritonitis aguda y supuración. En el examen inmunohistoquímico del tejido se observó positividad para CMV. En suero se obtuvo una carga viral de 2280 copias, 3.35 log para CMV. Comienza tratamiento con ganciclovir y por profundización de citopenias previas se rota el tratamiento a foscarnet cumpliendo 21 días de tratamiento total. El paciente evolucionó favorablemente en el postoperatorio

Comentario: La perforación intestinal por CMV es un evento infrecuente, principalmente reportado en pacientes inmunosuprimidos por trasplante de órgano sólido, HIV o Lupus eritematoso sistémico, siendo escasamente informado en pacientes oncohematológicos o por TMO.

Conclusión: Es de resaltar además la ausencia de manifestaciones clínicas de enterocolitis previo a la perforación y la buena evolución con la terapia quirúrgica y antiviral a pesar de la alta mortalidad de esta entidad.

PC-13-32 // CUADRO CLÍNICO DE MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA COMO PRESENTACIÓN DE DÉFICIT DE VITAMINA B12

ROMERO, E.; BRESACIN, C.; AISINSCHARF, C.; VELO, A.; BAECK, I.
Cemic. Caba, Argentina.

Introducción: La microangiopatía trombótica (MAT) se manifiesta con anemia hemolítica microangiopática con esquistocitos, trombocitopenia y daño orgánico, siendo sus condiciones clínicas asociadas más frecuentes, la PTT, SUH y los asociados a infecciones, cáncer, trasplante hematopoyético, SAF y fármacos, entre otros. Por su parte el déficit de B12, raramente, en 2,5% de los casos puede presentarse como una pseudo-MAT, derivando erróneamente en un diagnóstico de MAT primario.

Caso: Paciente mujer de 68 años que presentaba 8 meses de astenia. En examen físico, afebril, palidez e ictericia, esplenomegalia y palestesia conservada. El laboratorio evidenciaba anemia (Hb: 9.5 mg/dL), normocítica (VCM: 88 FL), arregenerativa (índice reticulocitario: 0.8), bilirrubina indirecta 3.3 mg/dL, LDH elevada (14400 U/L), RDW alto de 27 %, haptoglobina menor a 10 UI, Coombs directa negativa, trombocitopenia (56.000 / mm³), B12 reducida (101 pg/mL) y creatinina de 0.5 mg/dl. En frotis de sangre periférica se observaron esquistocitos, dacrocitos, anisopocitocitos y neutrófilos hipersegmentados, sin leucoeritroblastosis.

Ante sospecha de MAT se inició plasmáferesis y reposición de B12 parenteral. Se solicitó actividad del ADAMTS13 que resultó normal y se efectuó biopsia-aspiración de médula ósea observándose: serie eritroide con cambios diseritropoyéticos con características megaloblastoides, megacariocitos dismórficos y serie mielóide con maduración preservada. Se descartaron causas secundarias de MAT, con serologías negativas para HBV, EBV, CMV y HIV, ANAs negativos y PET sin hallazgos. El laboratorio evidenciaba hipocomplementemia de C3 (56 UI), sin embargo, la mejoría del cuadro con la reposición vitamínica y la citometría de flujo normal, descartaron PTT asociada a LES, SUH atípico y NPH. Los anticuerpos anti células parietales positivos (1/10), confirmaron el diagnóstico de anemia perniciosas. Reevaluando la información obtenida, tras la mejoría rápida del perfil de hemólisis, se suspende la plasmáferesis y se diagnostica pseudo-MAT por déficit de B12.

Comentario: Los pacientes con deficiencia grave de cobalamina pueden presentar características que imitan los síndromes de MAT. Un diagnóstico temprano de pseudo-MAT permite evitar o acortar la duración de la terapia innecesaria con plasmáferesis.

Conclusión: El déficit de vitamina B12 puede imitar una MAT. Los niveles muy altos de LDH y la reticulopenia orientan el diagnóstico. La presencia de macrocitosis (ausente en este caso), de neutrófilos hipersegmentados y niveles de bilirrubina menores de los esperados para el grado de hemólisis, también pueden ser útiles. El diagnóstico permite evitar el uso de tratamientos costosos e invasivos como la plasmáferesis. Pseudo-MAT secundaria a eritropoyesis inefectiva es vista más comúnmente en anemia perniciosas en comparación con otras causas de déficit de B12. El dosaje de homocisteinemia, de metilmalónico y luego de los Ac Anti-Factor Intrínseco y/o célula parietal de estómago determinan el diagnóstico.

PC-13-33 // PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LINFOMA NO HODGKIN, REPORTE DE UN CASO

GOMEZ CUBA, G.; BOJANOVICH, J.; PELECH, F.; DÁVALOS, C.; CONTEZINI, J.
Samic Eldorado. Misiones, Argentina.

Introducción: La trombosis venosa áxila subclavia o trombosis de esfuerzo es también conocida por la enfermedad de PagetSchroetter. Tiene una frecuencia de dos por cada 100 000 personas. Es conocido que del total de las trombosis venosas, solo del 1 al 4 % afecta este sector. Es más corriente que la enfermedad de PagetSchroetter se produzca en las extremidades superiores

Caso: Paciente de sexo masculino de 63 años de edad. HTA, apendicetomía, Tabaquista durante 48 años (PA 51). Consulta por presentar aumento del diámetro del miembro superior derecho y dolor. Examen Físico: Asimetría torácica con hundimiento de hemitórax derecho, aumento del MSD > a 3 cm de diámetro respecto a MS contralateral en toda su extensión, edematoso, doloroso. Laboratorio: Hto 24, Hb: 8.5, GB: 12.700 (86/12), Plaquetas: 423.000, Urea: 0.43. VSG: 125, Marcada hipocromía, plaquetas aumentadas. EcoDoppler venoso: ausencia de flujo y ocupación de la luz de la vena humeral, vena axilar y subclavia con ausencia de onda audiospectral y color, compatible con TVP de MSD. Adenopatías múltiples. Se plantea diagnóstico presuntivo de TVP de MSD, se realiza Eco Doppler venoso informa ausencia de flujo y ocupación de la luz de la vena humeral, compatible con TVP de MSD, Adenopatías múltiples. Se inicia tratamiento anticoagulante con Acenocumarol 4mg/día y seguimiento por Hematología. En TAC de tórax se observa Conglomerado axilar en MSD, mínimo derrame pleural bilateral. Se realiza además Ecografía de piel y partes blandas que evidencia aumento del espesor y ecogenicidad del TCS. Signos de TVS, Conglomerado ganglionar de 88 x 45 mm. Debido a registros se procede a la toma de Hemocultivos, informan negativos. Se interconsulta con el servicio de Cirugía quienes efectuaron exéresis de ganglio axilar, se envía muestra a anatomía patológica, cuyos resultados fueron compatibles con proceso linfoproliferativo: linfoma no Hodgkin difuso de células grandes. El paciente evoluciona en mal estado general con cuadro confusional agudo, se realiza Punción lumbar, no arrojando resultados patológicos. Se produce óbito del paciente horas posteriores.

Comentario: Llegar al diagnóstico ante una presentación infrecuente destaca el valor de haber puesto como diagnóstico diferencial a esta patología sustentado por exámenes complementarios. En contraste el haber llegado tarde al diagnóstico debido a la tardanza en la consulta no nos permitió abordar de manera correcta y esperar la evolución del paciente. En toda obstrucción venosa el uso precoz de anticoagulantes mejora el pronóstico

Conclusión: En casos excepcionales, la enfermedad tromboembólica venosa puede formar parte del cuadro clínico de debut del linfoma no Hodgkin. Teniendo en cuenta la baja frecuencia de la TVP en miembros superior (1 ? 4%) es rara también su presentación como parte del cuadro clínico del linfoma no Hodgkin. Las imágenes de la TAC de tórax, que evidencian un conglomerado adenopático nos orientaría a que la trombosis se produjo por compresión extrínseca de los vasos venosos.

PC-13-34 // HEPATITIS AGUDA FULMINANTE Y APLASIA MEDULAR POR PARVOVIRUS B19

CAVALLO, F.; FERRER, A.; MÜHN, M.; TAPIA, D.; PERLO, M.; SOPLOPUCO CALDERÓN, J.; ALTAMIRANO, A.; CARLSON, D.; CONSIGLIO, F.
Hospital Provincial Del Centenario. Santa Fe, Argentina.

Introducción: **Introducción:** La falla hepática aguda fulminante causada por parvovirus B19 es una entidad poco frecuente. En general desarrolla infección asintomática o sólo manifestaciones de compromiso de vía aérea superior, y en las formas más sintomáticas compromiso articular transitorio. Para su diagnóstico en pacientes inmunocompetentes la detección de IgM sérica se puede detectar desde el 3er día del inicio de los síntomas, los títulos de IgG comienzan a detectarse días después, y se mantienen positivos de por vida. Por otra parte el gold standar es el estudio por PCR para detección genómica del virus.

Caso: Caso clínico: Mujer de 29 años sin antecedentes conocidos, consultó por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por dolor abdominal en hipocondrio izquierdo que irradia a dorso; 48hs posteriores agregó episodios de vómitos alimenticios, ictericia cutáneo mucosa, coluria y malestar general. A su ingreso se constató en analítica pancitopenia (Hb 8.5 mg/dl, Hcto 24.7%, leucocitos 500/mm3, plaquetas 10000/mm3) y datos compatibles con hepatitis aguda grave (bilirrubina total 27 mg/dl - conjugada 12.6 -, TGO 2980 U/L, TGP 2820, colinesterasa 2000 U/L, tiempos de coagulación prolongados, Factor 5 y fibrinógeno disminuidos). En este contexto fue evaluada para realización de trasplante hepático de urgencia. Se realizó tratamiento de sostén con posterior mejoría sintomática y analítica. Para estudio etiológico se solicitaron serologías para HIV, VHB, VHC, VHE, CMV, VEB que resultaron negativas y Parvovirus B19, con títulos de IgG positivos e IgM negativos. Se realizó punción aspirativa de médula ósea que evidenció médula aplásica y PCR para Parvovirus B19 positiva. Presentó neutropenia febril asociada a bacteriemia a Escherichia coli por lo que realizó tratamiento con piperacilina-tazobactam. Evolucionó con mal estado general y signos de respuesta inflamatoria sistémica por lo que se cambió a vancomicina, meropenem y colistin. Presentó shock séptico y se decidió traslado a UTI, dónde se realizó soporte hemodinámico con requerimiento de asistencia respiratoria mecánica. Evolucionó con falla multiorgánica, paro cardiopulmonar y posterior fallecimiento. Se realizó necropsia que arrojó resultado compatible con hepatitis aguda.

Comentario: sin datos

Conclusión: **Conclusión:** Para el mecanismo de daño hepático existen dos hipótesis: una sugiere un efecto nocivo directo sobre el hígado a través de su unión al hepatocito por medio de receptores; la segunda se basa en un efecto inmunológico que causaría síndrome hemofagocítico en respuesta a la infección por el virus. En esta condición, la elevación de citoquinas dañarían la regulación del sistema fagocítico provocando pancitopenia y/o lesión hepática. Si bien los reportes sobre falla hepática aguda fulminante secundaria a infección por parvovirus B19 son escasos, esta entidad debería sospecharse ante un paciente con presencia de alteraciones hepáticas y más aún cuando estas se acompañan de alteraciones hematológicas como aplasia medular.

PC-13-36 // SINDROME HEMOFAGOCITICO SECUNDARIO

PADILLA, I.; ROJAS VERGARA, E.; ANGEL, A.; BELLIDO PANASIUK, B.
Ramon Cereijo. Caba, Argentina.

Introducción: La linfohistiocitosis hemofagocítica (HLH) es una entidad clínica rara, potencialmente mortal, caracterizada por alteraciones clínicas, hematológicas, bioquímicas e histológicas, a consecuencia de una hiperactivación inmune que conlleva una actividad macrofágica descontrolada con disfunción de linfocitos T citotóxicos y NK. Existen formas primarias/genéticas y secundarias/adquiridas.

El diagnóstico es complejo, no existe un tratamiento único establecido para esta patología, se basa en control de actividad inmunológica.

Caso: Paciente femenina de 18 años, ingresa por cuadro clínico de 4 días de evolución dado por fiebre 38°C, dolor de garganta, tos seca, cefalea global intensa, dolor retroocular, niega anosmia niega disgeusia, niega diarrea y síntomas urinarios; al examen físico positivo: T 38.5°C esplenomegalia no dolorosa; LAB: Hto 21.8%, Hb 7.3gr/dL, Leuc900/mm3, PLQ29.000/mm3, urea16mg/dl, cr0.62mg/dL, TGO896U/L, TGP642U/L, FAL780U/L, TP78%, KPTT 33 sg, Confirmación: leuc 600 /mm3, Hb 7.5 gr/dL, Hto 22%, PLQ 28000/mm3, neutrofilos 47.2% Glu112mg/dL, urea14mg/dL, cr 0.63mg/dL, Na136 mEq/l, K 2.8 mEq/l, Cl 96 mEq/l, LDH 1962 mg/dL. LAB previos 04-03-2020 leuc5900mg/dl, Hb11.5gr/dl, Hto 35%, PLQ 235000/mm3, Glu 82 mg/dL, TGO 21 U/L, TGP 18 U/L, FAL 200 U/L. Hepatitis A B C negativo CMV negativo HIV negativo VDRL no reactivo. Hemo x2 negativo URO negativo, PT 4.5 Alb 2.9, CT 103 mg/dL, TGL 360 mg/dl, amilasa 38 mg/dL, RT PCR SARS COV 2 no detectable. Dengue IgM positivo. PT 4.9; 5-nucleot 30.5; haptoglobina < 30; hierro 61 mcgr/L; transferrina 187 mg/dL, CPK 16 U/L, dimero D 2538, fosforo 3.3 mg/L, T4 L 0.72, T4 8.7, TSH 0.28, CEA 1.7, ca 125: 84.9, ca 15.3: 28.4 ca 199: 141.3 Ferritina 3954 ng/ml, FBG 101 mg/dL. Pantomografía: TC céncalo tórax abdomen y pelvis, cerebro S/CTE 22-04-2020 esplenomegalia homogénea. Sin otros hallazgos. Pantomografía: TC céncalo tórax abdomen y pelvis, cerebro C/CTE 27-04-2020 derrame pleural bilateral, hepatomegalia homogénea, esplenomegalia homogénea, vesícula de paredes engrosadas contenido denso en su interior vía biliar intra y extrahepática de calibre normal, líquido libre intrabdominal perihépatico, periesplénico, en ambos flancos y en líquido en FSD. Frotis de médula ósea macrófagos con células eritrocitarias en su interior, hemofagocitosis. Biopsia de médula ósea con aumento de celularidad, predominio de macrófagos e histiocitos. Se confirma diagnóstico mediante criterios HLH-2004 Sociedad del Histiocito. Se inicia gammaglobulina. Paciente evoluciona con falla multiorgánica, requerimiento de ventilación mecánica invasiva. Altas dosis corticoides, requerimiento de soporte vasopresor. Óbito 26 mayo 2020.

Comentario: HLH es una entidad clínica potencialmente mortal, HLH secundario a infecciones, principalmente VEB, CMV. Baja incidencia, se asocia a mal pronóstico.

Conclusión: HLH es síndrome clínico infrecuente dado por actividad inmunológica descontrolada. Diagnóstico complejo. Tratamiento de soporte y control de la respuesta inmunológica.

PC-13-35 // HIPERTENSIÓN PORTAL NO CIRRÓTICA: INFILTRACIÓN HEPÁTICA POR MASTOCITOSIS SISTÉMICA

PAULIN, p.; VAENA, M.
Hospital Italiano "centro Agustín Rocca" (Hicar). Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La mastocitosis es una neoplasia clonal de células mastoideas, siendo la mastocitosis sistémica (SM) una variante en la que existe compromiso de órganos diferentes a la piel por mastocitos. Los síntomas dependen de la respuesta inflamatoria generada por su degranulación, así como de la infiltración de los órganos afectados. En la MS el hígado es frecuentemente afectado, pero solo en el 4% de los casos genera hipertensión portal, siendo ésta una causa rara de hipertensión portal no cirrótica, y un factor de mal pronóstico.

Caso: Paciente de 65 años sin antecedentes de relevancia, con diagnóstico reciente de mastocitosis sistémica en contexto de síndrome de impregnación, en plan de trasplante alógeno de médula ósea (TALO).

Comienza tratamiento con imatinib, presentando síndrome ascítico edematoso interpretado inicialmente como leak capilar por fármacos, con buena respuesta a diuréticos. Se recibe resultado de C KIT mutado, por lo que rota a midostaurina con regular respuesta.

Evoluciona con ascitis a tensión de rápida reproducción, se realiza biopsia hepática que informa infiltración por mastocitos, con gradiente de presión portal de 21 mmHg (hipertensión portal sinusoidal significativa).

Comienza con paracentesis evacuadoras regladas, nunca presentó neutroscitis, cultivos negativos. Intractable con diuréticos, por rápido desarrollo de insuficiencia renal, que mejora parcialmente con albúmina e hidratación.

Se decide rotar esquema a cladribine para citorreducción y desinfiltración hepática, con leve mejoría clínica tras tres ciclos, disminuyendo velocidad de reproducción de líquido ascítico, mejorando natriuresis, y aumentando peso seco. Actualmente en plan de colocación de TIPS, realizar 4to ciclo y evaluar indicación de TALO según estado clínico.

Comentario: Actualmente no existe un tratamiento curativo para la MS, debiendo orientar la terapéutica hacia el manejo sintomático y terapia citorreductora.

En pacientes con rápida evolución y formas agresivas, el tratamiento con cladribine pretende una citorreducción rápida, existiendo en reportes hasta un 32% de recuperación parcial, sin datos de recuperación completa. Si bien existe poca evidencia, también favorecería la mejoría de parámetros clínicos relacionados a la hipertensión portal en estos pacientes.

Conclusión: En este caso, el avance rápido y agresivo de la enfermedad con su consiguiente deterioro clínico, redujo progresivamente las posibilidades terapéuticas, debido inicialmente a postergar el TALO, e incluso introdujo la opción de paliativización.

La decisión de tratamiento con cladribine fue evaluado comparando riesgo/beneficios, teniendo en cuenta principalmente la decisión de la paciente.

Finalmente la respuesta al tratamiento permitió replantear la posibilidad de TALO, por lo que se reevaluará a la paciente al finalizar el 4to ciclo de quimioterapia.

PC-13-37 // COMPROMISO DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA: REPORTE DE UN CASO

WEHIT, D.; CEIRANO, A.; SAAVEDRA, E.; COUSILLAS, E.; CATALANO, H.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Introducción: La leucemia mieloide aguda (LMA) es la leucemia más frecuente en adultos, aumentando su incidencia con la edad. La leucemia monocítica aguda representa menos del 10% de las LMA. A continuación presentamos el caso de un paciente con leucemia monocítica con compromiso de sistema nervioso central.

Caso: Varón de 48 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y forunculosis a repetición. Consultó por astenia, adinamia, mareos y zumbidos de 15 días de evolución. Negó fiebre u otros síntomas. Al examen físico se encontró hemodinámicamente estable, afebril, en regular estado general. Presentaba palidez cutáneo mucosa, y forunculosis a nivel axilar y perianal. El laboratorio mostró anemia (hemoglobina 4.3 mg/dl), leucocitosis (99.000, 32% blastos), plaquetopenia, deterioro de la función renal (creatinina 2.61 mg/dl) e hiperuricemia. Hemocultivos negativos. Se realizó ecografía de región perianal con colección de 1 cm x 1 cm, radiografía de tórax y tomografía de tórax sin hallazgos de relevancia. Se inició tratamiento antibiótico y se realizó punción aspiración de médula ósea y punción lumbar con diagnóstico de leucemia monocítica aguda con compromiso de sistema nervioso central. Se inició quimioterapia, posterior a la cual intercurrió con dolor lumbar, parestesias en miembro inferior izquierdo con debilidad en la dorsiflexión del pie ipsilateral y ptosis palpebral izquierda. Se solicitó tomografía de cerebro sin alteraciones y resonancia magnética de cerebro y columna dorsolumbar que evidenció compromiso meníngeo e óseo. Completó esquema de inducción con remisión completa. Durante la fase de consolidación, cursó internación en unidad cerrada por cuadro de shock séptico de foco no aclarado en contexto de neutropenia profunda, falleciendo a los 3 meses del diagnóstico de su enfermedad.

Comentario: La leucemia monocítica aguda representa menos del 10% de las LMA. En algunos casos se requiere evaluación y manejo urgente (descompensación cardiaca, respiratoria u otra disfunción orgánica, y recuento de glóbulos blancos mayor a 50,000/mm3).

Ante la presencia de signos o síntomas neurológicos se recomienda la punción lumbar, ya que el compromiso meníngeo se asocia a menor sobrevida global y menor sobrevida libre de enfermedad. Dentro de los factores independientes de mal pronóstico también se encuentran la edad mayor a 60 años, la hiperleucocitosis y las alteraciones moleculares.

Conclusión: En el caso del paciente presentado con leucemia monocítica aguda con mutación a nivel de FLT3 y compromiso meníngeo, se sugiere inducción con esquema 7+3 con infusión continua con citarabina y daunorrubicina, añadiendo midostaurina.

PC-13-38 // LINFOMA INTRAVASCULAR: REPORTE DE UN CASO

RODRIGUEZ BRINDICCI, M.; CEIRANO, A.; SAAVEDRA, E.; PERRET, M.; CATALANO, H.; CAFFE, J.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Introducción: Los linfomas no Hodgkin (LNH) incluyen diferentes tipos de tumores oncohematológicos. El linfoma intravascular es un subtipo raro de LNH, caracterizado por la presencia de células neoplásicas dentro de la luz de los vasos sanguíneos, especialmente en capilares y vénulas post capilares, y no suelen encontrarse células neoplásicas en sangre periférica. Se presenta un caso infrecuente de un paciente con linfoma intravascular.

Caso: Mujer de 59 años con antecedente de diabetes tipo II, hipertensión arterial y hemorroidectomía. Consultó por proctorragia de una semana de evolución, asociada a astenia y disnea clase funcional I/II. Se encontraba lúcida, hemodinámicamente estable, afebril, con palidez de piel y mucosas. Taquipneica, saturando a 98% aire ambiente, con abdomen distendido y hepatomegalia dolorosa. El laboratorio mostró anemia, plaquetopenia (28000/mm³) y leucopenia (3690/mm³, 62% neutrófilos) y aumento de ferritina (1913 ng/ml) y LDH (2805 U/L); electrocardiograma con taquicardia sinusual, ecografía de abdomen con esteatosis hepática y tomografía de tórax sin infiltrados ni tromboembolismo de pulmón. Serologías virales negativas. Se realizó PAMO que evidenció infiltración neoplásica de aspecto blástico y citometría de flujo que mostró como resultado LNH fenotipo B con componente predominante de células grandes. Se realizó punción lumbar que descartó presencia de células neoplásicas. Evolucionó con aumento parámetros de lisis tumoral. Se interpretó el cuadro como Linfoma no Hodgkin difuso de células B grandes de probable origen intravascular y síndrome de lisis tumoral. Se indicó quimioterapia con esquema R HyperCVAD, con adecuada tolerancia. Se otorgó egreso hospitalario con control ambulatorio con Servicio de Hematología.

Comentario: El linfoma intravascular es un subtipo raro de LNH de células B grandes. Su incidencia es desconocida y la edad media de presentación es de los 60 a los 70 años.

En un reporte de casos publicado en 2004 (38 pacientes) se observó que la variante cutánea, un buen performance status, el estadio I de Ann Arbor y el uso de quimioterapia se asociaron a una mayor supervivencia.

El 30-40% de los casos tiene compromiso del sistema nervioso central al diagnóstico. Un ensayo clínico multicéntrico que evaluó el uso de R-CHOP + metotrexato sistémico + quimioterapia intratecal en pacientes con linfoma intravascular no tratado, sin afectación del sistema nervioso central aparente, mostró que la supervivencia libre de progresión a los 2 años fue del 76%, la supervivencia general a los 2 años fue de 92% y la incidencia acumulada de afectación del SNC fue del 3%. Dicho esquema puede ser útil como tratamiento de primera línea y reduciría el riesgo de recurrencia a nivel del SNC.

Conclusión: Se presenta un caso infrecuente de un paciente con linfoma intravascular.

PC-13-40 // LINFOMA NK/T NASAL: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

LIGETI, P.; ZIZZAS, S.; ALVAREZ BERTEA, J.; TERUYA, C.; BEGHETTI, M.; DELGADO, D.; SANTONOCITO, M.; CRISTALDO PESCECCI, A.
Hospital El Carmen. Mendoza, Argentina.

Introducción: El linfoma nasal de células T/NK es una neoplasia agresiva, infrecuente, con predilección por el sexo masculino entre los 40 y 80 años. Representa el 1,5% del total de linfomas no Hodgkin. Su etiología es desconocida, pero se ha asociado con el virus de Epstein Barr. El sitio de afectación más frecuentes es el área de la nasofaringe con infiltración local y síntomas B, aunque también se puede presentar en pulmones, piel o aparato gastrointestinal. Entre las manifestaciones encontramos odinofagia, obstrucción nasal, rinitis, epistaxis y cefalea. Para el diagnóstico es necesaria la histopatología con marcadores de inmunohistoquímica CD45Ro, CD43, CD3, CD2 entre otros. El diagnóstico diferencial es con infecciones u otros tumores. Su tratamiento incluye la radioterapia y la poliquimioterapia obteniendo altos índices de recurrencia.

Caso: Paciente varón de 52 años con antecedente de tabaquismo, trombosis venosa profunda, rinosinusitis a repetición de 2 años de evolución y episodios de celulitis orbitaria preseptal intermitentes tratados con diferentes antibióticos. Inicia 8 meses previo al ingreso hospitalario con rinitis, cefalea frontal, registros febriles intermitentes. Al examen físico: paciente en mal estado general con eritema y asimetría facial a expensa de edema en hemicara y cuello derecho, con leve protrusión del ojo ipsilateral, disminución de los movimientos oculares, ptosis palpebral, miosis derecha e hipoestesia facial derecha. En cavidad bucal presentaba paladar blando eritematoso de características granulomatosa con lesión ulcerada blanquecina, blanda, indolora. TAC de senos paranasales: material denso ocupando región posterior de la faringe, fosas nasales a predominio derecho y todas las cavidades paranasales con disminución de la densidad de paredes óseas mediales de ambos senos maxilares. Serología para Epstein Barr: no reactivo, Carga viral por PCR de VEB <11.650 U/mL (negativa), HIV no reactivo, LDH 306 U/L. Biopsia de material en cavidad nasal derecha y de seno maxilar homolateral: Infiltración linfocitaria. Inmunohistoquímica que confirma Linfoma extranodal de células NK/T. Tipo nasal. Inicia radioterapia de rescate por extensión de la lesión y quimioterapia con protocolo DeVCo. El paciente presentó buena evolución sin signos de recaída.

Comentario: Motiva la presentación de este caso, lo inusual de la patología y el desafío diagnóstico que representa, por su clínica inespecífica y solapada, que conllevan a un retraso en su identificación, tal como se evidencia en este paciente. Dado que el pronóstico es desfavorable siendo un cuadro potencialmente mortal, el inicio temprano del tratamiento es esencial.

Conclusión: Es de suma importancia el enfoque multidisciplinario entre especialistas sobretudo hematólogos y médicos clínicos, ya que la supervivencia depende en gran medida del estadio en el momento de identificar el linfoma. Destacamos además la necesidad del seguimiento riguroso por el alto riesgo de recaída a corto y largo plazo.

PC-13-39 // ENCEFALOPATÍA HIPERAMONÉMICA SECUNDARIA A MIELOMA MÚLTIPLE

FAELO, F.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia de células plasmáticas caracterizada por lesiones osteolíticas, acumulo de estas en médula ósea y presencia de proteínas monoclonales en suero y orina. Si bien las alteraciones neurológicas en un paciente con diagnóstico de MM son poco frecuentes, cuando estas aparecen obligan a descartar diagnósticos como trastornos orgánicos producidos por la invasión neoplásica del tejido nervioso hasta hiperviscosidad y trastornos metabólicos, de estos últimos, los más frecuentemente descritos son la hipercalcemia, la uremia por falla renal y el exceso de amonio plasmático. La encefalopatía hiperamonémica, en ausencia de enfermedad hepática, es una causa infrecuente de alteraciones de la conciencia en pacientes con MM, y según la bibliografía, existen factores de riesgo para desarrollarla, estos son el subtipo IgA, quimiorresistencia, sexo masculino y edad mayor a 60 años.

Caso: Paciente masculino de 76 años con diagnóstico de MM IgA lambda refractario a dos líneas de tratamiento quimioterápico que ingresa para infusión programada de nuevo esquema con carfilzomib, pomalidomida y dexametasona. Al ingreso, el paciente se encuentra con mala tolerancia al dolor y en sus estudios previos se evidencian lesiones osteolíticas a nivel dorsolumbar y cervical en RMI, lesiones óseas hipermetabólicas y adenopatías a nivel mesentérico en el PET, PAMO con 90% de infiltrado plasmocitario y en sangre periférica anemia con ionograma normal y función renal conservada.

A los 14 días se decide iniciar la segunda infusión de Carfilzomib y evoluciona con síndrome confusional agudo asociado a flapping bilateral. Se solicitan exámenes complementarios para descartar las causas más frecuentes de este cuadro obteniéndose ionograma, glucemia, calcemia, función hepática, LCR y RMI de cerebro normal, función renal levemente alterada y EEG con ralentización moderada, por lo que se decide buscar causas menos comunes, se solicita amonemia, obteniendo un valor de 103µg/dL y aumento de cadenas livianas e IgA plasmáticas. Se diagnostica encefalopatía hiperamonémica secundaria a MM en progresión, se realiza hemodialisis sin buena respuesta por lo que se decide iniciar cuidados paliativos y alta con cuidados domiciliarios en ciudad natal, produciéndose la muerte del paciente dos semanas después.

Comentario: Existe muy poca evidencia en la literatura médica sobre esta complicación del MM, lo que lleva al subdiagnóstico por lo que resulta importante presentar este caso clínico

Conclusión: Si bien no existe un tratamiento específico ni totalmente efectivo para esta complicación, se demostró que la forma más eficaz de disminuir el amonio plasmático es a través de la quimioterapia, por lo que es importante el diagnóstico precoz para inicio de tratamiento temprano y prevención de complicaciones letales. A fines prácticos se sugiere dosaje de amonio en pacientes con MM y alteraciones de la conciencia no explicadas por otra causa, especialmente en aquellos con factores de riesgo

PC-13-41 // MIELOMA MÚLTIPLE PRECEDIDO POR PLASMOCITOMA

TUDOR, M.; PUMA, S.; VILLALBA SANCHEZ, J.; BAEZ, S.; ROLLANO, A.; VIRACOCHEA MURILLO, C.; CAMACHO BORDA, Z.; MAGGI, R.; KOLLER, L.
Hzzg "simplemente Evita" Gonzalez Catán. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: En 1873 definido por primera vez, Mieloma Múltiple por Rustizky, enfermedad hematológica neoplásica consiste en proliferación clonal de células plasmáticas, productoras de inmunoglobulinas. Incidencia 1% de todos los cánceres a nivel mundial, 13% de cáncer hematológico. Edad común 50-70 años, factores de riesgo; edad avanzada, raza afroamericana antecedentes personales de gammapatía monoclonal de significado incierto, tratamiento quimioterápico, trasplante de médula ósea. Tratamiento médico de soporte. El pronóstico varía según estadio, factores predisponentes y estado funcional.

Caso: Femenina de 59 años con antecedente hipotiroidismo, hipertensión arterial, anemia crónica (no estudiada), menopausia a los 48 años con antecedentes familiares oncológicos, acude a guardia refiriendo cuadro clínico dado por pérdida de apetito, dolor abdominal, adinamia, disnea CF I, debilidad en miembros inferiores. Presenta a su ingreso fractura de clavícula izquierda, se interpreta como fractura patológica con laboratorios que reportan anemia severa crónica e hipercalcemia. Tac de encéfalo: extensa lesión infiltrante en esfenoides, múltiples imágenes osteológicas a nivel de la calota. Tac de tórax, abdomen y pelvis; microlitiasis renal, aplastamiento de cuerpos vertebrales D10 y D 11, proteínas electroforéticas con marcada hiperbeta 2, marcada hipo gamma. Se realiza PAMO con resultado plasmocitos >50%, realizan tratamiento con quimioterapia.

Comentario: Presentamos este caso clínico porque esta descrito que el plasmocitoma solitario de hueso es una etapa precoz en la evolución del Mieloma Múltiple y puede permanecer latente durante años. Entre el 40 y 70 % de plasmocitomas desarrollan Mieloma Múltiple.

Conclusión: Este caso esta enfocado en un estadio final del Mieloma Múltiple, por falta de estudio en la sintomatología previa presentada por la paciente, la lesión en la bóveda craneana es indicativa de un plasmocitoma solitario, esto hace pensar en que dicho plasmocitoma evoluciono a la condición actual de MM. Sabiendo que los tratamientos y pronósticos son diferentes en ambos casos.

PC-13-42 // LINFOMA CUTÁNEO PRIMARIO DE CÉLULAS T GAMMA-DELTA Y SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO

SCHWARTZ, P; ARBELBIDE, J.; MURILLO, M.
Hospital Italiano De Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El linfoma cutáneo primario de células T gamma-delta (PCGD-TCL Primary cutaneous gamma-delta T cell lymphoma) es una entidad infrecuente, de rápida progresión y pronóstico adverso, que resulta de la proliferación clonal de células T citotóxicas gamma/delta maduras y activadas. Puede afectar las 2 regiones variables del receptor T gamma delta, Vdelta 1 y 2 que regulan el fenotipo y la distribución de los linfocitos en el cuerpo. Constituye menos del 1% de todos los linfomas cutáneos de células T y en su mayoría se presenta en adultos con una mediana de edad de 60 años sin predilección por género. La afectación ganglionar, esplénica y medular es rara, sin embargo es posible que se presente asociado a un síndrome hemofagocítico (SH), particularmente en presentaciones de tipo pancitúlicas, dado el rol de los linfocitos en funciones de citotoxicidad y fagocitosis, como parte de la respuesta inmune innata y no específica.

Caso: Paciente masculino de 32 años de edad, consulta por presentar placas eritematosocrostrosas crónicas asociadas a síndrome febril prolongado con respuesta a corticoides. La anatomía patológica de las lesiones informa paniculitis histiocítica citofágica. P.C.R con rearreglo monoclonal para TCR gamma delta en biopsia. Se diagnostica PCGD-TCL. Se realizan seis ciclos de esquema C.H.O.E.P. (ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, etopósido y prednisona) con remisión completa y posterior trasplante alogénico de médula ósea con donante no relacionado. A los 3 meses presenta recaída cutánea, se retira inmunosupresión y desarrolla lesiones en piel correspondientes con Enfermedad de Injerto contra Huésped (EICH). Posteriormente se realiza tratamiento con meprednisona y terapia radiante. Las lesiones de su linfoma no tienen mejoría y desarrolla pancitopenia y fiebre se realiza punción de médula ósea que evidencia hemofagocitosis por lo que recibe tratamiento con meprednisona, gammaglobulina endovenosa, ciclosporina. Posteriormente recibe ruxolitinib como terapia para control de su Síndrome Hemofagocítico sin respuesta. Por persistencia de su enfermedad de base se envía material para secuenciación a Estados Unidos para evaluar la posibilidad de utilizar terapia target.

Comentario: Se decide presentar el caso ya que tanto el PCGD-TCL, como el SH son entidades infrecuentes, los resultados obtenidos con la quimioterapia son muy pobres y es necesario ampliar el conocimiento sobre los mecanismos que regulan la biología de esta patología para poder buscar terapias target que puedan mejorar la evolución de esta enfermedad.

Conclusión: Al día de hoy se han logrado identificar ciertas variantes genéticas implicadas en la inmunomodulación del PCGD-TCL y SH que podrían ser de utilidad para futuras líneas de tratamiento. Sin embargo, el manejo de estas entidades continúa siendo objeto de estudio.

PC-13-44 // TROMBOCITOPENIA INMUNE SECUNDARIA A INFECCIÓN POR COVID-19

MONTAÑO GUTIERREZ, M.; DE LA VIÑA, D.; MARTINEZ GARMENDIA, A.; GARILLO, A.
Sanatorio De La Trinidad Mitre. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La trombocitopenia inmune (TPI), es una enfermedad hemorrágica autoinmune caracterizada por la destrucción prematura de plaquetas debido a la unión de un autoanticuerpo, se presenta como trombocitopenia aislada (<100.000/mm³) sin condiciones clínicas asociadas que la justifiquen. La trombocitopenia esta descrita como una característica frecuente durante el síndrome respiratorio agudo severo por COVID-19, aunque la TPI asociada a COVID 19 solo se ha descrito en serie de casos, más frecuentemente en pacientes mayores de 50 años y en casos moderados a graves.

Caso: Mujer de 63 años de edad, hipertensa, diabética tipo 2 no insulino requiriente, displicémica, con antecedente de talasemia menor. Inició cuadro clínico consistente en anosmia, cefalea y malestar general, por lo que se realizó hisopado para SARS-CoV-2 a los 7 días de iniciado los síntomas con resultado positivo, continuando en aislamiento domiciliario por tratarse de un caso leve. Fue derivada a guardia a los 11 días de inicio del cuadro por presentar petequias en ambos miembros inferiores y gingivorragia. Se estudio con laboratorio que evidenció hematócrito 36,5%, hemoglobina 12,2 g/dL, glóbulos blancos 6600/mm³ con formula conservada, plaquetas 16.000/mm³, TP 92%, KPTT 28 seg, bilirrubina total 1 mg/dL, bilirrubina directa 0,6 mg/dL, LDH 172 IU/L, proteínas totales y albúmina normales. Se realizó TC de tórax sin imágenes compatibles con neumonía por COVID-19. Se interpretó cuadro como infección por SARS-CoV-2 leve y se prosiguió a estudiar la plaquetopenia. No presentaba parámetros de consumo, sin esquistocitos en el frotis de sangre periférica, haptoglobina normal, prueba de Coombs directa negativa, FAN, ANCA, complemento y proteinograma electroforético normales, serologías (VDRL, HIV, hepatitis B y C, EBV y CMV) negativas. Una vez descartadas otras causas de plaquetopenia se realizó diagnóstico de TPI secundaria a infección por COVID-19 y se inició tratamiento con pulsos de metilprednisolona durante 3 días, posteriormente rotando tratamiento a prednisona (1 mg/kg/día). Evoluciono con mejoría de los síntomas y sin episodios de sangrado, egresando con valores de 171.000/mm³ plaquetas.

Comentario: El mecanismo por el cual la infección por SARS CoV2 desencadena TPI no está claro, pero podría atribuirse a la disregulación inmunitaria subyacente. La TPI representa un diagnóstico de exclusión, por lo que requiere estudios exhaustivos para descartar otras causas de trombocitopenia, con especial énfasis en este caso en aquellas causas relacionadas a COVID-19, como la coagulopatía inducida por sepsis, coagulación intravascular diseminada, microangiopatía trombótica, además de otros agentes infecciosos y drogas. La ausencia de causas alternativas sumado a la rápida respuesta al tratamiento esteroideo y a la relación temporal con el cuadro de COVID-19 leve apoya el diagnóstico de TPI asociada a infección por SARS-CoV-2.

Conclusión: .

PC-13-43 // TITULO: LEUCEMIA PROMIELOCITICA, UN DESAFIO EN EL CONTROL DEL SANGRADO.

BANDZIUS, G.; CORONADO ORGAS, I.; FERNANDEZ, A.; ALVAREZ, N.; TRONCOSO ZAPATA, L.; RODRIGUEZ, G.; PANDO, J.; ARMANO, A.; MAZZITELLI, F.; ASSALONE, K.
Higa Presidente Peron Avellaneda. Avell, Argentina.

Introducción: Es un subtipo de LMA (leucemia mieloblástica aguda) cuyos blastos tienen mayor grado de maduración. La presencia de la oncoproteína PML-RARA, producto de la fusión de genes localizados en los brazos largos de los cromosomas 15 y 17 respectivamente, genera un bloqueo en la diferenciación mielóide y es protagonista principal, no sólo de la acumulación de promielocitos leucémicos, sino de una compleja alteración de la homeostasia. Esta entidad nosológica, particularmente agresiva por su evolución hiperaguda, potencialmente fatal por la coagulopatía inicial ?trombohemorrágica?. La incidencia anual ajustada por edad, es del 2,3 por cada 1.000.000 personas.

Caso: Paciente femenina de 34 años,obesa, consulta por disnea clase funcional 2-3, hematemesis, melena, ginecorragia y múltiples hematomas de dos semanas de evolución. Al examen físico: múltiples hematomas en región dorsal de torso, miembros inferiores, miembros superiores y abdomen. Hemodinámicamente estable. RMV con hipoventilación generalizada saturación 86% (0,21). Se interna para estudio de bicitopenia, manejo del sangrado activo y tto atb empírico de foco respiratorio.
Laboratorio de ingreso GB 5,3 10³/mm³ (86% de granulocitos y 9,8 de linfocitos) hto 21,1 % hb 7,1g/dl plaquetas 23 10³/mm³ tp 74% kptt 22 seg glucemia 151mg/dl urea 38 mg/dl got 41 u/l/20 u/l/ amilasa 14u/l ldh 1492 u/l, serologías negativas para HIV, hepatitis, vdr, fibrinógeno 150 mg/dl , bilirrubina total 1,2 mg/dl, PCR 34,39 mg/dl, c3 168,9 mg/dl, c4 24,4 mg/dl ionograma conservado.
 Tratamiento con inhibidores de bomba de protones en bolo carga y mantenimiento, piperacilina tazobactam 4,5 g cada 6 hs (ev), amikacina 1gr/día, dexametasona 8ml cada 12hs (ev), ocitoxina, transfusión de 6u de plaquetas, transfusión de 2u de glóbulos rojos, transfusión de 8u crioprecipitados.
 Extendido de sangre periférica se evidencia blastos mieloides, se diagnostica leucemia aguda probable m3 y neutropenia febril.
 Se realiza pamo de difícil realización por interpretarse como medula ósea empacquetada, donde en la inmunotipificación se evidencia células patológicas 91% fenotipo vinculable a promielocitos anormales
PML-RAR alfa t (15;17) cualitativo positivo
tac de tórax, abdomen y pelvis, donde se destaca en torax infiltrados intersticiales heterogéneos bilaterales a predominio en campo pulmonar izquierdo, pequeño derrame pleural derecho. No se observan adenomegalias en cuello, torax y abdomen.
 Ecocardiograma con aurícula izquierda dilatada por área (23,3 cm2), leve hipertrofia septal, . Fey conservada.
 Se inicia ATRA y tratamiento quimioterápico daunorrubicina por tres días consecutivos, con buena evolución clínica.

Comentario: La LPA se considera una emergencia con alta mortalidad temprana por hemorragia, coagulación intravascular diseminada y fibrinólisis primaria, pero si se supera esta etapa dicha patología tiene un 90% de curación.

Conclusión: El diagnóstico precoz y el tratamiento efectivo es fundamental para disminuir el riesgo de mortalidad.

PC-13-45 // DESAFÍO DIAGNÓSTICO DE SAF CON DEBUT HEMORRÁGICO

AGUZEZKO, R.; MUÑOZ, M.; VILLALBA, C.; DE CAMPO, C.; LUDY, A.; FALCÓN, M.; ASSON, C.; ALVAREZ, D.
Samic Obera. Misiones, Argentina.

Introducción: El síndrome antifosfolípido (SAF) es una enfermedad autoinmune sistémica causada por anticuerpos contra proteínas de unión a antifosfolípidos que se caracteriza por la aparición de trombosis venosa y/o arterial y complicaciones obstétricas. Suele estar asociado a otras enfermedades como el lupus eritematoso sistémico (SAF secundario). Aproximadamente el 10% de los pacientes se pueden presentar con síndromes hemorrágicos, en presencia de trombocitopenia, trombocitopenia adquirida, inhibidor del factor VIII, déficit de protrombina adquirida y de los factores VII, IX y XI.

Caso: Paciente de sexo femenino de 20 años de edad, realiza su primera consulta en el mes de Marzo 2020 por fiebre, metrorragia, hematuria y hemoptisis en contexto de anemia y plaquetopenia, se sospechó de infección por Dengue. Vuelve a consultar en Junio por cuadro similar. Durante esta segunda internación refiere antecedentes de abortos espontáneos y muerte fetal de 20 semanas de gestación. Al examen físico: palidez mucocutánea generalizada, taquicardia, hipotensión e hipertermia, sin adenopatías ni hepatoesplenomegalia.
 Estudios complementarios:
Laboratorio: Hto 15,5%, Hb 4,5gr/dl, Plaquetas 107.000/mm³, Leucocitos 3600/mm³, VSG 100, GOT 278U/L, GPT 210 U/L, BT 0,3, KPTT >60 seg. TP 18%, corrección con plasma normal: no corrige, LDH 1052 U/L, Coombs directa e indirecta negativa.
 TC de tórax: evidencia derrame pericárdico y derrame pleural acompañado de áreas de condensación y liquido perihepático.
 Serologías: VDRL reactivo 32 dil. Sífilis recombinante reactivo.
 FAN 1/1280 imagen superpuesta patrón fino, patrón homogéneo, patrón grueso, anti DNA + 1/ 20480, anti SS/RO > 200 U/ml, anti SS/LA 11,5 U/ml, anti SS/RNP 70, Anti cardiolipinas Ig G 1824 GPL, IgM 84 MPL, Beta 2 glicoproteína Ig G 1790 U/ml, IgM 118,4U/ml.
 Déficit de los factores de la coagulación: II, V, VII, VIII, IX, XI y Anti factor VIII +. Pruebas de homeostasia: Índice de Rosner no corrige. Presencia de inhibidor lúpico.
 Se asume como SAF secundario a LES. La paciente intercorre con hematomas espontáneos, lesiones eritematosas, algunas costrosas en región malar y nariz.
 Se transfunden 2 CGR, tratamiento antibiótico por infección urinaria y sífilis latente tardía. Inicia corticoterapia 1 mg/Kg e hidroclicloroquina, evolucionando favorablemente.

Comentario: El sangrado es una presentación poco esperable en el SAF, pudiendo ser la primera manifestación de la enfermedad. Según la búsqueda bibliográfica se reportan casos de esta asociación infrecuente denominado Síndrome anticoagulante lúpico-deshiperprotrombinemia, siendo este una deficiencia adquirida del factor II asociada a un anticoagulante lúpico, descrito predominantemente en mujeres jóvenes e incluso infantes con una relación entre mujeres y hombres de 14:1.

Conclusión: Se reporta este caso de SAF con presentación hemorrágica destacando su infrecuencia, representando un gran desafío diagnóstico y terapéutico considerando que la misma no confiere protección contra el riesgo de trombosis.

PC-13-46 // HEMATOMAS ESPONTÁNEOS SOBREINFECTADOS EN PACIENTE CON LLC

PELOI, M.; PIÑERO, e.; ROJAS, M.; RODRIGUEZ, L.; BENAVENTE, A.; JIMENEZ, O.
Sanatorio De La Providencia. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La Leucemia Linfática Crónica (LLC) es una neoplasia de células B que compromete médula ósea, bazo, ganglios linfáticos, sangre periférica y afecta principalmente a mayores de 55 años, incrementándose hacia la séptima década de vida. El ibrutinib es un antineoplásico utilizado para el tratamiento de la LLC. Actúa bloqueando la Tirosin Kinasa de Bruton (TKB), reduciendo así la migración de los linfocitos B anormales induciendo por otro lado su muerte. Sus efectos adversos más frecuentes son el síndrome de lisis tumoral, las infecciones por neutropenia y el síndrome hemorrágico por inhibición de la agregación plaquetaria, inhibición del factor VIII de la coagulación y trombocitopenia.

Caso: Paciente masculino de 68 años con diagnóstico de LLC desde el año 2015, en tratamiento con ibrutinib sin controles médicos desde su inicio, que consulta por fiebre y hematomas espontáneos en región infraclavicular derecha y gemelar derecha, ambos con signos de flogosis. Se interna y se procede a realizar estudios por imágenes que evidenciaron la presencia de colecciones en dichas regiones. Se decide suspender el ibrutinib, con posterior drenaje quirúrgico de los abscesos con toma de muestra para cultivo e inicio de tratamiento antibiótico empírico con ciprofloxacina-clindamicina. En los cultivos desarrolla crecimiento de SAMS evolucionando posteriormente con endocarditis infecciosa a punto de partida de dicho germen completando tratamiento dirigido con cefazolina sin complicaciones. Tras resolución infectológica y quirúrgica se otorgó el alta institucional.

Comentario: La LLC conlleva una reducción marcada de la producción normal de anticuerpos y un incremento de complicaciones como purpuras trombocitopénicas inmunes con aumento del riesgo de hemorragias e infecciones. El ibrutinib también puede generar un incremento en el riesgo de infecciones y hemorragias por producir neutropenia y trombocitopenia. Estas complicaciones son generadas entonces tanto por la enfermedad como por el tratamiento de la misma, con lo cual el riesgo de aparición es mayor debido a la presencia de ambos.

Conclusión: Se presenta este caso a fin de exponer la importancia del control del tratamiento con antineoplásicos, teniendo en cuenta el costo riesgo/beneficio, la vigilancia estricta y así poder prevenir la aparición de efectos adversos debido a que, en este caso, las infecciones y complicaciones hemorrágicas son las causas más frecuentes de muerte en pacientes con leucemia.

PC-13-47 // ENFERMEDAD DISEMINADA POR FUSARIUM SPP. EN PACIENTE CON MIELOMA MÚLTIPLE NO SECRETOR

CASTRO, G.; HERNANDEZ, C.; GIL, L.; CASTILLO ALAYO, A.; DE LA VIÑA, D.; AMAYA, S.
Sanatorio De La Trinidad Mitre. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El *Fusarium* spp. es un hongo de distribución mundial siendo patógeno para algunas especies vegetales, coloniza accidentalmente animales y humanos, generando cuadros diseminados de mal pronóstico, en especial en inmunodeprimidos por enfermedades oncohematológicas.

Caso: Varón de 56 años con diagnóstico reciente de mieloma múltiple no secretor, para el cual había recibido tratamiento con ciclofosfamida y 3 pulsos de metilprednisolona un mes previo a la consulta. Ingresó por cuadro clínico de 5 días de evolución consistente en astenia, adinamia, tos no productiva, dolor pleurítico y registros febriles en las 24 horas previas. Al examen físico se encontraba hemodinámicamente estable, con buena mecánica ventilatoria, rales tipo velcro bibasales a la auscultación pulmonar y lesiones maculo papulares eritematosas no pruriginosas en flanco, hipocondrio y raíz del muslo derecho. Se estudió con laboratorio que presentaba creatinina 1,4 mg/dL, urea 39 mg/dL, leucocitos de 9500/mm³, 77%PMN, sin otros hallazgos patológicos; TC de tórax simple que mostró múltiples imágenes nodulares en ambos pulmones, la de mayor tamaño se observó en lóbulo superior izquierdo, algunas con incipientes fenómenos de cavitación central. Se inició tratamiento antibiótico empírico con cefepime y por persistencia de registros febriles se continuó estudio con serología para HIV, antigenemia para *Cryptococcus* ambas negativas, PPD anérgica, ETT sin vegetaciones, lavado bronco alveolar sin rescate de gérmenes al cultivo y PCR para TBC negativa. Por persistencia de registros febriles se inició tratamiento antifúngico con anfotericina B, posteriormente se obtuvo aislamiento en hemocultivos por lisis de *Fusarium* spp. a los 20 días desde su ingreso. Por mejoría y estabilidad clínica se rotó tratamiento a voriconazol y egreso del paciente.

Comentario: La infección por *Fusarium* presenta un amplio espectro de enfermedades, desde superficiales (queratitis u onicomicosis) hasta enfermedad diseminada, dependiendo la puerta de entrada y el estado inmunológico del paciente. En particular se observa enfermedad invasiva en pacientes con enfermedad oncohematológica, neutropenia prolongada, trasplantados, corticoterapia u otra inmunosupresión. Se caracteriza por fiebre refractaria al tratamiento antibiótico, afectación pulmonar, sinusitis y a diferencia de otras micosis invasivas presenta lesiones metastásicas en piel y rescate en hemocultivos. El pronóstico de esta enfermedad se encuentra directamente relacionado al estado inmunológico del paciente y puede llegar a una mortalidad del 90%.

Conclusión: El aumento de infecciones por microorganismos inusuales se debe a la prevalencia de condiciones que afectan el sistema inmune y mayormente a tratamientos quimioterápicos y corticoides instaurados, lo que genera la necesidad de sospechar infecciones oportunistas. Los esfuerzos de diagnóstico y tratamiento se deben orientar por factores del huésped y probables gérmenes involucrados, incluyendo aquellos de menor prevalencia.

PC-13-48 // PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE SECUNDARIA A INFECCIÓN POR SARS COV 2: ANALISIS DE UN CASO.

DELGADO, D.; ACEVEDO, J.; MONTE, S.; SANTONCITO, m.; BEGHETTI, M.; PUJOL, J.; ZIZZIAS, S.; GÓMEZ PORTILLO, J.
Hospital El Carmen. Mendoza, Argentina.

Introducción: El nuevo SARS COV2 responsable de la enfermedad por Coronavirus (COVID 19) se asocia a complicaciones hematológicas y trombóticas. La incidencia de trombocitopenia debido COVID 19 es variable, se ha descrito hasta en un tercio de los pacientes trombocitopenia leve, sin embargo la trombocitopenia severa es infrecuente. La misma responde a múltiples mecanismos fisiopatológicos, dentro de los cuales encontramos a la púrpura trombocitopénica inmune (PTI). Se conoce que las causas secundarias de PTI representan alrededor del 15-20%, dentro de ellas se describen varios virus. Existen escasos reportes aislados y series de casos que muestran la asociación de SARS COV2 y PTI.

Caso: Paciente masculino, 35 años de edad, sin antecedentes patológicos, que ingresa por Neumonía moderada por SARS COV2, refiere además petequias generalizadas, gingivorragia y epistaxis de 24 hs de evolución. Examen físico: Regular estado general, lúcida, TA 100/70 mmHg, FC 76 lpm, SatO₂ 97% aire ambiente, T° 37,5°C, FR 18 lpm, abdomen globuloso, simétrico, blando, depresible, indoloro a la palpación superficial y profunda, no impresión hepatoesplenomegalia, RHA conservados. Laboratorio: Hematocrito 44%, Hemoglobina 15,4mg/dL, Leucocitos 4770/mm³, (Neutrófilos segmentados 2770/mm³, cayoado 0/mm³, Linfocitos 1440/mm³, Monocitos 380/mm³), Plaquetas 1.000/mm³, TTPK 27,7 seg, TP 95%, Ureemia 31,1 mg/dL, Creatinemia 1,06 mg/dL, GOT 26,9 U/L, GPT 45,8 U/L, Bilirrubina Total 1,03 mg/dL, FAL 59 U/L, LDH 490 U/L, PCR 8,41 mg/L, DD 200 ng/ml. Serología: Ig M Mycoplasma, Ig M Chlamydia, Ig M Epstein Barr, Ig M CMV, VDRL, HIV, Hep C: no reactivo. TC de tórax: infiltrado bilateral a predominio izquierdo. Ecografía de abdomen: esteatosis hepática grado I. Se diagnostica en conjunto con servicio de hematología como PTI secundaria a infección por SARS COV 2, se inicia tratamiento con transfusión de plaquetas, Ig humana 80 mg/24 hs por 2 días y dexametasona 40 mg/24 hs EV por 4 días. Por no presentar mejoría de plaquetopenia, se inicia tratamiento con eltrombopag 50 mg/24 hs y metilprednisolona 80 mg/24 hs VO, presentando mejoría de los valores de plaquetas. Es externado con este último esquema terapéutico y en el control ambulatorio a los 4 días del alta presenta 421.000/mm³ plaquetas.

Comentario: Motiva la presentación, el bajo reporte de casos descritos a nivel mundial de una complicación hematológica potencialmente mortal de COVID 19, con la intención de contribuir en la formación de evidencia para el posterior desarrollo de protocolos de tratamiento.

Conclusión: La PTI secundaria a SARS COV2 representa un gran desafío para el clínico debido a las diversas condiciones concomitantes y factores asociados con COVID 19. Destacamos la importancia de monitorizar las complicaciones hematológicas del SARS COV2, ya que las mismas se asocian con mala evolución.

PC-13-49 // DEBUT DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA CON LESIÓN MUSCULAR SECUNDARIA A INFILTRACIÓN NEOPLÁSICA

REBECCHI, P.
Italiano De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La leucemia mieloide aguda (LMA) se presenta habitualmente con síntomas relacionados a pancitopenia. La presentación inicial extramedular es infrecuente y más aún la infiltración muscular. Una forma de presentación infrecuente es el sarcoma granulocítico o tumor mieloide extramedular. Los factores de riesgo para su desarrollo son LMA M4, M2 y M5, expresión CD56 y anomalías genéticas t(8-21) e inv(16). La edad de presentación es de 26 a 60 años, con predominio femenino (80%). Se conforma por células inmaduras granulocíticas, originadas a partir de precursor mieloide, mieloblastos. El histopatológico confirma el diagnóstico, pero debido a los falsos negativos de biopsia por afectación parcheada, en pacientes con sospecha clínica elevada es útil el PET para confirmar.

Caso: Paciente de 59 años femenina consulta por mialgias generalizadas y astenia asociado a lesiones cutáneas de 10 días de evolución. Presentó placa eritematosa y dolorosa en tríceps y gemelos izquierdos asociada a edema. Se constató tricitemia crítica con blastos mieloides en sangre periférica. La biopsia de médula ósea confirmó el diagnóstico de LMA y se inició tratamiento con decitabina /venetoclax. Se realizó RM que confirmó edema de planos musculares y dermohipodermis. Se realizó biopsia de piel y partes blandas por sospecha de infiltración neoplásica cuyo resultado fue infiltrados inespecíficos donde se muestran epidermis y dermis conservada con inmunohistoquímica negativa para p53 y CD34. Por persistencia de sintomatología se realiza PET, donde se evidenciaron múltiples imágenes hipermetabólicas irregulares en distintos grupos musculares, con centro hipodenso y realce periférico. Las principales lesiones se encuentran en el músculo tibial anterior izquierdo con valores de SUV 8,3, glúteo medio derecho con SUV 7,5 y deltoides izquierdo con SUV 6,2 coincidentes con lesiones cutáneas visibles macroscópicamente. Se realizó biopsia de las lesiones musculares aún pendiente.

Comentario: Se presenta caso de LMA con presentación cutánea y muscular.

Conclusión: Ante esta presentación deben descartarse infección o infiltración por blastos o inflamación neutrofílica por ser lo más frecuente. Cuando las lesiones no pueden ser explicadas por estos mecanismos, debe considerarse el compromiso muscular y confirmarlo con estudios por imágenes, que en este caso identificó un patrón compatible con infiltración muscular por enfermedad de base ó sarcoma granulocítico. En estudio retrospectivo japonés se mostró en el PET especificidad similar al diagnóstico histopatológico para sarcoma granulocítico, cuando se usaba un punto de corte de 2,6 a 9,7 g/ml de SUVmax. Explica además, que la presencia de biopsia negativa no descarta diagnóstico por la probabilidad de representar una zona libre de infiltración. El tratamiento debe ser dirigido a la neoplasia hematológica de base.

PC-13-50 // SINDROME CONSTITUCIONAL COMO DEBUT DE DOS ENFERMEDADES DE BAJA INCIDENCIA

RIVERA, A.; MARIÑO CAMACHO, G.; LARZABAL, F.; VILELA, A.; ROSS, F.
Clínica Santa Isabel. Caba, Argentina.

Introducción: El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia de células plasmáticas que se caracteriza por presentar una banda monoclonal, infiltración de la médula ósea por células plasmáticas clonales y daño de órgano blanco. El carcinoma de células renales (CCR), también llamado hipernefoma o tumor de Grawitz, es el tumor renal más frecuente, representando aproximadamente el 3% de todos los cánceres en adultos y el 90-95% de todas las neoplasias renales. El CCR y MM son neoplasias con baja prevalencia poblacional, con una incidencia de 11,6/100.000 personas/año y 5,7/100.000 personas/año respectivamente. Aunque la probabilidad estadística de esta asociación es de 1 caso en 10 millones para un varón de 60 años, el riesgo acumulativo de ambas enfermedades en el mismo paciente es mucho mayor, siendo el CCR entre 25 y 400 veces más frecuente en pacientes con MM, y el MM entre 13 y 1.351 veces más frecuente entre los pacientes con CCR que en la población general.

Presentamos un caso clínico de un paciente con diagnóstico confirmado de ambas patologías.

Caso: Paciente masculino de 54 años con antecedentes de hipertensión arterial quien cursa cuadro clínico de 4 meses de evolución caracterizado por pérdida de peso asociado a astenia y adinamia. Consulta a nuestra institución donde ingresa hipertenso (170/100 mmHg) asociado a injuria renal aguda por lo que se realiza manejo con infusión de nitroglicerina (NTG) y se decide su pase a unidad cerrada para monitoreo. Ingresa con mejoría de cifras tensionales requiriendo goteo de NTG por 48 horas. En contexto de anemia aguda, falla renal y valores de hipercalcemia, se realiza estudio de médula ósea con reporte de infiltración de plasmocitos del 90%. Evolución clínicamente estable, requiriendo manejo con hemodiálisis, plasmaféresis y glucocorticoides. En estudios complementarios se evidencia una tumoración renal derecha por lo que se decide realizar biopsia de dicha lesión, demostrando la presencia de carcinoma renal de células claras. Previo inicio de quimioterapia se realiza hisopado nasofaríngeo para SARS COV2 el cual es positivo, se completa aislamiento por 14 días sin ninguna complicación. Inicia quimioterapia VTD-PACE (Bortezomib, talidomida, doxorubicina, cisplatino, ciclofosfamida, dexametasona, etopósido), intercorre con Shock séptico a foco desconocido con mala respuesta a tratamiento y fallece.

Comentario: El cáncer renal y el mieloma múltiple sincrónico son patologías de baja incidencia que pueden presentar características comunes e inespecíficas en su presentación, tales como anemia y alteración de la función renal.

Conclusión: Se presenta un caso clínico de dos patologías de distinta estirpe, sincrónico que debuta con síndrome constitucional.

PC-13-52 // MIELOMA MÚLTIPLE COMO DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA REAGUDIZADA.

BLANCO, M.; PONZIO, V.; ERDOCIA, A.; PISAREVSKY, A.; CHIARADIA, V.
Hospital De Clínicas José De San Martín. Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia definida por la presencia de más del 10% de plasmocitos en médula ósea. La enfermedad renal (ER) es una de las complicaciones más frecuentes del MM. Entre las principales causas de la ER encontramos la enfermedad por depósito de cadenas ligeras y la hipercalcemia, agregándole la amiloidosis en pacientes con enfermedad renal crónica (ERC). Los factores que promueven el depósito de cadenas ligeras comprenden la depleción de volumen, el consumo de antiinflamatorios no esteroideos (AINES), los diuréticos de asa y la acidosis metabólica. Entre el 20 y el 50% de los pacientes presentan insuficiencia renal aguda (IRA) o ERC al momento del diagnóstico, y de estos últimos, aproximadamente entre el 2 y el 12% requerirá hemodiálisis (HD).

Caso: Paciente mujer de 67 años de edad sin antecedentes conocidos previamente, comienza su enfermedad actual un día previo a la consulta con vómitos y dolor abdominal. Al interrogatorio dirigido refiere consumo de AINES dos semanas previas a la consulta por lumbalgia. En el laboratorio presenta creatinina (Cr): 6,75 mg/dl; urea (U): 180 mg/dl; pH: 7,25; bicarbonato: 16 mEq/L; calcio (Ca): 9,4 mg/dl; hemoglobina (Hb): 9,6 mg/dl y plaquetas: 78000 mg/dl. Se realiza Tomografía Computada (TC) de abdomen y pelvis que evidencia riñones aumentados de tamaño, sedimento urológico con patrón de necrosis tubular aguda (NTA) y se interpreta el cuadro como IRA/ERC reagudizada secundario a consumo de AINES, indicándose plan amplio de hidratación. Durante la internación presenta registros continuos de hipertensión arterial (HTA) y se descartan diabetes (DBT) y daño de órgano blanco por enfermedad cardiovascular. Por falta de mejoría de la función renal (FR), plaquetopenia persistente e hipogammaglobulinemia, se realiza análisis de orina de 24 hs con proteinuria de 1,73 g/día y clearance de creatinina de 7,7 ml/min/1,73m²; radiografía de calota que evidencia patrón de sal y pimienta; punción aspiración de médula ósea (PAMO) con resultado de 40% de plasmocitos y un valor sérico de beta 2 microglobulina de 25,7 mg/L. Se realiza el diagnóstico de mieloma múltiple de cadenas livianas Kappa, se inicia tratamiento con bortezomib/dexametasona y se programa HD. La paciente evoluciona con mejoría en la FR (Cr: 2,25 mg/dl; U: 27 mg/dl) en día 9 de tratamiento.

Comentario: La ER es una de las principales manifestaciones del MM. La intención del caso clínico es contemplar el diagnóstico junto con la DBT y la ECV como principales causas de ER, teniendo otros parámetros como la plaquetopenia, anemia y falta de mejoría de la FR.

Conclusión: Entre los factores determinantes de la sobrevida en pacientes con MM encontramos la severidad de la FR (incluyendo el requerimiento de HD), los valores de beta 2 microglobulina sérica y la mejoría de la FR con el tratamiento. Es fundamental la sospecha clínica y contemplar los factores que desencadenan la ER como el consumo de AINES, la hipovolemia o los diuréticos de asa.

PC-13-51 // ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA CAUSADA POR MUTACIÓN DEL FACTOR V DE LEIDEN

WEISHEIM, M.; DULCICH, S.; GASPARI, G.; MIGLIORE, M.; VADA, J.; SAVARECIO, N.; BORGHERINI, A.
Hospital Provincial De Rosario. Santa Fe, Argentina.

Introducción: La mutación del factor V de Leiden es la trombofilia hereditaria más frecuente y principal causa de resistencia a la proteína C activada y cursa con TVP asociada o no a otro factor de riesgo. Las trombofilias cursan con predisposición anormal a la trombosis sea con evento tromboembólico espontáneo, severidad desproporcionada en el territorio venoso o arterial o recurrencia. Dentro de las hereditarias la más frecuente es la mutación del Factor V de Leiden, dada por una mutación en el gen F5 de factor V. El riesgo de trombosis se asocia también a la edad, obesidad, poststración, ACO, tratamiento hormonal y embarazo, siendo de 1,3% anual.

Caso: Varón de 29 años obeso, tabaquista, consumidor ocasional de marihuana, diabético consulta por edema en miembro inferior izquierdo, dolor y aumento de tamaño respecto al contralateral. Impresionaba en buen estado general, vigil, con una PA de 120/70 mmHg, frecuencia cardiaca de 68 lpm, afebril, euneico. Presentaba edema infrapatelar izquierdo Godet (+). Hto 37,8%, Hb 13,1 g/dl, VES de 30 mm/h, glicemia de 236 mg%, calcio 8,1 mEq/L, TGP 51 U/lit, GGT 89 U/lit, colesterol HDL de 34 mg%, triglicéridos de 214 mg%, un dímero D de 1848 ng/ml y pro-BNP de 144 pg/ml. Las serologías para VIH, VHB, VHC y VDRL fueron no reactivas. Ecodoppler informó trombosis venosa oclusiva total de femoral común, superficial y safena poplítea. TAC informó signos de tromboembolismo pulmonar agudo y trombo extenso en territorio de vena cava superior con extensión a aurícula derecha. Se inició anticoagulación. Se realizó ecocardiograma en el cual no se observan signos de hipertensión pulmonar y laboratorio inmunológico normal. Pasó a sala general y fue dado de alta con tratamiento con antagonistas de vitamina K y control ambulatorio por consultorio externo de clínica médica y hematología.

Comentario: La mutación del factor V de Leiden es la trombofilia hereditaria más frecuente presente en 25% de los pacientes con enfermedad tromboembólica. Sólo un 5% de pacientes heterocigotos desarrollarán TVP. Puede afectar distintos territorios arterial o venoso. El diagnóstico es por testeo genéticos. El tratamiento es anticoagulación.

Conclusión: La importancia de este caso en la práctica clínica radica en la frecuencia de esta trombofilia hereditaria, como también en la importancia de tenerla en cuenta en el estudio de pacientes con trombosis venosa profunda de etiología no evidente.

PC-13-53 // HEMOFILIA A ADQUIRIDA POSPARTO: REPORTE DE UN CASO.

PIRES, J.; FINUCCI CURI, B.; TARDELLA, B.; PEREZ, D.; BUDDE, D.; SENOR, C.
Hospital Provincial De Rosario. Santa Fe, Argentina.

Introducción: La hemofilia A adquirida (HAA) se caracteriza por anticuerpos contra el Factor VIII, asociado a procesos autoinmunitarios, malignos, dermatológicos, alergias y embarazo, parto o puerperio, con sangrado cutáneo espontáneo y el diagnóstico se basa en determinar la actividad del factor VIII y la presencia de su inhibidor. Presenta muy baja incidencia. Suele cursar con manifestaciones hemorrágicas espontáneas y severas. Es autoinmune, con un autoanticuerpo inhibidor del FVIII, que conduce a un trastorno de la coagulación. Puede ser idiopático o secundario a patologías agudas o crónicas, o a situaciones como embarazo y puerperio. El retraso en el diagnóstico acrecienta la morbilidad.

Caso: Mujer de 36 años, segundo mes de puerperio, consultó por un cuadro de tres días de dolor lumbar derecho y hematuria y hematomas espontáneos en piernas. TAC informó dilatación pieloureteral derecha con ocupación de la pelvis renal y el uréter proximal por contenido hemático. Presentaba KPTT prolongado el cual no corrigió posterior a prueba con plasma. Se solicitó FSP, estudios inmunológicos y dosaje de factor VIII e inhibidor del mismo realizando diagnóstico de hemofilia adquirida posparto. Inició pulso de metilprednisona asociado a complejo coagulante inhibidor ? factor II, IX, X no activado y factor VIIa ? FEIBA. TAC evidenció mejoría del sangrado renal. Evolucionó con resolución de hematuria y tiempos de coagulación

Comentario: La hemofilia es un desorden hemorrágico hereditario, originado por mutaciones en el cromosoma X, caracterizado por la disminución o ausencia de la actividad funcional de los factores VIII o IX. La hemofilia A caracterizada por la deficiencia del FVIII o presencia de un inhibidor del mismo. La hemofilia adquirida A (HAA) presenta anticuerpos contra factor FVIII de coagulación (inhibidores). Su incidencia es de 1,5 casos por millón por año entre 64 y 68 años, y mujeres con enfermedades autoinmunitarias, embarazo y puerperio. La HAA posparto representa el 7 ? 11 % de las HAA. Suele presentarse con metrorragia o hematomas espontáneos en tejido subcutáneo. El diagnóstico por KPTT alargado con un TP normal indica un defecto en la vía intrínseca, y prueba con plasma normal, que no modifica KPTT en presencia de un inhibidor del mismo. Luego detección del inhibidor FVIII mediante índice de Rosner y titulación del inhibidor mediante el ensayo Bethesda. En nuestro caso con KPTT prolongado, se realizó la prueba de corrección con plasma normal, sin cambios. Dosaje de inhibidor de FVIII, evidenciando un índice de Rosner mayor a 10% y se realizó mediante el ensayo Bethesda la cuantificación de su inhibidor; corrigiendo el KPTT y negativizando el inhibidor posterior al tratamiento con complejo coagulante. El tratamiento incluye fármacos como F VII a recombinante, desmopresina y tranexámico además del tratamiento inmunosupresor.

Conclusión: Caso paciente 36 años cursando puerperio mediato con hematomas espontáneos, sangrado visceral y tiempos prolongados.

PC-13-54 // PARAPRESIA Y HIV

MARQUEZ ARAMAYO, C.; MARCOCCIA, C.; FIGUERAS, L.; MAJERIC, V.; NÚÑEZ RODRÍGUEZ, M.; LANGELLOTTI, L.; CARRIZO, J.; BARRA, M.; TAFFAREL, C.; LARREA, R.
Hospital Central De San Isidro Dr. Melchor Ángel Posse?. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Es bien sabido que la infección por el HIV predispone al desarrollo de una serie de afecciones malignas. Los linfomas asociados con el SIDA se relacionaron con inmunodeficiencia severa, generalmente en individuos con T CD4 + menores a 200 células.

El espacio epidural es un sitio poco frecuente de localización de los LNH. Estas representan una complicación grave y frecuente de los pacientes con VIH que no reciben antirretrovirales

Caso: Femenina de 31 años, pérdida de peso no cuantificada y biopsia ganglionar supraclavicular por adenopatía en estudio. Consulta por cuadro clínico de 5 días de evolución que inició con caída de propia altura, y paraparesia progresiva. En las últimas 48 hrs agrega incontinencia urinaria.

Ingresó subfebril, con múltiples adenomegalias en región supraclavicular y axilar derecho, paraplejía, con reflejos osteotendinosos disminuidos, disminución de la sensibilidad compatible con región de T2. Anemia normocítica normocromática, LDH aumentada. Realizamos TC que mostró adenopatías supra, infraclaviculares y pelvianas, y RNM que evidenció tumor en tejido blando con hipointensidad de señal en espacio epidural desde T2 ? T5 y L2 ? S2, comprometiendo piel y partes blandas. Posteriormente recibimos resultado de biopsia de ganglio supraclavicular compatible con LNH de células B grandes y serología VIH + por lo que iniciamos tratamiento antirretroviral.

Iniciamos tratamiento con esquema CHOP. La paraplejía persiste, aunque pudimos darle el alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio.

Comentario: Las complicaciones neurológicas espinales constituyen la primera manifestación de los LNH en un pequeño porcentaje de localizaciones extraganglionares, siendo el 15% de las mismas, el linfoma difuso de células B grandes el más frecuente, teniendo, así como diagnósticos diferenciales la estenosis de canal medular, una radiculopatía o una mielopatía cervical espondilocrómica, así como asociaciones con polirradiculoneuritis de Guillain-Barré o con infecciones oportunistas.

La mayoría de pacientes inmunodeprimidos suelen evidenciar realce heterogéneo en estudio de imagen, evaluando el compromiso mielorradicular por afectación epidural, puede suponer la revelación de una recidiva del LNH.

Conclusión: El diagnóstico precoz mediante técnicas imagenológicas cumple un papel importante, siendo así la RNM con contraste el método para evaluar el segmento afectado, ya que el pronóstico neurológico depende de la intensidad y duración de la compresión.

Aquellos ya diagnosticados de LNH que en su curso clínico presenten recidivas con compromiso mielorradicular, pueden también beneficiarse de la laminectomía descompresiva. La quimioterapia, habitualmente con la pauta CHOP, bien de forma aislada o en combinación, constituye la base del tratamiento de los LNH con compromiso mielorradicular.

PC-13-56 // TROMBOSIS AÓRTICA EN PACIENTE CON NEUMONÍA AGUDA POR COVID19

PITASNY, V.; NEGRI, M.; PIERETTI, C.; LOCRET, M.; LILJESTHRÖM, F.; RIGONI, M.
Hospital De Emergencias ?Dr Clemente Alvarez?. Santa Fe, Argentina.

Introducción: La trombosis, es una activación inadecuada de la coagulación, provocada por alteraciones de los componentes de la Tríada de Virchow: lesión endotelial, alteración del flujo sanguíneo normal e hipercoagulabilidad. La infección por SARS-CoV2, se asocia a un estado procoagulante, con elevación de fibrinógeno y Dímero D. La activación excesiva del sistema inmune liberaría una tormenta de citoquinas dañando el sistema microvascular y activando el sistema de coagulación. Se relaciona al estado procoagulante con la inflamación y la hipoxia.

Caso: Hombre de 58 años, sin antecedentes patológicos conocidos, consulta por cuadro de 24 horas de evolución de dolor abdominal mesogástrico, migratorio, de intensidad 10/10 sin respuesta a analgésicos comunes. Refiere de 15 días de evolución, astenia, fiebre y disnea progresiva con diagnóstico clínico-epidemiológico de infección por SARS-CoV2. Examen físico: TA: 210/110 mmHg; FC: 100 lpm; FR: 35 cpm; T° 36,7 S02: 89% al O21 y 98% con máscara de reservorio a 15 l/min. Aparato respiratorio: regular mecánica ventilatoria. Rales crepitantes mediobasales bilaterales. Uso de musculatura accesoria. Abdomen: doloroso a la palpación difusa. Sin defensa ni descompresión. Pulsos periféricos palpables y simétricos. Laboratorio: HTC0 47,8%; Hb 16,8 g/dl; GB 21000/mm3 (N80%); plaquetas 446000/mm3; Glicemia 377 mg/dl; CPK 1295 U/L; LDH 797 U/l; PCR 251 mg/L; Ferritina 2583 ng/ml; DD 3074 ng/ml. AngioTAC de tórax y abdomen: opacidades en vidrio esmerilado, parcheadas. Tramado reticular predominantemente en lóbulo inferior derecho y otras con tendencia a la consolidación a nivel basal izquierdo. Fase angiográfica: hipodensidades endoluminales con falta de relleno en aorta abdominal supra e infrarenal, estas últimas de menor tamaño que podrían estar en relación a trombos murales; hipodensidad de la porción distal de la arteria esplénica en su rama que corresponde al polo inferior del bazo.

Por diagnóstico de trombosis aórtica supra e infrarenal, se instaure tratamiento con enoxaparina. Con respecto al cuadro pulmonar, el paciente presentó luego de la instauración de antibiocioterapia y corticoterapia mejoría de la mecánica respiratoria, persistiendo hasta el alta hospitalaria hipoxemia moderada.

Comentario: La infección por SARS-CoV2 se encuentra al momento dando origen a una pandemia novedosa, con formas de presentación muy diversa y complicaciones de distintos aparatos y sistemas, siendo la afectación vascular un reflejo del compromiso sistémico de esta entidad.

Conclusión: Destacamos la importancia de tener presente la asociación entre la infección por SARS-CoV2, la inflamación y la hipoxemia, al aumento de riesgo de trombosis. Si bien se han reportado más casos de enfermedad tromboembólica venosa en esta entidad, comentamos en esta oportunidad un caso de trombosis arterial, en un paciente sin lesiones relevantes previas de arterias abdominales.

PC-13-55 // DEFENSA Y ATAQUE, CUANDO LA INMUNIDAD NOS JUEGA EN CONTRA

DI ROCCO, L.; BRITO, D.; BARRA, M.; MASTROVINCENTO, V.; ANDRADE, K.; CHACÓN CORENA, H.; CARRIZO, J.; LANGELLOTTI, L.; TAFFAREL, C.; LARREA, R.
Hospital Central De San Isidro Dr. Melchor Ángel Posse?. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: LLA es una de las enfermedades caracterizada por la proliferación clonal de linfoblastos. Tiene distribución bimodal con un primer pico en pacientes menores de 20 años y el segundo a partir de los 45 años de edad. La supervivencia libre de leucemia y global a largo plazo es del 70% en jóvenes, cuando se aplican protocolos basados en esquemas pediátricos.

Presentan alta incidencia de infecciones, siendo una de las principales causas de morbimortalidad. La LLA es acompañada de profundas neutropenias, por la enfermedad en sí y por los tratamientos administrados.

Caso: Paciente femenina de 26 años consulta por astenia. La internamos por presentar bicitopenia en el laboratorio (anemia y plaquetopenia). Realizamos diagnóstico de LLA Pro B con compromiso de SNC. Realizamos tratamiento con protocolo GATLA y QMT intratecal alcanzando la remisión completa.

Durante esta internación, mientras resolvía la neutropenia post quimioterapia, la paciente intercorre con síndrome de reconstitución inmune a foco respiratorio. Que presentó buena respuesta al manejo médico. Persistiendo una imagen hiperdensa en lóbulo superior derecho. Luego de presentar franca mejoría del estado general, le dimos el alta hospitalaria para que continúe seguimiento por ambulatorio en plan de TAMO.

Reinternamos a la paciente posteriormente para administrar quimioterapia de consolidación. Por lo que nuevamente presentó neutropenia, y en ese contexto intercurrió con neutropenia febril a foco abdominal y pulmonar, por lo que realizamos nueva TC que mostró hiperdensidad localizada en el mismo lugar que la previa, pero que ahora mostró un patrón compatible con lesión cavitada. Por estos hallazgos iniciamos tratamiento antibacteriano y antifúngico. Respondiendo la paciente de forma favorable.

Por la persistencia de la imagen en diversos controles ambulatorios, solicitamos biopsia de la lesión pulmonar. El resultado de la AP fue informado como proceso inflamatorio crónico granulomatoso caseificante, mientras que en los cultivos se rescató Nocardia con PCR positiva para TBC. Iniciamos tratamiento antibiótico para ambos gérmenes hasta que 2 meses después la paciente estuvo en condiciones de someterse al TAMO.

Comentario: La prevalencia de TBC en pacientes oncohematológicos es del 1%, con alta mortalidad, siendo mayor la prevalencia de las formas pulmonares.

El hallazgo de TBC plaritea interrogantes, ya que podemos pensar tanto en una reactivación, como en una TBC intrahospitalaria. Aproximadamente el 30% de los casos son producto de una recurrencia de TBC, sin poderse determinar realmente si son reactivaciones o re infecciones.

Conclusión: Este es un ejemplo de la alta incidencia de infecciones en pacientes con enfermedades oncohematológicas tratados con inmunosupresores y con TAMO.

Sería interesante discutir si el screening de TBC debe formar parte del diagnóstico diferencial de los cuadros febriles en los pacientes sometidos a TAMO.

PC-14-01 // PRESENTACION ATIPICA DE CANCER HEPATICO

PORTELLO, M.; MARCOVECCHIO, C.; MERLO, A.; BASILI, L.; GONZALEZ, V.; GUZMAN ORTIZ, H.; VALENTINO, R.; GRASSANO, A.; ARBE, J.; ARREGUI, L.; MELGAREJO ACOSTA, N.; HINOJOSA NOGALES, C.
Higa Gandulfo. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El carcinoma hepatocelular es el tumor maligno más frecuente originado en el hígado y es una de las principales causas de muerte relacionada con el cáncer en todo el mundo. El enolismo, las hepatitis B y C son las principales etiologías para su desarrollo. Es un cáncer agresivo y el diagnóstico se realiza en etapas avanzadas

Caso: Se presenta el caso de un paciente de 48 años con antecedentes de hipertensión arterial, etilista social, consumo problemático de sustancias en la juventud; y que se encontraba finalizando tratamiento para una enfermedad de transmisión sexual. El motivo de consulta al hospital fue por una tumoración esternal de 4 meses de evolución de características duro-elásticas, adheridos a planos profundos y dolorosa a la palpación, la cual fue aumentando progresivamente de tamaño y que atribuía su aparición a un traumatismo laboral. Por mal manejo del dolor se encontraba bajo tratamiento con aines y opiáceos. En los exámenes complementarios presentaba: Gb 15 560 K/uL hito 42,3 % hb 14,3 gr/dl plaq 323 K/uL bilirrubina total 0,59 Mg/dl bd 0,24 mg/dl colesterol total 182 mg/dl fosfatasa alcalina 254 U/L got 55 U/L gpt 119 U/L albumina 4,2 g/dl urea 37 mg/dl creatinina 0,92 mg/dl sodio 139 calcio 10,6. Serologías para HIV, hepatitis B AG y CORE no reactivos. En el estudio tomográfico de tórax, abdomen y columna se evidenciaban lesiones osteolíticas a nivel de región esternal y dorsal con compromiso de tejidos blandos, y además una formación isodensa solda en el lóbulo hepático izquierdo. Se solicitó proteinograma electroforético que determinó un ligero aumento de gamaglobulinas de aspecto policlonal. Por epidemiología del paciente, se continuó su estudio solicitando serologías restantes y marcadores tumorales con resultado positivo para Hepatitis C y una elevación de la alfa-feto proteína. Se solicitó tomografía de abdomen con contraste que evidenció una lesión en lóbulo hepático izquierdo con wash in en fase arterial y wash out venoso compatible con hepatocarcinoma, se coordinó biopsia de lesión esternal obteniéndose morfología y perfil inmunohistoquímico consistente con dicho tumor. Se inició tratamiento con sorafenib junto con radioterapia y continuo seguimiento por el servicio de oncología

Comentario: Las lesiones óseas en pacientes con hepatocarcinoma son de muy baja frecuencia y de un pronóstico desfavorable. En este caso se reporta el diagnóstico de hepatocarcinoma avanzado mediante una tumoración ósea como primera manifestación clínica en un paciente sin signos clínicos de cirrosis hepática y con estadio child pugh A

Conclusión: Con la experiencia de nuestro caso, coincidimos con la bibliografía sobre el aumento de la incidencia de metastasis óseas en el paciente con hepatocarcinoma, que se debe en gran parte al avance tecnológico sobre los estudios complementarios y coincidimos además en el diagnóstico tardío de esta patología ya que como presentamos, el paciente se encontraba en un estadio avanzado de la enfermedad

PC-14-02 // HEMATOMA HEPÁTICO SUBCAPSULAR

CHOCQUE OLIVA, A.; CANEPA, M.; GRANDE, S.; MANSILLA, Y.; PALLARES, R.; DELGADILLO, J.
Higa Dr Diego Paroissien. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los hematomas hepáticos espontáneos son entidades poco frecuentes, siendo su diagnóstico de vital importancia, ya que pueden presentar como complicación abdomen agudo y shock hemodinámico si no se controla a tiempo, y se define como una lesión hemorrágica parenquimatosa contenida por la capsula hepática. Dentro de las causas etiológicas principales se encuentran: el traumatismo cerrado o abierto, iatrogénica (biopsia, drenaje, CPRE), Ginecológica (síndrome de hellp), por parásitos: entre ellos Fasciola.

Caso: Paciente femenina de 50 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo, litiasis vesicular, síndrome coledociano 2016 con colocación de stent, CPRE en julio de 2018 y recambio de stent biliar, viajes a Bolivia en 2016 y Perú en septiembre de 2018. Ingresa al hospital el día 15/06/2020 presentando cuadro clínico de 4 días de evolución caracterizado por dolor abdominal tipo cólico a nivel del hipocondrio derecho e irradiado a epigastro, náuseas, vómitos, e intolerancia digestiva, presenta hiperbilirrubinemia y leucocitosis. Se realiza ecografía Abdominal que informa: hígado con ecoestructura heterogénea de aspecto líquido en el reborde inferior del lóbulo hepático izquierdo de 106x45mm en probable relación a hematoma subcapsular, y imágenes compatibles con cavernomatosis portal. Y en TAC de abdomen con contraste endovenoso se constata voluminosa imagen líquida subcapsular izquierda en relación a hematoma subcapsular aproximadamente 111x41x118mm, mas imagen compatible con trombosis parcial portal. A las 48hs de su ingreso, intercorre con registro febril, odinofagia, tos irritativa, motivo por el cual se realiza hisopado nasofaríngeo para SARS-CoV2 siendo detectable. Por antecedentes epidemiológicos, se envía al Instituto Malbrán muestra de Suero y coproparasitológico para detección de Fasciola, las cuales se informan: Elisa de 0,71 para un corte de 0,40, parasitológico: negativo para huevos de dicho parásito. Se inicio tratamiento antibiótico a foco abdominal con buena respuesta, normalizando posteriormente los valores de laboratorio, también se realizó el seguimiento en conjunto con cirugía general del hematoma subcapsular, con ecografías seriadas control, el cual no modifico su tamaño durante la internación ni presento complicaciones agudas como rotura ni descompensación hemodinámica. La infección por Covid-19 se clasifico como leve cumpliendo aislamiento respiratorio durante su internación. Fue dada de alta. Actualmente en seguimiento por cirugía general en plan de recambio de stent biliar.

Comentario: La atención por un equipo multidisciplinario, el seguimiento con estudios de imagen, como así también los controles hemodinámicos son importantes para reducir la morbimortalidad.

Conclusión: Si bien el hematoma subcapsular no es una entidad frecuente, es importante buscar la etiología de forma tal que nos permita un tratamiento inicial rápido y dirigido a la causa desencadenante para evitar la rotura hepática que es la complicación más grave.

PC-14-03 // INSUFICIENCIA HEPÁTICA E HIPERTENSIÓN PORTAL EN MUJER JOVEN: UNA PRESENTACIÓN INFRECIENTE DE UNA ENFERMEDAD PREVALENTE

FACCHIN, M.; ACTIS DANNA ZAIEG, R.; GIGENA, E.; YORIO, M.
Hospital Córdoba, Universidad Nacional De Córdoba. Córdoba, Argentina.

Introducción: La enfermedad celíaca (EC) es una enteropatía autoinmune desencadenada por ingesta de gluten en personas con susceptibilidad genética. Presenta un espectro clínico variable que a nivel hepático puede manifestarse como: Daño hepático mínimo asintomático y con cambios histológicos no específicos; Hepatopatías (HE) autoinmunes, sin respuesta a dieta libre de gluten; e Insuficiencia hepática grave y Cirrosis criptogénica descompensada, potencialmente tratables con la dieta sin gluten.

Caso: Mujer de 18 años consulta por edemas en cara, miembros superiores e inferiores, distensión abdominal y disnea de esfuerzo de 7 días de evolución. Antecedentes: consumo social de alcohol. Examen físico: normotensa, afebril, peso 47 Kg. Edema bipalpebral, en manos y en ? distales de piernas, blando, de temperatura y color conservado. Abdomen globuloso, simétrico, indoloro, ascitis infraumbilical, RHA (+). Laboratorio: anemia normocítica normocrómica, 43000/mm³ plaquetas; APP 60 KPTT 46,1, BT 1,82 BI 1,24; Prot totales 3,5 y albúmina 2,1; LDH 594. Orina: piuria moderada, relación prot/cr 1,55. Paracentesis: líquido límpido, GASA > 1,1.

Eco abdominal: hígado de tamaño reducido, bordes irregulares, aspecto heterogéneo; litiasis biliar. Riñones: forma-tamaño-posición normal, adecuada relación cortico-medular y aumento de la ecogenicidad. Esplenomegalia: diámetro mayor: 151 mm. Severa cantidad de líquido libre en cavidad peritoneal.

Se internó para estudio y tratamiento con diagnóstico de Síndrome de Hipertensión Portal con Insuficiencia Hepática. Se cultivó orina y liq ascítico y se iniciaron ATB, diuréticos y vitamina K. Ecodoppler Portal: vena porta permeable diámetro 9 mm con onda espectral ondulatoria, velocidad 20 cm/s con colaterales a nivel del hilio esplénico.

C3 y C4 bajos y Urocultivo: E. coli multisensible. Ecocardiograma doppler, serologías virales, ANA, anti-DNA, panel para SAF, perfil tiroideo, Ac para HE autoinmunes y cultivo de líquido ascítico fueron -: Evolucionó con disminución de edemas y peso, afebril. Biopsia hepática: parénquima marcadamente fragmentado, disgregado con citoarquitectura preservada y congestión sinusoidal.

Se recibieron Ac antiendomisio y antitransglutaminasa positivos. VEDA: biopsia de 2° porción de duodeno con moderada inflamación crónica inespecífica, vellosidades con atrofia total y alteración de la relación criptovellositaria. Linfocitos intraepiteliales > 25 por cada 100 enterocitos: compatible Marsech 3C.

Comentario: Este caso clínico requirió por su complejidad un abordaje entre varios servicios médicos con un amplio abanico de diagnósticos diferenciales. Constituye una presentación infrecuente de una enfermedad prevalente lo que refuerza su valor docente.

Conclusión: Hay suficiente evidencia para recomendar cribado cruzado tanto para el diagnóstico del daño hepático asintomático en los pacientes con EC como para el diagnóstico de la EC en los pacientes con daño hepático criptogénico. El tratamiento dietario puede prevenir HE y progresión de enfermedad.

PC-14-04 // SÍNDROME "OVERLAP" (HEPATOPATIA CRÓNICA DE PROBABLE ETIOLOGÍA AUTOINMUNE CON MARCADA ACTIVIDAD NECROINFLAMATORIA Y ESTADIO DE CIRROSIS A2/F6) , A PROPÓSITO DE UN CASO

GUZMÁN PATIÑO, K.; DIFILIPPO, H.; GAYOSO, A.; BAENA, D.; PEÑA, L.; BONICATTO, A.; ARAMAYO, V.; CONDORI, D.; VÁSQUEZ HERRERA, J.; JURADO, G.
Hospital Español De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción: El síndrome "overlap" hepatitis autoinmune (HAI)-cirrosis biliar primaria (CBP) caracterizado por un solapamiento de hallazgos clínicos, analíticos, inmunológicos e histológicos tanto de HAI como de CBP que son las 2 principales enfermedades de base inmunológica hepáticas.

La (HAI) es una enfermedad hepática necroinflamatoria crónica caracterizada por la presencia de autoanticuerpos circulantes, hipergammaglobulinemia, (IgG) aumentada y una lesión histológica necroinflamatoria con hepatitis de interfase e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y manifestaciones extrahepáticas de autoinmunidad. Los síntomas más comunes de la hepatitis autoinmune son ictericia, artralgia, dolor abdominal difuso, artralgia, telangiectasias. Si se encuentra asociado a cirrosis hepática puede acompañarse de ascitis y encefalopatía hepática

Caso: Femenina de 61 años de edad, hipotiroidismo hace 23 años, cirrosis biliar primaria diagnosticada hace 3 años, artroscopia de rodilla bilateral por lesión de meniscos hace 13 años. Consulta por dolor abdominal de 7 días de evolución el cual se exacerba en 48 Hrs con adinamia, hiporexia. Med. habitual levotiroxina 100 mg/día. Consumió ácido ursodexocólico por 3 meses. Al examen físico buen estado general, normotenso, afebril, vigil, lúcida, orientada globalmente sin déficit focal neurológico, con tinte icterico generalizado, Abdomen globoso a expensas de líquido ascítico. Edema de MI Godet ++. Se realiza eco abd. Evidenciándose líquido libre en cavidad abdominal por lo que se realiza paracentesis diagnóstica y evacuatoria. Se interpreta como ascitis moderada secundario a cirrosis biliar primaria en fase cirrótica. El laboratorio evidenció hipergammaglobulinemia, hipertrasaminasemia, SMA, GGT aumentada, Antimitocondrial AC. Positivos, Anticuerpos anti-músculo liso (SMA) Positivos, serologías HIV, hepatitis B anticorpo total AHc , Hepatitis b antígeno de superficie HBsAg, Anticuerpos AHVC no reactivos. ANA no detectables. Hto 39, Hb 12,7 , GB 3730, PLAQ 67.000, GLU 80, UREA 20, CREATININA 0,87, 129/32/94, Hepatograma BT 8,19, BD 12,33, TGO 456 /TGP 2907FAL 183/ PCR 12,37, ALB 2,77, LDH 670, GGT 107, PROT TOTALES, 6,45, IG A 406, IGM 247, IGG 2265. VSG 22. TSH 0,02, T4 libre 2,09, Anticuerpos antitroglobulina 28,45. ECO ABD: Enmascarado por ascitis, bordes irregulares de aspecto pseudonodular, Esplenomegalia homogénea 124 x 71 mm, COLANGIORESONANCIA Vía biliar intrahepática no dilatada. Se evidencia ligera reducción del calibre del conducto hepático derecho y en menor medida del sector proximal del CHC.

Comentario: Los hallazgos anatomopatológicos revelan la presencia de una colangitis con un infiltrado inflamatorio de tipo linfoplasmocitario. Un caso infrecuente.

Conclusión: El síndrome "overlap" CBP-HAI suele afectar a mujeres, con una edad media de 50 años, y frecuentemente asociado a enfermedades extrahepáticas. BIOPSIA HEP. Hepatopatía crónica de probable etiología autoinmune con marcada actividad necroinflamatoria y estadio de cirrosis A2/F6.

PC-16-01 // CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

IAMONICO, E.; MORENO, D.; SENA, M.; FOGIEL, C.; BELLINI, M.; IGLESIAS, A.; BRUNO, A.; FEDULLO, M.;

VEGA, A.; BIANCHI, V.
Hospital Alvarez. Caba, Argentina.

Introducción: La criptococosis es una enfermedad que resulta de la infección por el hongo Cryptococcus neoformans. Suele transmitirse por la inhalación de aerosoles provenientes de excremento de aves, principalmente palomas. Este hongo se considera oportunista, afectando en la gran mayoría de los casos a pacientes inmunodeprimidos graves, particularmente HIV, siendo infrecuente su repercusión clínica en inmunocompetentes. Compromete principalmente el aparato respiratorio y neurológico.

Caso: Paciente mujer de 54 años con antecedentes epidemiológicos de cuidado de palomas y loros dos años previos a la consulta. Ingresa por cuadro de cefalea, náuseas y vómitos de una semana de evolución. Presenta paresia del sexto par derecho con diplopía. Se solicitan serología para VIH, TC y resonancia magnética de encéfalo sin evidencia de patología estructural y posterior punción lumbar con presencia de levaduras con tinta china positiva y cultivo positivo para Cryptococcus neoformans en LCR, iniciándose tratamiento con anfotericina B asociado a fluconazol. Por su frecuente asociación, se realiza búsqueda de inmunodeficiencias por HIV, metabólicas, endocrínicas, tumorales y por déficit celular y humoral, sin hallazgos patológicos. La paciente evoluciona favorablemente otorgándose el alta hospitalaria para continuar tratamiento con fluconazol por vía oral. Reingresa meses después por infección urinaria y cefalea, presenta convulsiones tónico clónicas generalizadas con hallazgo de criptococo en LCR por antigenemia/raquia positiva, reiniciándose tratamiento con fluconazol y anfotericina B con buena evolución.

Comentario: El objetivo del caso es exponer un caso de criptococosis meníngea en un paciente inmunocompetente.

Conclusión: La meningitis criptocócica es una enfermedad oportunista y rara en pacientes inmunocompetentes. Debe buscarse el antecedente de exposición a excremento de aves u ocupaciones que impliquen el cuidado o uso de las mismas. El abordaje terapéutico de la recaída sigue los mismos principios de la primera infección.

PC-16-02 // INFECCIÓN DISEMINADA POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN PACIENTE CON LINFOMA T/NK DE SENO MAXILAR

DURAND, S.; ROSSI, M.; QUESADA, C.; GAITAN, L.; REYNOSO, A.; CODINO, J.
Hospital General De Agudos Dr. Ignacio Pirovano. Caba, Argentina.

Introducción: Strongyloidiasis es una infección parasitaria crónica causada por el helmintho Strongyloides stercoralis, la cual es endémica en regiones tropicales, subtropicales y zonas templadas, con una prevalencia que no excede el 25%. El modo de transmisión es a través de la piel que toma contacto con tierra contaminada por larvas de S. stercoralis. La presentación clínica es variable, pudiendo ser aguda, crónica o severa que incluye la hiperinfección y la infección diseminada, las cuales se suelen asociar a distintos tipos de inmunosupresión y cuya tasa de mortalidad oscila entre 70% y 100%.

Caso: Masculino de 36 años, oriundo de Paraguay, con antecedentes de linfoma tipo T/NK de seno maxilar de reciente diagnóstico que realizó el primer ciclo de quimioterapia (15 días previos a su ingreso) con ciclofosfamida, vincristina, y en mantenimiento con dexametasona. Consulta por dolor abdominal asociado a náuseas, vómitos biliosos y fiebre de 48hs de evolución. A su ingreso, paciente normotenso, subfebril, presentaba dolor a la palpación profunda en hemiabdomen superior, sin defensa ni reacción peritoneal. Tumefacción hemifacial izquierda y úlcera necrotizante en paladar duro. En el laboratorio, se evidencia leve aumento de enzimas hepáticas, LDH 637 U/L, amilasa 52 U/L, glóbulos blancos 6600 (94% neutrófilos y 3.9% linfocitos, 0.4% eosinófilos), triglicéridos 215 mg/dl, resto sin particularidades. Se realiza tomografía computada (TC) de abdomen y pelvis que informa páncreas con imagen hipodensa a nivel de la cabeza de probable origen isquémico, vía biliar no dilatada, vesícula biliar alitiásica, líquido libre en cavidad, engrosamiento difuso de paredes del colon, múltiples colecciones perigástricas y peripancreáticas. Se interpreta cuadro como pancreatitis aguda e inicia tratamiento. Durante su internación, continúa con registros febriles diarios, aparición de petequias periumbilicales y en flancos, pancitopenia con requerimiento de transfusión de hemoderivados. Se toman cultivos, sin rescate bacteriológico, e inicia antibioticoterapia empírica con imipenem y vancomicina. Al séptimo día, evoluciona con insuficiencia respiratoria aguda con requerimiento de intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica. Se realiza TC de tórax que evidencia múltiples focos de infiltrado intersticio-alveolar en vidrio esmerilado bilaterales y foco consolidativo basal izquierdo. Se realiza aspirado traqueal con cultivo compatible con larvas de Strongyloides stercoralis. Se inicia tratamiento antiparasitario con ivermectina y albendazol. Posteriormente, evoluciona con shock refractario y fallece.

Comentario:

Conclusión: Se presenta este caso debido a su baja prevalencia, la importancia del screening de S. stercoralis en pacientes oriundos de zonas endémicas bajo tratamiento inmunosupresor e inicio temprano de tratamiento, ya que dicha infección predispone a complicaciones asociadas a una alta tasa de mortalidad como el desenlace ocurrido con nuestro paciente.

PC-16-04 // UVEÍTIS POSTERIOR BILATERAL DE CAUSA INFECCIOSA. REPORTE DE UN CASO.

HERRERA CABALLERO, J.; TORRES, N.; VASQUEZ, C.; ACOSTA, D.; NIEBLES, N.; GORRITI PEREYRA, N.; BRAGAÑA, C.; GUERRERO MORA, J.; PFIRTER, f.; SCAPELLATO, J.
Sanatorio Anchorena. Caba, Argentina.

Introducción: La sífilis es una enfermedad infecciosa con afectación sistémica originada por un grupo de bacterias que pertenece al género treponema y se denomina Treponema Pallidum, variando la incidencia con la distribución geográfica y el entorno socioeconómico. La forma más frecuente de adquirir la enfermedad es por transmisión sexual. Clínicamente se divide en una serie de etapas; fase de incubación, sífilis primaria, secundaria y luego progresa las fases latente temprana y tardía, ambas asintomáticas, con serologías positiva, y finalmente la sífilis terciaria. Esta se caracteriza por afectación a diferentes órganos, especialmente el sistema cardiovascular, sistema nervioso central representado como neurosífilis que puede estar asociado o no a síntomas, con serologías positiva en líquido cefalorraquídeo (LCR). Además podemos encontrar la afectación ocular siendo esta poco frecuente; equivale al 1-2 % de las uveítis anteriores, intermedias, posteriores y panuveítis, siendo en la uveítis posterior el síntoma cardinal la pérdida de visión indolora. El tratamiento de primera línea es penicilina intravenosa durante 10-14 días, asociado a corticoides sistémicos o tópicos.

Caso: Paciente femenina de 52 años de edad que consulta por presentar escotomas en campo visual izquierdo asociado a disminución de agudeza visual. Se realiza ambulatoriamente campimetría visual computarizada y angiografía ocular donde se evidencia lesiones placoideas en fondo de ojo con coroiditis en ambos ojos con vasculitis y leve inflamación del nervio óptico. Al examen físico paciente lúcida, sin foco neurológico. Pupilas reactivas bilaterales, fondo de ojo con ojo izquierdo con papila sobrelevada hiperémica, no exudados ni hemorragias sin signo de vasculitis. Ojo derecho sin alteraciones. Se realiza VDRL 128 DILS, FTAABS reactivo, HIV negativo, LCR normal y resto de laboratorios sin particularidades. VDRL en LCR negativa. Además se solicita tomografía y resonancia de cerebro sin hallazgos patológicos. Se inicia tratamiento con penicilina G sódica 3 millones cada 4 horas hasta completar 14 días. La paciente evoluciona con mejoría de la agudeza visual y de las alteraciones en la campimetría visual.

Comentario: La sífilis ocular parece estar en aumento, coincidiendo con el incremento en la incidencia de la sífilis. En el caso de nuestra paciente en contexto de escotoma en campo visual y la disminución de la agudeza visual y con la ayuda de los hallazgos de la campimetría visual computarizada se logra realizar de manera oportuna una impresión diagnóstica y así mismo instaurar un tratamiento específico, logrando de algún modo disminuir la aparición de complicaciones posteriores y determinando así la evolución satisfactoria de la paciente.

Conclusión: Creemos importante considerar la sífilis en el diagnóstico diferencial de un paciente con uveítis, ya que la incidencia de esta enfermedad continúa en aumento y su tratamiento adecuado y a tiempo puede determinar la evolución del cuadro y evitar secuelas.

PC-16-03 // SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO DE ORIGEN INUSUAL

PFIRTER, f.; TORRES, N.; SCAPELLATO, J.; MARTIN, M.; HERNANDEZ, L.; BESTEIRO, G.; BONAVITA, G.; POLO TABORDA, N.; SILVEYRA, M.; GONZALEZ, L.
Sanatorio Anchorena. Caba, Argentina.

Introducción: La fiebre prolongada es una causa creciente de consulta. El desafío de identificar la etiología se convierte en un reto a las habilidades del clínico. Las causas infrecuentes siempre deben ser traídas a los planos de estudio basándose en el interrogatorio epidemiológico del paciente. La brucelosis como causa infrecuente se convierte en uno de los diagnósticos diferenciales y debe ser tenido en cuenta en pacientes que refieren hábitos viajeros.

Caso: Paciente masculino de 38 años de edad con antecedentes de ser vegano, empleado administrativo con viajes frecuentes, último realizado a Tailandia. Consulta por cuadro de 3 meses de fiebre, pérdida de peso, adinamia, sudoración nocturna y aumento de tamaño de testículo derecho. Se había estudiado con serología para dengue (negativa), HIV (negativo), VDRL (negativo), proteinograma electroforético (normal), hisopado nasofaríngeo covid19 y panel viral (negativo), PET TC (adenopatías hipermetabólicas supra e infradiaphragmáticas. Foco hipermetabólico en amígdala derecha, con incremento metabólico difuso en la médula ósea asociado a esplenomegalia hipermetabólica). Se interna, se continúan estudios con hemocultivos, urocultivo, hisopado uretral (Gonococo, Chlamydia trachomatis, ureaplasma urealyticum), serología Hepatitis B, EBV, CMV, Toxoplasmosis, reacción de Huddleson, ecografía testicular (testículo derecho levemente aumentado de tamaño, no homogéneo a expensas de área hipoecogénica de 22x17 con epididimo engrosado. Además, tanto el epididimo como el testículo con aumento difuso de su vascularización). Se interpreta orquiopididimitis iniciándose ceftriaxona + doxiciclina. Es evaluado por hematología que por sospecha de síndrome linfoproliferativo con afectación testicular y amigdalina realiza biopsia de médula ósea. ORL realiza amigdalectomía. En día 7 de tratamiento evoluciona con mejoría del edema testicular. Se recibe informe de positividad de reacción de huddleson, por lo que, junto con la mejoría clínica, se reinterpreta como probable brucelosis y se solicitan serologías (IgG e IgM) resultando ambas positivas, confirmando dicho diagnóstico.

Comentario: El caso representa una presentación de una causa inusual de fiebre en un paciente con las características epidemiológicas descritas. Coincide el dato ser más frecuente en hombres entre 30 y 40 años. La brucelosis afecta 500000 personas al año, manifestándose con fiebre intermitente, fatiga, diaforesis, pérdida de peso y manifestación local con orquiopididimitis en el 2-20%, con un periodo de incubación prolongado de 1 a 3 meses.

Conclusión: El valor diagnóstico de esta entidad en un paciente vegano, radica según entendemos en la relación de los viajes frecuentes con contactos con animales, por lo que siempre deben tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en síndrome febril prolongado.

PC-16-05 // ENFERMEDADES INFLAMATORIAS: SÍNDROME DE BEHCET VERSUS SÍNDROME MULTISISTÉMICO POR SARS-COV2

POROPAT, C.; BENEGAS, M.; DE LA DEDICACIÓN, A.; GAITAN, L.; MONTOYA, D.; QUESADA, C.
Hospital Provano. Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El síndrome de Behcet es una enfermedad inflamatoria crónica, multisistémica, de etiología desconocida. El diagnóstico se basa en la presencia de úlceras mucocutáneas dolorosas recurrentes, uveítis y en menor frecuencia afectación vascular, articular, neurológica, pulmonar, cardíaca y renal. Se considera una enfermedad autoinmune, ya que la principal lesión anatomopatológica es una vasculitis ligada al antígeno HLA-B51.

Caso: CASO CLÍNICO: Paciente masculino de 19 años, con antecedentes de Faringitis no estreptocócica a repetición, estomatitis herpética y eritema nodoso. Consulta por fiebre de 7 días de evolución y odinofagia, lesiones máculo papulares en región facial y extremidades, asociado a artralgias de grandes articulaciones. A su vez presentaba úlceras orales dolorosas, placas purulentas en fauces junto con lesiones ulcerativas en genitales, adenopatías cervicales e inguinales palpables dolorosas asociadas a secreción uretral. El laboratorio presentaba: anemia normocítica-normocrómica, TP 64%, kptt 33' y de anticuerpos antiestreptolisina con resultado negativo. Por contexto epidemiológico se realiza hisopado para detección de Sars-Cov-2, resultando la primera muestra negativa, la cual se repite por alta sospecha resultando positiva. Evoluciona con persistencia de registros febriles durante 10 días y progresión de las lesiones mucocutáneas, dolor abdominal intenso, marcadores inflamatorios elevados (VSG: 102 mm/h, ferritina 1675 ng/ml, PCR 22.07 mg/dl). Sin otra etiología microbiana probable, se interpreta el cuadro como síndrome Inflamatorio multisistémico por Covid-19. Realiza tratamiento con gammaglobulinas sin respuesta. Continúa el estudio microbiológico con: Hemocultivosx2, urocultivo, cultivo de secreción uretral que resultan negativos, realización de ECG de características normales, tomografía de tórax, abdomen y pelvis sin particularidades, colagenograma normal, serologías negativas para HIV, VDRL, Hepatitis A, B y C; y positivas para Cmv IgG, Ebna IgG y Vca IgG. Se realiza test de patergia con resultado positivo, biopsia de piel que informa ?vasculitis leucocitoclástica?. Frente a estos hallazgos se realiza el diagnóstico de enfermedad de Behcet inicia tratamiento con Deltisona y evoluciona con regresión de lesiones mucocutáneas y cese de los registros febriles otorgándose el alta institucional.

Comentario: Ante un paciente con historia de úlceras oro-genitales recurrentes es importante considerar el diagnóstico de Enfermedad de Behcet. En el contexto epidemiológico actual se agregó un nuevo diagnóstico diferencial: Síndrome Inflamatorio multisistémico por Covid-19 que fue descartado por falta de respuesta a tratamiento instaurado.

Conclusión: Ambas entidades presentan una fisiopatología poco clara, donde la respuesta inmune juega un rol preponderante. Concluimos que es de vital importancia el manejo multidisciplinario para alcanzar un diagnóstico de certeza en patologías poco frecuentes.

PC-16-06 // ENFERMEDAD LINFOPROLIFERATIVA POSTRASPLANTE RENAL CON DONANTE CADAVERICO

SILVA, P.; MÉNDEZ VILLARROEL, A.; BALDESSARI, E.; MESQUIDA, S.; PISANO RIGGIO, L.; ALVAREZ, B.; BUTRON, M.; CARRILLO, M. Favaloro. Caba, Argentina.

Introducción: La enfermedad linfoproliferativa postrasplante (PTLD) es un espectro de enfermedades que varía desde la hiperplasia linfóide hasta linfomas pobremente diferenciados. Es la segunda patología tumoral más frecuente en los trasplantados. La mayoría se asocia a la infección por virus Epstein barr (EBV) que se cree juega un rol fundamental en su fisiopatología. Suelen presentar pérdida de peso y síntomas inespecíficos propios del lugar afectado. El abdomen es la región más afectada, tanto en forma nodal como extranodal, siendo el hígado y el intestino las principales dianas. El diagnóstico se confirma con anatomía patológica. La primera línea de tratamiento consiste en el descenso de la inmunosupresión, y ante la falta de respuesta, se puede utilizar rituximab y agentes quimioterápicos.

Caso: Masculino de 72 años, con antecedente de trasplante renal con donante cadavérico en 2009, inmunosuprimido con micofenolato, tacrolimus y metilprednisona. Consultó a la institución por tres meses de dolor abdominal generalizado asociado a astenia y adinamia. Por ambulatorio, se realizó endoscopia digestiva alta y baja sin hallazgos relevantes. A su ingreso, presentaba ascitis supraumbilical y edemas de miembros inferiores. El laboratorio evidenció anemia de trastornos crónicos y aumento de la GGT. Las serologías para virus hepatotropos y VIH fueron negativas. La ecografía abdominal informó esteatosis hepática severa, múltiples imágenes nodulares hipocogénicas, la mayor de 32 mm, y líquido ascítico. Se realizó paracentesis con GASA >1.1 gr/dl, 265 cél/mm3 a predominio mononuclear (75%). La tomografía de abdomen informó lesión sólida de contornos mal definidos en la raíz del mesenterio con realce heterogéneo, con diámetros de 193 mm (lateral), 107 mm (anteroposterior) y 159 mm (transversal) ubicándose en íntimo contacto con tercera y cuarta porción del duodeno sin plano de clivaje. Infiltraba la arteria mesentérica superior y la vena homónima. Se solicitó carga viral de EBV que fue 671 U/ml y se realizó biopsia hepática. La anatomía patológica informó PTLD monomorfa (linfoma B de alto grado, con rasgos tipo linfoma de Burkitt). La tomografía de tórax no presentó hallazgos patológicos. La B2 microglobulina sérica fue de 8.4 ug/ml y la LDH de 544 U/l. Evolucionó con deterioro del sensorio progresivo, hipercalcemia severa sin respuesta al tratamiento y shock refractario, constatándose el óbito.

Comentario: La PTLD es la segunda causa de malignidad en trasplantados y tiene mal pronóstico. El compromiso abdominal es el más frecuente, especialmente del hígado y el intestino. Para el diagnóstico es fundamental el estudio anatomopatológico e inmunohistoquímica del tejido afectado. El tratamiento inicia con el retiro de la inmunosupresión seguido de rituximab y quimioterapia para estadios avanzados.

Conclusión: A pesar de los avances logrados, todavía falta investigar sobre presentaciones atípicas no asociadas a la infección por EBV y presencia de síndromes paraneoplásicos como hipercalcemia.

PC-16-07 // CRIPTOCOCOSIS DISEMINADA EN UN PACIENTE CON SIDA

GARCÍA DAROCA, L.; BORGABELLO, D.; GÓMEZ, S.; LOPEZ, J.; SANCHEZ, H. Hmc Gr1 601. Capital Federal, Argentina.

Introducción: Cryptococcus neoformans es un hongo dimórfico que puede ser potencialmente mortal, especialmente en huéspedes inmunocomprometidos. El criptococo ocasionalmente causa infección en humanos, sobre todo en quienes tienen la inmunidad celular alterada. En pacientes con VIH existe un defecto inmunológico por pérdida de los linfocitos CD4, siendo una infección oportunista determinante de sida.

Caso: Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 57 años de edad que consulta por cuadro clínico caracterizado por poliuria y polidipsia en contexto de un paciente con antecedentes de diabetes tipo II insulino requiriente, amputación infracondilea izquierda por pie diabético, ERC estadio III y retrovirus positivo en fase SIDA. Al examen físico lúcido, presenta hipertermia, sin signo de foco motor, buena suficiencia cardiorespiratoria, abdomen blando depresible indoloro, amputación infracondilea izquierda con cicatriz no dolorosa de adecuada coloración sin retracción ni adherencias a planos profundos, resto del examen físico sin particularidades. Se realiza laboratorio presentando: anemia normocítica normocrómica, plaquetopenia leve y alteración de la función renal acorde a antecedentes. Se efectuaron hemocultivos para bacterias y hongos, urocultivo y tomografía de cerebro, tórax, abdomen y pelvis, donde a nivel de cerebro presenta leve atrofia cortico subcortical, no se evidencian signos de isquemia aguda o extravasación hemática intra ni extra axial, no se observan realces tras administración de contraste y a nivel del tórax se evidencia infiltrado en vidrio esmerilado difuso con incipiente patrón de árbol en brote, abdomen y pelvis sin particularidades. Se obtiene en 24 horas crecimiento en hemocultivos de levaduras en tipificación. Debido al contexto del paciente y el estadio de su enfermedad de base, se toma muestra de LCR, obteniéndose tinta china positiva y en cultivo de sangre y de LCR positivo para criptococo neoformans, se interpreta el cuadro como criptococosis diseminada y se inicia esquema con anfotericina B liposomal y fluconazol ajustado a antibiograma. Se obtienen Linfocitos CD4 absolutos 14, Carga viral 14.800, Antigenemia 1/1024 y 1/512. Paciente evoluciona favorablemente con cultivos de LCR positivos persistentes a pesar del tratamiento instaurado. Se decide realizar RNM de cerebro donde se evidencia la presencia de una colección líquida densa de 22x15 mm de diámetro localizada a nivel del hemisferio cerebeloso derecho. Luego de cumplir 80 días de tratamiento con anfotericina B liposomal y fluconazol, se realiza nuevo cultivo de LCR con resultado negativo y alta hospitalaria.

Comentario: La incidencia de la infección por Cryptococcus en pacientes con SIDA depende de factores determinantes, en función de los recuentos de células CD4 por debajo de 100 células/mL. Se presenta este caso de criptococosis diseminada ya que es una patología de alta mortalidad siendo importante realizar un diagnóstico oportuno para iniciar una terapéutica adecuada.

Conclusión: -

PC-16-08 // ENFERMEDADES MARCADORAS DE SIDA - HISTOPLASMOIS DISEMINADA

RIVAROLA, M.; BORGABELLO, D.; BARROS, C.; LOPEZ, J.; STESSENS, M. Hospital Militar Central. Capital Federal, Argentina.

Introducción: Se considera SIDA a aquel individuo HIV positivo con menos de 200 CD4 y/o por lo menos 1 enfermedad marcadora. La histoplasmosis diseminada es una micosis sistémica endémica, causada por el hongo dimórfico Histoplasma capsulatum. Las manifestaciones clínicas dependen de la carga fúngica inhalada, del estado inmunológico del paciente y de la virulencia de la cepa infectante. La variante diseminada es más frecuente en inmunocomprometidos.

Caso: Paciente masculino de 28 años de edad, oriundo de Corrientes, consulta por presentar diarrea de un mes de evolución asociado a pérdida de peso 20% en 6 meses, fiebre y tos de una semana de evolución. Como antecedentes personales es un paciente retrovirus positivo (diagnosticado en 2014) sin tratamiento antirretroviral. Al examen físico se encuentra lúcido, mal estado general, caquéctico, presenta lesiones maculo papulosas violáceas de distribución generalizada, lesión ulcerativa en periné con fondo húmedo y vesículas adyacentes, crepitantes en ambos campos pulmonares a predominio izquierdo. Se realizó al ingreso laboratorio completo, TCM de cerebro, tórax, abdomen y pelvis, hemocultivo, cultivo de LCR. En el laboratorio se observa pancitopenia e insuficiencia renal aguda, carga viral 772.000 copias, CD4 absolutos 9. En la tomografía informa estructuras ganglionares aumentadas en número y tamaño a nivel axilar y mediastinal, en tórax presenta cambios ventilatorios con patrón de árbol en brote que involucran al lóbulo inferior izquierdo y a nivel apical derecho donde adquiere cierto patrón en vidrio deslustrado, en abdomen se observa hepatosplenomegalia homogénea. Se realiza hemocultivo con lisis centrifugación por lesión sospechosa de histoplasmosis con rescate positivo para Histoplasma Capsulatum. Por presentar lesiones compatibles con sarcoma de Kaposi se realiza biopsia de piel (rostró), así como también de la lesión localizada en periné. Se recibe resultado de biopsia donde informa, la 1° lesión compatible con sarcoma de Kaposi, y en la región de periné se obtiene rescate de histoplasma capsulatum y virus herpes simple. Realiza tratamiento con Aciclovir y Anfotericina B liposomal por 14 días para luego rotar la terapéutica antimicótica a Itraconazol. Por continuar con pancitopenia se realiza PAMO y frotis interpretándose secundario a proceso infeccioso agudo se indica Leucovorina y hierro. Por buena evolución y mejoría clínica se inicia terapia antirretroviral con buena tolerancia a la misma.

Comentario: La importancia de un diagnóstico etiológico en tiempo y forma mejora la calidad de vida de la población y evita nuevas infecciones. El diagnóstico microbiológico de una enfermedad marcadora es fundamental en un paciente con SIDA. La histoplasmosis diseminada representa la segunda micosis sistémica potencialmente mortal en pacientes retrovirus positivo. Es necesario tener siempre presente las infecciones micóticas, sobre todo en nuestro país donde existe un importante subregistro y una elevada prevalencia.

Conclusión:

PC-16-09 // MENINGOENCEFALITIS COMO PRESENTACIÓN DE PRIMOINFECCIÓN POR HIV: CASO CLÍNICO

CASARIEGO, I.; BLANCO, J.; ORTEGA, V.; PRIETO, L. Hospital Municipal De Agudos Leónidas Lucero. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La infección aguda por el virus de la inmunodeficiencia humana, se define como el conjunto de fenómenos inmunológicos y virológicos que se desarrollan desde el momento en que el individuo se infecta por el virus, hasta que la viremia y el recuento de linfocitos CD4 en sangre periférica se estabiliza.

El síndrome retroviral agudo (SRA) se refiere a los signos y síntomas que se presentan durante esta etapa. El inicio de los mismos ocurre entre una a seis semanas tras la exposición al virus, pero tiene un valor máximo a las tres semanas. Las características clínicas del SRA son inespecíficas y variables, siendo asintomática hasta en el 60 % de los pacientes. Una causa infrecuente de meningoencefalitis es la primo infección producida por el virus de la inmunodeficiencia humana presentándose entre un 1,4% y un 24% de los casos.

Con respecto al diagnóstico, en un 75% de los pacientes con infección primaria por el VIH se puede detectar el antígeno p24 y el ARN del VIH es el marcador más sensible ya que se encuentra muy elevado en los enfermos con la infección aguda.

Caso: Paciente femenina de 20 años sin antecedentes conocidos que consulta por pérdida del tono postural asociado a decaimiento. Refiere consulta previa por fiebre asociada a dolor abdominal y rash cutáneo. Se realiza laboratorio que muestra tricitemia, hepatitis y ELISA de 4ª generación para HIV positivo, CD4 130 y carga viral mayor a 10.000.000 copias. Se realizó tomografía de encéfalo que no muestra alteraciones y punción lumbar con parámetros de meningitis sin rescate microbiológico (cultivo para bacterias y micológico, VDRL, PCR para herpes virus, Ziehl Nielsen y antígeno de cryptococco negativos). Serologías en suero para citomegalovirus, hepatitis B y C, anticuerpos heterófilos y anticuerpos nucleocitoplasmáticos negativos. Se interpreta el cuadro como meningitis secundaria a HIV, se comienza tratamiento antirretroviral y tratamiento de sostén en unidad de terapia intensiva.

Comentario: Varios virus producen meningitis aséptica, incluidos los enterovirus, el virus del herpes simple (HSV), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el virus del Nilo occidental, el virus de la varicela-zóster (VZV), las paperas y el virus de la coriomeningitis linfocítica (LCM)

La infección primaria por VIH se presenta con frecuencia como un síndrome similar a la mononucleosis y un subconjunto de estos pacientes desarrollará meningitis o meningoencefalitis.

La documentación de la infección primaria por VIH se logra mediante la demostración de la seroconversión o la detección de la viremia en ausencia de anticuerpos contra el VIH.

Conclusión: Se expone este caso debido a la presentación clínica poco frecuente de la meningitis por HIV en contexto del síndrome retroviral agudo y la importancia de un diagnóstico oportuno para el inicio temprano de la terapia antirretroviral y su repercusión desde el punto de vista de la salud pública evitando el riesgo de transmisión.

PC-16-10 // NEUMONIA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD A S. AUREUS METICILINO RESISTENTE

MONGELOS ORTIZ, A.; DUARTE, A.
Sanatorio Migone Battilana. Asunción, Paraguay.

Introducción: La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) se define como una infección aguda del parénquima pulmonar en un paciente que ha adquirido la infección en la comunidad. Se asocia con una morbilidad y mortalidad considerables, particularmente en pacientes adultos mayores y aquellos con comorbilidades importantes. La neumonía por *Staphylococcus aureus* representa un porcentaje bajo pero importante de los casos, pudiendo ocasionar NAC necrotizante grave.

Caso: Paciente de sexo femenino de 81 años conocida hipertensa, con acalasia esofágica, hipertensión pulmonar secundaria a tromboembolismo pulmonar hace 20 años, desnutrición calórico-proteica y diverticulosis. Refiere cuadro que inicia 6 días antes del ingreso con decaimiento del estado general, astenia, sensación febril de inicio insidioso, sin predominio de horario, tos con expectoración amarillenta sin estrias de sangre, no fétida en moderada cantidad, además de poca ingesta de alimentos y agua, junto con somnolencia marcada por lo que acudió al servicio de urgencias donde constata una presión arterial de 73/50 mmHg. Recibió cargas con suero salino con poca respuesta por lo que fue remitida a la Unidad de Cuidados intensivos adultos. Examen físico: rales crepitantes en campo pulmonar medio derecho. Se realiza tomografía computarizada (TC) de tórax donde se observó signos de neumatopía segmentaria en el lóbulo superior derecho, con adenomegalias asociadas, numerosas bronquiectasias cilíndricas en lóbulo superior derecho asociado a una condensación parenquimatosa de tipo alveolar sin evidencia de obstrucción. Se inició cobertura con vancomicina + ceftazidima por antecedente de internación por NAC *S. Aureus* meticilino resistente (SARM) 2 meses antes. La paciente se mantuvo afebril, hemodinámicamente estable, buena mecánica respiratoria y con nutrición por sonda nasoyeyunal instalada en el servicio. Se solicitó cultivo de esputo que retornó positivo para SARM. Días después se decide realización de gastrostomía y por presentar un pico febril se realizó un lavado broncoalveolar (BAL) con envío de esputo para cultivo el cual volvió a retornar positivo para SARM. Completó tratamiento con Vancomicina + ceftazidima por 20 días. Fue dada de alta con trimetoprim-sulfametoxazol + protocolo de erradicación con Mupirocina y Clorhexidina 4%.

Comentario: Deben considerarse NAC por SARM y bacilos gramnegativos multiresistentes, como *P. aeruginosa* y bacilos gramnegativos productores de betalactamasas de espectro extendido en pacientes que tienen ciertas comorbilidades, que han recibido antibióticos recientemente y/o que tienen tuvo exposición a entornos de atención médica.

Conclusión: Las fosas nasales anteriores son el sitio más común de colonización por SARM lo que aumenta el riesgo de infecciones estafilocócicas después de procedimientos médicos o quirúrgicos invasivos, allí radica la gran importancia de la descolonización temprana en caso de conocerse portador.

PC-16-12 // CRIPTOCOCOSIS MENINGEA EN PACIENTE HIV NEGATIVO

AGUILAR, N.; MILITANO, A.; ILLARIETTI, C.; FRANCO, E.; FERNANDEZ, M.; QUIROZ, M.
Hospital Julio C. Peraldo. Chaco, Argentina.

Introducción: La criptococosis es una enfermedad fúngica causada por levaduras capsuladas del género *Cryptococcus*, complejo *Cryptococcus neoformans/Cryptococcus gattii* (*C. neoformans/C. gattii*). Es un hongo de distribución universal, en el ambiente se lo aísla en superficies contaminadas con excremento de aves. Es considerada una micosis oportunista, puede afectar cualquier órgano teniendo predilección por el sistema nervioso central (SNC). Los síntomas más comunes de la meningitis criptocócica son la cefalea y la alteración del sensorio.

El diagnóstico se realiza a través de la detección del antígeno de *Cryptococcus* en el líquido cefalorraquídeo (LCR), por aglutinación en partículas de látex (LA-ANLIS), por inmunocromatografía, o la observación microscópica directa del sedimento del LCR con tinta china. El cultivo en Agar Sabouraud establece el diagnóstico definitivo y se considera el método de referencia.

Para su tratamiento en nuestro país se utiliza, anfotericina B 0,7 mg/kg de peso diario IV durante 4 semanas como inducción y luego fluconazol 800 mg/día vía oral hasta completar 12 semanas como consolidación.

Caso: Paciente masculino de 55 años, con poliangeítis microscópica (PAM) bajo tratamiento con ciclofosfamida y corticoides.

Inicia 48hs previas con cefalea retroocular y de epifora bilateral. Evoluciona con vómitos y estupor. Ingres a nuestro nosocomio con signos vitales conservados, se realiza laboratorio y punción lumbar (previa tomografía de encéfalo) de la que se obtiene LCR cristal de roca, límpido, glucorraquia 19 mg/dl, proteínas 1,73 g/dl, Ph 7,48, lactato 6,1 mmol/l, cloruro 106 meq/l, recuento celular de 180 mm³ a predominio linfocítico, presión de apertura 24 cmH₂O. A las 72 hs, se informa LA-ANLIS positivo para el complejo *C. neoformans/C. gattii*, con cultivo positivo del caldo tioglicolato. Se inicia tratamiento con anfotericina B y fluconazol parenteral cumpliendo en total 17 días. El cultivo micológico fue negativo a la semana y a las dos semanas de tratamiento. Después de eso el paciente continuó con fluconazol como profilaxis.

Comentario: La meningitis por el complejo *C. neoformans/C. gattii* debe ser sospechada en pacientes con síndrome meningéico e historia de inmunosupresión ya que, es común encontrar en pacientes VIH negativos formas de presentación atípicas.

La gran mayoría de las infecciones criptocócicas se dan en pacientes con alteración de la inmunidad celular, dada por linfocitos T. En nuestro paciente, desconocemos la relación CD4/CD8 y se encontraba bajo tratamiento con corticoides, que disminuyen la respuesta celular.

Conclusión: En pacientes inmunosuprimidos, sin HIV, es importante mantener alto nivel de sospecha de meningitis criptocócica, ante cambios en el sensorio.

Si bien el gold standard para el diagnóstico continúa siendo el cultivo, las técnicas de detección antigénica (LA-ANLIS o ELISA) son accesibles y el resultado se obtiene en menos de 1 hora siendo actualmente las técnicas de elección

PC-16-11 // SARCOMA DE KAPOSI SISTEMICO: A PROPOSITO DE UN CASO.

OSTROWSKI, M.; AYMAR, M.; BIAGGIONI, M.; PERTICONE, M.
Hospital Municipal Dr Leónidas Lucero. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El sarcoma de Kaposi es una neoplasia angioproliferativa, inflamatoria y multifocal, etiológicamente asociada al herpes virus 8. Existen cuatro tipos de sarcoma de Kaposi: clásico, endémico, asociada a trasplante de órganos y relacionado a SIDA. Dentro de este último, se establecen las formas de presentación cutánea y visceral. La concomitancia de infecciones oportunistas, presencia de síntomas B, extensión de enfermedad y bajo recuento de CD4 son factores de mal pronóstico

Caso: Paciente masculino de 33 años de edad, con diagnóstico reciente de infección por HIV, sin terapia anti-retroviral, y antecedente de sífilis secundaria tratada, se interna por síndrome febril de 5 días de evolución asociado a dolor abdominal tipo cólico y diarrea no inflamatoria. Al examen físico se observa paciente agudamente enfermo con palidez cutáneo mucosa, petequias en paladar blando, adenopatías generalizadas inflamatorias en región cervical, axilar, supraclavicular e inguinal y múltiples lesiones maculo-papulares rojo vinosas en tórax, miembros inferiores y genitales. En el laboratorio presenta anemia, plaquetopenia, hiponatremia y reactantes de fase aguda elevados. Recuento CD4 190. Se realiza biopsia de piel que a la visualización directa muestra *Cryptococcus* spp. Punción lumbar con antígeno de *Cryptococcus* latex positivo. Se interpreta como criptococosis diseminada y se inicia tratamiento antifúngico. Posteriormente, se recibe anatomía patológica de muestra de piel positiva para sarcoma de Kaposi. Se efectúa colonoscopia que revela múltiples lesiones macroscópicamente similares a las de piel, compatibles con la patología oncológica sospechada. Ante la progresión del cuadro con lumbalgia secundaria a adenopatías retroperitoneales, progresión de lesiones cutáneas y evidencia de enfermedad diseminada, se decide iniciar quimioterapia con doxorubicina liposomal y tratamiento antirretroviral. El paciente evoluciona con respuesta parcial, dado que a corto plazo intercorre con insuficiencia renal aguda, ascitis y rápido empeoramiento de las lesiones, condicionando su fallecimiento.

Comentario: La introducción de la terapia antirretroviral de gran actividad en la infección por HIV, ha sido un hito fundamental que determinó el descenso en la incidencia de sarcoma de Kaposi. Se trata entonces de una patología infrecuente con elevada morbimortalidad.

Conclusión: El caso enunciado, en un paciente con severo compromiso sistémico, refleja una presentación poco frecuente de esta entidad, cuyo diagnóstico oportuno y tratamiento podrían determinar una mejor respuesta

PC-16-13 // COVID-19 ASOCIADO CON HISTOPLASMOSIS DISEMINADA RELACIONADA CON EL SIDA: REPORTE DE CASO

FERNANDEZ, N.; RAGUSA, M.; BARLETTA, J.; SISTO, A.; ROLON, M.; BERTOLINI, M.; FALAK, A.; CUATZ, D.; MUTTI, M.
Hospital Fernandez. Capital Federal, Argentina.

Introducción: Si bien la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda la terapia antirretroviral universal (TARV) a todas las personas que viven con el VIH (PWH), independientemente de su estado inmunológico, solo el 60% de las PWH reciben TARV sostenida en todo el mundo; y las infecciones oportunistas (IO) siguen causando una morbilidad y mortalidad significativas, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos. La histoplasmosis diseminada (HD) es causada por el hongo dimórfico *Histoplasma capsulatum*, endémico del centro y centro-sur de Estados Unidos y de América Latina. En estas áreas, la tasa de incidencia anual puede acercarse al 5% entre las PWH3, afectando especialmente a las personas con recuento de CD4 <150 células/mm³. La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) es una enfermedad infecciosa respiratoria causada por el síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2). El 11 de marzo de 2020, la OMS definió el COVID-19 como una pandemia. No está del todo claro cómo las PWH se ven afectadas por COVID-19, particularmente en el contexto de una inmunosupresión profunda relacionada con el SIDA y la coexistencia con las IO relacionadas con el VIH. Presentamos el caso de un paciente masculino que presenta HD relacionada con el SIDA asociado a COVID-19.

Caso: Varón de 43 años con antecedente de infección por VIH y mala adherencia al TARV que presentó tos y disnea de inicio agudo, asociada a fiebre, sudoración nocturna, dolor abdominal y diarrea de 1 mes de evolución. La exploración física reveló hipoxemia (pulsioximetría en aire ambiente del 93%), lesiones cutáneas ulceradas generalizadas, adenopatías dolorosas cervicales, supraclaviculares e inguinales bilaterales, candidiasis oral y hepatomegalia. En el examen respiratorio se encontró hipoventilación generalizada y crepitantes difusos. Las pruebas de laboratorio mostraron ferritina 1500 ng/mL (rango normal: 23,9-336,2 ng/mL), dímero D 431 ng/mL (rango normal: <230 ng/mL), proteína C reactiva 16 mg/dL (rango normal <1,0 mg/dL), LDH 380 U/L (rango normal 120-246 U/L), transaminasas levemente elevadas y recuento de glóbulos blancos dentro del rango normal, excepto por linfopenia leve. El recuento de células CD4 fue de 16,3 células/mm³ (3,7%). La tomografía computarizada de tórax demostró infiltrados de patrón millar y opacidades en vidrio esmerilado multifocales periféricas bilaterales.

Se realizó escarificación de la lesión cutánea, con tinción de Giemsa que evidencia la presencia de levaduras intracelulares tipo *Histoplasma capsulatum*. Debido a la circulación local de COVID-19, se realizó RT-PCR para SARS-CoV-2 en una muestra de hisopado nasofaríngeo extraída del paciente y fue ingresado en el hospital con diagnóstico de HD. Dado que no se disponía de anfotericina liposomal, se administró tratamiento con desoxicolato de anfotericina B intravenosa a 1 mg/kg/día. El paciente se mantuvo hemodinámicamente estable y sus requerimientos de oxígeno disminuyeron durante el transcurso del seguimiento. 48 horas después del ingreso del paciente, en el cultivo de piel y el hemocultivo por centrifugación de lisis crecieron *H. capsulatum* y se obtuvo un resultado detectable de RT-PCR de SARS-CoV-2 de la muestra tomada al ingreso hospitalario (amplificación de secuencias de N gen y gen E, con un umbral de ciclo [Ct] de 36). Aunque lopinavir / ritonavir e hidroxicloroquina se consideraron posibles tratamientos para COVID-19 en ese momento, debido a preocupaciones sobre toxicidad potencial e interacciones farmacológicas con la terapia antifúngica, y dado que el estado clínico del paciente había mejorado significativamente, decidimos no administrar tratamiento específico para SARS-CoV-2.

La evolución clínica fue favorable. Después de una semana de hospitalización y sin fiebre durante 48 horas, se tomó una nueva muestra de hisopado nasofaríngeo y esta vez no se detectó el virus SARS-CoV-2 con RT-PCR. El tratamiento antifúngico se cambió a itraconazol (200 mg VO 3 veces al día durante 3 días, luego 200 mg VO 2 veces al día) después de 14 días de tratamiento intravenoso y se reinició el TARV con tenofovir disoproxil fumarato / emtricitabina más dolutegravir. Posteriormente, el paciente fue dado de alta y luego se perdió durante el seguimiento.

Comentario: Si bien se dispone de datos limitados sobre el curso clínico y el pronóstico de COVID-19 en PWH, esta población no parece verse afectada de manera desproporcionada por él, en términos de incidencia o frecuencia de enfermedad grave. No obstante, estudios recientes han demostrado mayor riesgo de muerte por COVID-19 en PWH independientemente de la supresión viral. Cabe señalar que en el caso de PWH con enfermedad avanzada e inmunosupresión profunda, COVID-19 puede coexistir con otras afecciones relacionadas con el SIDA, incluida las IO respiratorias, lo que podría provocar dificultades en el diagnóstico, la evolución clínica, el manejo del paciente y un aumento de la morbilidad y la mortalidad.

Se ha planteado la hipótesis de que los pacientes inmunodeprimidos pueden tener una eliminación prolongada del virus del SARS-CoV-2. Sin embargo, nuestro paciente mostró lo que parece ser un rápido aclaramiento viral en su tracto respiratorio superior, incluso en ausencia de un tratamiento específico; pero dado que los síntomas de histoplasmosis podrían haberse superpuesto con los relacionados con COVID-19, no se pudo definir con precisión la fecha exacta de inicio de los síntomas relacionados con COVID-19; por lo tanto, puede haber aparecido HD durante la resolución de la infección previa por COVID-19.

Conclusión: Hasta donde sabemos, este es el primer caso de COVID-19 que se presenta con HD relacionada con el SIDA, reportado hasta ahora en la literatura médica. La posible asociación de COVID-19 con IO respiratorias debe considerarse seriamente en pacientes con inmunosupresión avanzada, particularmente en áreas significativamente afectadas por la pandemia. Se justifica la investigación adicional debido a la epidemiología, las características clínicas, el pronóstico de COVID-19 en las PWH y la posible asociación con la IO relacionada con el SIDA.

PC-16-14 // SME GUILLAIN BARRE ASOCIADO A SARS COV-2

BOBROWSKI, F.; HORMANSTORFER, M.; GENOVESE, E.; AMETLLA, Y.; HERMIA, I.; TANARO, M.
Hospital J A Fernandez. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El virus SARS-CoV2 agente causal de la enfermedad por coronavirus (COVID-19) produce una variedad de síntomas siendo la afectación respiratoria la principal, pero otros sistemas pueden comprometerse. Son escasas las publicaciones respecto a Síndrome de Guillain Barre y COVID-19. Ello motiva la presentación de este caso clínico de Guillain Barre asociado a SARS-CoV2 en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires.

Caso: Paciente de 61 años sin antecedentes de relevancia, inicia con cuadro febril, cefalea y malestar general. Tres días posteriores agrega parestesias en la región peribucal, abdominal, genital y en miembros inferiores a predominio plantar que progresa con trastorno de la articulación de la palabra, dificultad para tragar e imposibilidad para el cierre palpebral bilateral, por lo que decide consultar.

Al examen físico como datos positivos: Diplejía facial bilateral (House-Brackmann 4), Fuerza muscular en 4 miembros conservada, parestesias en región peribucal, palmar, plantar, abdominal e inguinal hipoestesia en ambos miembros inferiores a predominio plantar, reflejos osteotendinosos abolidos en 4 miembros.

PCR para COVID-19 por medio de hisopado nasal positivo. Punción lumbar con disociación albumina-citológica. Resonancia nuclear magnética de encéfalo y columna cervico-toraco-lumbarsin hallazgos relevantes. Laboratorio normal, VHB anti core IgG y CMV IgG positivo, resto de serologías negativas.

Se interpretó como Síndrome de Guillain Barre con diplejía facial y trastornos sensitivos por lo que se le realizó 5 días de gammaglobulina intravenosa con buena respuesta clínica.

Comentario: Debido a que las presentaciones neurológicas por COVID 19 son atípicas y teniendo en cuenta el contexto epidemiológico actual, resulta importante tener en cuenta este patógeno como diagnóstico diferencial etiológico del Guillain Barre.

Conclusión: En junio de 2020 los reportes de manifestaciones neurológicas en paciente con SARV CoV-2 eran de 901 pacientes de los cuales 19 de estos presentaban Guillain Barre. Sin embargo, los reportes de manifestaciones neurológicas aún continúan en aumento. La variante localizada diplejía facial con alteraciones sensitivas, es una forma rara de Guillain Barre fuertemente relacionada a infecciones respiratorias.

PC-16-15 // COVID-19, NEUMONÍA BACTERIANA Y ANTIBIOTICOTERAPIA: PRESENTACIÓN DE CASO.

IVONA, J.; GREGORIO, C.; SCHUBERT, A.; GENERO, M.
Sanatorio Juan XXIII. Río Negro, Argentina.

Introducción: La enfermedad COVID-19, causada por el virus SARS-CoV-2, se ha desarrollado en una pandemia con desafíos únicos. Al mes de Septiembre del 2020, han sido afectados más de 28 millones de personas, con más de 900 mil defunciones en todo el mundo. En Argentina, esos números alcanzan 500 mil casos y 10 mil muertes acumuladas.

Caso: En este reporte de caso, se presenta un masculino de 75 años de edad que consultó por hemorragia digestiva alta (HDA) e ingresó a internación en sala general. En la anamnesis se encontraron múltiples comorbilidades: etilismo, historia de tabaquismo, trauma abdominal previo; uso reciente de AINES. En los exámenes bioquímicos se informó anemia macrocítica e insuficiencia renal. Se realizó ECG que informó FA con síndrome bradicardia/taquicardia. Se realizó una VEDA de urgencia para diagnóstico de HDA, que informó úlceras gástricas y duodenales Forrest III y Forrest IIb, respectivamente. Refractario al tratamiento, que consistió en escleroterapia de la úlcera duodenal, en transfusiones de glóbulos rojos, en reposición volumétrica, y en IBP, intercurrió al décimo tercer día de internación con fiebre, disnea, tos expectorativa y caída de la oximetría periférica, por lo que diagnóstico neumonía nosocomial según criterios clínicos y radiológicos. Se buscó al agente etiológico por cultivos de esputo, e hisopado oro y nasofaríngeo para toma de muestra y procesamiento por RT-PCR para SARS-CoV-2, debido a la alta incidencia actual de la enfermedad. Se informó S aureus sensible a vancomicina en muestras de esputo, y reactividad a SARS-CoV-2 en muestras del hisopado. Fue aislado en sector acorde del nosocomio, que cuenta con un ala especial para pacientes COVID-19, y recibió terapéutica antibiótica y de soporte acorde a protocolos locales. El paciente evolucionó de manera desfavorable, y obitó en su vigésimo sexto día de internación por insuficiencia respiratoria.

Comentario: Las neumonías bacterianas concomitantes con infección viral han sido documentadas tanto en COVID-19 como en otras neumonías virales. Especialmente en casos graves de COVID-19, la inflamación del tejido alveolar debido a la infección viral lo hace más susceptible a la infección bacteriana, en especial de S aureus y P. aeruginosa. En estudios realizados en pacientes con neumonía por COVID-19, un porcentaje alto, alrededor de 28%, sufrió infecciones bacterianas concomitantes. Diversos lugares poseen guías locales de tratamiento antibiótico en pacientes COVID-19, principalmente como profilaxis. En Argentina se encuentran las sugerencias del Ministerio de Salud de la Nación; en ellas, el tratamiento antibiótico no difiere del tratamiento empírico para la neumonía adquirida en la comunidad.

Conclusión: Frente a esta pandemia nueva y aún no conocida con claridad, debe existir criterio terapéutico adecuado para decidir qué pacientes recibirán tratamiento antibiótico profiláctico en neumonías por COVID-19. Especialmente en los casos de mayor gravedad, dicha terapéutica parece estar justificada.

PC-16-16 // ABSCESO BILATERAL DEL PSOAS ILÍACO

VARELA, G.; LOPEZ, F.; MANGONE, A.; OCARANZA CUFRE, J.; PEIRANO, G.; SANTTIA, F.; ADAMO, F.;
PERNAS, V.
Hospital Tornu. Ciudad Autónoma Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El absceso en el músculo psoas ilíaco es poco frecuente y con síntomas poco específicos

Caso: Paciente de 68 años con antecedentes de Enfermedad de Chagas, Osteoporosis, HTA, ex enlista y con actividad laboral: cuidadora de adultos mayores, que comienza dos meses previo a su ingreso con dolor lumbar de intensidad 10/10 por lo que realiza tratamiento con AINES intramuscular sin mejoría clínica. Posteriormente presenta registros febriles por lo que consulta a facultativo quien indica ciprofloxacina por sospecha de infección urinaria. Se realiza TC de tórax y abdomen: fractura aplastamiento de D5, D6, D12, L1 y L4 (las dos últimas con impronta de sus muros posteriores), compromiso de disco intervertebral L1-L2 y colecciones en ambos músculos psoas en toda su extensión con calcificaciones periféricas que realzan con contraste. Al examen físico presenta dolor lumbar intensidad 7/10 en reposo y a la extensión de mmii con irradiación bilateral. Motilidad pasiva, fuerza, sensibilidad superficial y profunda conservada, sin foco motor. ROT presentes. Presenta anemia, PCR 8,6, y VSG 130. Neurocirugía y traumatología descartan conducta quirúrgica de urgencia. Se toman hemocultivos y urocultivo, se inicia tratamiento con piperacilina tazobactam y vancomicina. Se ajusta tratamiento a rescate bacteriológico (Hemocultivos 2/2 SAMS) con Cefazolina y Rifampicina. Urocultivo negativo. Se interpreta fracturas vertebrales osteoporóticas y se infunde pamidronato. Se realiza biopsia guiada por TC de vertebra y músculo psoas, con resultado de genexpert, baciloscofia y cultivo para gérmenes comunes y micobacterias negativo. Anatomía patológica (ósea) infiltrado polimorfonuclear, esbozo de granuloma epiteloide sin presencia de micobacterias. Proteínograma electroforético y ecocardiograma sin particularidades, serología para Brucellosis negativa, HIV, HCV, HBV, VDRL y PPD no reactiva. Evolución afebril con hemocultivos control negativos, con leve mejoría del dolor en tratamiento con opioides fuertes. Es derivada a servicio de traumatología especialista en columna para continuar tratamiento

Comentario: El absceso del psoas tiene presentación clínica insidiosa (fiebre, dolor lumbar, abdominal y dificultad en la marcha). Puede ser de origen primario por diseminación hematogénica (posible origen en este caso debido a antecedente reciente de inyecciones intramusculares) o secundario con evidencia de un foco infeccioso próximo como musculoesquelético, urogenital o gastrointestinal. El absceso del psoas bilateral es raro y es el 3% de los abscesos secundarios. El agente etiológico en abscesos primarios y en asociados a osteomielitis es el estafilococo aureus. En el resto son las micobacterias y bacilos gram negativo. Los estudios de imágenes son útiles para su diagnóstico precoz. La antibioterapia y en ocasiones el drenaje de la colección es el tratamiento de elección

Conclusión: Se presenta este caso debido a que es una entidad muy poco frecuente, pocas veces sospechada con presentación clínica inespecífica

PC-16-17 // ACV ISQUEMICO EN UN PACIENTE COVID 19

FLORES MARTINEZ, Y.; LEFF, D.; GROISMAN, I.; CRERAR, M.; BENEDETTO, E.; FERNÁNDEZ LIGUORI, N.;
FANTACONE, N.; DABAS, D.; FERNÁNDEZ, M.
Hospital Tornu. Caba, Argentina.

Introducción: El SARS-CoV-2 fue reportado por primera vez en la provincia de Wuhan, China, en diciembre de 2019, devenida en pandemia en marzo del 2020. La comunidad neurológica fue alertada sobre la alta prevalencia de anosmia, disgeusia y cefalea como forma de presentación de compromiso del sistema nervioso central, incluyéndose enfermedad cerebrovascular. La mayoría de las publicaciones se limitan a casos individuales o pequeñas series de casos. Se presenta un paciente masculino de 40 años c usando Covid 19, que evoluciona con ACV isquémico

Caso: Paciente de 40 años con antecedente de miocardiopatía dilatada, fibrilación auricular anticoagulado, ex enlista, ingresa como Covid severo con compromiso pulmonar bilateral, se realizó tratamiento con dexametasona y ceftriaxona, además HPBM en dosis anticoagulante, evolucionando favorablemente. Intercurre con deterioro del sensorio asociado a hipotensión arterial con requerimiento de inotrópicos, por lo que es derivado a unidad de terapia intermedia, con TAC de cerebro lesión isquémica en región temporal. Al examen físico paresia braquial derecha leve, desorientación global, bradipsiquia. Se realiza punción lumbar, recuento celular 6, con predominio mononuclear, proteinorraquia 78 mg/dl. Panel viral negativo. Electroencefalograma normal, Dímero D 3999 ng/ml. Evoluciona bradipsíquico con múltiples episodios de excitación psicomotriz. Se realizó TAC encéfalo con contraste informa hipodensidad cortico subcortical temporal derecha en relación a lesión isquémica secular, con signos de revascularización. Se interpreta cuadro ACV isquémico. Se realizó seguimiento conjunto con psiquiatría.

Comentario: Las manifestaciones neurológicas de la infección por SARS COV2 incluyen cefalea, anosmia y disgeusia, sin embargo se han considerado como formas atípicas de infección con COVID 19 complicaciones neurológicas como accidente cerebrovascular isquémico, hemorragia intracerebral y vasculitis del SNC, encefalopatía no especificada y encefalitis. Entre las complicaciones neuropsiquiátricas psicosis de nueva aparición, síndrome neurocognitivo y trastorno afectivo, sin embargo aún no se ha podido distinguir si estas manifestaciones neurológicas son causadas por el virus directamente o por trastornos de la coagulación.

Conclusión: El compromiso neurológico de SARS-CoV-2 puede incluir formas atípicas, en este caso enfermedad cerebrovascular y alteración de la conciencia, que requieren un esfuerzo de la interpretación ante el desconocimiento de las formas de presentación de este virus

PC-16-18 // MENINGOENCEFALITIS CRIPTOCÓCICA EN PACIENTE NO INMUNOSUPRIMIDO. ESTUDIO DE CASO

CABRAL, D.; CASOLA, P.; REINOSO, C.

Hospital De Alta Complejidad Pte. Juan Domingo Perón. Formosa, Argentina.

Introducción: La criptococosis meningea se define como una enfermedad de carácter oportunista y causante de mayor morbi-mortalidad en pacientes inmunodeprimidos; sin embargo, su presentación en pacientes sin inmunodeficiencia ha cobrado interés no solo por su infrecuencia sino también por la presentación clínica inespecífica. El objetivo es describir un caso de Criptococosis meningea en una mujer no inmunosuprimida, remarcando la importancia del diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para minimizar las secuelas.

Caso: Paciente femenino de 29 años de edad, sin antecedentes patológicos, derivada por cuadro de encefalopatía en estudio, precedido por cefalea holocraneana de 3 meses de evolución, progresiva, sorda, sin mejoría con preventivos. Agrega parálisis facial periférica, crisis tónica generalizada, rigidez nucal y estupor requiriendo ingreso a Unidad de Terapia Intensiva (UTI) y asistencia respiratoria mecánica. Se realiza TAC de cerebro que evidencia lesión focal hipodensa sin realce a nivel del núcleo caudado derecho, ante la sospecha de proceso infeccioso se realiza PL confirmando criptococosis meningea, se descarta causas de inmunocompromiso e inmunoinfección e instauró tratamiento específico. Evolucionó tórpida, requiriendo internación prolongada en UTI (5 semanas) y antifúngicos por 6 semanas hasta negativizar cultivos. Actualmente presenta secuelas neurológicas, deterioro cognitivo y dependencia severa (35/100 escala de Barthel).

Comentario: La criptococosis al ser enfermedad oportunista, genera automáticamente en el pensamiento médico el diagnóstico de una INMUNOSUPRESIÓN relacionada, al descartarse VIH, se procede a búsqueda de otras etiologías a excluir y definir inmunocompetencia.

Conclusión: La presentación de criptococosis suele ser inespecífica, por lo cual requiere ser sospechado, de ahí la necesidad del análisis para iniciar tratamiento pertinente y así disminuir secuelas neurológicas, el cual puede deberse principalmente a la demora en cuanto a la diagnosis, como se dio en nuestro caso.

PC-16-19 // PIELONEFRITIS ENFISEMATOSA REPORTE DE UN CASO

VILLAVICENCIO, C.; SOLARTE, E.; RODAS, E.; ZAMORA, E.

Simplemente Evita. Catan Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La Pielonefritis Enfisematosa (EPN) es una emergencia urológica, caracterizada por necrosis, abscesos y gas en el parénquima renal, sistema colector o en el tejido perirrenal. El agente microbiológico causal más frecuentemente *Escherichia coli* (70-75%) y en menor frecuencia *Streptococcus* del grupo D, *Staphylococcus coagulans* negativo, *Clostridium septicum*, *Cryptococcus neoformans*, *Cándida Albicans*.

Los factores de riesgo son diabetes, inmunodpresión, edad avanzada y sexo femenino.

Como clínica característica se encuentra dolor lumbar y fiebre. Los determinantes de mortalidad incluyen: Diabetes, disnea al ingreso, alteración de la conciencia, hipotensión, oliguria, entre otras. Su diagnóstico de elección es la tomografía computada, permite la clasificación propuestos por Huang y Tseng de clase 1-4 según la extensión del gas y/o presencia de absceso, que ayudo a guiar el tratamiento que redujo la mortalidad.

Caso: Femenina de 46 años, diabética en tratamiento con metformina. Consulta por dolor lumbar derecho de una semana de evolución y fiebre en las últimas 12 horas previa a la consulta. Ingresó con hipotensión arterial que responde a fluidoterapia (qSOFA 2/3), laboratorios: Leucocitosis, sedimento urinario inflamatorio y disfunción renal (SOFA: 6) Pasa a unidad de terapia intensiva (UTI), se realiza TAC de abdomen con presencia de gas en el parénquima renal derecho, por lo que se interpreta como pielonefritis enfisematosa Clase 2, inicia tratamiento empírico con meropenem. Urología realiza drenaje percutáneo con débito purulento con rescate bacteriológico *Candida Albicans* en material quirúrgico sensible a fluconazol y *E. Coli* en urocultivo sensible a meropenem, iniciado tratamiento. Quinto día buena evolución clínica, pasa a sala de clínica médica completa antibióticoterapia, dan alta médica. Reingresa a las 72 horas por fiebre y shock, SOFA: 12. Evolucionó con paro cardíaco, se realiza maniobras de reanimación cardiopulmonar avanzada, retornando a circulación espontánea. Inestable, con hiperlactacidemia y requerimiento de vasoactivos, se interpreta cuadro como shock séptico a probable foco urinario, inicia Meropenem-Vancomicina. En urocultivo *Pseudomonas Aeruginosa*, sensible a ceftazidime, se decala antibiótico. Evolución favorable, se extuba y pasa a sala de clínica médica al día 30.

Comentario: En el caso que analizamos, el antecedente de diabetes, hallazgos clínicos como dolor lumbar, sedimento urinario patológico, oliguria, con alteraciones en la función renal, deterioro de la conciencia, disnea y shock, hallazgos tomográficos que demuestran la acumulación de gas en el parénquima renal, nos lleva a un diagnóstico temprano y eventual tratamiento de Pielonefritis Enfisematosa.

Conclusión: La pielonefritis enfisematosa es una emergencia urológica, por lo que su diagnóstico y tratamiento oportuno debe ser realizado en forma precoz, basándose en antecedentes del paciente, clínica y estudios complementario para de esta manera poder disminuir la mortalidad de los pacientes con esta patología.

PC-16-20 // ¿SÍNDROME MULTISISTÉMICO INFLAMATORIO POST COVID EN ADULTOS? UN NUEVO DESAFÍO DIAGNÓSTICO

IGLESIAS, M.; PEZ, F.; ALFANO, S.; PINZANO, M.; SCAIOLA, S.; LLANOS, V.; CERA, D.; LUCAS, L.

Hospital De Emergencias Dr. Clemente Alvarez. Santa Fe, Argentina.

Introducción: El Síndrome Multisistémico Inflamatorio (MIS), inicialmente descrito en niños, es una manifestación potencialmente mortal, infrecuente tras la infección por SARS-CoV2. Se han publicado casos que advierten de un síndrome similar en adultos (MISA), en el cual se encuentran implicados múltiples mecanismos patogénicos como hiperinflamación, daño endotelial y una respuesta inmune alterada. Dicho síndrome incluye fiebre, signos de inflamación mucocutánea (conjuntivitis o mucositis), hipotensión o shock, disfunción miocárdica, pericarditis, valvulitis o anomalías coronarias con troponina o proBNP elevados, coagulopatía, síntomas gastrointestinales, marcadores inflamatorios elevados, sin otras causas evidentes de inflamación asociado a RT-PCR detectable, detección de antígeno o de anticuerpos para SARS-CoV2.

Caso: Paciente de 49 años, presenta cuadro de 7 días de evolución de fiebre de 72 horas, agregando disnea y tos seca. Cursó cuadro de Covid19 leve por criterio clínico epidemiológico. Examen físico: 100/60 mmHg, 120 lpm, 40 rpm, 36,8°C, 90% (0,21), inyección conjuntival bilateral, rales crepitantes mediobasales bilaterales. Laboratorio: Hto 41,8%, Hb 14 mg%, GB 29400/mm3 (linfocitos 1180/mm3), plaquetas 71000/mm3, TP 11 s, KPTT 34,3 s. Dímero D 2003 ng/ml, troponina 83,9 ng/l, LDH 687 mU/ml. VES 84 mm/h, PCR 362 mg/dl. Serologías HIV, VDRL, HVC, HVB, leptospirosis, hantavirus, dengue negativas, antígeno NS1 y PCR FHA no detectables. Urocultivo y hemocultivos negativos. AngioTAC de tórax sin signos de tromboembolismo pulmonar. Ecografía abdominal: hepatomegalia moderada. Anticuerpos SARS-Cov-2 detectables.

Paciente de 25 años, presenta 9 días previos a la consulta fiebre y cefalea, autolimitado. Consulta por diarrea, vómitos y lipotimia, presentando hipotensión con requerimiento de inotrópicos. Examen físico: 80/60 mmHg, 100 lpm, 18 rpm, 98% O2i, hemorragia subconjuntival bilateral. Laboratorio: Hto 27,9%, Hb 9,6 g/dl, GB 43800/mm3 (linfocitos 2190), plaquetas 141000/mm3, creatinina 1,3 mg/dl, glucemia 136 mg/dl, Na 131 mEq/l, K 4,1 mEq/l, TP 10,8 s, KPTT 29,9 s, bilirrubina 4,21 mg/dl, VES 61, PCR 342, LDH 403. TAC de tórax: infiltrados mediobasales bilaterales, PCR SARS-Cov-2: no detectable, serologías dengue, leptospirosis, hantavirus, Hepatitis B y C, VDRL, brucelosis, HIV no reactivas. Hemocultivos negativos. Anticuerpos SARS-Cov-2 detectables.

Comentario: Dada la dificultad en el diagnóstico de esta entidad debido a la escasa experiencia e información publicada, se presentan estos casos con diferente evolución, en los cuales tras descartarse otras entidades causantes de hiperinflamación, se planteó MISA como causa probable debido al antecedente de COVID leve.

Conclusión: En contexto de la pandemia por SARS-CoV-2, debemos considerar al MISA dentro de los planteos diagnósticos al presentarse un paciente con signos de hiperinflamación sistémica, siendo necesario la realización de más estudios clínicos para poder arribar a un diagnóstico precoz y a un tratamiento oportuno.

PC-16-21 // INFECCIÓN SEVERA POR SCEDOSPORIUM APOISPERMUM EN PACIENTE RECEPTORA DE TRASPLANTE RENAL

ALBARRACIN, R.; CHOQUECALLATA CALLE, B.; MARTINEZ, C.; GIARTEI PINTOS, M.; VIOLANTI, L.;

MARISTANY BASTIDA, S.; MARIN, G.; MARTINEZ, S.

Hospital De Alta Complejidad El Cruce, Buenos Aires, Argentina.

Introducción: *Scedosporium Apiospermum*, la forma anamorfa y asexual de *Pseudallescheria boydii*, es un hongo ubicuo presente en el suelo, aguas residuales y estancadas. Se asocia con infecciones localizadas y diseminadas en pacientes inmunocomprometidos. Es un patógeno oportunista, con una alta tasa de mortalidad. La infección se da por inhalación de esporas o inoculación directa, pero también mediante el trasplante de órganos sólidos.

Caso: Femenina de 43 años con antecedente de trasplante renal en mayo de 2019 por insuficiencia renal crónica secundaria a Enfermedad de Alport que consultó al 7º mes postrasplante por vómitos, astenia y pérdida de peso. A su ingreso se encontraba en mal estado general, adelgazada con pequeñas pápulas eritematosas en antebrazos. Inicialmente se realizó VEDA, sin hallazgos y biopsia cutánea.

Evolucionó con cefalea, mareos y escotoma central en ojo izquierdo, se realizó fondo de ojo que evidenció retinitis, realizándose punción de cámara anterior; TC de cerebro y posterior punción lumbar con LCR con presión de apertura normal, células 55: 60% PMN, glucosa 55 mg/dl, proteínas 32,3 mg/dl, lactato 2 mmol/L, cultivos negativos; RNM de cerebro con imágenes bilaterales compatibles con microabscesos; TC de tórax con pequeñas imágenes nodulares cavitadas en ambos pulmones. Serologías para CMV, HSV 1, 2 y 6, VZV, toxoplasmosis, VDRL, JC, todas negativas.

Ante la aparición de nuevas lesiones en piel, se realizó segunda biopsia en región maleolar interna de miembro inferior izquierdo. No pudiendo realizarse biopsia pulmonar por mala evolución, inició tratamiento empírico con meropenem, ceftriaxona, trimetoprima-sulfametoxazol, tuberculostáticos y anfotericina B liposomal.

Evolucionó con foco motor y deterioro neurológico requiriendo intubación orotraqueal y pase a terapia intensiva, evolucionó con shock séptico y posterior óbito. Obteniéndose resultado tardío de cultivo para *Pseudallescheria boydii*.

Comentario: La importancia de la sospecha diagnóstica de este patógeno radica en que a pesar de que la incidencia en pacientes con trasplante renal es del 0,05%, su mortalidad oscila entre 50% a 87,5% en enfermedad diseminada. Es fundamental realizar un diagnóstico diferencial con otros hongos filamentosos como el *Aspergillus* ya que este último es sensible a anfotericina B y el *S. apiospermum* ha mostrado resistencia respondiendo solo a tratamiento con triazoles, especialmente al voriconazol. El diagnóstico se realiza mediante cultivo, el cual es dificultoso debido a su lento crecimiento, pudiendo también considerarse el uso de reacción en cadena de polimerasa.

Conclusión: Es una infección poco frecuente que afecta a inmunocompetentes e inmunocomprometidos con una alta tasa de mortalidad en este último grupo, debido a que evoluciona como infección diseminada por retardo en el diagnóstico y tratamiento inadecuado, por lo que debe sospecharse de infección por *S. Apiospermum* en cuadros de infección diseminada sin ríto en los cultivos, debido a que es un patógeno emergente.

PC-16-22 // ¿MASA CERVICAL RECIDIVANTE?

MEZA PADILLA, C.; DUPUY DE LOME, I.; FATO, C.; CHACÓN CORENA, H.; CONTARBO, M.; STAGNO, A.;

CARRIZO, J.; LANGELLOTTI, L.; TAFFAREL, C.; LARREA, R.

Hospital Central De San Isidro Dr. Melchor Ángel Posse?. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La forma de presentación más común de la TBC de cabeza y cuello es en los ganglios cervicales (90 %), y luego en la laringe (2 a 6 %). Constituyendo el 18% de las infecciones extrapulmonares, y el 1,2% de todos los casos de TBC. Predomina la disfonía (80-100 %) y la odinofagia (50-60 %) mientras que la presencia de tos es variable. La laringe puede infectarse por bacilos expulsados en el esputo, por diseminación hematogena o por la siembra directa. Esta es la enfermedad granulomatosa laringea más frecuente.

Caso: Masculino de 50 años de edad con HIV y buen control. Se estaba estudiando por disfonía de 2 años de evolución, con una RFL que informaba edema de Reinke. Consulta por cuadro de 2 meses de evolución que inició con una masa lateral en el cuello. Realizamos fibroscopofaringolaringoscopia que reportó borramiento del seno piriforme por masa submucosa con fijación de hemilaringe y CV derecha no visible con adherencia a planos profundos. Solicitamos TC que evidenció formación con compromiso de hemilaringe derecha a nivel supraglótico, marcada reducción de la luz de la misma y obliteración del seno piriforme derecho y de la grasa pre-epiglótica con obliteración de planos grasos adyacentes. Glándula paratiroides con presencia de ganglios intraparietales, y resto sin particularidades. El servicio de OTL realiza microcirugía de laringe con drenaje de colección y biopsia. Por sospecha de absceso iniciamos amoxicilina/ac clavulánico. En los cultivos de la colección se hallaron bacterias del grupo HACEK, por lo que continuó con ATB sin concurrir nuevamente al hospital.

Ingresa un mes después por abdomen agudo con buena respuesta al tto quirúrgico. Solicitamos nueva imagen para evaluar la masa cervical y hallamos que la formación era más grande con mayor destrucción del cartilago tiroideos, extensión glótica y subglótica, infiltración de la tiroides y extensión hacia la base del cuello, alcanzado la superficie cutánea de la misma con infiltración del músculo. Solicitamos nuevo drenaje de la colección cervical, con resultado de AP que reportó inflamación crónica, tejido de granulación e infiltrado linfoplasmocitario con histiocitos, células grasas multinucleadas y PMN. Hallazgos compatibles con TBC, que luego fue confirmado por los cultivos.

Comentario: La TBC es 500 veces más frecuentes en paciente HIV, y el 80% de estos pacientes pueden presentar lesiones extrapulmonares sin necesidad de afectación pulmonar. La presentación simula variedad de patologías que deben descartarse, por lo cual el diagnóstico definitivo se debe realizar mediante biopsia/anatomía patológica.

Conclusión: Sabemos que la TBC puede afectar órganos únicos, cuyo diagnóstico son un reto para el clínico por lo que es necesario tener un alto índice de sospecha en pacientes inmunocomprometidos pese a sus signos y síntomas inespecíficos, para así realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno y de esta manera evitar complicaciones y disminuir la mortalidad.

PC-16-23 // PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO DE ESPOROTRICOISIS EN EL HOSPITAL CÓRDOBA

CASTRO, F.

Hospital Córdoba, Universidad Nacional De Córdoba. Córdoba, Argentina.

Introducción: La esporotricosis es una infección micótica por un hongo dimórfico *Sporothrix schenckii*, ubicuo en suelos, plantas y productos vegetales, estiércol y diversos animales. Ingresa al huésped por inoculación a través de microlesiones en piel; manifestándose como nódulos cutáneos que se transforman en abscesos y úlceras, con diseminación linfática; siendo el compromiso pulmonar y hematogéno inusual. La distribución geográfica es universal, en áreas tropicales y subtropicales, siendo en Argentina una infección exótica por la baja incidencia. Es una enfermedad ocupacional y en Brasil es considerada zoonosis asociada al arañazo de gatos. El diagnóstico es establecido por cultivo.

Objetivos: Destacar la sospecha clínica en base a la epidemiología y características de las lesiones dérmicas; la toma de biopsia para examen directo y cultivo, ya que la histopatología puede ser inespecífica.

Caso: Masculino, 64 años, administrativo de La Falda, Córdoba. Diabético tipo 2 insulino requiriente, artritis no filiada y foliculitis crónica granulomatosa, medicada con cefadroxilo hace 2 meses, consulta por úlceras en miembros superiores y edema a predominio derecho con edema en miembros inferiores y escrotal grado 2. Refiere que las lesiones ulceradas comenzaron como nódulos con secreción blanquecina, que evolucionan a úlceras costrosas en 2 meses. Examen físico: úlceras en dorso de manos, con exudado fibrinoleucocitario, secreción serohemática y bordes eritematosos de 1-2 cm de diámetro, no dolorosas; pápulas indóloras con costras hemáticas sobre base eritematosa y excoriaciones por rascado en superficie extensora de miembros superiores. Laboratorio: Hb 8,8 g/dl, Hto 27,3; Leucocitos 15790/mm³ (69% N, 18% L, 11% M), VSG 116, PCR 15. Rx manos: erosiones yuxtaarticulares en interfalángicas proximales sin pinzamientos, osteopenia. Rx codo derecho: osteítis y osteopenia. Diagnósticos: Infección de tejidos blandos: Micobacteriosis vs Micosis profunda vs Pioderma gangrenoso vs Foliculitis. Infectología inicia ciprofloxacino - clindamicina y se rota a ciprofloxacino - minociclina. Hemocultivo y serología autoinmune: (-). Biopsia piel: al examen directo *Histoplasma spp* (May Grunwald Giemsa) y *Criptococo* en la histopatología. Tratamiento con itraconazol 200 mg c/12 hs. Ante esta discrepancia se toma 2° biopsia con aislamiento de *Sporothrix spp*; en cultivo diagnosticándose esporotricosis linfocutánea y osteoarticular. Tratamiento con anfotericina B, itraconazol y levofloxacina. Evoluciona favorablemente y se otorga alta con itraconazol oral.

Comentario: Se presenta este caso de Esporotricosis dada la baja prevalencia del agente causal en nuestro medio; en un huésped inmunocomprometido, sin exposición epidemiológica positiva. Se destaca la importancia de cumplir con los pasos del estudio microbiológico, sin el cual no se hubiera llegado al diagnóstico etiológico e iniciado el tratamiento apropiado, con el cual presentó mejoría clínica.

Conclusión: Importancia del diagnóstico microbiológico

PC-16-24 // COEXISTENCIA TBC PULMONAR CON VIRUS SARS COV2.

OLMEDO, M.; COLOMBO BERRA, C.; FERRER, J.; BALDOMÁ, F.; TEGLIA TOFFOLI, G.; POLI, E.; DESA, J.;

DUPUY MERLO, M.; GONZALEZ IRAOLA, A.

Hospital A. Gutiérrez. Santa Fe, Argentina.

Introducción: En el año 2020 se produjo la pandemia conocida como Sars Cov 2 que generó afectación respiratoria caracterizada en los casos graves por Neumonía bilateral. La Tuberculosis es otra enfermedad de distribución universal con afectación pulmonar crónica, que sin recibir el tratamiento correspondiente puede evolucionar al obito del paciente.

Caso: Paciente masculino de 23 años de edad con Diagnóstico de tuberculosis activa hace 10 meses; que curso internación por Neumonía a Covid 19 diagnosticado por Hisopado Nasofaríngeo con PCR positiva; donde requirió Oxigenoterapia y corticoterapia. A las 24hs del alta hospitalaria reingresa por cuadro de Hemoptisis, que provocó un descenso de su Hematocrito, requiriendo 2 unidades de Glóbulos rojos, manteniéndose estable hemodinámicamente. No presento otras alteraciones, ni hepáticas ni gastrointestinales. Luego de evolucionar favorablemente y su mejoría progresiva de su saturometría se decide alta hospitalaria con tratamiento supervisado. Se realizaron 2 Tomografías de tórax que informan micronódulos de distribución difusa bilateral y múltiples imágenes tabicadas en ambos lóbulos. Bronquiectasias y engrosamiento de paredes bronquiales.

Comentario: Podemos inferir que un paciente con una patología previa pulmonar crónica infecciosa como es la tuberculosis empeora drásticamente tras co - infectarse con Neumonía por Sars Cov 2.

Conclusión: Se presenta este caso debido a la superposición de enfermedades pulmonares con alta incidencia epidemiológica en la actualidad.

PC-16-25 // COVID-19: EFECTOS ADVERSOS DEL PLASMA DE CONVALESCIENTE

CIRELLI, D.; CEIRANO, A.; SAAVEDRA, E.; GONZALEZ MALLA, C.; CATALANO, H.; GEIGER, C.; IZCOVICH, A. Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Introducción: El SARS-Cov2 es un virus zoonótico originado en Wuhan, China, en diciembre de 2019. La tasa de letalidad es variable y su tratamiento es esencialmente de soporte. La función de los nuevos tratamientos, aún no se ha establecido. El plasma de convaleciente se ha usado históricamente en brotes de enfermedades infecciosas cuando no se disponía de vacunas. La evidencia existente es contradictoria sobre su efecto y actualmente se está estudiando como terapia potencial para la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID 19). A continuación se presenta el caso de un paciente con COVID-19 que recibió plasma como parte del tratamiento.

Caso: Paciente varón de 38 años, médico, con antecedentes de sobrepeso. Consultó al servicio de emergencias por disgeusia, anosmia y fiebre. Examen físico sin particularidades, laboratorio y radiografía sin alteraciones e hisopado para coronavirus positivo. Se interpretó el cuadro como infección por coronavirus, enfermedad leve y se decidió su internación.

Al día 2 de internación, por fiebre persistente y disnea a la movilización, se solicitó tomografía de tórax que informó consolidaciones parenquimatosas periféricas y opacidades en vidrio esmerilado bilaterales. Se inició antibioticoterapia y se reinterpretó el cuadro como enfermedad moderada.

Al día 4 de internación, por continuar febril, se solicitó laboratorio que mostró aumento de parámetros proinflamatorios. Se indicó infusión de plasma de convaleciente.

Al día 6 de internación, por fiebre y requerimiento de oxigenoterapia, se indicó segunda unidad de plasma y corticoterapia. Al día 8 se evidenció progresión radiológica y se indicó tercera unidad de plasma, posición en decúbito prono y se escaló el tratamiento antibiótico.

Evoluciona favorablemente y se otorgó egreso hospitalario.

Comentario: El plasma de sangre donada por pacientes recuperados se puede utilizar para producir plasma de convaleciente e inmunoglobulina hiperinmune (2). Generalmente son bien tolerados, pero pueden producir efectos adversos como la lesión pulmonar aguda relacionada con la transfusión (TRALI), sobrecarga circulatoria asociada a transfusión (TACO) y reacciones alérgicas a la transfusión.

Conclusión: Se presenta el caso para discusión de un posible efecto adverso del plasma de convaleciente como diagnóstico diferencial ante el empeoramiento clínico posterior a la infusión.

PC-16-26 // PARACOCCIDIOIDOMICOSIS DISEMINADA CON INFILTRACIÓN MEDULAR

PEREYRA, M.; RIORTORTO, A.; CACERES RINCON, H.; CAVIA, S.
Hospital Escuela Agudos Dr Ramón Madariaga. Misiones, Argentina.

Introducción: La Paracoccidiosis también llamada blastomicosis sudamericana, es una micosis profunda sistémica aguda o crónica, más frecuente en varones de regiones rurales, que produce lesiones pulmonares primarias, casi siempre asintomáticas, que pueden diseminarse a mucosa orofaríngea, ganglios linfáticos, piel y diversos órganos; sin tendencia a la curación espontánea.

Caso: Paciente masculino de 48 años, tabaquista crónico expuesto a agrotóxicos. inicia hace 4 meses con dolor en puntada de costado en hemitórax derecho, disnea progresiva CF III/IV, tos productiva, sudoración nocturna y pérdida de 10kg no intencional, asociándose posteriormente a paraparesia, parestesias a nivel de T10 y retención aguda de orina por lo que decide consultar. Se recibe analítica de laboratorio con aumento de reactante de fase aguda, leucocitosis y serologías negativas; TC de Tórax evidenciándose imágenes cavitadas, patrón milar y TC de abdomen con una Glándula suprarrenal izquierda marcadamente aumentada de tamaño, de aproximadamente 51 x 34 mm. En RM de Columna Dorsolumbar presenta a nivel de D4-D5 lesión nodular intramedular hipointensa en T2 y STIR, isointensa en T1, con refuerzo anular, que expande la medula. Se realiza PPD y esputo Seriado para BAAR siendo negativos y posteriormente Fibrobroncoscopia más lavado bronquio-alveolar con cultivo positivo para Paracoccidiosis spp. Concomitantemente se realiza dosaje ACTH (<5) y Cortisol (0.54) presentando parámetros compatibles con insuficiencia suprarrenal, asumiéndose secundaria a patología de base.

Por Clínica y estudios de imágenes, se asume Paracoccidiosis diseminada con afectación pulmonar, de suprarrenales y medular; no pudiendo realizar tratamiento específico por evolución tórpida y progresión al Óbito.

Comentario: Se presenta dicho caso porque además de presentar afectación pulmonar y adrenal, cursa con compromiso medular, siendo este poco frecuente según lo observado en la bibliografía consultada.

Se resalta la importancia del diagnóstico precoz no sólo para poder llevar a cabo el tratamiento específico sino también para descartar patologías que cursan con misma clínica y así evitar tratamientos equívocos que comprometan aún más la salud y el pronóstico del paciente.

Conclusión: Se expuso el caso de paciente que presenta Infección Sistémica por Paracoccidiosis con afectación pulmonar, adrenal y Endomedular que se manifestó como paraparesia y neuropatía. A destacar la importancia del diagnóstico precoz, que termino con progresión de patología pulmonar que llevo al deceso del paciente. A destacar la reversibilidad del cuadro con tratamiento antimicótico efectivo.

PC-16-27 // PARACOCCIDIOIDOMICOSIS CEREBRAL ; A PROPÓSITO DE UN CASO

VEGA, Y.; JURADO, J.; DÍAZ MIRANDA, E.; GREGORIO, T.; PUMARI MENACHO, N.; MAMPRIN, S.;
CARRANZA, C.; INFANTE, L.; SCLiar, P.; DAVILA LOW, G.; INFANTE, L.
Hospital Posadas. Bs As, Argentina.

Introducción: La paracoccidiosis es una enfermedad micosis sistémica endémica causada por el Paracoccidiosis brasiliensis. La infección es por vía inhalatoria y en la mayoría de los casos es leve. Las formas progresivas predominan en hombres adultos, trabajadores rurales, tabaquistas, enolistas y desnutridos. La forma crónica que representa la reactivación de la enfermedad primaria es la más común y puede ser unifocal (pulmón); o multifocal (siendo en SNC en un 10% de los casos).

Caso: Se presenta un paciente de 63 años de edad, oriundo de misiones, con antc de HTA y EPOC. Consulta por meses de evolución caracterizado por astenia, adinamia, pérdida de peso, fiebre, disnea. Ingresa taquipneico, desaturando, con crepitantes hasta campo medio bilateral y además se constata paresia braqueo crural derecha (2 meses de evolución). TAC de cerebro (tres áreas hipodensas relacionadas a edema vasogenico infratentorial, semiojal izquierdo, frontal derecho, cerebeloso derecho, con imagen nodular hipodensa). Tórax (enfisema panlobular, área densa parenquimatosa cavitada LSD con retracción y atelectasia segmentaria, consolidación lateral basal del Lily áreas de cavitación e infiltrado vidrio esmerillado, ganglios mediastínicos). Se interpreta como sospecha TBC vs covid y acv isquémico evolucionado. Se inicia empíricamente antifímicos e internación. Covid negativo. Esputos ZN negativos suspendiéndose antifímicos. Se realiza esputo seriado de micosis profunda y se aísla paracoccidiosis, ingresando serología con resultado positivo. Se realiza RNM que informa imagen frontoparietal izquierda con refuerzo, rodeado de edema y otras imágenes similares se observan a nivel parietal derecho, hemisferio cerebeloso homolateral y sector posterior del izquierdo de aspecto granulomatoso. Se interpreta como paracoccidiosis cerebral y se inicia corticoides. Paciente evoluciona con mayor requerimiento de oxígeno taquipneico febril con mala mecánica ventilatoria, con leucocitosis en ascenso, se hemocultiva, interpretándose como neumonía intrahospitalaria y se decide pasa a UTI. Evoluciona en cuidados intensivos de manera desfavorable, con requerimiento de ARM e inotrópicos, con evolución tórpida. Fallece el día 24/10

Comentario: Se presenta un caso de paracoccidiosis crónica sistémica que debuta con síntomas respiratorios y neurológicos, con imágenes que impresionan un ACV isquémico. El diagnóstico se hace de manera microbiológica e histopatológica mediante biopsia por estereotaxia. Con respecto al tratamiento a considerar anfotericina B y corticoterapia.

Conclusión: La importancia de la presentación de este caso radica en reconocer que la paracoccidiosis es una micosis sistémica endémica con diagnósticos diferenciales múltiples y pronóstico poco alentador por alta mortalidad y que debería incluirse en el diagnóstico diferencial de lesiones en SNC principalmente si existe un nexa epidemiológico.

PC-16-28 // NEUMONÍA POR RHODOCOCUS EQUI EN PACIENTE INMUNODEPRIMIDO A PROPÓSITO DE UN CASO.

ARGAÑARAZ, G.; VARELA MAILLARD, D.; ANDRADA, L.; AVILA, J.; LUJAN, M.; NEDIANI, N.; RETONDO, m.;
SILE HUESTE, Y.; SUBELZA, m.; DANIELSEN, M.
Hospita Regional Dr Ramon Carrillo. Santiago Del Estero, Argentina.

Introducción: Rhodococcus equi es un patógeno intracelular que infecta los macrófagos y PMN, en pacientes con cualquier tipo de inmunodeficiencia. No obstante, la infección es posible, en personas inmunocompetentes. La afectación pulmonar es la forma de presentación clínica más frecuente en los enfermos inmunodeprimidos (66-84%), mientras que en los inmunocompetentes (20-42%). Es una infección difícil de erradicar y su tratamiento requiere la administración de antibioterapia combinada durante largos periodos de tiempo, así como la resección quirúrgica en algunos casos. La mortalidad estimada, es del 11% en los inmunocompetentes, siendo del 50-55% en los pacientes con sida y de 20-25% en los que padecen otro tipo de inmunodepresión.

Caso: Paciente masculino 38 años, que ingresa por disnea grado III, tos con expectoración hemoptoica de 2 meses de evolución, acompañado de dolor en hemitórax superior derecho, fiebre intermitente y pérdida de peso de aprox. 10%. Antecedentes: DM tipo II, hipotiroidismo, VIH y anemia crónica. Al examen físico T° 38,5°C, Sat O2 91% aire ambiente, FR: 28 x min. TA: 130/80 mmHg, IMC 29. Analítica ingreso: GB: 10.200. Hto: 25. Hb: 8. Pla: 302.000. VSG 137 mm 1º hora. CD4 165. Carga viral 1884 copias/mm3. Se extraen Hemocultivo x2, Rbacio gram negativo Sceptazidima-carbapenemas-rifampicina. Se solicitó esputo BAAR directo y cultivo (-). Se realizó FBC con BAL (+) para Rhodococcus Equi. Se realizó biopsia de lesión pulmonar, mostró intenso infiltrado inflamatorio linfocitario con leucocitos e histiocitos espumosos con focos de necrosis focal central, con resultado AP de tinción para BAAR (-) Rx tórax: infiltrado alveolar con lesión cavitada en LSD. TAC de tórax: formación expansiva infiltrante, solida, irregular que compromete sector apical del LSD, contacta con pleura parietal y mediastínica; se relaciona con bronquio fuente al cual lo engloba y disminuye su diámetro, densidad de tejidos blandos de 66x50mm y adenopatías mediastínicas y axilares. Inició tratamiento con vancomicina e imipenem EV 21 días mas TARV mostrando mejoría clínica-rx; se externa con azitromicina, ciprofloxacina, rifampicina y tto de base. En seguimiento ambulatorio, al 3º mes, presenta buen estado general con persistencia de síntomas respiratorios leves y una buena respuesta clínica, por lo que continúa tratamiento antibiótico por 3 meses + TARV.

Comentario: La neumonía por R. equi debe ser sospechada en pacientes inmunocomprometidos, que presenten una infección respiratoria de curso inusual. La bibliografía consultada sugiere la interrupción del tratamiento frente al R. equi a los 6 meses.

Conclusión: La infección por R. equi es una complicación grave en pacientes con SIDA, con una alta tasa de letalidad, escasa respuesta microbiana a la terapia y persistencia del patógeno durante varios meses; por lo que el rescate oportuno del germen, diagnóstico precoz, el tratamiento antimicrobiano combinado-prolongado y el inicio de la TARGA en forma temprana pueden mejorar la evolución y el pronóstico de estos pacientes.

PC-16-29 // VASCULITIS Y MANIFESTACIONES CUTÁNEAS POR COVID-19 EN PACIENTE CON VIH Y LINFOMA NO HODGKIN.

ORTIZ TORRES, S.; SIERRA SALDIVAR, M.; NEGRI, L.; RONDELLI, L.; ZAPUTOVICH FILIPPI, J.; CABALLERO, G.; GARAY, C.; MISKINCH, E.
Hospital Nacional De Itauguá. Itauguá, Paraguay.

Introducción: En la pandemia por COVID-19 se describieron varios tipos de lesiones en piel. Presentamos el caso de una paciente adulta joven con diagnósticos previos de VIH y linfoma no Hodgkin con lesiones en piel en miembros inferiores

Caso: Paciente femenina de 26 años, ingresa por cuadro de 3 días de evolución de intenso dolor, hormigueo, frialdad y coloración violácea en calcetín en ambos pies, con debilidad de ambos miembros inferiores que le impiden la deambulación. Antecedentes patológicos en tratamiento hace 3 años en el extranjero por linfoma no Hodgkin y VIH, darunavir/ritonavir, emtricitabina/tenofovir y dolutegravir. Pulsos popliteo, tibial posterior y pedio débiles en ambos miembros inferiores. Asimetría a predominio del miembro inferior derecho livideces, placas de coloración rojo violácea desde el empeine a la parte distal de los dedos, de bordes bien delimitados, hiperalgesia y fríos a la palpación. Marcha tabética, fuerza disminuida en pies hasta rodillas: 4/5, hiperalgesia en ambos pies, sensibilidad profunda palestesia y esteronepsia alteradas. Hisopado para SARS-COV2: positivo (6º día del inicio de síntomas). Ecodoppler color de las arterias de miembros inferiores calibre disminuido en ambas arterias femorales superficiales, no se detecta flujo a nivel de las arterias pedio y peronea. Biopsia de piel: epidermis con acantosis leve e hiperqueratosis, se observan vasos sanguíneos dilatados ectásicos con infiltrado linfocitario perivascular. Diagnóstico compatible con perniois o pseudoperniois. Se interpretó como afectación cutánea y vasculitis de afectación asimétrica de miembros inferiores con mononeuritis múltiple por SARS-COV2. En la internación fue tratada con anticoagulación, respuesta incompleta a bolos de metilprednisolona y altas dosis de corticoides vía oral. Sin respuesta a Inmunoglobulinas. Mejoría con la administración de ciclofosfamida. Serología para SARS-COV2: positiva IgM-IgG

Comentario: Las lesiones cutáneas que se han descrito por COVID-19 pueden deberse a la interacción directa del virus SARS-COV2, reacción inmunitaria inespecífica, inmunosupresión, asociada a enfermedades de base o medicaciones previas. Entre las vasculitis de vaso mediano se encuentra la enfermedad de Kawasaki, actualmente como otra manifestación de la COVID-19 en niños, poco frecuente en adultos, pero observado con mayor frecuencia en pacientes infectados por el VIH. No contamos con los criterios clínicos mínimos para su diagnóstico, no hubo afectación de otros órganos y la mejoría se logró con altas dosis de corticoides, ciclofosfamida más anticoagulación.

Conclusión: Las manifestaciones dermatológicas y vasculares son bastantes heterogéneas. Las decisiones terapéuticas deben ser individualizadas en el contexto de las enfermedades de base y respuesta terapéutica, en nuestra presentación clínica no se pudo determinar fenómenos trombóticos, de conducta terapéutica difícil por las enfermedades de base, las posibles interacciones y complicaciones de sus medicaciones.

PC-16-30 // ENFERMEDAD POR CORONAVIRUS 2019 (COVID-19), EN MUJER JOVEN EN ESTADIO SIDA. REPORTE DE UN CASO

ORTIGOZA BARBUDEZ, D.; BENITEZ, G.; MORRA, L.
Instituto De Medicina Tropical. Asunción, Paraguay.

Introducción: A fines de 2019, se identificó un nuevo coronavirus como la causa de un grupo de casos de neumonía en Wuhan, una ciudad de la provincia china de Hubei. Se propagó rápidamente, lo que resultó en una pandemia mundial. La enfermedad se denomina COVID-19, que significa enfermedad por coronavirus 2019. El virus que causa COVID-19 se denomina síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-CoV-2).

Caso: Mujer de 28 años, que acude a la consulta por sensación febril, con diagnóstico reciente de VIH en estadio SIDA (CD4 26 y Carga Viral 279.406). Se realiza hisopado nasofaríngeo para SARS ? COV ? 2 retornando positivo. Al examen físico se ausculta en el aparato respiratorio murmullo vesicular disminuido, con presencia de crepitantes aislados en ambos campos pulmonares, demás aparatos y sistemas sin particularidades. En la radiografía de tórax AP se observa infiltrado intersticial bilateral. Se establece esquema de tratamiento con Ceftriaxona, Azitromicina, Dexametasona y HBPM a dosis plena, previa toma de HMC x2 que a los 5 días retorna negativo. Se realiza TAC simple de tórax donde se observa engrosamiento pleural bilateral y parénquima en vidrio esmerilado. En seriado de espunto para micobacterias y GeneXpert-MTB/Rif retornan negativos. Ante persistencia de la fiebre, presencia de polipnea, con requerimiento de oxígeno suplementario a 3 litros por minutos, con leucopenia y recuento celular a expensas de neutrófilos, con Procalcitonina de 3.69, presencia de coagulopatía y radiografía de tórax de control donde persiste y se acentúa infiltrado intersticial bilateral con presencia de opacidad en lóbulo inferior izquierdo. Se vuelve a tomar muestra de HMC x2, HMC para BAAR, se solicita dosaje de QuantiFERON-TB que persisten negativos. Se realiza ecocardiograma TT donde no se constata imágenes compatibles con vegetaciones. Se decide rotar a Piperacilina/Tazobactam, Clindamicina e iniciar esquema de HRZE pensando en sobreinfección bacteriana. La paciente presenta shock séptico a punto de partida pulmonar, se rota a Vancomicina y Meropenem, previa toma de HMC x2, se continúa con Clindamicina y HRZE; con insuficiencia respiratoria aguda por lo que se realiza intubación orotraqueal y se conecta a ARM. Luego de 72 horas se produce su muerte.

Comentario: El caso reportado representa interesante por la presentación de la enfermedad COVID-19 en una población especial como es la persona con VIH. El impacto de la infección por VIH en la historia natural de COVID-19 es incierto.

Conclusión: A la hora de enfrentarnos a este nuevo desafío que trae la pandemia de COVID-19, debemos tener presente que el tratamiento de COVID-19 en pacientes con VIH es el mismo que en pacientes sin VIH. El VIH no debe ser un motivo para excluir a un paciente de los ensayos clínicos u otras intervenciones. Sin embargo, es importante evaluar las interacciones de los medicamentos con los agentes antirretrovirales antes de comenzar cualquier terapia nueva.

PC-16-32 // INFECCIÓN DE ENDOPRÓTESIS AÓRTICA: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

SAAVEDRA, E.; GONZÁLEZ DOURIN, S.; CEIRANO, A.; GONZALEZ MALLA, C.; CATALANO, H.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Introducción: La colocación de endoprótesis como tratamiento del aneurisma de aorta abdominal (AAA) es un procedimiento cada vez más frecuente. Presentamos dos casos de infección de endoprótesis aórtica y una revisión bibliográfica acerca de su incidencia, diagnóstico y tratamiento.

Caso: Caso clínico 1:

Varón de 75 años con antecedentes de AAA tratado con endoprótesis aorta renal. Se encontraba cursando internación por sospecha de diverticulitis en contexto de dolor abdominal, en 7mo día de ciprofloxacina y metronidazol. Por persistir febril con hipotensión y leucocitosis se realizó tomografía de abdomen que mostró leak periprotésico y alteración de planos grasos periaórticos. Por sospecha de infección asociada a endoprótesis se rotó antibiótico a cefepime y vancomicina. Persistió febril y con dolor abdominal, con hemocultivos sin relevamiento. Se realizó angiografía abdominal que mostró aumento de diámetro de saco aneurismático, colecciones líquidas periaórticas y mayor alteración de planos grasos. Se realizó drenaje percutáneo, con cultivos sin relevamientos. Se escaló tratamiento a meropenem, vancomicina y anidulafungina. Por mejoría clínica se suspendió anidulafungina y se mantuvo conducta quirúrgica expectante. Evolucionó favorablemente y se otorgó egreso hospitalario. Completó tratamiento antibiótico ambulatorio.

Caso clínico 2:

Varón de 74 años con antecedentes de colocación de endoprótesis aórtica infrarrenal y 2 internaciones por infección de endoprótesis por lo que se encontraba en tratamiento ambulatorio con ceftriaxona. Consultó por fiebre y escalofríos de 12 horas de evolución. Laboratorio con leucocitosis, hiperlactacidemia y aumento de reactivantes de fase aguda. Angiotomografía mostró trombosis mural y alteración de los planos grasos periprotésicos. Se indicó tratamiento antibiótico con Piperacilina-Tazobactam + Vancomicina. Hemocultivos sin relevamiento. Por estabilidad clínica se decidió conducta quirúrgica expectante y se rotó antibiótico a ceftriaxona hasta cumplir 11 días de antibiótico endovenoso. Evolucionó favorablemente y se indicó tratamiento ambulatorio con cefadroxilo.

Comentario: La reparación endovascular representa un avance importante en el tratamiento del AAA, ya que puede evitar un procedimiento invasivo y se realiza bajo anestesia regional o local. Las complicaciones infecciosas son poco frecuentes (0.4 al 3%), y su diagnóstico se basa en hallazgos como fiebre, dolor abdominal, aumento de reactivantes de fase aguda y estudios de imágenes. Los hemocultivos son positivos en un 50-85% de los pacientes y un microorganismo puede aislarse del tejido aórtico extirpado hasta en un 76%. La mayoría presentan relevamiento polimicrobiano.

Conclusión: No existe evidencia acerca de cuál es el mejor tratamiento para esta complicación, pero hay estudios observacionales en los que se indica tratamiento antibiótico de por vida o por largos periodos de tiempo y otros en los que se elige la resolución quirúrgica.

PC-16-31 // INFECCIÓN DE PIEL Y PARTES BLANDAS POR EDWARDSIELLA TARDA, REPORTE DE UN CASO

MARKOSICH, m.; ANNETTA, V.; BRUZZI, M.; BROSI, D.; PANCALDO, M.
Hospital Tornu. Caba, Argentina.

Introducción: Edwardsiella tarda es un patógeno poco frecuente en humanos. Se trata de una bacteria Gram-negativa, facultativa, anaerobia, miembro de la familia Enterobacteriaceae, comúnmente aislada en ecosistemas de agua dulce como ríos, lagos y estanques, y en los animales que los habitan. Mayormente se asocia a enfermedad gastrointestinal, sin embargo se han reportado casos de enfermedad extraintestinal con compromiso sistémico. Presenta resistencia natural a Colistin y Bencilpenicilina, siendo sensible a tetraciclinas, aminoglucósidos, quinolonas y el resto de los ?lactámicos.

Caso: Paciente de 69 años de edad sin antecedentes médicos de relevancia, que consultó por dolor en pie derecho de 9 días de evolución, secundario a herida corto-punzante, en contexto de pesca con machete en un río de la provincia de Santa Fe. Se había indicado analgesia y antibioticoterapia oral sin buena respuesta por lo que consulto nuevamente. Al examen físico presentaba solución de continuidad en cara lateral de pie derecho de 6x4 cm. aproximadamente, con abundante secreción purulenta, dolor intenso, aumento de la temperatura local, y edema con eritema perilesional. Se realiza Rx que descarta compromiso óseo, se realiza cultivo de piel y partes blandas y hemocultivos e inicia antibioticoterapia endovenosa con trimetoprima sulfametoxazol + ampicilina sulbactam. Se obtiene rescate de Edwardsiella Tarda en cultivo de piel y partes blandas sensible a ampicilina. Por tórpida evolución clínica se decide realizar TAC de pie derecho que evidencia presencia de colección en partes blandas por lo cual se realizó toilette quirúrgica con drenaje. Evolucionó favorablemente y se otorgó alta hospitalaria con indicación de finalizar tratamiento antibiótico en forma ambulatoria.

Comentario: La microbiología de la infección dependerá del tipo de exposición acuática: agua dulce o salada, y factores predisponentes del paciente como heridas preexistentes como puerta de entrada y antecedentes de inmunosupresión. Dentro de los diagnósticos diferenciales debemos tener presente microorganismos no relacionados con la exposición acuática, como estreptococo?hemolítico o estafilococo aureus y además puede tratarse de una infección polimicrobiana.

Conclusión: Se presenta el caso dada la baja frecuencia de la infección por Edwardsiella Tarda, recalando la importancia de conocer los antecedentes epidemiológicos del paciente para establecer la sospecha de infección por este patógeno, que si bien es sensible a la mayoría de los agentes antimicrobianos, puede llegar a provocar cuadros con compromiso sistémico potencialmente mortales.

PC-16-33 // ACTINOMYCOSIS PÉLVICA, LA GRAN SIMULADORA

LOPEZ ALEGRE, H.; BURMAN, m.; ELIZALDE, J.; SANTILLAN, H.; MASCI, M.; MIGAZZI, C.; ROMANI, A.
Higa Presidente Perón. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La actinomicosis es una enfermedad crónica poco frecuente causada por Actinomyces Spp., bacteria anaerobia Gram-positiva que normalmente coloniza el aparato digestivo y genital. Las manifestaciones clínicas generalmente son inespecíficas y muchas veces asemejan neoplasias.

Caso: Paciente de 57 años de edad, antecedentes de DBT tipo II, HTA, legrado por pólipos cervical en Junio de 2019, miomas intramurales. Ingresa por presentar dolor en hipogastrio (5/10) y ginecorragia fétida de 7 días de evolución, refiere pérdida de peso no cuantificada, en regular a buen estado general.

Al examen físico presenta Frenkel (+), descarga serohemática fétida a través del orificio cervical, dolor ante la palpación profunda de hipogastrio, sin signos peritoneales, resto del examen físico S/P.

Labo: 7100 GB (64,9 % neutrófilos); Hb: 12,7; HTO: 37,9; ERS: 16; urea: 20; creatinina: 0,62; CEA: 1,67; CA 125: 24,50; CA 19-9: 12,52; AFP: 1,95.

Ecografía transvaginal útero agrandado, contenido heterogéneo difuso con dos núcleos miomatosos intramurales de 42 y 36 mm, endometrio de 21mm, masa a nivel cervical de 11x 57 x 68 mm.

Se llega al diagnóstico presuntivo de proceso neoplásico, probable necrobiosis a nivel uterino. Se inicia tratamiento EV con AMS y se realiza legrado para cultivo y biopsia.

Biopsia Endometrio tejido fibroconectivo infiltrado por proliferación tumoral constituida por células epiteliales que se disponen en patrón papilar, pseudoglandular y sólido. Actividad mitótica presente (carcinoma infiltrante); Cuello uterino y endocervix: tejido nodular de 1,3 x 1 cm, de coloración parda, corresponde a tejido en necrobiosis, planchas de neutrófilos y presencia de colonias de gérmenes filamentosos con formación de gránulos de azufre. Se realiza PAS siendo dichas colonias positivas para ACTINOMYCES.

Se rota esquema a Doxiciclina 100mg cada 12 hs por VO, presenta buena evolución clínica, disminuyendo la secreción serohemática y el dolor, se continuar con mismo tratamiento antibiótico y se planifica histerectomía para resolución de foco de manera ambulatoria.

Comentario: Característicamente las infecciones por Actinomyces presentan un desafío para su diagnóstico por su cuadro clínico inespecífico y su dificultad para lograr un diagnóstico mediante cultivos comunes. Para su diagnóstico es necesario muchas veces como en este caso la necesidad de realizar biopsia para el análisis mediante anatomía patológica.

Conclusión: La actinomicosis pélvica es de diagnóstico clínico difícil y rara vez se lo realiza antes de la toma de biopsia, se debe a que el aislamiento del microorganismo se ve dificultado por su característica de ?fastidioso?

Estas infecciones son de carácter crónico, acompañadas de destrucción local y se ha descrito invasión de tejidos adyacentes, siendo interpretados como procesos neoplásicos y muchas veces siendo así no tomado en cuenta como diagnóstico diferencial.

PC-16-34 // NEUMONIA POR COVID 19 Y BACTERIEMIA POR S. AUREUS DE LA COMUNIDAD

QUINTO, D.; GALLI, S.; PALMA, N.; IBARRA, M.; PINTO, N.; BOCCADORO, A.; BELEN, M.; IRUSTA, R.
Instituto Médico Platense. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: LA OMS DECLARA PANDEMIA POR CORONAVIRUS EL 6 DE MARZO DE 2020, CONVIRTIÉNDOSE EN UN NUEVO RETO PARA EL SISTEMA DE SALUD. SIENDO ESTE ALTAMENTE PATÓGENO, DE RÁPIDA DISEMINACIÓN, QUE PUEDE CAUSAR INFECCIÓN RESPIRATORIA GRAVE Y MUERTE, CREANDO ASÍ UN DESAFÍO SIN PRECEDENTES PARA LOS PROFESIONALES ACTUANTES.

EL PORCENTAJE DE PACIENTES CON COVID 19 EN LOS QUE SE HA DETECTADO COINFECCIÓN ES PEQUEÑO EN RELACIÓN CON LAS QUE SE OBSERVAN CON OTROS MICROORGANISMOS. UN METANÁLISIS IDENTIFICÓ UNA COINFECCIÓN BACTERIANA EN EL 3.5% Y UNA INFECCIÓN SECUNDARIA EN EL 14.3% SIENDO MÁS COMÚN EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS. LAS BACTERIAS MÁS FRECUENTEMENTE AISLADAS FUERON S. PNEUMONIAE, KLEBSIELLA PNEUMONIAE, HAEMOPHILUS INFLUENZA. ENTRE OTROS.

EL S. AUREUS REPRESENTA MENOS DEL 10% DE LOS AISLAMIENTO BACTERIANOS EN LOS DIFERENTES ESTUDIOS REALIZADOS.

OBJETIVOS: DEMOSTRAR COINFECCIÓN BACTERIANA EN PACIENTES INTERNADOS POR COVID 19 POR SA

Caso: CASO 1: PACIENTE FEMENINA DE 49 AÑOS, CON ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE CÁNCER DE MAMA EN TRATAMIENTO ONCOLÓGICO HORMONAL ACTUAL. CURSO INTERNACIÓN POR NAC BILATERAL CON DÍA +8 DE INICIO DE SÍNTOMAS, SIN REQUERIMIENTO DE OXÍGENOS. 48 HS POSTERIORES PRESENTA HEMOCULTIVOS 2/2 PARA SAMS DESCARTÁNDOSE BACTERIEMIA COMPLICADA POR ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y SIN FACTORES DE RIESGO. CUMPLIO TRATAMIENTO ATB DIRIGIDO CON BUENA EVOLUCIÓN

CASO 2: PACIENTE FEMENINA DE 89 AÑOS DE EDAD, CON ANTEC. PATOLÓGICOS DE HTA, DETERIORO COGNITIVO LEVE, CURSA INTERNACIÓN POR NAC BILATERAL POR COVID-19 CON DÍA +3 DE INICIO DE SÍNTOMAS, SIN REQUERIMIENTO DE OXÍGENO. 48 HS POSTERIORES SE RECIBE INFORME DE DE HEMOCULTIVOS POSITIVOS PARA SAMR. SIN OBJETIVAR FACTORES DE RIESGO PARA DICHO GERMEN, SE DESCARTO COMPLICACION POR METODOS COMPLEMENTARIOS. CUMPLIO TRATAMIENTO DIRIGIDO

CASO 3: PACIENTE MASCULINO DE 52 AÑOS, ANTECEDENTES PATOLÓGICOS DE HTA, CARDIOPATÍA ISQUEMICA, ASMA, DISLIPIDIA, OBESIDAD GRADO 3, CURSO INTERNACIÓN POR NAC BILATERAL POR COVID-19 SIN REQUERIMIENTO DE OXÍGENO, A LAS 72 HS SE RESCATA HEMOCULTIVOS POSITIVOS PARA SAMR, SE DESCARTO COMPLICACION POR METODOS COMPLEMENTARIOS. CUMPLIO TRATAMIENTO DIRIGIDO CON BUENA EVOLUCIÓN.

Comentario: ESTUDIOS DEMUESTRAN QUE ACTUALMENTE NO HAY EVIDENCIA SUFICIENTE PARA APOYAR EL USO EMPÍRICO DE ANTIBIÓTICOS EN LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS YA QUE LA PROPORCIÓN GENERAL DE INFECCIONES BACTERIANAS FUE MENOR AL 5%

ES IMPORTANTE QUE LOS PROGRAMAS DE ADMINISTRACIÓN DE ANTIMICROBIANOS SE CENTREN EN RESPALDAR LA SELECCIÓN ÓPTIMA DE TERAPIA EMPÍRICA Y LA REDUCCIÓN RÁPIDA DEL TRATAMIENTO UNA VEZ QUE SE CONFIRMA LA INFECCIÓN POR SARS COVID 19. UNA POSIBLE SOLUCIÓN SERÍA EL USO DE BIOMARCADORES ESPECÍFICOS DE BACTERIAS COMO LA PROCALCITONINA.

Conclusión: DECIDIMOS PRESENTAR ESTOS CASOS YA QUE FUE UN DIAGNÓSTICO NO SOSPECHADO DE INICIO Y SIN COMPLICACIONES EN SU EVOLUCIÓN A PESAR DE LA COINFECCIÓN.

PC-16-36 // TUBERCULOSIS MILIAR EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO

YORIO, M.; SORIA, N.; HERRERA, A.; CIPOLLA, C.; LEIVA, U.; PEREIRA, S.; FERRONI RIVETTI, A.; VOGLIOTTI, F.; GONZALEZ, P.
Hospital Italiano De Córdoba. Córdoba, Argentina.

Introducción: El uso cada vez mayor de fármacos inmunosupresores para el tratamiento de diversas enfermedades puede aumentar el riesgo de infecciones oportunistas. La incidencia de tuberculosis (TB) en los receptores de trasplantes de órganos sólidos (TOS) se informa entre el 0,25 y el 13,7%, y ocurre con mayor frecuencia en países y entornos con alta prevalencia de TB.

Caso: Hombre de 68 años, de Córdoba, con antecedentes de Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus insulino-requiere, Enfermedad Renal Crónica en tratamiento sustitutivo renal y trasplante hepático por cirrosis alcohólica en inmunosupresión farmacológica.

Presenta síndrome febril agudo durante sesión de hemodiálisis por lo que es internado. Se realizó PCR Sars-Cov2 y Hemocultivos negativos. Tomografía computada torácica (TCT) que informa micronódulo en lóbulo inferior derecho. Inicia tratamiento antimicrobiano empírico por sospecha de infección asociada al acceso vascular, luego suspendido por cultivos negativos y persistencia febril. Ecografía doppler de fístula arteriovenosa sin evidencia de foco infeccioso; Ecocardiograma Transtorácico negativo para endocarditis.

Nueva TCT evidencia patrón miliar difuso bilateral. Se plantean múltiples diagnósticos diferenciales: infección por micobacterias, viral, micosis diseminada, metástasis.

Se realizó fibrobroncoscopia con BAL: cultivo negativo. PCR para Pneumocystis jirovecii, PCR TB, CMV, VHC, ABAg y VIH negativos. Se decide biopsia quirúrgica con toma de muestra para cultivos y anatomía patológica. Inició empíricamente tratamiento para TB e histoplasmosis con anfotericina desoxicolato, rifampicina, isoniazida, pirazinamida y etambutol. Anatomía patológica: granulomas caseiformes compatibles con TB por lo cual se suspende Anfotericina y se continúa tratamiento con fármacos tuberculostáticos.

Evolución con progresión de lesiones pulmonares, deterioro progresivo del estado general, fallo multiorgánico y fallece al día 42 de internación.

Comentario: La TB en los receptores de TOS conlleva una alta morbilidad y mortalidad. Entre el 3% y el 5% de los pacientes se diagnostican después de la muerte. Además, la posibilidad de un peor resultado en este grupo de pacientes es mayor. La mortalidad en estos pacientes es aproximadamente del 57% al 80% y está directamente relacionada con la TB.

El riesgo de TB en pacientes con trasplante es más alto durante el primer año, y el tiempo medio de aparición de TB es de aproximadamente 9 meses después del trasplante.

La particular presentación en el paciente con 13 años del TOS, múltiples antecedentes patológicos, con sintomatología inespecífica y patrones tomográficos rápidamente progresivos, nos presentó un reto diagnóstico, que requirió trabajo interdisciplinario de nuestra institución.

Conclusión: El diagnóstico de TB en los receptores de TOS presenta desafíos que pueden provocar retrasos en el tratamiento. Es importante el abordaje rápido e interdisciplinario para un diagnóstico temprano y tratamiento eficaz.

PC-16-35 // PALUDISMO, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO IMPORTADO

CAMACHO BORDA, Z.; BARCA, S.; MENÉNDEZ, S.; MAGGI, R.; GONZALES CORONEL, L.; LUNA, M.; ROSALES, M.; ZAMBRANO, G.; NIGRO, M.
Hza "simplemente Evita" Gonzalez Catán. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El paludismo es una enfermedad vectorial transmitida por artrópodos hematófagos siendo el principal vector el mosquito Anopheles, endémico en África, Tailandia y en Sudamérica el agente infeccioso es el Plasmodium que se clasifica en especies Vivax, Falciparum, Malariae, Ovale y Knowlesi. El periodo de incubación varía según la especie y tiene un promedio de 7 a 30 días.

Caso: Paciente masculino de 27 años de edad sin antecedentes patológicos ni hábitos tóxicos, proveniente de Luanda que realizó labores como misionero en Brasil un mes antes de empezar la sintomatología, caracterizada por diaforesis, cefalea, mialgias, artralgias generalizadas y fiebre cuaternaria, acompañada de piel y mucosas ictericas. Motivo por el cual acudió a la guardia de nuestro hospital donde le realizan laboratorios de rutina que evidencian plaquetopenia de 57.000, TGP: 76, TGP: 79, FAL: 239, BT: 2,4 BD: 1,8, LDH: 868. Por nexa epidemiológica y sospecha diagnóstica de paludismo se solicita examen de gota gruesa que informa inclusiones intraeritrocitarias de morfología compatible con trofozoitos de Plasmodium spp por lo cual se activa inmediatamente la notificación epidemiológica y el aislamiento de contacto, iniciando tratamiento con hidrociloroquina completado tres días de tratamiento con laboratorio control que evidencian ascenso de las plaquetas. De acuerdo con infectología se decide alta hospitalaria para completar tratamiento ambulatorio y seguimiento por servicio de infectología.

Comentario: Nuestro propósito es mostrar la importancia de considerar esta patología infecciosa pese a no ser endémica en nuestro medio, ante la presencia del cuadro clínico descrito y el antecedente de provenir o haber estado en un área con alta incidencia de esta entidad.

Conclusión: Actualmente el paludismo se encuentra erradicado en Argentina y solo existen casos importados. El diagnóstico es de notificación obligatoria. La Organización Mundial de la Salud (OMS) certificó en mayo de 2019 que Argentina es un País libre de malaria. No se han evidenciado casos autóctonos en el país desde el 2011.

PC-16-37 // ENCEFALITIS POR HERPES LUEGO DE NEUROCIRUGÍA, UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE: REPORTE DE UN CASO

TEPERMAN, N.; CEIRANO, A.; SAAVEDRA, E.; CATALANO, H.; LAVENA MARZIO, A.; VITON, F.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Introducción: La encefalitis herpética abarca el 10-20% de las encefalitis, y es la causa más común de encefalitis mortal en todo el mundo. Afecta a todas las edades y debe sospecharse ante focalidad del lóbulo temporal sugerida por síntomas, signos o estudios de imágenes. A continuación se presenta un caso clínico de encefalitis herpética luego de una neurocirugía.

Caso: Varón de 65 años con antecedentes de melanoma dorsal en 2018 con resección quirúrgica, ex tabaquista e hipertensión arterial. Había cursado internación reciente por paresia braquiocrural derecha Kendall 4/5 y pérdida de motricidad fina en mano derecha con diagnóstico de lesión ocupante de espacio cortical frontal izquierda, realizándose resección de la misma sin complicaciones. Se obtuvo anatomía patológica compatible con metástasis de melanoma. Fue traído al servicio de emergencias por síndrome confusional de 48 hs de evolución con desorientación temporoespacial, cefalea y excitación. Negó fiebre u otros síntomas. Al ingreso se encontró hemodinámicamente estable, afebril, vigil, desorientado en tiempo, persona y espacio, con tendencia a la excitación y paresia de miembro inferior derecho Kendall 1/5. Se realizó laboratorio con leucocitosis y tomografía de cerebro que mostró huellas postquirúrgicas a nivel parietal izquierdo asociado a hipodensidad en el lecho quirúrgico. Se realizó punción lumbar que mostró aumento de leucocitos a predominio mononuclear, con normoglucoorraquia e hiperproteinorraquia, con virus Epstein Barr y Herpes simplex tipo 2 positivos. Se inició tratamiento con aciclovir endovenoso. Se solicitó resonancia de cerebro que evidenció colección laminar extraaxial parietal derecha y colección extracranéa parietal izquierda. Evolucionó lúcido con períodos intermitentes de confusión y persistencia de paresia de miembro inferior derecho Kendall 1/5 y facio braquial derecha Kendall ?, interpretado como secundario a postoperatorio de neurocirugía y encefalitis viral.

Comentario: La encefalitis herpética abarca el 10-20% de las encefalitis. Los principales síntomas son la alteración del estado mental, y con menor frecuencia convulsiones, foco neurológico o meníngeo. Se cree que se produce como secundario a la manipulación quirúrgica de los nervios craneales, lo cual desencadena la reactivación del virus herpes (HSV). El análisis del LCR puede no ser útil porque la cirugía puede provocar una meningitis inflamatoria estéril. La PCR del HSV en el LCR es un estudio sensible y específico. Dado el pronóstico de la enfermedad si se retrasa el tratamiento, se aconseja comenzar con aciclovir endovenoso de forma empírica en pacientes con sospecha, y profilaxis en neurocirugías de pacientes con historia previa de encefalitis herpética.

Conclusión: Se presenta el caso clínico dada la alta mortalidad de las encefalitis sin tratamiento adecuado y con el fin de discutir acerca del diagnóstico, pronóstico y tratamiento de la encefalitis viral en postoperatorios de neurocirugía.

PC-16-38 // FORMA DE PRESENTACION ATIPICA DE LEPTOSPIROSIS

PELECH, F.; GOMEZ CUBA, G.; DÁVALOS, C.; CONTEZINI, J.
Samic Eldorado. Misiones, Argentina.

Introducción: La leptospirosis es una zoonosis de amplia distribución geográfica que aparece en forma aislada o en brotes epidémicos estacionales. El espectro de la enfermedad es muy amplio: varía desde episodios febriles inespecíficos autolimitados hasta formas graves con insuficiencia renal o hemorragia pulmonar.

Caso: Paciente sexo masculino, 33 años de Puerto Piray, quien por consulta dolor torácico de horas de evolución, caracterizado por dolor opresivo de 3 horas de evolución, progresivo, precordial, intensidad 10/10, irradiado a epigastrio y región interescapular, acompañado de disnea clase funcional II, cefalea, y mialgia; no presenta al examen físico signos patológicos a nivel cardiovascular y respiratorio, con valores de TA diferenciales en miembros. ECG Ritmo: sinusal, regular FC 75, Trastornos secundarios de la repolarización. Onda T: positiva y asimétrica. Laboratorio: Hto: 44% GB: 15.800 (88/1/10/1) Glucemia: 106 mg/dl Urea 0.31mg/dl Amilasa 57U/ml Hepatograma: GPT 10mg/dl FAL 150-BT: 0.6 CK Total 649U/ml CK MB 42U/ml. Se plantea diagnóstico presuntivo de Síndrome Aórtico Agudo, por lo cual se realiza TC de Tórax y Abdomen, sin signos de afectación de vascular. Durante la internación en Clínica Médica, el paciente continúa con dolor torácico, intensidad 10/10, asociado a mialgias de miembros, con registros elevados de Tensión Arterial. Presenta registros febriles, en el 2do y 3er día de internación; asociado a episodios de deposiciones líquidas, procediéndose a realizar Hemocultivos y Serologías para Dengue y Leptospirosis; presentado curva ascendente de CPK (UJ/ml). Al confirmar serología positiva para Leptospirosis, se inicia tratamiento con Ceftriaxona 1gr/día; con buena respuesta a las 48hs, continuando posteriormente sin mialgias, afebril, y disminución de valores enzimáticos.

Comentario: Considerando que aproximadamente el 90% de los pacientes se presenta con la forma anictérica, la Leptospirosis puede ser subdiagnosticada por la baja sospecha clínica, por tener presentación similar a otras patologías, y por la dificultad en el diagnóstico de laboratorio, por lo cual debe ser considerada ante un síndrome febril agudo, con mialgias y epidemiología compatible.

Conclusión: Esta enfermedad infecciosa muy frecuente en nuestra zona se presenta típicamente con síntomas gastrointestinales por lo que la presencia de otros síntomas hacen desviar el foco de atención hacia esta patología, pero debe estar siempre presente cuando el paciente se encuentra en región endémica y se acompaña de registros febriles.

PC-16-39 // HIDROCEFALIA EN MENINGOENCEFALITIS BACTERIANA EN EL ADULTO A PROPOSITO DE UN CASO CLINICO

VILLAVICENCIO, C.; VELASQUEZ CHAMBI, E.; ROBLES FERRUFFINO, A.; TALAMAS HURTADO, Y.
Hospital Simplemente Evita. Gonzalez Catan Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La meningoencefalitis bacteriana (ME) es la inflamación de las meninges con compromiso encefálico. Los causantes más frecuentes son: *Streptococcus pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* y *Listeria monocytogenes*; mortalidad entre 19%-37%. La hidrocefalia es una complicación neurológica grave, poco frecuente y que agrava el pronóstico. Su incidencia no es fácil de determinar debido a las diferentes definiciones de hidrocefalia y el momento de la obtención de imágenes cerebrales con relación su inicio de ME. El tratamiento adecuado de las complicaciones neurológicas, la temprana terapia antimicrobiana y la intervención quirúrgica en aquellos que tienen hidrocefalia progresiva son fundamentales para mejorar los resultados terapéuticos.

Caso: Paciente de masculino de 45 años, hipertenso y diabético, sin adherencia al tratamiento con cuadro gripal días previos. Es traído por deterioro de la conciencia, rigidez de nuca e insuficiencia ventilatoria, por lo que deciden intubación orotraqueal (IOT) y conexión a asistencia mecánica ventilatoria (AVM); Laboratorio leucocitosis; Creatinina: 1.8mg/dl. Se realiza Tomografía de cerebro (TAC) al ingreso que evidencia Edema cerebral difuso, línea media conservada y dilatación ventricular. Punción lumbar: líquido de aspecto turbio, compatible con meningitis bacteriana (lactato 13mmol/L); tomándose muestras para cultivos acompañados de hemocultivos e inicia antibiótico empírico ceftriaxona a dosis meningea. Ante hallazgo tomográfico de hidrocefalia, se interconsulta con Neurocirugía, que coloca derivación ventricular externa (DVE). Resultado de líquido cefalorraquídeo: *Streptococcus Pneumoniae* sensible a Ceftriaxona; hemocultivos negativo, HIV negativo. Al 4to día intercorre con fiebre, se toman nuevos cultivos y se realiza TAC cerebro control: Ventriculos dilatados, DVE permeable con líquido de aspecto límpido; se agrega vancomicina a dosis meningea.
 Paciente con evolución tórpida, con Shock Séptico y disfunción multorgánica con SOFA: 9; presenta paro cardíaco sin respuesta a maniobras de reanimación cardiopulmonar, obita al noveno día de internación.

Comentario: El caso clínico presentado corresponde a un paciente joven hipertenso y diabético, cursando cuadro clínico de rigidez de nuca e insuficiencia ventilatoria, llega a IOT y AVM. Líquido cefalorraquídeo con rescate de *Streptococcus pneumoniae* y TAC de cerebro que demuestra edema cerebral e hidrocefalia. A pesar de haber iniciado precozmente el tratamiento antibiótico correcto y colocación de DVE, obita al noveno día de internación por shock séptico.

Conclusión: Debido a la baja incidencia, la detección de hidrocefalia en paciente con ME debe detectarse en forma rápida y precoz, ya que presenta elevada mortalidad cambiando el pronóstico de estos pacientes. La incorporación de la terapéutica antibiótica correcta y neuroquirúrgica oportuna, podría mejorar el pronóstico del paciente.

PC-16-40 // INFECCIÓN POR PARVIMONAS MICRA CON COMPROMISO ENDOCÁRDICO, PULMONAR Y ÓSEO

VARRERE, X.; DOMINGUEZ MONCLÁ, T.; LUNA HISANO, C.; BORODOWSKI, H.; PADILLA, M.
Hospital Fernandez. Caba, Argentina.

Introducción: Parvimonas micra es un coco gram positivo anaerobio, flora de la boca y del tracto gastrointestinal, conocida previamente como Poststreptococcus Micro o Micromonas Micra. La diseminación de este microorganismo y las infecciones a distancia en distintos sitios están descritas en ciertos reportes de casos, no siempre asociados a periodontitis o procedimientos odontológicos previos, ni tampoco ligados estrictamente a inmunosupresión de cualquier tipo. Este es el caso de un paciente inmunocompetente con impactos sépticos múltiples por este microorganismo.

Caso: Paciente masculino de 71 años con antecedentes de dislipemia e hiperplasia prostática benigna, consulta por dolor lumbar de 6 meses de evolución. Refiere haber sido sometido a procedimientos odontológicos durante el último semestre. Se realiza RMN de columna que evidencia espondilodiscitis en L4-L5, motivo por el cual se realiza punción biopsia diagnóstica, con aislamiento de Parvimonas micra en los cultivos de hueso. En la radiografía de tórax de ingreso se observa también derrame pleural derecho, confirmado por tomografía computada de tórax, que informa imagen pseudonodular cavitada asociada a derrame pleural de aspecto organizado con nivel hidroaéreo en su interior. Se coloca tubo de avenamiento pleural con obtención de débito purulento. Debido a los múltiples impactos sépticos se decide progresar en los estudios complementarios realizando un ecocardiograma transesofágico que evidencia vegetación sobre valva anterior de válvula mitral. Se interpreta cuadro como espondilodiscitis, neumonía cavitada con derrame pleural asociado y endocarditis infecciosa secundaria a bacteriemia por Parvimonas micra. Se indica antibioterapia con ampicilina sulbactam y metronidazol por 4 semanas, con resolución de neumonía complicada, mejoría del dolor lumbar y reducción de vegetaciones valvulares. A su egreso, continúa tratamiento con amoxicilina y ácido clavulánico en seguimiento por consultorio de infectología.

Comentario: Parvimonas micra es una bacteria de crecimiento fastidioso en los cultivos. Se ha observado un ascenso en el diagnóstico y en los reportes de casos durante los últimos años, y esto puede estar ligado a que hay nuevos estudios que permiten identificarla, como MALDI-TOF o la secuenciación de ARNr 16S. Pese a que ciertas infecciones por estos microorganismos anaerobios sean raras, se encuentran descritas en la literatura, y se requiere un alto índice de sospecha para su diagnóstico, particularmente ante el antecedente de intervención odontológica reciente.

Conclusión: En líneas generales las infecciones por este microorganismo responden de manera adecuada a la terapia antibiótica instaurada según múltiples reportes de casos, sin recaídas o interurrencias en aquellos pacientes en los cuales se describe el seguimiento a largo plazo. No se describe mayor eficacia ante la elección de uno o varios antibióticos instaurados.

PC-16-41 // ESTADO INFLAMATORIO POST COVID 19 VERSUS REINFECCIÓN POR COVID 19. A PROPOSITO DE UN CASO

ARAQUE MEDINA, J.; GALLO, I.; CABALLERO RINALDY, Y.; CAICEDO, A.; MONTEALEGRE GARDENAS, E.; GANDO, A.
Hospital Sirio Libanes. Caba, Argentina.

Introducción: El coronavirus (SARS COV2), causante de la enfermedad COVID 19, es el generador de la pandemia que nos afecta actualmente, registrándose a la fecha alrededor de 33 millones de personas infectadas a nivel global, con una mortalidad cercana al 3% al 29 de septiembre de 2020. Esta infección tiene múltiples complicaciones pulmonares y extrapulmonares secundarias a una respuesta innata exagerada que favorece un estado pro inflamatorio, explicando la variabilidad clínica registrada.

Caso: femenina de 34 años, con antecedente de paniculitis y purpura pigmentada progresiva idiopática quien es inicialmente diagnosticada por infección por SARS COV2, cursando inicialmente con síntomas leves (diarrea, registros subfebriles y episodios esporádicos de tos) que resuelven progresivamente, con hisopado a los 12 y 14 días negativo e IgG negativa, reintegrándose a sus actividades asistenciales y académicas cotidianas. Una semana después presenta nuevamente síntomas respiratorios altos, con aumento progresivo de los mismos asociado a registros febriles, eritema maculo papular generalizado, coalescente y síntomas gastrointestinales bajos por lo que deciden realizar nuevo hisopado nasofaríngeo, siendo positivo para infección por SARS COV2, durante su internación intercorre con deterioro del patrón respiratorio, aumento de los síntomas gastrointestinales y compromiso neumónico multilobar en TCMS de tórax control; con evolución lenta hacia la mejoría, respondiendo progresivamente a terapia con pronación vigil y transfusión de plasma convalescente.

Comentario: El virus SARS COV2, miembro de la familia de Coronaviridae, es un virus encapsulado, ARN monocatenario, característica que favorece su alta tasa de mutabilidad y recombinación, con alta afinidad por los receptores de Angiotensina II, siendo causante de múltiples manifestaciones respiratorias que van desde una infección asintomática hasta una insuficiencia respiratoria aguda grave. La variabilidad clínica depende de la respuesta inmunológica innata y de factores de riesgo que favorecen una respuesta inflamatoria inadecuada. Hasta el momento se han descrito un número reducido de casos de reinfección, confirmados por la presencia de mutaciones en las muestras tomadas del virus por medio del análisis genómico completo y tiempo transcurrido entre la primoinfección y la presencia de una nueva prueba PCR positiva; por otra parte, también se ha descrito un síndrome inflamatorio post COVID 19 de predominio en población pediátrica, caracterizado por fiebre, compromiso poliarticular, síntomas gastrointestinales y cardiovasculares, con signos variables de shock e inflamación multisistémica.

Conclusión: La infección por coronavirus puede tener múltiples manifestaciones clínicas, siendo este caso una posible presentación atípica más común en poblaciones pediátricas, considerándose en contraparte una probable reinfección, teniendo en cuenta los dos polos de sintomatología descritos y la evolución de los mismos de leves inicialmente a severos.

PC-16-42 // NOCARDIOSIS PULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

FRANZOY, J.; PELLEGRINI, D.; BRUETMAN, J.; LAMBERTI, L.
Hospital Británico. Caba, Argentina.

Introducción: La nocardia un actinomiceto Gram positivo aerobio ramificado, parcialmente ácido-alcohol resistente, produce infecciones localizadas o diseminadas, compromete en el 75% de los casos al pulmón. Afecta principalmente a pacientes con compromiso de la inmunidad celular o con enfermedades pulmonares crónicas. Sus síntomas son inespecíficos con un curso subagudo/crónico. El diagnóstico consiste en el aislamiento del germen. El tratamiento de elección es la administración de trimetoprima-sulfametoxazol, existiendo cierto grado de resistencia.

Caso: Paciente femenina de 80 años, sin antecedentes de relevancia, que consultó por síndrome de impregnación en contexto de astenia, pérdida de peso, síndrome depresivo de 3 meses de evolución. Al examen físico se encontraba hemodinámicamente estable, con astenia marcada. A la auscultación pulmonar existía hipoventilación generalizada sin ruidos sobreagregados. El resto del examen sin particularidades. El laboratorio evidenciaba glóbulos blancos 11.200/mm³, hematocrito 40%, eritrosedimentación 119/1^a hora, Proteína C Reactiva 6. El resto del laboratorio se encontraban dentro de parámetros normales, serologías HIV-VDRL negativas. La radiografía de tórax presentaba infiltrados bilaterales alveolares difusos. Se realizó tomografía de tórax mostrando un patrón de árbol en brote de distribución multilobar. Se realizó estudio microbiológico de esputo seriado, con cultivos negativos para gérmenes comunes, BAAR y hongos. Se realizó lavado broncoalveolar, sin rescates microbiológicos. Con diagnóstico de sospecha de tuberculosis pulmonar por clínica e imágenes compatibles, inició tratamiento con Isoniacida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol de manera empírica, con egreso para seguimiento ambulatorio. Consultó dos meses más tarde por agravamiento de los síntomas. En el laboratorio presentaba eritrosedimentación mayor a 130/1^a hora, en la tomografía de tórax progresión de infiltrados, algunos con tendencia a la cavitación. Se realizó un nuevo lavado broncoalveolar con biopsia transbronquial donde se rescató Nocardia cyriacigeorgica. Inició tratamiento con trimetoprima-sulfametoxazol. La paciente evolucionó de manera tórpida posterior al procedimiento con requerimiento de intubación oro traqueal, a lo que se sucedieron múltiples intercurencias infecciosas, culminando con su fallecimiento.

Comentario: La nocardiosis es una enfermedad infecciosa afecta principalmente a pacientes inmunocomprometidos, hasta un 30% se presenta en inmunocompetentes. En nuestro medio epidemiológico el principal diagnóstico diferencial es la tuberculosis y enfermedades neoplásicas. Consideramos que es importante tenerla dentro de las opciones diagnósticas ya que su identificación y tratamiento temprano puede resultar en un mejor pronóstico, reduciendo las secuelas que impactan en la calidad de vida de los pacientes.

Conclusión: Sospecha diagnóstica ante cuadro clínico e imágenes compatibles con Tuberculosis sin rescate microbiológicos y sin mejoría con tratamiento del mismo.

PC-16-44 // INFECCIÓN POR STRONGYLOIDES EN UN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO

GONZALEZ, M.; CEIRANO, A.; SAAVEDRA, E.; DI STILIO, G.; CATALANO, H.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Introducción: La strongyloidiasis es una infección causada por un parásito helmíntico (Strongyloides Stercoralis), endémica en el noreste y noroeste de Argentina. A continuación presentamos el caso de una paciente inmunosuprimida que presentó sepsis bacteriémica a Escherichia Coli (E. Coli) e hiperinfección por Strongyloides Stercoralis.

Caso: Mujer de 66 años, oriunda de Paraguay, con antecedentes de leucemia linfoblástica aguda B recaída, que recibió corticoterapia prolongada y que se encontraba en tratamiento con ponatinib. Consultó por astenia, hiporexia y disnea de 7 días de evolución, asociado a diarrea con estrías de sangre. Se encontraba hemodinámicamente estable, afebril, con abdomen distendido, doloroso, sin reacción peritoneal, con ruidos hidroaéreos positivos. Rash generalizado con prurito a predominio abdominal y en muslos. Laboratorio con anemia, leucopenia (leucocitos 2640/mm³ N:78%, E:9%, L:4%), alteración del hepatograma (bilirrubina 2mg/dl a predominio directo, GOT 41U/l, GPT 114 U/l). Radiografía de tórax y ecografía abdominal normales. Hemocultivos 1/2 con E. Coli multisensible (MS). Se interpretó como bacteriemia de foco abdominal y rash secundario a ponatinib, y se inició antibioticoterapia. Evolucionó con taquicardia, taquipnea, crepitantes bibasales y desaturación. Abdomen distendido con dolor en fosa ilíaca derecha con reacción peritoneal. Se realizó radiografía de abdomen con niveles hidroaéreos, radiografía de tórax con aumento de trata intersticial y ecografía abdominal y renal normales. Tomografía de tórax, abdomen y pelvis mostró consolidaciones con broncograma aéreo y opacidades con patrón en "árbol en brote" bilaterales y engrosamiento parietal difuso a predominio del colon izquierdo con alteración de partes blandas adyacentes. Se interpretó como sepsis de foco abdominal versus respiratorio y pasó a unidad cerrada. Se realizó lavado bronquioalveolar en cuyo examen en fresco se evidenciaron larvas de Strongyloides Stercoralis. Se reinterpretó como sepsis bacteriémica a E. Coli e hiperinfección por Strongyloides stercoralis. Se indicó ivermectina y se rotó antibioticoterapia a ampicilina-sulbactam.

Comentario: La inmunosupresión es un factor de riesgo de desarrollar enfermedad diseminada por Strongyloides, al igual que infección por HTLV-1, uso de corticoides, alcoholismo, infección por virus de inmunodeficiencia humana y malnutrición. Se recomienda screening en pacientes inmunosuprimidos con riesgo de exposición intermedio (viajes a zonas altamente endémicas por menos de un año) o alto (vivienda más de un año en países endémicos o exposición a zonas rurales), y en inmunocompetentes con riesgo alto de exposición. En inmunosuprimidos el método de elección es serología más métodos directos parasitológicos.

Conclusión: Se presenta el presente caso por ser un diagnóstico diferencial a considerar en pacientes inmunosuprimidos con epidemiología asociada.

PC-16-43 // ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN CONTEXTO DE MENINGOENCEFALITIS CRIPTOCÓCICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

NAVAR, S.; CEIRANO, A.; CATALANO, H.; MANZOTTI, M.; SAAVEDRA, E.; CHAMORRO, F.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Introducción: La meningoencefalitis criptocócica es una causa común de infección crónica del sistema nervioso en todo el mundo. Más del 80% de los casos se ven en pacientes con HIV, pero también es una infección oportunista en pacientes con otros tipos de inmunocompromiso (como trasplante de órgano sólido). Clínicamente se presenta como meningoencefalitis, y puede acompañarse de déficits neurológicos focales y a menudo generan vasculitis de pequeños vasos que pueden causar infartos cerebrales.

Caso: Varón de 73 años con antecedentes de trasplante renal en el año 2009 por enfermedad renal crónica de etiología no filiada y trasplante en 2011 por trombosis del injerto. Ingresó derivado desde otro centro en donde cursaba internación por neumonía. Al interrogatorio refirió astenia, anorexia, pérdida de 5 kg de peso y registros febriles de 4 meses de evolución, asociado a síndrome vertiginoso, cefalea holocraneana y deterioro cognitivo progresivo. Negó tos, disnea o contacto con tosedores crónicos. Se realizó tomografía de tórax que mostró imagen nodular cavitada de 38mm en segmento apical del lóbulo superior derecho, asociada a opacidades en vidrio esmerilado e imágenes nodulilares bilaterales. Se realizó lavado bronquioalveolar sin relevamiento microbiológico en cultivos. Por persistir con síntomas neurológicos se solicitó resonancia de cerebro que mostró imagen focal hiperintensa en T2 y Flair a nivel cortical subcortical parietal derecha asociada a imagen lineal cortical a dicho nivel en secuencia T1, sugestiva de necrosis cortical laminar, junto con moderada dilatación del sistema ventricular. Se realizó punción lumbar cuyo líquido cefalorraquídeo evidenció hiperproteinorraquia, pleocitosis a predominio linfocítico y LDH aumentada y cultivo con desarrollo de criptococo neoformans. Se interpretó como meningoencefalitis criptocócica y se inició tratamiento con Anfotericina B con parcial mejoría de los síntomas neurológicos.

Comentario: La meningoencefalitis por Cryptococcus neoformans es la manifestación más frecuente de la criptococosis. La presentación clínica es variable y la mayoría de los pacientes presentan signos y síntomas de meningoencefalitis subaguda. La fiebre está presente en aproximadamente el 50% de los casos y por lo general la cefalea, el letargo, los cambios de personalidad y la pérdida de memoria se desarrollan en dos a cuatro semanas. Existen varios mecanismos implicados en el desarrollo de infartos cerebrales en meningoencefalitis criptocócica: (i) estrangulamiento de los vasos que atraviesan exudados en la base del cerebro, con el desarrollo de vasculitis y trombosis, (ii) exudado inflamatorio meníngeo que afecta a la adventicia y se extiende progresivamente afectando la pared del vaso (iii) estiramiento de los vasos inflamados debido a ventriculos dilatados, (iv) vulnerabilidad de la placa aterosclerótica propiciado por la infección.

Conclusión: Se presenta el caso como ejemplo de esta posible asociación.

PC-16-45 // TUBERCULOSIS INTESTINAL: PRESENTACIÓN DE UN CASO.

ÁLVAREZ, F.
Paroissien. La Matanza, Argentina.

Introducción: Es bien conocido que la tuberculosis extrapulmonar, como es la intestinal, goza de una prevalencia baja, con el advenimiento del VIH el panorama ha cambiado, se empiezan a encontrar cada vez muchos casos nuevos, que en gran medida se solapan en cuadros atípicos o emulan otros cuadros clínicos.

Caso: Paciente masculino de 43 años oriundo de Bolivia residente en Argentina hace dos años, con antecedente de TBC pulmonar diagnosticada en el 2017, con tratamiento irregular por un año, sin otro antecedente médico de relevancia. Consulta por cuadro clínico de más o menos dos meses de evolución, caracterizado por astenia adinámica, pérdida de peso de más o menos 15 kg, náuseas, vómito y dolor abdominal que se empeoran en las últimas 24 horas por lo cual consulta al servicio de emergencias en donde en primera instancia se realiza manejo sintomático y se da de egreso.

Posteriormente a las 72 horas reconsulta por persistencia de síntomas y mala evolución, ausencia de deposiciones y alzas térmicas, al examen físico se constata distensión abdominal y signos de irritación peritoneal, se realiza paraclínicos en donde llama la atención de leucocitos y anemia leve (ver tabla 1) y radiografía de abdomen de pie, con gran distensión de asas intestinales y niveles hidroaéreos, por lo anterior, servicio de cirugía realiza laparotomía exploradora con sospecha clínica de obstrucción intestinal.

En los hallazgos intraoperatorios cabe destacar, a dos metros de válvula ileocecal tumoración de aspecto nodular de origen mesentérico que compromete la luz intestinal y epilón, (ver imagen 1) peritonitis entérica, dos perforaciones de 0.5 cm (ver imagen 2), se envía muestra a anatomía patológica y cultivo, se realiza anastomosis término terminal y pasa en posoperatorio inmediato a sala de cirugía general, durante internación se toma serologías con reporte de Elisa para VIH positivo con CD4 417 y carga viral de 267.000 copias.

El diagnóstico de TBC intestinal es confirmada con reporte de anatomía patológica con granulomas y centro necrótico, presencia de células gigantes tipo Langhans, el mismo que se observa en pared muscular, mucosa y tejido adiposo mesentérico, Ziehl Neelsen presencia de bacilos, se inicia tratamiento antifímico con adecuada evolución clínica.

Comentario: ver conclusión

Conclusión: La tuberculosis como enfermedad puede tener un abanico inmenso de presentaciones y complicaciones, desde los cuadros latentes y subclínicos, hasta los casos de TBC extensamente resistentes, la presentación emblemática del complejo tuberculoso ha sido el compromiso pulmonar, arraigada profundamente al hacinamiento y a población de escaso recurso, pero también hay presentaciones extra pulmonares que han tomado una especial relevancia con el advenimiento del VIH.

PC-16-46 // SARCOMA DE KAPOSI CON COMPROMISO OCULAR

VENANZI, N.; ANNETTA, V.; BROSIÓ, D.; WACKER, J.; RENSNER, E.
Hospital Dr E. Tornú. Caba, Argentina.

Introducción: El sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia maligna de origen endotelial asociada al virus del herpes humano 8 (VHH-8). Se describen cuatro variantes clínicas de esta entidad: la forma clásica, la endémica, la asociada con pacientes inmunosuprimidos y la epidémica o asociada al VIH/SIDA. La forma epidémica o asociada al VIH/SIDA es la más frecuente debido a la epidemia del síndrome de inmunodeficiencia adquirida; sin embargo, su incidencia se ha reducido gracias a las terapias antirretrovirales.

Caso: Paciente masculino de 51 años, sin antecedentes de relevancia, que consulta por presentar pérdida de peso de aproximadamente 20 kgs en 3 meses, anorexia y fiebre. Al examen físico se constata paciente adelgazado con lesiones compatibles con muguet oral, en piel máculas pequeñas violáceas distribuidas en miembros y tronco, y a nivel ocular lesiones conjuntivales rojo intenso, hemorrágicas y bilaterales. Se solicita laboratorio que informa HIV reactivo con recuento de CD4: 26 y carga viral de 232.000. Presenta además insuficiencia renal y tricitemia con 8000 plaquetas, requiriendo múltiples transfusiones de estas últimas.

En la exploración oftalmológica se constatan lesiones violáceas de aparente origen vascular localizadas en conjuntiva bulbar de ambos ojos, el examen de fondo de ojo derecho muestra lesión proliferativa y hemorrágica paralela al disco óptico con exudados claros, periféricos e ipsilaterales.

Se realiza biopsia de piel confirmando el diagnóstico de Sarcoma de Kaposi. Se inicia TARV con TDF/Lamivudina + dolutegravir y fluconazol.

Tomografía de cerebro con calcificaciones puntiformes en ganglios de la base, tórax con lesiones pseudonodulares inespecíficas, y en abdomen hepatoesplenomegalia con engrosamiento de la mucosa de colon ascendente y transversal. Con diagnóstico de sarcoma de Kaposi sistémico con compromiso ocular, se programa tratamiento quimioterápico pero el paciente intercorre con farmacodermia, evolucionando finalmente al fallo multiorgánico y muerte.

Comentario: El SK se manifiesta con afectación de piel o extra cutánea, ya sea gastrointestinal, pulmonar, ganglionar o múltiple. Alrededor del 3% de los pacientes con SIDA y SK presentan afectación oftalmológica. La afectación ocular se produce con mayor frecuencia en párpados, seguido de conjuntiva (sobre todo tarsal y fondo de saco inferior) y raramente hay invasión orbitaria, requiere de estudio histopatológico para su confirmación diagnóstica.

El tratamiento antirretroviral asociado a quimioterapia puede resolver las lesiones oculares y en lesiones focales puede optarse por la resección quirúrgica, crioterapia o radioterapia local.

Conclusión: En cuanto al compromiso ocular, dada la escasa repercusión clínica de las lesiones oculares por el Sarcoma de Kaposi y por el hecho de que puedan ser confundidas con hemorragias o un hemangioma, es muy importante una alta sospecha clínica y efectuar un minucioso examen ocular en estos pacientes.

PC-16-48 // TBC DE PRESENTACION ATIPICA

CARRIZO, Y.; ÁLVAREZ, E.; BARRA, L.; CUESTAS, A.; FORNER, S.; RISSO, R.
Sanatorio Pasteur. Catamarca, Argentina.

Introducción: La tuberculosis es una de las diez causas principales de muerte en el mundo, la presentación abdominal es de baja incidencia que representa el 0,5% de los nuevos casos de tuberculosis y el 11% de las formas extrapulmonares.

La presentación clínica suele ser inespecífica, siendo importante el diagnóstico precoz para establecer el tratamiento específico. Los síntomas más frecuentes son ascitis, dolor abdominal, pérdida de peso y fiebre. La edad promedio es 20-30 años, siendo la etiología más frecuente la reactivación de un foco latente abdominal, o por extensión directa de órganos vecinos comprometidos (ganglios linfáticos, trompas de Falopio) o a partir de una siembra hematogena. No es raro que, en su estudio, se determinen marcadores tumorales como el Ca 125 y que su elevación pueda dar lugar a confusión diagnóstica.

Caso: mujer de 18 años de edad sin app de relevancia que consulta por presentar dolor abdominal difuso, y fiebre de predominio nocturno de dos semanas de evolución. Al examen físico se encontraba asténica, adinámica, con palidez de piel y mucosas, con tendencia a la hipotensión y taquicardia, persistía febril, abdomen doloroso en epigastrio e hipogastrio, sin reacción peritoneal.

-laboratorio: hto 30,2, hb 9,7, microcítica, hipocrómica, gb 4120, neut 80%, plaq 413.000, vsq 60, alb 3,4, proteinograma electroforético normal, orina no patológica, urocultivo y hemocultivo negativos. Perfil tiroideo, reumatológico negativos, subunidad beta negativa, HIV y serología para hepatitis negativas, prueba de mantoux negativa. Rx de tórax: índice cardiotorácico conservado, sin infiltrados parenquimatosos. Ecografía abdominal: hepatoesplenomegalia, líquido perihepático y en fondo de saco de Douglas. Ecografía ginecológica: líquido en fondo de saco de Douglas. TAC de abdomen y pelvis: ascitis a predominio perihepático + hepatomegalia sin lesiones focales parenquimatosas, no se observa dilatación de la vía biliar intra o extrahepática + esplenomegalia.

GASA<1, con características de trasudado. Ante la persistencia de la sintomatología se decide realizar laparotomía exploradora con toma de muestra para cultivo y anatomía patológica, la misma evidencia proceso inflamatorio tuberculoso en epiplón y peritoneo, ADA positivo.

Inicia tratamiento con cuadruple esquema para tuberculosis con buena evolución.

Comentario: Se interpreta como una TBC extrapulmonar de presentación atípica, con reacción de Mantoux negativa en paciente sin antecedentes patológicos previos e inmunizada, diagnosticada mediante ADA y anatomía patológica de muestra tomada de epiplón y peritoneo en laparotomía exploradora.

Conclusión: Se decide presentar este caso ya que la tuberculosis de presentación abdominal es infrecuente. Nuestra paciente obtuvo una respuesta favorable al tratamiento con buena evolución. Es importante ante estos casos hacer una anamnesis, examen físico minucioso; ante la duda reinterrogar y reexaminar ya que los detalles pueden hacer la diferencia.

PC-16-47 // ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR HAEMOPHILUS PARAINFLUENZAE ASOCIADO A NEFROPATÍA POR IGA.

FIORI, M.; CALVO, M.; QUINTANA, A.; CUITIÑO, M.; GARCIA RUBIO, C.; GIECCO, M.; DIZ, F.; LANFREDI, L.; CHABAGNO, A.
Clínica La Pequeña Familia. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El diagnóstico de endocarditis infecciosa es fundamentalmente clínico, con apoyo de hallazgos bacteriológicos e imagenológicos. Las bacterias del grupo HACEK en donde se encuentra el Haemophilus parainfluenzae, representando el 3% de todas las EI. Por otro lado la glomerulonefritis post infecciosa por IgA es un hecho poco frecuente que está asociado al estímulo infeccioso sistémico y a la predisposición genética e inmunológica de cada individuo.

Caso: Masculino de 56 años. Consulta por astenia, adinamia y fiebre de 21 días de evolución, agregando hematuria. Presentó soplo cardíaco sistólico. Laboratorio: ERS de 84mm, PCR 27,9, HIV no reactivo. SO hematuria. Ecografía abdominal y renovesical normal. Eco cardiograma transtorácico que informó válvula aórtica bicúspide con calcificaciones múltiples. Por sospecha de endocarditis infecciosa se tomaron HMC y se realizó ecocardiograma transesofágico sin presencia de vegetación. El paciente continuó con registros febriles, hematuria macroscópica y agregó falla renal por lo que se tomaron nuevos HMC y se solicitó serología para hepatitis B y C, FAN, ANCA, látex AR, b2 microglobulina y LDH normales. C3 normal y C4 disminuido. Nuevo SO: cilindros hemáticos pardos. Orina de 24hs: proteinuria 1.74 grs/24hs. Se decidió realizar biopsia renal en la cual se informó nefropatía por IgA. Se inició metilprednisolona 1gr por día por 3 días con mejoría de los valores de creatinina y de la hematuria. Continuó con registros febriles, al 7mo día de internación se recibieron hemocultivos 6 de 8 positivos para un BGN con exigencias nutricionales que finalmente resultó ser un Haemophilus Parainfluenzae. Se realizó nuevo ecocardiograma transesofágico en donde se constató vegetación en válvula aórtica de 7x4mm. Inició tratamiento con Ceftriaxona por 4 semanas.

Comentario: Las endocarditis infecciosas causadas por bacterias del grupo HACEK resultan en un desafío diagnóstico, teniendo en cuenta los medios de cultivos enriquecidos que necesitan estas bacterias y su lento crecimiento, que nos obligan a plantear y descartar otras patologías.

Y si bien el compromiso renal es una posibilidad, la nefropatía por IgA post infecciosa es poco frecuente, y se desconoce el mecanismo exacto por el cual se produce.

Conclusión: Presentamos este caso debido a que se trata de una entidad infecciosa poco frecuente siendo muy rara su asociación con la nefropatía por IgA.

PC-16-49 // TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR: UNA CAUSA INFRECUENTE DE PRESENTACIÓN DE TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

SANTIAGO, M.; GIMENEZ, A.; VILCHES, F.; MENGA, R.
Sanatorio Mayo. Santa Fe Santa Fe, Argentina.

Introducción: El caso relatado a continuación trata de una paciente inmunocompetente con enfermedad osteoarticular por TBC. Ante una infección tuberculosa osteoarticular, el diagnóstico es generalmente tardío debido a su baja prevalencia como causa de artritis séptica y a la falta de sospecha por parte del médico o médica, por lo que resulta un desafío clínico su diagnóstico y tratamiento, ya que el diagnóstico tardío lleva a importantes secuelas funcionales. La motivación a la descripción del caso fue su localización atípica, la ausencia de foco primario y la dificultad diagnóstica.

Caso: mujer de 77 años que consultó por dolor y tumefacción de muñeca izquierda de dos meses de evolución. Se constató signos de flogosis con limitación de la movilidad, se realiza artrocentesis con obtención de líquido inflamatorio mas reactantes de fase aguda elevados y radiografía con marcada alteración de la morfología articular por lo que se pensó en artritis séptica. Se comenzó antibioticoterapia empírica dirigida a gérmenes más frecuentes y se realizó toilette mecánico quirúrgica en tres oportunidades. Ante la falta de mejoría clínica y sin hallazgos de microorganismo en medios de cultivos, con cuadro de evolución subaguda, continua flogosis articular y persistencia de registros febriles diarios se decide realizar tinción especial para otros gérmenes y cultivos para hongos. Posteriormente tras la tinción de Zielh - Neelsen se observan abundantes bacilos de Koch. Por lo que se diagnostica TBC osteoarticular y se comienza con tratamiento antifímico con buena respuesta al mismo.

Comentario: La tuberculosis (TBC) está generalmente asociada al compromiso del aparato respiratorio, sin embargo, puede afectar cualquier órgano. Su prevalencia en nuestro medio la convierten en una entidad importante a tener en cuenta, en especial en los casos de presentación infrecuente como son las osteoarticulares. Sus formas de presentación más frecuentes son la espondilitis y la artritis de grandes articulaciones como rodillas.

Conclusión: La TBC osteoarticular en región radiocarpiana es muy poco frecuente dentro del grupo de afectación musculoesquelética de la tuberculosis, y tras esta presentación la afección sistémica es un riesgo importante por lo que debe ser tratada rápidamente luego de su diagnóstico. | 1 | 1 |

PC-16-50 // CELULITIS ORBITARIA: REPORTE DE UN CASO

PISSINIS, M.; BORT, P.; CEIRANO, A.; SAAVEDRA, E.; GIGLER, M.; CATALANO, H.; AGAZZI, M.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Introducción: La celulitis orbitaria es una infección que afecta el contenido de la órbita presentándose en la mayoría de los casos como una complicación poco frecuente de la sinusitis bacteriana aguda.

Caso: Paciente mujer de 52 años sin antecedentes patológicos que consultó por dolor en hemicara izquierda, rinorrea escasa y odontalgia de 10 días de evolución. Había completado tratamiento con amoxicilina-clavulánico para un cuadro de sinusitis. En las últimas 24 horas había agregado fiebre y amaurosis, por lo que reconsultó. Al examen físico se encontraba afebril, con edema bupalpebral asociado a proptosis del ojo izquierdo, con dolor espontáneo y limitación a la movilidad, midriasis pupilar izquierda, reflejo fotomotor izquierdo ausente y amaurosis ipsilateral. En el laboratorio presentaba leucocitosis y reactantes de fase aguda elevados. Se realizó tomografía de órbita que evidenció sinusopatía frontal, maxilar y etmoidal izquierda, aumento del espesor de partes blandas preseptales y hallazgos compatibles con absceso subperiosteico.

Con diagnóstico de celulitis orbitaria izquierda pre y post septal, se internó en sala general. Se inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona, vancomicina y clindamicina. Se realizó sinusotomía, descompresión de órbita y drenaje de los senos paranasales y del absceso. Evolucionó con mejoría clínica parcial, sin recuperación de la visión. Se solicitó resonancia magnética nuclear (RMN) de órbita y angio y fleboresonancia de cerebro que informó neuritis óptica izquierda. Se indicaron pulsos de metilprednisolona por tres días. En los cultivos de la exploración quirúrgica se aislaron *E. coli*, *S. anginosus*, *K. pneumoniae*, *Prevotella nigrescens*, *Solobacterium moorei* y *S. epidermidis*, ajustándose el tratamiento antibiótico a ceftriaxona y metronidazol. La anatomía patológica informó inflamación subaguda con focos supurativos y necrosis.

Evolucionó con dolor, progresión del edema y disminución de la apertura ocular, por lo que se realizó nueva RMN que informó nuevos abscesos en el techo y pared medial de órbita. Se realizó reexploración quirúrgica con drenaje. Evolucionó sin dolor, con leve apertura ocular y con movilidad del globo ocular conservada, sin recuperación de la visión. Se otorgó el egreso hospitalario para completar ocho semanas de tratamiento antibiótico en domicilio.

Comentario: La celulitis orbitaria en adultos es infrecuente (incidencia de 0,1 a 2 casos /100.000 habitantes), siendo la enfermedad sinusal la causa más prevalente (39,4%). La presentación clínica de esta entidad es muy variada, en su mayoría de curso benigno. Sin embargo la pérdida de la visión se describió hasta en un 6% de los casos, con mortalidad del 1%.

Conclusión: Se presenta el caso para revisión del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de una complicación infrecuente de una patología frecuente.

PC-16-51 // CORIORRETINITIS EN LUES

GOMEZ, M.; CARDOZO, L.; MEZA, D.; JOHANSEN, P.
Samic Eldorado. Misiones, Argentina.

Introducción: La retina y la coroides son estructuras ricas en vasos sanguíneos por lo que pueden ser colonizadas por gérmenes a través de la vía hematogena en el curso de una enfermedad infecciosa sistémica. Las enfermedades bacterianas más frecuentes que afectan la retina son la sífilis y la tuberculosis.

Caso: Paciente de sexo femenino de 32 años con antecedente de Miopía OI (-13) OD(-12) diagnosticada por incidentaloma de Lúes tras un control de rutina en diciembre del 2018 por lo que fue tratada en enero 2019 con 3 dosis de Penicilina benzatínica 1 por semana por 3 semanas sin controles previos.

Consulta por alteración y disminución de la agudeza visual más de lo habitual en Ojo izquierdo en Junio del 2020 consulta con Médica oftalmóloga quien solicita analítica de Laboratorio, Prueba treponémica y medica con Meprednisona 4 mg por dos semana, por no mejoría vuelve a consultar, se realiza Fondo de Ojo. y se decide internación en servicio de clínica médica para tratamiento. AP: Tabaquista Examen Físico: Ingresó en regular estado, vigil, alerta, activa, reactiva. TLG: S/P Cabeza: Miopía OD (-12) 4/10 OI (-13) en cuentas dedos con corrección, Midriasis ojo izquierdo tras aplicación de gotas oftálmica, Aftas bucales secundaria a colocación de ortodoncia hace aproximadamente 2 semanas. Laboratorio: HTO: 44% GB: 13.300 (70/3/27) RtoPQ: 276.000 Glucemias: 83 TP:100% Urea: 0.24 Creatinina: 1.06 Clcr:69 GOT: 18 GPT:17 Bil T:0.7 Físicoquímico de LCR: Incoloro, Limpido, Sedimento y Coagulación Negativo, Leucocitos: 3 Glucorraquia: 55 Proteorraquia:6 Hematías:10 VDRL en LCR: Negativo. Serología: HIV (V/R) Toxoplasmosis sin reactivo, VDRL: Reactivo 1/2 dil. 12/8/2020: Campimetría ocular: Múltiples lesiones de engrosamiento localizado sub y pre epitelio pigmentario de la retina en todo el polo posterior a predominio subfoveal, dispersión pigmentaria en polo posterior, atrofia circunpapilar 3/9/2020: TPPA: Reactivo. 25/9/2020: Fondo de Ojo: OI Leve Turbidez vitrea, papila rosada de bordes netos, atrofia peripapilar, brillo macular levemente disminuido por edema, lesiones focales puntiformes blancas grisáceas coriorretinales en polo posterior.

Comentario: La sífilis secundaria es el periodo más florido de la infección y resulta de la multiplicación y diseminación de las espiroquetas prácticamente en todos los tejidos. El compromiso ocular en general se presenta como una uveítis anterior que suele ser leve y asintomática en el 5-10% de los casos. El diagnóstico se realiza con la clínica y el laboratorio. La VDRL refleja la actividad sistémica de la enfermedad y es el parámetro de mayor valor para monitorear la respuesta al tratamiento. Debe ser confirmado con pruebas treponémicas como FTA-Abs

Conclusión: Se destaca la importancia y baja frecuencia de compromiso ocular como manifestación extra cutánea de la sífilis. Se debe enfatizar la importancia del tratamiento precoz para disminuir la morbilidad y la necesidad del seguimiento multidisciplinario para evaluar remisión o eventuales recaídas

PC-16-52 // ANEURISMA DE AORTA ABDOMINAL INFECTADO POR CAMPYLOBACTER FETUS. COMUNICACIÓN DE CASO

MILANESIO, M.; CORNAVACA, M.; ZANUZZI, M.; LIPARI, F.; ALONSO, R.
Hospital Privado Universitario De Cordoba. Córdoba Córdoba, Argentina.

Introducción: La infección es una complicación rara de los aneurismas de aorta abdominal (AAA). *Campylobacter fetus* (*C.fetus*) es un bacilo gram negativo con especial tropismo por el endotelio vascular y ha sido reportado como causa de infección de AAA en escasas ocasiones. La mortalidad de dichos pacientes es alta, por lo que el reconocimiento temprano con inicio precoz de antibioticoterapia es clave, necesitando la mayoría de pacientes, además de tratamiento médico, una conducta quirúrgica, la cual tiene alta mortalidad en pacientes pluripatológicos e inestables.

Presentamos el caso de un paciente con AAA infectado por *C.fetus*, en el cual, por sus múltiples antecedentes cardiovasculares y su estado general al momento de ingreso, se decidió tratamiento médico con imipenem, con buena respuesta y sin recurrencia de síntomas en controles posteriores.

Caso: Varón de 76 años tabaquista severo con app de AAA infrarrenal, HTA, cardiopatía isquémica con colocación de 3 bypass aortocoronarios, EPOC y enfermedad celíaca no adherente a dieta, acudió a guardia por fiebre de 7 días acompañado de molestias abdominales periumbilicales. Presentaba una Temperatura de 38,5°C, TA 90-4mmHg, FC 105x/min, FR 14x/min, SAT 92%aa. Su abdomen era blando y se palpaba una masa pulsátil dolorosa en región mesogástrica. En el laboratorio tenía leucocitosis (23500 cel/mm3), PCR de 5,8 mg/dl (VN<0,5mg/dl), vsG 60mm en la primera hora, hepatograma y enzimas pancreáticas normales. Su orina y radiografía de tórax eran normales y las serologías virales (VIH, VHB y VHC) fueron no reactivas.

Se solicitó TAC de abdomen con contraste endovenoso donde se observó un AAA infrarrenal trombosado de 7cm de ancho, con aspecto inflamatorio de su pared, tumefacción de la grasa circundante y adenopatías locales reactivas compatibles con aneurisma infectado. Se inicio empíricamente PTZ ante sospecha de sepsis con foco abdominal. Posteriormente en Hemocultivo se aisló *C.fetus*, por lo que se rotó a imipenem EV 1gr cada 8h. Se solicitaron ecocardiograma transtorácico, panel reumatológico y Doppler de arteria temporal los cuales fueron normales. Tras 5 días de imipenem se realizó hemocultivo control el cual fue negativo. El paciente mejoró por lo que se externo con ciprofloxacino VO 500mg c/12hs hasta completar 28 de tratamiento. En controles posteriores se mantuvo asintomático y con disminución de parámetros inflamatorios

Comentario: Si bien el tratamiento quirúrgico está recomendado en AAA infectados, en pacientes de alto riesgo por sus antecedentes o estado actual, se podría retrasar hasta la estabilidad siempre que la respuesta inicial al tratamiento médico sea buena. La duración de la antibioticoterapia no está definida y debe individualizarse en cada caso

Conclusión: En pacientes añosos y con múltiples comorbilidades que consultan por fiebre asociado a dolor abdominal se debe tener en cuenta la infección de un AAA como posible causa, para un inicio inmediato de antibioticoterapia dada su elevada morbimortalidad

PC-16-53 // SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE EN CONTEXTO DE SEPSIS EN PANCREATITIS AGUDA GRAVE

ARELLANO, C.; MARTÍNEZ PERALTA, V.; ALVAREZ ROTONDO, M.
Hospital Simplemente Evita. Gonzalez Catan Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La encefalopatía séptica se define como daño cerebral difuso secundario a respuesta inflamatoria sistémica provocada por una infección extracerebral, se ha informado que afecta hasta el 76% de los pacientes, siendo un factor independiente de mortalidad. Su diagnóstico se logra excluyendo toda otra causa. El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), definido como un patrón de difusión incrementado de edema vasogénico severo con distribución predominante en región parietal/occipital, siendo la segunda más común donde se observa. Las manifestaciones clínicas incluyen cefalea, encefalopatía y convulsiones que junto con hipertensión arterial deberían levantar sospecha. Tomografía hay cambios en la sustancia blanca en estas regiones pero la Resonancia magnética tiene mayor sensibilidad. No cuenta con tratamiento específico más allá del que el de la sepsis y de sostén

Caso: Mujer de 34 años, antecedentes de litiasis vesicular, consulta por dolor epigástrico de 7 días de evolución. Laboratorios de ingreso con leucocitosis y alteración de enzimas hepáticas y pancreáticas. Diagnóstico pancreatitis aguda grave BISAP 1, Tomografía de abdomen Balthazar E. Ingresó lúcida, estable, se realiza tratamiento de sostén. Intercurre con fiebre, tomografía evidencia colecciones pancreáticas, por lo que se colocó dos catéteres percutáneos, se toma cultivos con rescate de *Klebsiella pneumoniae* sensible a ampicilina/sulbactam, hemocultivos negativos. Día 14 presenta distensión abdominal y fiebre se decide necrosectomía de cuerpo y cola, drenaje de colección peripancreática y cultivo de líquido, presenta sangrado en napa, packing, necrosectomía por lumbotomía. Al día 88 presenta absceso hepático se punza con rescate de *Klebsiella multi-resistente* inicia meropenem, vancomicina y fluconazol. Evolución con shock, se intuba y conecta a ventilación mecánica, SOFA 8. Día 95, en ventana de sedación presenta convulsión tónico-clónica, pupilas isocóricas. TC de encéfalo con edema cerebral en lóbulo frontal, sin patología estructural, se realiza Punción lumbar resultado de líquido cefalorraquídeo no inflamatorio. 72 horas persiste en coma, se realiza TC evidenciando áreas hipodensas occipitales sugestivas de edema de territorio posterior compatible con PRES. obita día 123 de internación.

Comentario: El caso que presentamos de una paciente femenina joven que ingresa con diagnóstico de pancreatitis aguda grave, termina presentando sepsis de origen abdominal, presentando convulsiones, se realiza tomografía donde se evidencia imágenes sugestivas de PRES, que serían secundaria al cuadro séptico, ya que logramos descartar que no hubo otra causa posible del origen de la encefalopatía que desencadenó el fallecimiento de la paciente.

Conclusión: El diagnóstico de PRES, suele ser difícil debido a que su diagnóstico por resonancia tiene mayor sensibilidad y su acceso suele ser complicado. Es importante tener en cuenta esta entidad, ya que cambia el pronóstico de estos pacientes por su alta mortalidad.

PC-16-54 // NOCARDIOSIS PRIMARIA CUTÁNEA EN PACIENTE BAJO TRATAMIENTO CORTICOIDEO PROLONGADO.

CIANCHETTA, E.; ONETO, S.; OTEIZA, V.; CAPPARELLI, F.; DELORME, R.; MERCADO, J.; WAINSTEIN, N. Fleni. Caba, Argentina.

Introducción: La nocardiosis es una infección poco frecuente provocada por bacilos gram positivos aerobios filamentosos de la familia Actinomycetaceae. Siendo ubicuos en el ambiente, conocidos como gérmenes oportunistas, que se presentan con mayor predilección en huéspedes inmunocomprometidos donde el principal factor de riesgo para su infección es el compromiso de la inmunidad celular. A pesar de esto, hasta el 30% de los casos surge en pacientes sin factores de riesgo. Las manifestaciones clínicas varían ampliamente dependiendo del mecanismo de infección y los factores de riesgo del huésped, entre otros aspectos. Característicamente, su primoinfección se manifiesta con compromiso pulmonar, pudiendo también afectar piel, sistema nervioso central o generar infección diseminada. La frecuencia del compromiso cutáneo presenta variación geográfica. En Argentina tiene una prevalencia de 38%, mientras que en otros países la misma es menor al 10%.

Caso: Paciente masculino de 52 años de edad con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y gliosarcoma tempo insular con tratamiento quirúrgico realizando actualmente corticoterapia con dexametasona 8 mg por día desde hace 3 meses y una sesión de radioterapia reciente, consultó por presentar lesión nodular ulcerada y supurativa en pierna derecha de 2 meses de evolución. Asociado a esto, presentaba otras lesiones nodulares de distribución ascendente en miembro inferior homolateral, sin adenomegalias palpables. Se interpretó inicialmente como infección bacteriana, realizando tratamiento antibiótico empírico ambulatorio con trimetoprima/sulfametoxazol y luego ciprofloxacina/clindamicina con evolución tórpida.

A su ingreso se realizó punción de lesiones abscedadas con evidencia en éstas de bacilos gram positivos pleomórficos con tinción Kinyoun positiva, Ziehl neelsen negativo. Tomografía de tórax sin lesiones pulmonares. Al interrogatorio refirió realizar actividades de jardinería. Por sospecha de nocardiosis, recibió tratamiento empírico con minociclina, imipenem y trimetoprima/sulfametoxazol. A los 10 días del mismo, se obtuvo rescate de Nocardia abscessus en material de absceso con hemocultivos negativos.

Realizó 30 días de tratamiento antibiótico combinado endovenoso y enteral, por mala tolerancia a vía oral. Finalizó tratamiento con minociclina luego de 6 meses, con buena respuesta.

Comentario: Presentamos este caso clínico con el objetivo de realizar la importancia en los cuidados de los pacientes inmunocomprometidos en relación a infecciones oportunistas.

Conclusión: La Nocardia abscessus es una bacteria de baja prevalencia, lento crecimiento que produce infección recidivante aún bajo tratamiento adecuado. Es necesario tener alta sospecha clínica inicial para su abordaje terapéutico, evitando así utilizar esquemas antibióticos frustros que puedan modificar la sensibilidad bacteriana. Su régimen terapéutico prolongado genera retrasos en el tratamiento de la enfermedad de base con requerimiento de internaciones prolongadas, con gran impacto social y económico.

PC-16-56 // ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR GRANULICATELLA ADIACENS. REPORTE DE UN CASO

FIORI, M.; CALVO, M.; DIZ, F.; GARCIA RUBIO, C.; CUITIÑO, M.; MALPERE, F.; MILLET, M.; QUINTANA, A.;

ALEMAN, d.; BALESTRASSE, D.

Clínica La Pequeña Familia. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La endocarditis infecciosa continúa siendo una causa importante de morbimortalidad a nivel mundial, en el que su dificultad para el diagnóstico temprano tiene alto impacto en el desenlace de la enfermedad. A pesar de los grandes avances en diagnóstico, manejo, terapia antibiótica y técnicas quirúrgicas, esta tasa de morbi-mortalidad continúa siendo elevada.

La Granulicatella adiacens pertenece a la familia Carnobacteriaceae, cocos Gram positivos, que forma parte de la flora habitual de cavidad oral, genito-urinaria y tracto gastrointestinal. Es difícil de aislar y cultivar en medios convencionales, constituyendo una de las principales causas de endocarditis con hemocultivos negativos.

Caso: Masculino de 48 años, con antecedente de fistula coronaria, consultó por cuadro de 15 días de evolución caracterizado por fiebre posterior a tratamiento antibiótico con amoxicilina ácido clavulánico por sinusitis. Se solicitó por ambulatorio 2 muestras de hemocultivos con desarrollo de estreptococos por lo que se decidió internación para estudio y tratamiento. Al examen físico no presentó alteraciones. Laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, VES 63 y PCR positiva (41.6). Se realizó TC de senos paranasales, tórax, abdomen y pelvis sin hallazgos patológicos. Por sospecha de endocarditis se solicitó ecocardiograma transtorácico y posteriormente ecocardiograma transesofágico, ambos sin alteraciones. Fondo de ojo: retinopatía hipertensiva grado II. Se inició tratamiento antibiótico empírico con ampicilina (12g/d) y Ceftriaxona (4g/d). Hemocultivos 6/6: Granulicatella adiacens, CIM a penicilina de 0.094. Se decidió continuar tratamiento con Ceftriaxona, se suspendió ampicilina y se agregó Gentamicina endovenosa. Ecocardiograma transtorácico y transesofágico control sin evidencia de vegetaciones. Hemocultivo control negativo. Realizó 14 días de tratamiento con ceftriaxona y gentamicina, y continuó con ceftriaxona, completando 4 semanas de tratamiento.

Comentario: Reportamos este caso debido a que la endocarditis infecciosa por Granulicatella adiacens constituye una entidad poco frecuente y de baja sospecha clínica, ya que compone una de las causas más frecuente de endocarditis sin rescate de germen en los hemocultivos.

Conclusión: La endocarditis infecciosa por Granulicatella adiacens constituye una entidad rara y su dificultad para aislamiento en hemocultivos retrasan el diagnóstico aumentando el porcentaje de mortalidad. De ahí la importancia de que el médico clínico y el microbiólogo sospechen de microorganismos como éste cuando se obtienen hemocultivos negativos en endocarditis infecciosa.

PC-16-55 // ENCEFALITIS POR SARAMPION EN INMUNOSUPRIMIDO.

SCARPIN, A.; CAMPESTRI, G.; PISSINIS, J.; SAMBRESQUI, J. Cemic. Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las encefalitis virales en inmunodeprimidos son producidas predominantemente por el virus de herpes simplex (VHS), herpes zoster y menos frecuentemente VH6, virus de Epstein-Bar, citomegalovirus y virus JC. La encefalitis por sarampión es una complicación infrecuente de la enfermedad y poco considerada como causa de infección del sistema nervioso central (SNC) en pacientes con inmunosupresión. Presentamos un paciente trasplantado renal con diagnóstico de encefalitis por sarampión.

Caso: Mujer, 50 años, con insuficiencia renal crónica (etiología desconocida), trasplante renal donante vivo 14 años previo al cuadro actual, complicado por linfoma del SNC y posterior pérdida del injerto, con nuevo trasplante con donante cadavérico dos meses previos a la enfermedad actual. Inmunosuprimida con micofenolato, tacrolimus y metilprednisolona. Historia de vacunación contra sarampión, con serología IgG pre trasplante.

Presentó cefalea, y tinnitus por diez días, agregando hipoacusia bilateral súbita, alteraciones conductuales, desorientación e inestabilidad en la marcha; sin fiebre, rash, ni síntomas respiratorios. La resonancia magnética nuclear (RMN) de cerebro sin alteraciones agudas y probable secuela del linfoma en región temporal derecha; LCR: 10 glóbulos blancos (96% polimorfonucleares), Proteínas 0.46g/L y glucosa 53 mg/dL. Comenzó tratamiento con ceftriaxona, ampicilina y aciclovir. El examen del LCR para bacterias, hongos, micobacterias y PCR para HSV, varicela-zoster, HV6, Epstein-Barr virus, CMV, enterovirus, arbovirus y flavivirus fue negativo. Evolucionó con fiebre, alucinaciones visuales, lenguaje incoherente y deterioro progresivo del sensorio. En nueva RNM en día +4 de internación, se observaron lesiones hiperintensas en T2 y FLAIR a nivel de ambos lóbulos temporales, hipocampo y uncus izquierdo (fig. 1). Un test de PCR para sarampión en LCR, sangre y en hisopado nasofaríngeo fue positivo. La IgG en sangre para sarampión fue de 1/40. Recibió tratamiento con ribavirina e inmunoglobulina y retro de inmunosupresión. Evolucionó desfavorablemente, con crisis de disautonomía, y status epiléptico falleciendo al día 42 del ingreso.

Comentario: La encefalitis por sarampión es una causa poco frecuente de infección del SNC en inmunodeprimidos, pero que debe considerarse especialmente ante brotes de la enfermedad en la comunidad por declinación de cobertura por la vacunación. El sarampión puede producir 4 síndromes clínicos encefálicos.

Conclusión: Esta paciente presentó compromiso exclusivo de SNC, sin el resto de las manifestaciones típicas de la enfermedad, aunque existe reportes de caso con esta presentación en pacientes inmunosuprimidos. Si bien estaba vacunada, con serología demostradamente positiva en suero, existen reportes de encefalitis en pacientes que han recibido una dosis de la vacuna y el riesgo parece disminuir francamente en pacientes con al menos dos dosis.

PC-16-57 // LINFOMA PRIMARIO DE CAVIDADES

FORMICA MAZRAANI, N.; CUENCA DAZA, A.; RIVAS, P.; TABOADA, m.; GODOY, M.; MANGANO, A.; LEVAGGI, G.; LEVAGGI, a.; ACCETA, D.; DAVILA, R. Hospital Rivadavia. Caba, Argentina.

Introducción: El linfoma primario de cavidades es un linfoma no Hodgkin de fenotipo B raro, de alto grado, asociado al virus herpes humano 8, conocido como herpes asociado al sarcoma de Kaposi. Representa aproximadamente el 3% de los linfomas relacionados con el SIDA aunque también puede darse en pacientes inmunocompetentes. Frecuentemente se presentan derrames linfomatosos peritoneales, pleurales y pericárdicos por ende los síntomas dependen de la cavidad corporal afectada. Su diagnóstico se realiza a través del análisis citológico y por citometría de flujo del fluido donde es característica la presencia de células neoplásicas grandes.

Caso: Paciente femenina de 25 años con antecedentes de HIV diagnosticado en 2015 en tratamiento antirretroviral (carga viral baja, 290 CD4) y carcinoma de cuello uterino, ingresa al servicio de clínica médica por presentar cuadro clínico caracterizado por disnea clase funcional III, IV asociado a distensión abdominal. Al examen físico, a nivel respiratorio presentaba semiología de derrame pleural en ambos campos pulmonares hasta T7, mientras que a nivel abdominal ascitis a tensión.

Durante su internación se realiza ecografía pleural que evidencia moderada cantidad de líquido pleural bilateral, realizándose toracentesis y colocación de tubo de avenamiento pleural. El análisis del líquido pleural dio como resultado un exudado complicado. En la TC tórax y ecocardiograma transtorácico se evidencia derrame pericárdico moderado-severo y derrame pleural bilateral severo. En la TC de abdomen se evidencia ascitis generalizada abdomino-pelvíana. Se realiza paracentesis diagnóstica evidenciándose LDH elevada, GASA menor a 0.9, cultivo negativo y examen citológico que informó células patológicas de gran tamaño de probable estirpe linfocitoide con técnica de IHQ no concluyente. Por sospecha de enfermedad linfoproliferativa se realiza PAMO que informa cambios dishematopoyéticos discretos. Por persistencia de ascitis y edemas asociado a hipoalbuminemia se inicia tratamiento con albúmina y furosemida con buena respuesta y posterior regresión de derrames en el control imagenológico. Se realiza biopsia peritoneal por sospecha de linfoma de cavidades que informa características morfológicas y perfil inmunofenotípico (MUM1 positivo, LANA positivo) consistentes con linfoma B primario de las cavidades. Por buena evolución clínica se otorga alta hospitalaria para continuar tratamiento en forma ambulatoria.

Comentario: Por representar un linfoma de mal pronóstico es fundamental su diagnóstico temprano y la evaluación de su extensión mediante métodos imagenológicos a fin de iniciar el tratamiento correspondiente.

Conclusión: El diagnóstico de este tipo de linfoma puede resultar muy difícil, y para ello hay que recurrir al análisis del líquido seroso o tejido afectado mediante la citología-biopsia e inmunofenotipaje mediante citometría de flujo. El pronóstico suele ser muy desfavorable, con una mediana de supervivencia global generalmente inferior a los 6 meses a pesar del tratamiento.

PC-16-58 // HISTOPLASMOSIS VS TUBERCULOSIS, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO: REPORTE DE UN CASO

BORT, P.; LEONE, V.; CEIRANO, A.; SAAVEDRA, E.; LOPEZ MUJICA, M.; CATALANO, H.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Introducción: La inmunosupresión es un factor de riesgo de infecciones oportunistas y diseminadas. A continuación se presenta el caso de un paciente trasplantado renal con sospecha de tuberculosis (TBC) y diagnóstico posterior de histoplasmosis.

Caso: Varón de 57 años con antecedente de trasplante renal en 2014, en tratamiento con tacrolimus, meprednisona y micofenolato. PPD de 9 mm previa al trasplante, por lo que realizó profilaxis con isoniazida, con PPD negativa posterior al trasplante. Consultó por odinofagia y tos de 15 días de evolución, registros subfebriles y pérdida de 7 kg en 2 meses. Convivía con una hija con tos crónica. Al examen físico presentaba edema y dolor en antebrazo izquierdo. Laboratorio evidenció anemia, radiografía de tórax con aumento de la trama intersticial en lóbulos superiores y tomografía de tórax con patrón de "árbol en brote" a predominio de lóbulos superiores. Se interpretó como neumonía aguda de la comunidad vs TBC. Inició tratamiento con ampicilina sulbactam. Hemocultivos, Strepstet, antígeno urinario para S. Pneumoniae, Film array respiratorio y baciloscopia negativos. Lavado broncoalveolar (líquido mucopurulento) con cultivos negativos. Completó 14 días de antibiótico. Persistió con síntomas y agregó lesión blanquecina ulcerada en la mitad inferior de la amígdala izquierda y placa eritematosa, sobrelevada, indolora en miembro superior izquierdo. Se inició tratamiento antifúngico con 4 drogas. Los cultivos nuevamente resultaron negativos. En el fondo de ojo derecho se observó coroiditis compatible con TBC. Se tomaron biopsias de las lesiones de piel y amígdala, con desarrollo de Histoplasma capsulatum. Se indicó anfotericina B y luego mantenimiento con itraconazol. Se mantuvo tratamiento antifúngico con 2 drogas por 6 meses a la espera del cierre de los cultivos.

Comentario: La histoplasmosis diseminada en pacientes trasplantados tiene una incidencia aproximada de 1%. Un estudio multicéntrico (152 pacientes) mostró que la mayoría de las infecciones diseminadas se desarrollaron en los dos primeros años post trasplante (media de 17 meses), y que el uso de micofenolato y la fungemia eran factores de riesgo de severidad. La mortalidad asociada a la histoplasmosis fue cercana al 10%. Con respecto a la clínica, un 25% de los pacientes trasplantados tienen manifestaciones cutáneas al igual que el nuestro. Se suele demorar entre 2-4 semanas en arribar al diagnóstico. La citología e histopatología son las formas más rápidas, pero implica en ocasiones procedimientos invasivos.

Conclusión: Se presenta este caso clínico por el desafío diagnóstico que representan ambas patologías en el contexto de un paciente inmunosuprimido.

PC-16-60 // INFARTO CEREBRAL Y NEUROSIFILIS, UNA ASOCIACIÓN PARA TENER EN MENTE

MUNIVE, C.; SCHIAVI, M.; RECALDE, C.; OROZCO TINOCO, M.
Sanatorio De La Trinidad Mitre. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La neurosífilis es la afectación del sistema nervioso central por Treponema pallidum y puede ocurrir en cualquier momento de la evolución de la sífilis.

Su presentación clínica es variable, siendo una de sus formas la sífilis meningovascular, que causa una arteritis infecciosa oclitante de los vasos subaracnoideos con disminución progresiva de la luz del vaso afectado y posterior infarto cerebral.

Caso: Varón de 64 años de edad, hipertenso, diabético tipo 2 no insulino requirente sin adherencia al tratamiento. Consultó por hemiparesia derecha y disartria de 24 hs de evolución.

Se estudió con RNM de encéfalo diagnosticándose accidente cerebrovascular (ACV) isquémico a nivel talámico e hipocámpal izquierdo fuera de ventana para trombosis y sin criterio de trombectomía (NIHSS 5) con posterior profundización del foco neurológico (NIHSS 10).

Se realizó ecocardiograma Doppler y de vasos de cuello sin alteraciones e holter de 24hs con ritmo sinusal.

Por presentar VSG, PCR elevadas y angiorrresonancia con imágenes sospechosas de vasculitis, se solicitó angiografía cerebral digital, confirmando el hallazgo de lesiones compatibles con vasculitis. Se realizó punción lumbar con hallazgo en LCR de proteinorraquia 75 mg/dL y pleocitosis (26 células con 98% MN), con cultivo negativo. Se indicó tratamiento con pulsos de metilprednisolona 500 mg durante 3 días continuando luego con prednisona 40 mg/día. Se realizaron estudios reumatológicos: FR, FAN, ANCA negativos y biopsia de arteria temporal izquierda que informó leve fibrosis e infiltrado linfocitario adventicial.

Para descartar compromiso vascular sistémico se realizó angioTC, que informó tumor renal izquierdo, pequeños nódulos pulmonares bilaterales, adenomegalias mediastinales y trombosis de la vena renal izquierda por lo que inició anticoagulación.

Posteriormente se recibió el resultado de VDRL en LCR: 8 dils. Se solicitó VDRL en suero 16 dils, FTAb3 34,8 y HIV negativo.

Se interpretó como ACV isquémico en contexto de neurosífilis con compromiso meningovascular. Se inició tratamiento con penicilina EV con buena evolución clínica.

Se realizó biopsia renal que informó carcinoma de células claras grado 3 poco diferenciado por lo que se encuentra en plan de iniciar inhibidores de la tirosinquinasa.

Comentario: Nuestro paciente cursó una neurosífilis meningovascular que se manifestó como ACV isquémico. Debido a la presencia de factores de riesgo cardiovascular (FRCV) la sospecha inicial fue ateroesclerótica, pero las lesiones arteriales compatibles con vasculitis asociado a reactantes de fase aguda elevados reorientaron los estudios diagnósticos, permitiendo arribar al diagnóstico definitivo. El hallazgo de una enfermedad oncológica oculta agregó la posibilidad de vasculitis paraneoplásica como diagnóstico diferencial. Si bien la neurosífilis meningovascular es una causa reconocida de ACV isquémico en pacientes jóvenes sin FRCV, debería descartarse en todo ACV donde existan banderas rojas que orienten a vasculitis.

Conclusión:

PC-16-59 // PACIENTE FEBRIL JOVEN CON INTENSAS MIALGIAS

MUÑOZ, M.; AGUZEK, R.; DE CAMPO, C.; FALCÓN, M.; ESCOBAR, M.; ALVAREZ, D.
Samic Obera. Misiones, Argentina.

Introducción: La rabdomiólisis es un síndrome causado por destrucción de músculo estriado con difusión de sustancias del mismo a la circulación. La CPK es el marcador más sensible de lesión muscular, la elevación de CPK de al menos cinco veces sobre los valores de normales (o diez según otros autores) constituye criterio para su diagnóstico. La mioglobinuria sólo se detecta en un 50% de los casos. El origen infeccioso de ésta constituye el 5% de todas las causas. Siendo la infección mediada S. Áureos de muy escasa frecuencia.

Caso: Pte. masculino, de 21 años, sin APP. Lumbalgia 2 semanas previas, por lo cual recibió medicación IM, luego comienza mialgias generalizadas e impotencia funcional de los cuatro miembros, agregando sensación de cuerpo caliente y dificultad en la marcha por lo que decide consultar. Ingresó febril, hipotenso, e hiperdinámico, con marcada tumefacción/edema de tejidos blandos de miembros superiores e inferiores que obligan al decúbito del paciente por intenso dolor. En el laboratorio presentó, leucopenia, elevación de CPK con desarrollo de ligera alteración del hepatograma y función renal. Se inició Vancomicina/Cefotaxima en forma empírica. Se recibe en diferido informe de hemocultivo: SAMR. Eco de partes blandas edema sin colecciones, ecocardiograma sin vegetaciones. Evoluciona con lenta mejoría, con disminución de mialgias y tumefacción/edemas de tejidos blandos MMII, y mejoría en el laboratorio. A pesar de ello continúa con registros febriles intermitentes. Se solicitó Vancomicina, luego de recepción de resultado se ajusta dosis de vancomicina, y se rota cefotaxima por Rifampicina. Evoluciona con franca mejoría del cuadro. Luego de completar tratamiento ATB de otorga Alta hospitalaria, control por consultorio externo con buena evolución.

Comentario: La etiología infecciosa de la RMA representa el 5%, predominando virus dentro de este grupo, siendo muy pocos casos descriptos en la bibliografía por estafilococo aureus. La RMA por S. áureos está mediada por superantígenos (SST-1, enterotoxinas y otros) con capacidad de generar una respuesta inflamatoria amplificada, provocando el denominado síndrome de shock tóxico en individuos genéticamente susceptibles.

Conclusión: Siendo Staphylococcus aureus una de las causas menos frecuentes de RMA se decide presentar el siguiente caso, se ha encontrado escasa bibliografía en las fuentes consultadas. El caso presentado no fue severo, ni presentó fallo renal, respondiendo favorablemente al tratamiento instaurado. Lo más notable del caso es la presentación clínica siendo dominante el cuadro de compromiso muscular.

PC-16-61 // SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO: UN RETO CONSTANTE PARA EL MÉDICO CLÍNICO.

AVILA, G.; FEDERICO, D.; LEYTON, E.; MAZZITELLI, F.; OJEDA, J.; ASSALONE, K.; ARMANO, A.; JALIFE, V.; PANDO, J.; LOPEZ ALEGRE, H.; TROIANO, S.
Higa Presidente Peron Avellaneda. Berazategui, Argentina.

Introducción: El síndrome febril prolongado, es definido como fiebre >38,3°C que dura más de 3 semanas y que permanece sin diagnóstico después de haber realizado los estudios básicos correspondientes. Las causas pueden ser localizadas o sistémicas; infecciosas, con mayor frecuencia, o no infecciosas. Dentro de las no infecciosas pueden ser neoplásicas, colagenopatías o misceláneas.

Caso: Paciente masculino de 38 años, oriundo de Avellaneda, tabaquista, ex ADVI, con hernia discal en columna lumbar de dos meses de evolución con tratamiento farmacológico y 10 sesiones de kinesioterapia; concurre a la guardia por presentar registros febriles de más de 3 semanas de evolución en forma intermitente, dolor lumbar de dos días con irradiación 6/10 con irradiación a miembro inferior derecho territorio radicular L4 y dolor en hallux derecho con intensidad 5/10 constante. Al ingreso paciente hemodinámicamente estable; en el examen físico: lesiones maculopapulares eritematosas en área tenar de ambas manos de 0,5cm no dolorosas; examen cardíaco normal sin soplo; sin adenopatías ni hepatoesplenomegalia, resto de examen sin particularidades. Rx torax normal; PCR para SARS COV2 con 3 resultados negativos. Al laboratorio: Gb:6.6 (L24 Neu:62.8 Mon:9.2 Bas:1 Eo:3.4) hb 9,7 TP/Kpt:80/31 Urea:39 Cr: 0.71 Ac urico 4.1 VSG:140, PCR: 8.45, Fal:70 GOT:26 GPT:20 BT:0.5 Serologías para Hepatitis, HIV y VDRL: Negativas; Hierro:40 TIBC 151 sat Hierro 26.5; Colagenograma: FR:<15 C3:180 C4:33.9 ASTO negativa Latex para AR: Negativa, Ana: Negativo, Fondo de ojo normal; PPD negativa. Se solicita Hemocultivo x3: Negativo. Ecografía abdominal sin particularidades; en TAC de cerebro, tórax, abdomen y pelvis sin contraste: se evidencia espondilosis lumbar y reducción del espacio entre L4 y L5 compatible con protrusión discal, resto sin particularidades.

Ecocardiograma: Gran mixoma de aurícula izquierda con gran excursión de 42 x 31 mm. Se interpreta el cuadro como síndrome febril a partir de un mixoma auricular. Se solicita una cardiorresonancia, se interconsulta con cardiocirugía y se realiza cirugía cardíaca con exéresis de la lesión completa, tras lo cual evoluciona favorablemente, afebril y sin complicaciones postquirúrgicas al momento.

Comentario: El mixoma auricular es un tumor benigno primario más frecuente de corazón, con prevalencia entre 40 y 60 años, siendo mayormente esporádica, aunque también se puede dar hereditariamente; más frecuente en aurícula izquierda. Debe incluirse en causas de fiebre de origen no infeccioso, dado su origen neoplásico. Es atípico su presentación sin disnea y su relación con vsg y pcr alta (en relación con IL6) y anemia.

Conclusión: En el mixoma lo más frecuente es la disnea, seguido de embolia sistémica y con menor frecuencia soplo, en nuestro paciente la manifestación primordial fue la fiebre. De ahí la importancia que una exhaustiva búsqueda del motivo causal impacta en la calidad de vida de nuestros pacientes, pero resulta un reto constante para nosotros.

PC-16-62 // INFECCION POR DENGUE VIRUS: COMPLICACIONES INFRECIENTES.

RIORTORTO, A.; CHIESA, C.; BASTIDA, N.; FILIPPONI, L.; MUZALSKI, C.; GOMEZ, D.; ADARO, M.; BARRETO, M.
Hospital Madariaga. Misiones, Argentina.

Introducción: Dengue es una enfermedad viral febril aguda, causada por 4 serotipos de la familia flaviviridae y transmitida por el mosquito aedes aegypti y albopictus. El paciente infectado presenta episodio de viremia desde el día 1 hasta 6to día posteriores al inicio de la fiebre. Luego del periodo de incubación que puede variar de 3 a 14 días se inicia la etapa febril que puede continuar con la complicación hemorrágica en algunos casos, la cual puede evolucionar al shock por dengue (SCD) con mayor frecuencia en los que sufren reinfección con serotipos diferentes y finalmente otras presentaciones menos frecuentes como miocarditis, encefalitis, hepatitis, pancreatitis las cuales se asocian con mayor mortalidad contempladas también, dentro de la clasificación de dengue grave. Finalmente se da inicio a la etapa de recuperación

Caso: 1: Masculino 26 años, sin antecedentes, consulta por síndrome febril, artralgias, mialgias, cefalea y dolor retro ocular de 5 días de evolución, serología para dengue positiva, recibe tratamiento sintomático, evolucionando a las 72 hs con cefalea, fotofobia, afasia de expresión y persistencia de cuadro febril. Se realiza punción lumbar con LCR patológico por lo que inicia Ceftriaxona- Aciclovir, evoluciona con deterioro del sensorio y trismus con pase a UTL. Serología para Dengue en LCR positiva, FilmArray (-). Se asume como Meningoencefalitis por Dengue. Es derivado a localidad de origen para tratamiento de rehabilitación con mejoría clínica y motora posterior. CASO 2: Femenina de 28 años, consulta por síndrome febril de 5 días de evolución, agrega vómitos y dolor epigástrico, con irradiación dorsal, artralgias y cefalea. Examen físico petequias en miembros y tórax que respetaban palmas y plantas. Laboratorio con pancitopenia, aumento de transaminasas, lipasa y amilasa x 3, serología Dengue (+). Se asume como pancreatitis atípica y dengue, litiasis coledociana descartada por colangiografía. Presenta mejoría con tratamiento sintomático por lo que se decide alta hospitalaria y control ambulatorio.

Comentario: Se presentan dichos casos dado que se trataba de pacientes con primoinfección y compromiso orgánico atípico. En cuanto a la meningoencefalitis se obtuvo serología positiva en LCR, mientras que en el caso del compromiso hepático y pancreático se asume como causa suficiente tras descartarse otras etiologías, estando la misma descripta, si bien de presentación infrecuente, con correcta evolución clínica.

Conclusión: enfermedad febril aguda acompañada de cefalea, dolor retroocular, mialgias, artralgias. Con lo expuesto en los casos presentados, la existencia de complicaciones atípicas debería contemplarse inclusive en la primoinfección, ya que incrementa la morbimortalidad principalmente en grupos de riesgo y con signos de alarma. Esto nos servirá para tratar en forma oportuna a los pacientes que puedan presentar una evolución desfavorable, evitando secuelas permanentes posteriores y disminuyendo la mortalidad.

PC-16-64 // HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN SINDROME DE HIPER IGE

BONIFACIO, C.; BARONI, M.; BERTERO, P.; SAGARDOY, L.; SERAFINI, M.; BEDUINO, F.; VAQUIE, I.
Hospital Provincial De Rosario. Santa Fe, Argentina.

Introducción: Entre las inmunodeficiencias primarias, el síndrome hiper IgE, presenta especial predisposición a infecciones micóticas invasivas. Es una inmunodeficiencia monogénica primaria, caracterizada por mutaciones en STAT3, DOCK8 o PGM3, con niveles elevados de IgE, eccema e infecciones oportunistas.

Caso: Varón de 21 años, con síndrome de hiper IgE (autosómico dominante STAT3), ingresa por cuadro de odinofagia y tos con expectoración purulenta. Presenta múltiples internaciones por neumonía, forúnculos y absceso, y probable aspergiloma pulmonar. Se constatan placas faringeadas, adenopatías cervicales y lesiones en piel. Presenta anemia, leucocitosis y reactantes de fase aguda elevados. TAC informa sinusopatía maxilar bilateral, poliadenoopatías, patrón micronodulillar en ambos campos pulmonares e imagen cavitada en lóbulo superior derecho sugestivo de micetoma. Se realiza biopsia de paladar, de lesiones de piel y pulmón que arrojan un proceso inflamatorio granulomatoso con microorganismos intracelulares compatibles morfológicamente con Histoplasma Capsulatum. Inicia tratamiento con anfotericina B endovenosa por 14 días con franca mejoría clínica de las lesiones en piel y orofaringe.

Comentario: El síndrome de hiper IgE es una inmunodeficiencia primaria monogénica caracterizada por la elevación de IgE, eccema e infecciones recurrentes como neumonías piogénicas a temprana edad por S. Aureus, S. Pneumoniae y H. Influenzae, que suelen evolucionar con empiema, neumatoceles y bronquiectasias, favoreciendo infecciones oportunistas como TBC, micosis y pseudomonas. Este paciente presenta reiteradas infecciones pulmonares por S. Aureus, y lesión tomográfica pulmonar compatible con un neumatocele ocupado por probable aspergiloma, aunque este hongo no se desarrolló en ninguna de las muestras pulmonares. Esta enfermedad presenta rash, abscesos cutáneos y eczema crónico; enfermedad gastrointestinal, y aneurismas; fracturas patológicas, y retención dentaria, observados en nuestro paciente. La falla en la activación de la capacidad fúngica de los macrófagos es la clave de deficiencia inmunitaria que conlleva a la histoplasmosis diseminada, que puede ser aguda o crónica.

Conclusión: En este reporte comunicamos el caso de un paciente con síndrome de hiper IgE, con antecedente de eccema y neumonías a repetición que presenta una histoplasmosis diseminada, con compromiso cutáneo, oral y pulmonar. Comenzó anfotericina B endovenosa que completa 14 días y es dado de alta con tratamiento itraconazol vía oral, resolviendo imágenes pulmonares.

PC-16-63 // SINDROME RETROVIRAL AGUDO

BARROSO, J.; FERNANDEZ OPORTO, J.; GOMES, E.; BONASSIN, R.; NOGA, A.; RICCARDI, G.; CALVO, J.; TABOADA, M.; ROMERO, P.; MACRI, M.
Hosp Rivadavia. Recoleta, Argentina.

Introducción: El Síndrome Retroviral Agudo (SRA) se produce secundario a la infección primaria por HIV. Se caracteriza por altos niveles de replicación viral, seguida por el desarrollo de la respuesta inmunitaria de células T CD4 y CD8 específicas. Presenta diversos síntomas clínicos y en más del 50% de los pacientes suele pasar inadvertida por la baja especificidad del cuadro clínico (síndrome mononucleosiforme o gripal).

Su curso habitualmente es benigno, con escasa frecuencia de hospitalización de los pacientes, por lo que se requiere un elevado nivel de sospecha clínica. Sin embargo, el diagnóstico precoz es muy importante, debido a la alta carga viral, que facilita su transmisibilidad. Por su escasa frecuencia, nos parece interesante presentar el caso de un paciente diagnosticado de primoinfección por el virus de la inmunodeficiencia humana en nuestro hospital.

Caso: Paciente mujer de 33 años sin antecedentes de relevancia, ingresa a servicio de clínica médica por presentar cefalea fronto parietal progresiva de intensidad 7/10, astenia, poli artralgia bilaterales de pequeñas y medianas articulaciones (interfalángicas, muñecas y peroneo astragalina), vómitos, diarrea de 6 días de evolución y registros febriles mayor a 38° de 3 días.

En laboratorio de ingreso se evidencia Glóbulos Blancos 2800, Neutrófilos 41%, linfocitos 41.2%, Plaquetopenia 174000, TGO 325, TGP 262, LDH 798. Inmunoglobulinas IG M (119), IG G (1180), IG A (228), IG E (1840). Autoinmunidad C3, C4, FR, ANA negativas.

Paciente refiere internación previa en centro hospitalario cercano a su domicilio, durante 2 días, del cual le otorgan el alta médica, y por persistencia del cuadro clínico, al sexto día consulta en nuestro nosocomio. Se solicitó perfil inmunológico (HBV-HCV-HAV-VDRL) no reactivas, HIV ELISA reactivo, WESTERN BLOT indeterminado

Se realiza interconsulta con servicio de Infectología, quienes, basándose en cuadro clínico y resultados de exámenes realizados, deciden realizar Carga Viral y CD4, confirmando el diagnóstico de Síndrome Retroviral Agudo?, e inicio de TARV.

Comentario: Nos parece interesante presentar el caso de la paciente por su escasa frecuencia. A pesar de ello siempre sospecharlo ante un paciente con síntomas inespecíficos y solicitar serologías, ya que el diagnóstico y el tratamiento precoz mejoran la morbimortalidad y pronóstico.

Conclusión: El diagnóstico precoz de SRA es de escasa frecuencia por el bajo índice de sospecha y la ausencia de anticuerpos específicos anti VIH 1 detectables en la fase inicial de la infección. Su diagnóstico se basa en la detección del ARN viral, Ag p24 positivo (LR positivo 0,71 y LR negativo -0,7) presentes en los ELISA de cuarta generación y Western blot negativo.

PC-16-65 // FASCITIS NECROTIZANTE SECUNDARIA A MORDEDURA DE HUMANO. A PROPOSITO DE UN CASO.

SANCHEZ, N.; ROMANO, J.; LAMONICA, C.
Hospital Alejandro Posadas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La fascitis necrotizante (FN) es un proceso infeccioso de tejidos blandos rápidamente progresivo en el cual la destrucción tisular conlleva a una serie de complicaciones que se reflejan en una alta mortalidad (9-25%). Microbiológicamente se divide en dos grupos: tipo 1 infección polimicrobiana y tipo 2 infección monomicrobiana. El diagnóstico precoz es importante por ser una emergencia quirúrgica con una mortalidad del 100% cuando el tratamiento consiste sólo en antibióticos. Se presenta el caso de un paciente con FN en mano y antebrazo secundaria a mordedura de humano con aislamiento de Streptococcus pyogenes.

Caso: Hombre de 37 años, sin antecedentes de relevancia que consultó por cuadro de cinco días de evolución caracterizado por lesión ulcerada en mano izquierda asociada a dolor y edema que compromete hasta región distal del brazo y registros febriles posterior a mordedura por un familiar en la mano. Al examen físico hemodinámicamente estable, febril, lesión ulcerada con secreción purulenta en tabaquera anatómica, flictenas en mano y tercio distal de antebrazo, edema y eritema hasta tercio distal del brazo, sin crepitación, pulsos conservados. Laboratorio: GB: 24700, Cr: 1 BT 3.9 BD 1.6 PCR 43 Act% 66 RIN 1.3 CK 465. Ecografía: colección de 16 mm próxima al pulgar. Con diagnóstico de celulitis asociada a posible infección necrotizante se inicia antibiótico (ATB) empírico con vancomicina + ampicilina subcutánea, vacuna antitetánica, gammaglobulina humana antitetánica y se realiza toilette por servicio de traumatología confirmando el diagnóstico. Requirió durante la internación 4 toilettes. Por aislamiento de Streptococcus pyogenes en cultivo de secreción cumpliendo con criterios de infección mono microbiana, se rotó ATB a clindamicina mas penicilina realizando un total de 14 días y continuando con 14 días de Amoxicilina + ácido clavulánico. Evoluciona favorablemente y se otorga alta hospitalaria.

Comentario: La FN cursa con manifestaciones clínicas que son: edema que excede el eritema (75% de los casos), eritema sin márgenes (72%), dolor severo (72%), fiebre (60%), crepitación (50%), bullas/necrosis/equimosos (38%). Siendo estos signos clínicos suficientes para realizar el diagnóstico y tomar una conducta quirúrgica, evitando retrasar los tiempos por estudios de imagen (TAC/RMN).

Conclusión: Es importante saber reconocer los signos y síntomas relacionados con una infección necrotizante de piel y partes blandas, una sospecha temprana nos permite realizar el tratamiento correcto en tiempo y forma. Debridar el tejido desvitalizado representa el pilar fundamental de la terapéutica.

PC-16-66 // CEFALEA EN ADULTO JÓVEN. DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

LAUDANI, F.; BOSCH, C.; BRUETMAN, J.; FINN, B.; CEBALLOS, M.; PANKL, S.
Hospital Británico De Buenos Aires. Capital Federal, Argentina.

Introducción: Las cefaleas son un motivo común de consulta en los servicios de urgencias. El abordaje diagnóstico consiste en diferenciar los pacientes con cefalea primaria de los que presentan una etiología secundaria.

Caso: Paciente masculino de 20 años de edad con antecedente de síndrome mononucleosiforme por Citomegalovirus diagnosticado un mes previo a la internación. Consulta por cefalea holocraneana, de intensidad 10/10, de una semana de evolución y registros subfebriles. Se realiza un laboratorio que evidencia leucocitosis leve, VSG mayor a 90, Hb y VDRL negativo. Se realiza AngioTAC, RMN y angioRMN cerebro y vasos con contraste y EEG con resultados normales. Punción lumbar con valores normales y PCR para EBV, CMV, HSV, VZV, EV negativas. Persiste con cefalea, astenia y artralgas. Se solicita orina de 24 hs encontrándose proteinuria en rango nefrótico. Perfil reumatológico negativo, y anticardiolipinas IgG IgM positivas. Anticoagulante lúpico positivo. Inicia tratamiento con aspirina, dexametasona, tramadol, topiramato, pregabalina y egresa con mejoría del dolor. Continúa controles por ambulatorio. En región perianal presenta lesiones verrugosas, dolorosas, además de una lesión blanquecina en el velo del paladar izquierdo con bordes eritematosos. Se realiza biopsia, con rescate de T. Pallidum. Agrega lesiones hiperpigmentadas en dorso, indoloras, no pruriginosas. Dado dichos hallazgos, se solicita VDRL y FTAabs dando como resultado positivo ambas pruebas. Por diagnóstico de Sífilis requirió aplicación de Penicilina Benzatina con buena respuesta.

Comentario: La sífilis es una infección producida por el T. Pallidum, se transmite por contacto sexual, transmisión congénita y perinatal. Presenta tres estadios evolutivos:

1) Sífilis temprana, dentro del primer año de adquirida la infección y se divide en estadio primario, secundario y latente temprano.

2) Sífilis tardía, posterior al primer año de adquirida la infección

3) Neurosífilis, ocurre entre el 10 al 40% de los pacientes no tratados, presentándose en cualquiera de las etapas, incluso en ausencia de sintomatología.

Existen pruebas no treponémicas, que determinan la presencia de anticuerpos contra el antígeno cardiolipina-lectina. La sensibilidad del estudio depende del estadio de la enfermedad, a saber, Sífilis 1° 78-87% - Sífilis 2° 100% - Sífilis Latente 88-100%. Pueden observarse falsos negativos en sueros con muy altos títulos, que producen un fenómeno conocido como efecto "Prozona". En las pruebas treponémicas el antígeno es el T. pallidum y detectan anticuerpos específicos, teniendo 90%-100% de especificidad.

Conclusión: La sífilis, conocida como la gran simuladora, sigue siendo un problema creciente en la salud pública. En los últimos años se ha detectado un aumento exponencial en el número de casos diagnosticados. Puede existir compromiso del sistema nervioso central en cualquier etapa de la enfermedad, por lo que debemos tenerla presente como diagnóstico diferencial aún ante la ausencia de manifestaciones cutáneas iniciales.

PC-16-68 // CLARAS IMÁGENES EN SNC DE ETIOLOGÍA NO CLARA

COO, L.; MANSUR NAHRA, M.; MEZA PADILLA, C.; CARLOS MEDINACELI, N.; DI ROCCO, L.; GOTTÁS, A.; CARRIZO, J.; LANGELLOTTI, L.; TAFFAREL, C.; LARREA, R.
Hospital Central De San Isidro Dr. Melchor Ángel Posse?. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La alteración del estado de conciencia constituye una emergencia cuyo abordaje debe ser inmediato y su manejo orientado por un exhaustivo examen físico integrado con estudios imagenológicos y de laboratorio debido a que el interrogatorio de estos pacientes no suele ser viable. El inicio del tratamiento para las posibles etiologías de mal pronóstico a corto plazo, debe ser inmediato y, en determinadas situaciones, empírico.

Caso: Paciente masculino de 48 años de edad etilista y tabaquista. Ingresa a otra institución por cuadro de 24 hs de evolución caracterizado por deterioro del sensorio, asociado a relajación de esfínteres, por lo que es internado y, luego de la realización de neuroimágenes y laboratorios, interpretado como posible absceso cerebral. Por lo que inicia tratamiento con antibióticos y corticoides.

Presentó mala evolución a las 72 con requerimiento de IOT, por lo que permaneció en UTI, pudiendo llegar a la extubación por buena evolución, y pudiéndose realizar el traslado a nuestro hospital.

Cuando ingresó a nuestro hospital presentaba anisocoria, ptosis palpebral derecha, paresia braquiocrural derecha, con movimiento óculo-motora conservados. Realizamos TAC de cerebro que evidenció una lesión hipodensa occipital izquierda, una lesión temporoparietal derecha, sin cambios con la administración de contraste, y dilatación ventricular. Reinterpretamos el caso, como alteración del estado de conciencia de causa primaria; neoplásica, infecciosa o vascular. Solicitamos RMN de cerebro con vasos intra y extracraneales más difusión, estudios serológicos y otros estudios imagenológicos para el hallazgo de patología neoplásica. La RMN informó la presencia de 3 lesiones hipointensas con halo hiperintenso en FLAIR y T2 en región frontoparietal derecha, y una en región parieto-occipital derecha. Iniciamos tratamiento para toxoplasmosis, obteniendo luego serologías negativas para la misma, por lo que lo suspendimos.

El paciente evolucionó favorablemente, con resolución de los signos neurológicos, y disminución de los hallazgos imagenológicos en imágenes realizadas posteriormente.

Comentario: La alteración del estado de conciencia, requiere de una interpretación y de una conducta inicial rápida que contemple las posibilidades diagnósticas, puesto que el retraso del tratamiento de algunas causas, presentan alta morbilidad. Estas conductas urgente, dificultan el posterior diagnóstico porque interfieren con la sensibilidad y especificidad de diversos estudios. Hay que conocer estas interferencias para construir hipótesis diagnósticas correctas que contemplen los posibles falsos negativos que se presentan en determinados casos.

Conclusión: Debemos realizar un control evolutivo estricto y prolongado de los pacientes que, sin diagnóstico de certeza, mejoran de un cuadro clínico. Debido a que no se los puede incorporar en ningún grupo de riesgo, y por tal motivo, desconocemos el pronóstico de su enfermedad de base.

PC-16-67 // PURPURA POST DENGUE

OVANDO, M.; FLEITAS, R.
Sanatorio Migone. Asunción, Paraguay.

Introducción: La purpura secundaria es una entidad relacionada a entidades infecciosas como VIH, VHC, H pylori o enfermedades como LES o presencia de Ac de fosfolípidos, en los adultos la enfermedad suele ser más crónica con remisión en meses.

Caracterizada por lesiones equimóticas y petequiales, que pocas veces implican riesgo vital más el recuento plaquetario disminuidos sin afectación al resto de las líneas celulares. El riesgo de sangrado aumentado cuando las plaquetas descienden a menos de 2000.

Caso: Paciente femenino de 55 años de edad conocida hipertensa y diabética, con antecedentes de Síndrome febril del Dengue 22 días previos a su ingreso refiriendo cuadro de 7 días antes del ingreso pérdida de sangre roja rutilante, posterior a la defecación, acompañado de coloración negruzca y fétida de las deposiciones en una oportunidad. Posteriormente 5 días antes del ingreso constata lesiones compatibles con hematomas, sin aparente trauma previo en región abdominal y ambos miembros inferiores que evoluciona aumentando de tamaño con el correr de los días. Por la persistencia del cuadro agudo con facultativo 48hs previos quien solicita estudios laboratoriales donde se constata recuento de plaquetas 6000 mm3 por lo que acude y es ingresada al servicio para su mejor estudio y tratamiento. Negó fiebre u otros datos de valor semiológico. Se realiza una analítica que informa plaquetas de 20000 mm3, serología para HIV negativo, serología para Dengue IgG e IgM positivos, perfil reumatológico negativo, FSP con trombocitopenia evidente sin granulaciones tóxicas o linfocitos reactivos, Punción de médula ósea a la microscopía sin disieritropoiesis con maduración leucocitaria normal e hiperplasia de los megacariocitos. Recibió dexametasona 40mg/ en un ciclo de 5 dosis y posteriormente paso a prednisona 100mg/d.

Comentario: Las alteraciones inmunológicas posterior a infecciones como el mimetismo molecular o producción de anticuerpos antiplaquetarios que son de baja sensibilidad. Terapias como IgV o la Inmunoglobulina anti D es una alternativa en pacientes con Rh (+). Existen terapias de difícil acceso para pacientes refractarios como el Rituximab, esplenectomía o terapia agonista del receptor de trombotina.

Conclusión: Al descartarse en la historia clínica consumo de medicamentos que pudieran suprimir la producción plaquetaria y al examen físico la presencia de organomegalias, se realiza pruebas serológicas para agentes infecciosos empujando la búsqueda de otras causas. Identificar la causa de origen central o periférica es imprescindible. La epidemia de Dengue que fue la mayor vista en 10 años en Paraguay con su conocida supresión plaquetaria podría generar la hipótesis de afectación en pacientes susceptibles. La necesidad de trabajos de investigación sobre la frecuencia de trombopenia post infecciosa debida al dengue sería la mejor manera de conocer su prevalencia en regiones endémicas.

PC-16-69 // COMPLICACIÓN INUSUAL POR K.PNEUMONIAE

ECHENIQUE, N.; GALLARDO, Y.; CRIOLLO, R.; DIFILIPPO, H.; WAHLMANN, F.; BALDERRAMA, J.; CARRASCO RAMOS, D.; CARDENAS ROA, E.; ROCHA, G.; POMÁRICO, B.; LOURENÇON, T.
Hospital Español. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: K. pneumoniae es una bacteria de la familia de las Enterobacteriaceae que pertenece a la flora habitual de la boca y del intestino humano. Los pacientes más susceptibles a presentar infecciones por este microorganismo son aquellos con internación hospitalaria reciente, institucionalizados o con inmunodeficiencias. Las presentaciones más frecuentes son neumonía, ITU y bacteriemia.

Caso: Masculino de 72 años con antecedentes personales de cáncer de próstata sin tratamiento oncoespecífico, sondado permanente con talla vesical, portador de marcapaso VI + CDI, residente de Geriátrico, internación del 26/06/20 al 19/08/20 por NAC asociada a COVID-19 + bacteriemia a foco urinario por K. pneumoniae con tratamiento ATB con Ceftriaxona por sensibilidad por 10 días. Consulta por cuadro clínico de 4 días de evolución caracterizado por dolor torácico en punta de costado derecho que irradia hacia hombro ipsilateral y se exagera con la tos, de intensidad 7/10. Al ingreso lúcido, TA 100/80, FC 75, eupneico, afebril, SAT O2 95% al 0.21, R1 -R2 en 4 focos, con soplo sistólico 3/6 no irradiado, buena mecánica ventilatoria, con crepitantes bibasales e hipoventilación generalizada. Rx de tórax evidencia infiltrados intersticiales periféricos diseminados, probables secuelas de COVID-19 y consolidación en base derecha, se interpreta NIH basal derecha con bacteriemia 2/2 por K. pneumoniae, realiza tratamiento ATB con Meropenem por sensibilidad por 10 días. Paciente continúa evaluación por Urología e intercorre con fiebre, con hemocultivo 2/2 con rescate de K. pneumoniae sensible a Ceftriaxona; TAC de tórax con hidroneumotorax derecho con engrosamiento pleural y nódulo pulmonar izquierdo con nódulo satélite; ecocardiograma transtorácico sin evidencia de vegetaciones o trombos. La toracentesis evidencia exudado complicado, se coloca tubo de avasamiento pleural derecho e inicia antibioterapia con Ceftriaxona. El cultivo de fibrina y líquido pleural para anaerobios, micobacterias, micosis profunda, son todos negativos. A las 24 hrs se realiza decorticación pleuropulmonar + biopsia pleural (inflamación crónica activa inespecífica) por VATS, muestras sin rescates microbiológicos. TAC tórax control informa disminución del hidroneumotorax derecho con engrosamiento pleural y atelectasia posterobasal, lesiones cavitadas con nivel hidroaéreo en probable relación con émbolos sépticos en LSI, por lo cual completa 14 días de tratamiento con Ceftriaxona con adecuada evolución.

Comentario: El hidroneumotorax es la coexistencia de aire y líquido en la cavidad pleural, siendo una forma complicada de neumotorax normalmente de causa yatrogénica (vias centrales, toracocentesis). Sin embargo, se han descrito casos poco frecuentes de hidroneumotorax por causas infecciosas como en el caso de Klebsiella.

Conclusión: Las bacteriemias por K. pneumoniae producen una alta tasa de bacteriemias y una respuesta lenta a los ATB, con capacidad de formar émbolos sépticos y hidroneumotorax como presentación menos frecuente.

PC-18-01 // ANGIOEDEMA HEREDITARIO

LLOBERA, N.; ROUQUAUD, J.; YOUNG, P.; BRUETMAN, J.; FINN, B.
Hospital Británico De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción: El angioedema hereditario es una enfermedad poco frecuente, con un patrón de herencia autosómica dominante, se caracteriza por la presencia de angioedema recurrente afectando con mayor frecuencia a la piel o mucosas de las vías respiratorias superiores y gastrointestinal. Se ha identificado el defecto fundamental como una deficiencia de la proteína inhibidora funcional de C1. El mediador principal involucrado es la bradicina. Se han descrito tres variantes con manifestaciones clínicas idénticas. La variante tipo I con niveles antigénicos y funcionales bajos de C1-INH plasmático, la tipo II con antigénico normal o alto de C1-INH pero funcionalmente deficiente y la III en mujeres jóvenes con C1-INH en valores y funcionamiento normal. El esclarecimiento de algunos mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad y la clasificación de los fenotipos ha impulsado la investigación de nuevas terapias.

Caso: Paciente femenina de 70 años, con antecedentes de tabaquismo, enolismo de 20 grs de alcohol diarios, síndrome linfoproliferativo fenotipo B de bajo grado sin requerimiento de tratamiento específico, en seguimiento por Servicio de Hematología, carcinoma neuroendocrino de pulmón de células grandes pT1N0, diagnosticado en 2015 por lo que se realizó lobectomía superior derecha. Actualmente libre de enfermedad.

Consultó por una historia de dos años de evolución de edemas de piel y partes blandas en miembros superiores e inferiores unilaterales, autolimitados y recurrentes, sin dolor, sin signos inflamatorios y sin compromiso sistémico. Se encontraba hemodinámicamente normal, en buen estado general. A nivel abdominal hígado palpable a expensas del LHI y esplenomegalia.

La ecografía Doppler no mostró trombosis en sistema venoso profundo y superficial. TC de Tórax, abdomen y Pelvis realizada meses antes de la consulta, mostró esplenomegalia homogénea de 14.5 cm sin adenopatías. Se le realizaron estudios en contexto de episodio agudo: Laboratorio con hemograma que evidenció anemia normocítica normocrómica. Dímero D elevado, triptasa normal, proteinograma normal. Serologías, TSH, mamografía y marcadores tumorales normales. Panel Autoinmune con ANCA y Anti DNA normales, con C3 normal y C4 disminuido. Ante dichos hallazgos y la clínica característica se solicitó dosaje de Inhibidor de C1 el cual resultó disminuido por lo que se llegó al diagnóstico de angioedema hereditario.

La paciente evolucionó con dolor abdominal agudo no quirúrgico, inició tratamiento con Icatibant (antagonista del receptor B2 de la bradiquinina) y Berinerit (concentrado de C1 inhibidor derivado del plasma humano de donadores seleccionados) con buena respuesta.

Comentario: En la actualidad desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico hay un retraso de 8 a 10 años, por lo cual es importante el alto índice de sospecha.

Conclusión: El angioedema hereditario es una enfermedad poco frecuente, pero de gran impacto sobre la calidad de vida del paciente, tanto por la recurrencia de los síntomas, como por el riesgo de vida.

PC-18-03 // VASCULITIS LEUCOCITOCÍSTICA INDUCIDA POR METIMAZOL A PROPOSITO DE UN CASO

ORTUÑO LOBO, R.; SIGISMONDO, M.; POVEDA, G.; VALLE MERINO, L.; ACUÑA, M.; ACOSTA ALEGRE, J.; GUERRA GUTIÉRREZ, M.; JIMÉNEZ, D.; ACTIS PIAZZA, M.; URIBE, A.; ERAZO ZAMBRANO, J.; POQUECHOQUE ESPADA, D.
Hospital Posadas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las vasculitis relacionadas con el uso de antitiroideos son un grupo de enfermedades sistémicas con múltiples manifestaciones cutáneas desde eritema a necrosis y características histopatológicas como vasculitis leucocitocística. El primer caso de vasculitis asociada a metimazol fue descrito en 1995 por Kawachi.

Caso: Paciente masculino de 45 años con antecedentes de HTA, FA, ICC, enfermedad de Graves en tratamiento con metimazol y meprednisona.

Acude por cuadro de 10 días de evolución, caracterizado por fiebre 40 °C asociados a tos no productiva, epigastralgia, náuseas, y deposiciones diarreas no disentéricas abundantes, agregando en los últimos días debilidad generalizada, desorientación con sensorio alterante.

Al ingreso somnoliento, desorientado en tres esferas, discurso incoherente, sin signos meníngeos, lesiones purpúricas en miembros inferiores.

Exámenes complementarios: leucocitosis, hiponatremia Na 120, Se interpreta como hiponatremia sintomática + infección de piel y partes blandas, inicia tratamiento antibiótico con PTZ + vancomicina. Por hiponatremia sintomática se realiza carga de sodio sin mejoría del sensorio, TC encéfalo, tórax, abdomen y pelvis sin alteraciones, PL: hiperproteinorrea 161.

Evoluciona con oligoanuria y falla renal en ascenso, realiza sesión de diálisis sin mejoría, por presencia de lesiones purpúricas en piel a predominio de MI, región nasal que empeoran progresivamente asociado a escleritis y alta sospecha de vasculitis se solicita perfil inmunológico con C3, C4 bajas, ANCA positivo, Anti MPO >100, Anti PR3 negativo, ANA negativo, perfil tiroideo con supresión total de hormonas, se administra levotiroxina EV, se realiza toma de biopsia de la piel y se inicia de ciclos con gammaglobulina, con mala respuesta, intercorre con mayor deterioro de sensorio requiriendo IOT/ARM, evoluciona con shock séptico y HDA hasta su deceso. Días después el examen histopatológico reveló vasculitis leucocitocística neutrofilica.

Comentario: La vasculitis asociada a metimazol es una complicación rara, con pocos casos descritos en la literatura médica, puede afectar a varios órganos. Se desconoce la patogenia, existe la teoría la formación de autoanticuerpos contra MPO. Otra teoría es que los neutrófilos activados producen mayores cantidades de MPO, convirtiendo los fármacos en radicales libres y generando así daño vascular.

Los fármacos antitiroideos pueden causar cambios sistémicos como fiebre, erupción cutánea, urticaria, artralgia, artritis, pérdida auditiva neurosensorial, vasculitis del SNC, síntomas respiratorios, escleritis, glomerulonefritis, síndrome similar al lupus, policondritis, hepatitis tóxica y agranulocitosis. Las reacciones adversas ocurren en el 1% -5% de pacientes.

Conclusión: El reconocimiento temprano de la vasculitis cutánea es crucial porque la retirada del fármaco debe ser inmediata para prevenir la progresión y sus complicaciones sistémicas. Es necesario el uso de esteroides en casos extensos para lograr un resultado favorable.

PC-18-02 // SINDROME DE ASIA A PROPOSITO DE UN CASO

ORTUÑO LOBO, R.; MENICHETTI, S.; MOLINA, M.; CISNERO, D.; GUERRA GUTIÉRREZ, M.; MOTTA, M.; BARRAGAN, P.; AVEIGA CEDAÑO, L.; ESCALERA, S.; VEGA, Y.; SÁNCHEZ, N.
Hospital Alejandro Posadas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El síndrome autoinmune/inflamatorio inducido por adyuvantes (ASIA) es un conjunto de enfermedades medidas por mecanismos inmunitarios que comparten un cuadro clínico común, así como un historial de exposición previa a un agente adyuvante. Fue descrita por primera vez por Shoefeld en 2011. Las manifestaciones clínicas son numerosas e inespecíficas e incluyen mialgias, debilidad muscular, artralgia, fatiga crónica, alteraciones cognitivas, crisis convulsivas, rash malar, etc. Cuatro condiciones se asocian a este síndrome: silicosis, síndrome de la Guerra del Golfo, miofascitis macrofágica y fenómeno posvacunación.

Caso: Femenina de 27 años con antecedentes de eclampsia, colocación de prótesis mamaria el 2017 con dolor crónico en mama izquierda, internación en otro centro, por insuficiencia respiratoria requirió IOT/ARM, poliserositis, rash cutáneo y episodios convulsivos, RMN cerebral con imágenes focales corticocorticales occipitales bilaterales y temporal derecha (vascular vs inflamatorio) se interpreta como posible patología autoinmune, recibe pulsos de gammaglobulina y posteriormente corticoides, con mejoría parcial. Paciente solicita alta voluntaria. Ingresa a nuestro servicio dos meses después por cuadro de status epiléptico, requiere IOT/ARM con desvinculación dificultosa, EEG sin actividad paroxística ni focal, TC de encéfalo S/P, RMN: sin cambios respecto al previo, AngioRMN sin alteración, PL con cultivos negativos, laboratorio con serologías, perfil inmunológico y B2 microglobulina negativos, ante cuadro inespecífico, se decide administrar corticoides EV por 3 días. Evoluciona sin episodios convulsivos. Por alta sospecha diagnóstica de síndrome de ASIA asociado a Silicosis (prótesis mamaria) se decide continuar corticoides, descenso paulatino, se realiza RMN mamaria sin alteraciones, se indica el retiro de la prótesis el cual es rechazado por la paciente, ante buena evolución se decide alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio.

Comentario: El síndrome de ASIA es un conjunto de condiciones como resultado de una respuesta inmune, se han reportado más de 300 casos por distintos tipos de adyuvantes. La participación del silicón como superantígeno y causal de la respuesta inmune ha sido demostrado en casos donde al retirar el silicón existe una mejoría e incluso resolución del cuadro, sin embargo en otros casos la infiltración y su diseminación por el organismo no permite que se logre dicho cometido. El diagnóstico es complicado y de exclusión, requiere la presencia de los criterios de Shoefeld. La historia clínica y los antecedentes sirven para la sospecha, no existe un estudio sérico que sea específico. La RMN ha demostrado ser útil para la localización del silicón a distancia. La eliminación del estímulo externo y los fármacos inmunomoduladores constituyen opciones terapéuticas actuales.

Conclusión: Nuestro caso destaca la necesidad de concientizar sobre este nuevo síndrome y el pronóstico que la misma tiene ante una adecuada intervención oportuna.

PC-18-04 // COMPLICACIONES TROMBOEMBOLICAS EN SINDROME NEFROTICO. REPORTE DE UN CASO.

GOMEZ BARRIOS, A.; ZACARIAS, L.; VEREGARA, M.; PUPUCHE, C.; RINALDI, M.; MOREIRA ARRIOLA, L.; RIOS RODRÍGUEZ, T.; DEJEANNE, J.; PALMA, D.; BELIGOY, J.; ROLANDO, J.; ORTIZ, N.; RODRIGUEZ CUIMBRA, S.
Hospital Escuela José De San Martín. Corrientes, Argentina.

Introducción: El síndrome nefrótico es una patología caracterizada por pérdida urinaria masiva de proteínas, hipoproteinemia, dislipidemia y edemas; dentro de sus complicaciones se encuentra el elevado riesgo de trombosis arteriales y venosas. La hipercoagulabilidad se debe a anomalías en los factores de coagulación, función plaquetaria y sistema fibrinolítico. Este tipo de complicaciones en adultos son más frecuentes en el sn. Hay estudios que sugieren que la hiperfibrinogenemia predispone a trombosis venosas, en cambio los trombos arteriales son causados por hiperproducción plaquetaria.

Caso: paciente femenina de 48 años, con antecedentes de HTA, y síndrome nefrótico por glomerulonefritis secundaria a enfermedad de cambios mínimos, iniciando Tto esteroideo en diciembre 2018, cuando además presenta evento compatible acv isquémico silviano izquierdo por trombosis total desde el origen de la carótida externa izquierda, oportunidad en la cual no inicia anticoagulación por elevado riesgo de transformación hemorrágica supeditado a la extensa lesión isquémica cerebral, quien presenta dolor retro esternal y disnea cf iv a fines de enero 2019, agregando 24hs posteriores sudoración profusa por lo que consulta constatándose taquicardia, taquiplea, hipotensión y desaturación al 21%, presentando en ecg: taquicardia sinusal, desviación del eje a la derecha y patrón s1q3t3; y a nivel de laboratorio: ph: 7,54, pco2: 23,5, po2: 48, hco3: 23,8, sat o2: 82,9%, hto: 33%, hb: 10,4mg/dl, plt: 248.000, vsq: 117, pcr: 384, urea: 21, creatinina: 0,57, colesterol: 173mg/dl, hdl: 45mg/dl, ldl: 71mg/dl, tgc: 171mg/dl, glucemia: 90 mg/dl, ldn: 1009: pt: 3,8, albumina: 1,3, rin: 1,3, kptt: 40, tp: 17,8, ap: 58; se realiza angiografía de tórax de urgencia que evidencia tpo masivo; se realiza fragmentación del trombo con catéter e inicio de anticoagulación con heparina por bomba de infusión. En ecocardiograma doppler se constata hipertensión pulmonar moderada y en doppler de miembro inferior derecho presencia de trombosis venosa superficial y profunda. Por evolución favorable se inicia 7 días posteriores cabalgamiento con acenocumarol; y prednisona en dosis decrecientes al alta institucional.

Comentario: Se expone este caso clínico debido a las severas complicaciones del síndrome nefrótico y su rápida presentación secuencial.

Conclusión: el síndrome nefrótico representa una condición de alto riesgo de complicaciones tromboembólicas, las mismas son infrecuentes pero graves y por lo general están dadas por recaída de este síndrome y además favorecidas por anomalías relacionadas a la coagulación. El manejo y tratamiento precoz ayuda a la recuperación en la mayoría de los casos.

PC-18-05 // GRANULOMATOSIS EOSINOFÍLICA CON POLIANGEITIS: REPORTE DE UN CASO

MELNIK, Y.; LEIVA PAREDES, M.; BRACCINI, S.; SOTELO, F.; VARAS SCHAER, a.; LEZCANO, C.; CACERES RINCON, H.; APELLIDO, F.; DEL PRADO, E.
Headrm. Misiones, Argentina.

Introducción: La Granulomatosis Eosinofílica con Poliangeitis es una vasculitis sistémica necrotizante poco frecuente (1-4/millón de habitantes), afecta a vasos de pequeño y mediano calibre. Se presenta en pacientes con antecedentes de asma, rinitis y sinusitis que preceden a la aparición de la vasculitis y luego desarrollan eosinofilia periférica (mayor al 10%), afectación pulmonar, mononeuropatía periférica y presencia de manifestaciones extrapulmonares.

Caso: Femenina de 61 años, antecedente de HTA y Asma persistente moderada en tratamiento con B2 agonistas de corta y larga duración, con mal control de la misma por lo que en los últimos 2 meses se adiciona Montelukast. Inicio 1 semana previa a la consulta con edemas de miembros inferiores asociado a lesiones de tipo papulares-purpúricas con formación de vesículas de contenido hemático que no desaparecían a la vitropresión, evolucionando con paraparesia de MMII con debilidad proximal, reflejos disminuidos, alteración de sensibilidad con hipoestesia a predominio de miembro inferior izquierdo. Se realiza laboratorio que evidenció leucitosis con eosinofilia severa (leucocitos: 14280/mm³, eosinófilos 37%) y reactantes de fase aguda elevados (VSG 45, PCR 16.9), IgE elevada (501) perfil inmunológico con ANCA+ (1/320). Se realizó biopsia de piel, la misma con infiltrado leucocitario a predominio de eosinófilos, con cambios isquémicos e involucro vascular. Se realizó TAC de encefalo y RNM de columna cervico-dorso-lumbosacra que no evidenció lesiones agudas, asumiéndose como mononeuritis múltiple. Se asumió como EGPA con afectación del SNC, por lo que se realizó pulsos de CTC por 3 días con buena evolución, continuando posteriormente con corticoides VO y se programa inicio de ciclofosfamida.

Comentario: Se presenta la paciente del caso clínico, ya que es una enfermedad poco frecuente que afecta a la población adulta en general con antecedentes de asma, siendo subdiagnosticada en muchas oportunidades pudiendo tener desenlace fatal. Siendo la eosinofilia una entidad frecuente, con múltiples diagnósticos diferenciales, que luego de descartar causa parasitaria, y asociado a antecedentes alérgicos, debería pensarse la vasculitis de Churg Strauss como causa probable.

Conclusión: Se destaca la importancia de una correcta anamnesis y examen físico para arribar un diagnóstico y un tratamiento temprano para evitar consecuencias y complicaciones a largo plazo. Sospechándose principalmente en aquellos pacientes con antecedentes alérgicos y de asma mal controlada con corticoides inhalados, asociados a eosinofilia en laboratorio.

PC-18-07 // ENFERMEDAD POR MODELANTES Y SU VINCULO CON EL SISTEMA INMUNE

NOCEDA, F.; SILVA, S.; CONDORI MENDEZ, M.; NARDELLI, M.; ABUD, A.; VELLO, J.; MORENO LOMBARDI, N.; CARDENAS ZARATE, Y.; VILLARRUEL, C.; MARIÑO, G.
Higa Eva Perón. San Martín. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La enfermedad por modelantes es producida por infiltración de sustancia con componentes no biodegradables capaces de activar una respuesta inflamatoria o inmunológica. Caracterizándose por presentar alteraciones clínicas y fisiológicas a nivel local y sistémico con patrón inespecífico de recurrencia, siendo variable el tiempo de aparición de los síntomas.

Exponemos el caso de una paciente que presenta sintomatología luego de 30 años de aplicación de silicona líquida.

Caso: Mujer de 65 años, con aplicación de silicona líquida en mamas, glúteos y piernas hace 30 años; comienza hace un año con reiterados episodios de eritema e induración en dichas regiones, recibiendo múltiples antibióticos y corticoides intramusculares. Consulta por agravamiento del cuadro con fiebre, fatiga, eritema en regiones de aplicación con extensión a piernas, abdomen y rostro, agregando livedo reticularis. Realiza varios esquemas antibióticos, sin mejoría. Laboratorio: GB 20600 mg/dl, PLAQ 71100mm³, C1.60 mg/dl, UO.55 g/l, PCR 209 mg/l, FAL 638 U/L, CPK 50 U/L, LDH 1119 U/L,

FR 24/FAN/Anti Sm/ Anti-DNA/ Anti-CCP/ Scl-70/ Anti-RO- LA Negativos; serologías HIV/ HCV/ HBV negativas.

ecografías: región mamaria y suprapatelar ?signo de la tormenta de nieve bilateral? (siliconoma).

mamografía: contenido de alta densidad difuso más adenomegalias.

Biopsia mamaria: tejido fibroadiposo con moderado infiltrado inflamatorio mononuclear inespecífico, fragmento cutáneo con hiperqueratosis e infiltrado dérmico mononuclear inespecífico.

Evoluciona con eritema generalizado, fiebre y síndrome de inflamación sistémico.

Con diagnóstico presuntivo de enfermedad por modelantes/Síndrome de ASIA (síndrome autoinmune inflamatorio inducido por adyuvantes) se realiza pulso de corticoides con franca mejoría del cuadro.

Comentario: Las manifestaciones locales suelen ser tempranas y las sistémicas más tardías, con mayor frecuencia hiperemia, dolor, nódulos, engrosamiento de piel y celular subcutáneo, hiperpigmentación, neoformación venosa. La silicona como adyuvante potencia la respuesta inmune promoviendo la inmunidad adaptativa y liberación de citoquinas, que conduce a la proliferación y polarización de linfocitos T.

La hiperactividad inmune secundaria a adyuvantes a largo plazo es el responsable del síndrome ASIA, pudiendo desencadenar enfermedades del tejido conectivo en pacientes con predisposición genética. El diagnóstico de ASIA se realiza mediante los criterios propuestos por Shoenfeld y Agmon-Levin y revisados por Alijotas-Reig.

En nuestra paciente se cumplieron 3 criterios mayores y 2 menores.

Conclusión: Debido al incremento de utilización de sustancias modelantes, presentamos este caso a fin de considerarlo como un diagnóstico diferencial, dado que es una enfermedad deformante, incapacitante y, en algunos casos mortal, que requiere un abordaje multidisciplinario, con pronóstico incierto. Reforzamos la importancia del conocimiento de las complicaciones del uso de dichas sustancias.

PC-18-06 // IGG4, LA GRAN IMITADORA

GRAEF, D.; ADARO, M.; VARAS SCHAER, a.; CAVIA, S.; GIMENEZ, A.; MOLINA, A.; CHIESA, C.
Hospital Escuela Agudos Dr Ramón Madariaga. Misiones, Argentina.

Introducción: La ER-IgG4 es una entidad poco frecuente de etiología y fisiopatología aún desconocidas. Se caracteriza por fibrosis e infiltrado linfoplasmocitario con predominio de IgG4, y en la mayoría de los casos aumento de los niveles séricos de esta proteína. Clínicamente predominan las pancreatitis, linfadenitis, sialoadenitis y nefritis. Afecta predominantemente al sexo masculino con edad media de 65 años. El tratamiento se basa en altas dosis de glucocorticoides.

Caso:

Paciente masculino de 43 años con antecedente de trauma ocular izquierdo en 2016, que consulta en 2018 por persistencia de proptosis, acompañándose además de quemosis, sequedad conjuntival y corneal con tejido de granulación, asociado a fiebre vespertina y pérdida de 10kg de 4 meses de evolución. Se realiza estudio de imagen que evidencia en órbita lesión infiltrativa y expansiva con aumento de tamaño y espesor de la musculatura extrínseca del ojo, con proptosis izquierda y compromiso parcial intracraneano temporal izquierdo. Se realiza enucleación enviándose pieza a anatomía patológica que informa fibrosis e infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario e IHQ en la que se observa un promedio de 44 plasmocitos siendo la mayor concentración IgG4+. Se realiza laboratorio completo dentro de parámetros normales con serologías negativas y se solicita dosaje en sangre de IgG4 con valores aumentados (IgG 1475mg/dl, IgG 1 10,7g/l, IgG4 2,38g/l), por ello se asume como enfermedad por IGG4 con compromiso orbitario. Inicia tratamiento con glucocorticoides, actualmente en descenso por mejoría sistémica.

Comentario: Se presenta este caso ya que se trata de una patología poco frecuente, y este en particular, con una presentación clínica no habitual.

Conclusión: La enfermedad por IgG4 es considerada la nueva gran imitadora, por ello es importante considerarla dentro del diferencial de proptosis, para arribar al diagnóstico y aplicar el tratamiento apropiado con seguimiento a largo plazo por riesgo de lesiones en diversos órganos y progresión a linfomas.

PC-18-08 // DEL SHOCK ANAFILÁCTICO A LA INMUNOSUPRESIÓN

RAMIREZ MARTINEZ, M.; BAUER, R.; LABRA, L.; BARRA, M.; MASTROVINCENTO, V.; RODRIGUEZ, N.; CARRIZO, J.; LANGELLOTTI, L.; TAFFAREL, C.; LARREA, R.
Hospital Central De San Isidro Dr. Melchor Ángel Posse?. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La deficiencia selectiva de IgA se define como la ausencia parcial o total de esta inmunoglobulina en el suero, presentado cifras normales en el resto de las inmunoglobulinas. La incidencia mundial varía dependiendo del origen étnico siendo más frecuente en Finlandia y menos en Estados Unidos, con predominio en individuos de piel negra y en asiáticos. En general, la deficiencia selectiva de IgA es más común en los caucásicos. El 90% de los casos con déficit selectivos de IgA permanecen asintomáticos. Existe susceptibilidad genética no bien definida en la deficiencia de IgA con un patrón hereditario variable; habiéndose observado en algunas familias herencia autosómica dominante o recesiva, asociados a algunos haplotipos HLA (HLA-A1, B8, DR3). El factor de riesgo más importante es una historia familiar de deficiencia selectiva de IgA o de la inmunodeficiencia común variable. Los familiares de primer grado de pacientes con deficiencia selectiva de IgA tienen 50 veces más probabilidades de presentar la enfermedad.

Caso: Paciente masculino de 44 años de edad con antecedentes de bronquiectasias, EPOC, colestectomía, alergia a la penicilina y diagnóstico de síndrome mielodisplásico con trombocitopenia severa. Dicho paciente se encontraba realizando tratamiento con Eltrombopag, y por mostrarse resistente a este tratamiento, decidimos internarlo para administrarle Azacitidina. Al momento de la internación, por presentar alto riesgo de sangrado, indicamos transfusión de plaquetas con mala respuesta por parte del paciente, produciéndose un shock anafiláctico, que respondió al tratamiento médico. Por este motivo decidimos estudiar exhaustivamente al paciente, encontrando que el mismo presentaba deficiencia selectiva de IgA.

Por estos hallazgos, decidimos estudiar a los hermanos, y encontramos que estos también presentaban la misma deficiencia inmunológica. Relacionando de esta forma el diagnóstico del paciente evaluado con un trastorno familiar.

Comentario: Si bien la deficiencia selectiva de IgA es el defecto inmunológico más común en humanos, es una inmunodeficiencia humoral primaria y la mayoría de los individuos afectados son asintomáticos. Menos de un tercio acude a atención médica por infecciones respiratorias recurrentes, reacciones autoinmunitarias, infecciones parasitarias, trastornos intestinales, trastornos alérgicos y reacciones anafilácticas en contexto de transfusión de hemoderivados.

Conclusión: Es importante que los médicos tengamos en cuenta que nuestros pacientes pueden tener condiciones preexistentes que aumenten la incidencia de efectos adversos graves en prácticas relativamente seguras, como la transfusión de hemoderivados, de forma opuesta; también hay que remarcar la relevancia de estudiar pacientes que han presentado graves efectos adversos en respuesta a la administración de hemoderivados

PC-22-01 // DERRAME PERICÁRDICO SEVERO COMO MANIFESTACIÓN PRIMARIA DE GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA

FERRARI, P.; CISNEROS, N.; TROIANO, S.; SANCHEZ, Y.; BARONE, M.; MANETTI CUSA, F.
Militar Central. Caba, Argentina.

Introducción: El término glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP) hace referencia a un evento clínico caracterizado por deterioro de la función renal que cursa en días o semanas, y que dejado a su natural evolución, produce insuficiencia renal terminal en la mayoría de los pacientes. Anatomopatológicamente, el concepto de GNRP se asocia a la presencia de proliferación extracapilar como consecuencia de la ruptura de la membrana basal glomerular que permite el paso de fibrina y monocitos al espacio de Bowman. Tras un primer estadio, se produce la formación de semilunas epiteliales. De no iniciar tratamiento adecuado se produce como consecuencia la formación de semilunas fibrosas lo que se traduce en la irreversibilidad del cuadro. El porcentaje de semilunas fibrosas es un marcador pronóstico fundamental en esta entidad clínica. Es de relativa infrecuencia, afecta al 10 a 15% de los pacientes con glomerulonefritis (GN) y se produce principalmente en pacientes de 20 a 50 años.

Caso: Paciente de sexo masculino de 24 años que consulta a guardia médica presentar cuadro clínico caracterizado por edemas de miembros inferiores infrapatelar godet 3 cruces, asociado a fiebre, astenia y adinamia de 2 semanas de evolución motivo por el cual se decide su internación para diagnóstico y tratamiento. Único antecedente de infección del tracto urinario no complicada. En los exámenes complementarios se evidencia anemia, neutrofilia sin leucocitosis e hipernatremia moderada, deterioro de la función renal con creatinina de 6.29 y urea de 1.4. En el examen de orina se evidencia PH de 5, con proteínas 3 cruces, fosfatos amorfos con leucocitos de 15 a 20 y hematies mayores a 50 por campo. Se inicia esquema antibiótico cubriendo foco urinario, interpretándose cuadro como síndrome nefrítico. Paciente taquicárdico e hipertenso se realiza Doppler cardiaco se evidencia derrame pericárdico severo, continuo seguimiento en unidad coronaria, con necesidad de hemodiálisis. Se realiza biopsia renal con evidencia de glomerulonefritis lúpica, se inicia pulso de Meprednisona. Se realizó pericardiocentesis evacuadora evoluciona con taponamiento cardiaco y shock cardiogénico por laceración del ventrículo derecho, con resolución quirúrgica. Se inicia tratamiento con ciclofosfamida e inmunoglobulinas, con buena tolerancia. Se inicia y se titula medicación anti hipertensiva, continuando con anuria y requerimiento de hemodiálisis. Resuelve derrame pericárdico, sin mejoría de la función renal.

Comentario: Reportar caso de GNRP en jóvenes y la importancia de un rápido diagnóstico a los fines de evitar la progresión de la enfermedad.

Conclusión: La GNRP es un síndrome nefrítico agudo que se asocia con la formación de medialunas glomerulares microscópicas con progresión a insuficiencia renal en semanas o meses. El diagnóstico se basa en la anamnesis, el análisis de orina, las pruebas serológicas y la biopsia renal. Debe buscarse rápidamente la causa y así evitar la rápida progresión de la enfermedad y la irreversibilidad de la misma.

PC-22-03 // SARCOIDOSIS Y NEFROPATÍA MEMBRANOSA: ¿GLOMERULOPATÍA PRIMARIA O SECUNDARIA?

SCHIERLOH, G.; ARECO, L.; MORAT, M.; LOZADA OLMEDO, M.; BAGG, V.; VALENTINI, R.
Cemic. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Si bien subestimado, la Sarcoidosis puede producir compromiso renal con distintas formas clínicas. El compromiso glomerular es poco frecuente. Presentamos un caso clínico de glomerulonefritis membranosa (GNM) como diagnóstico inicial de la enfermedad.

Caso: Varón de 71 años, con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo II con regular control, tabaquista de 100 pack/year y enfermedad coronaria. En el año previo a la enfermedad actual se diagnosticó, a raíz de síndrome nefrótico, una GNM con anticuerpos anti-PLA2R positivos y, en la biopsia renal, engrosamiento difuso y homogéneo de paredes capilares, depósitos subepiteliales y expansión mesangial con 60% de glomérulos globalmente esclerosados y compromiso tubulointersticial mononuclear del 40% compatible con patrón membranoso estadio II. Consulta por presentar 6 meses de astenia y pérdida de 20 kg. En examen físico: PA:110/70 mmHg, 70 latidos por minuto, edemas de miembros inferiores 3/6; Sat O2 97% a FIO2 0,21, 15 respiraciones por minuto. Laboratorio remarcable por: hematocrito 32%, urea 83 mg/dl, creatinina 3.5 mg/dl, proteínas totales 4.8 g/dl, albúmina 2.3 g/dl, calcio corregido por albúmina 11,86 mg/dl, calcio iónico 1,40 mg/dl, proteína C reactiva 0,4 mg/L, eritrosedimentación 50 mm/h, examen urinario con proteínas +++ (proteinuria de 24hs: 3,6 gramos/día). Las serologías para HIV, Hepatitis B, C, FAN, ANCA C y P, reacción de Mantoux y VDRL resultaron negativas. El perfil fosfocálcico: PTH 6 pg/ml (VN: 15-150pg/ml), 25 hidroxivitamina D 9 pg/ml. La enzima convertidora de Angiotensina: 8,4 U/L se encontro elevada (vn hasta 5,2 U/L). La tomografía de tórax mostró opacidades difusas en vidrio esmerilado bilateral a predominio central asociado a imágenes pseudonodulares bilaterales.

Se realiza lavado bronquioalveolar cuyo análisis citológico mostró 20 mononucleares por campo. La biopsia transbronquial mostró granulomas no caseificantes, compatible con sarcoidosis. Se inicia tratamiento con meprednisona 60 mg vía oral y IECA. El paciente evoluciona con lento descenso de proteinuria y creatinina, aunque dependiente de corticoides.

Comentario: El compromiso renal en Sarcoidosis se reporta en 25-30%, siendo la forma más común la nefrocálcinosis y la nefritis intersticial granulomatosa. La afectación glomerular es más rara, siendo la de mayor asociación la GNM, que puede preceder al diagnóstico de la Sarcoidosis hasta en 8 años. En la GNM, poder discriminar entre una variedad primaria y secundaria es relevante desde el punto de vista terapéutico. El 70-80% de los pacientes con GNM primaria presentan Ac. anti-PLA2R que tienen valor diagnóstico, correlacionan con la actividad clínica y la respuesta al tratamiento.

Conclusión: Se ha descrito excepcionalmente positividad de Ac. Anti-PLA2R en causas secundarias de GNM como Cáncer, Lupus, Hepatitis B y Sarcoidosis. La GNM asociada a Sarcoidosis, suele responder a tratamiento esteroideo, habitualmente con recaídas ante el intento de su suspensión.

PC-22-02 // INJURIA RENAL AGUDA EN PACIENTE JOVEN

FERNANDEZ, G.; FERRARI, N.; AZAR, A.; CRIVELLI, E.; MASCIOTTA, A.; LEIT, L.; BORRI, R.; LUCINI, O.; RAIMUNDO, Y.; BONABITTA, G.; CRIVELLI, a.; BIANCO, V.
Higa San José De Pergamino. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La nefritis túbulo intersticial aguda (NTIA) afecta principalmente túbillos e intersticio renal y produce lesión renal potencialmente reversible. Su curso puede ser subclínico hasta evolucionar a Insuficiencia renal crónica (IRC). Las causas más frecuentes son alergia a medicamentos (AINES, antibióticos), productos herbales, infecciones y enfermedades autoinmunes. Las principales manifestaciones clínicas son poliuria, polaquiuria, nocturia aunque es frecuente que se presente asintomática. El tratamiento dependerá de la causa de base y los corticoides juegan un importante rol en causas infecciosas o autoinmunes.

Caso: Paciente femenina de 24 años, sin antecedentes, ingresa en Diciembre 2019 por cuadro compatible con abdomen agudo quirúrgico diagnosticándose apendicitis y requiriendo cirugía de urgencia. Durante su post operatorio intercorre con varios episodios de epistaxis y ginecorragia. En el laboratorio se constata plaquetopenia y al examen físico se observan petequias generalizadas; por frotis de sangre periférica se interpreta el cuadro como púrpura trombótica idiopática (PTI) continuando su internación en UTIA para control evolutivo y requiriendo transfusiones y corticoides a lo cual responde favorablemente. Posteriormente agrega cuadro de astenia, tos con expectoración y sudoración nocturna realizando el diagnóstico de tuberculosis (TBC) secundaria a inmunosupresión, por lo que se inicia tratamiento antituberculostático. Durante el tratamiento se complica con injuria renal aguda (IRA) AKI II no oligúrica, proteinuria de 600mg/24hs, hematuria no glomerular. Se solicita laboratorio inmunológico para diagnóstico diferencial (Anti ADN, FAN, Complemento, Anticuerpos anticardiolipinas, Citrulinado, Anti MBG) el cual resulta negativo. Ante duda diagnóstica de la IRA se decide punción biopsia renal que fue informada como NTIA, con atrofia y fibrosis del 30% pero moderado componente agudo. Se decide iniciar dosis bajas de corticoides (Meprednisona 20mg/día), se ajusta tratamiento antituberculostático. La paciente responde favorablemente. Se indica alta hospitalaria en tratamiento con Meprednisona 20mg/día, Eritropoyetina recombinante humana bisemanal, Levofloxacina Etambutol Isoniazida ajustado a función renal.

Comentario: La incidencia de NTIA no es tan alta pero la literatura sugiere que podría estar en aumento por el uso indiscriminado de fármacos, principalmente AINES y antibióticos.

Conclusión: La IRA es de causa multifactorial y puede presentarse con manifestaciones leves o progresar a casos severos. Dada la evolución tórpida de nuestra paciente y la necesidad de llegar a un diagnóstico diferencial entre IRA relacionada a PTI o NTIA relacionada a medicamentos se decide la PBR. El diagnóstico precoz nos permitió instaurar un tratamiento adecuado con reversibilidad de la falla renal. Una sospecha clínica temprana y un tratamiento oportuno pueden mejorar el pronóstico de los pacientes y evitar la pérdida definitiva de la función renal.

PC-22-04 // GLOMERULONEFRITIS RÁPIDAMENTE PROGRESIVA POR PROBABLE NEFROPATÍA POR IGA: REPORTE DE UN CASO

BARON, p.; CEIRANO, A.; SAAVEDRA, E.; BERGER, C.; CATALANO, H.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Introducción: La glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP) es un síndrome clínico caracterizado por hallazgos de enfermedad glomerular en el análisis de orina y por la pérdida progresiva de la función renal en un periodo de tiempo relativamente corto (días, semanas o meses). Se caracteriza morfológicamente por la formación de semilunas. A continuación se presenta el caso clínico de un paciente con GNRP de probable etiología por nefropatía por IgA.

Caso: Varón de 72 años con antecedentes de diabetes tipo 2, hipertensión arterial y artritis reumatoidea seropositiva. Consultó por deterioro de la función renal (creatinina 4,4 mg/dl) en laboratorio control. Refirió disnea clase funcional III en los días previos a la consulta y consumo de AINES por omalgia. Se encontraba lúcido, hipertenso, afebril, con crepitantes bibasales, eupneico, sin requerimientos de oxígeno. Laboratorio con anemia, insuficiencia renal (creatinina 4,4mg/dl, urea 99 mg/dl) y acidosis metabólica; sedimento urinario con proteinuria, hemoglobiuria y cilindros. Radiografía de tórax con cardiomegalia y aumento de la trama intersticial, y ecografía doppler renal normal. Se decidió internación en sala general y se indicó hidratación parenteral. Se solicitó proteinuria en 24hs que fue de 1,57g/día, C3 y C4 normales; ANCA, ac anti-ADN y anti-membrana basal negativos y serologías virales negativas. Se realizó biopsia renal cuya anatomía patológica informó glomerulonefritis rápidamente progresiva con semilunas. Se indicaron pulsos de metilprednisolona por 3 días. Presentó único episodio de hemoptisis leve, sin descompensación hemodinámica. Se solicitó tomografía de tórax que descartó hemorragia alveolar y mostró compromiso intersticial ya conocido. Por buena evolución se decidió otorgar el egreso hospitalario. Se obtuvo informe definitivo de anatomía patológica e inmunofluorescencia de probable etiología de nefropatía por IgA.

Comentario: En un estudio observacional realizado en Japón se observó que de 1772 pacientes con GNRP, un 64% fueron de causa paucimunitaria, seguidos por las secundarias a anticuerpos anti-membrana basal glomerular y a depósitos inmunes. También se observó que la tasa de supervivencia fue mejorando con el correr de los años, probablemente debido a la mejora en los métodos diagnósticos, inicio precoz del tratamiento y mayores opciones del mismo. Como factores independientes de mal pronóstico se identificaron la edad, creatininemia, proteína C reactiva y el daño pulmonar. Con respecto al tratamiento de la nefropatía por IgA, una revisión sistemática y metanálisis de Cochrane (58 artículos, 3933 pacientes) mostró que los glucocorticoides sistémicos probablemente reducen la progresión a enfermedad renal terminal y aumentan la posibilidad de remisión completa. Por otro lado la azatioprina aumenta la posibilidad de remisión completa de la afectación renal.

Conclusión: Presentamos el caso clínico de un paciente con GNRP de probable etiología por nefropatía por IgA.

PC-22-05 // SÍNDROME NEFRÍTICO Y NEFROPATÍA POR IGA - REPORTE DE UN CASO

BUSANICHE, I.; CEIRANO, A.; SAAVEDRA, E.; FAILLO, A.; CATALANO, H.; RICCHERI, L.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Introducción: El síndrome nefrítico (glomerulonefritis) se caracteriza por hematuria, proteinuria y leucocituria, en ausencia de infección urinaria o nefrolitiasis. La nefropatía por IgA constituye la glomerulonefritis primaria más frecuente, y un 50% de los casos presenta progresión lenta de la enfermedad renal a un estadio terminal. Se presenta el caso de una paciente con síndrome nefrítico y diagnóstico de nefropatía por IgA.

Caso: Mujer de 30 años oriunda de Suecia, sin antecedentes, que se encontraba viajando por Latinoamérica. Consultó por astenia, anorexia y hematuria de un mes de evolución. Refirió haber presentado diez días atrás diarrea y vómitos que se autolimitaron. Al examen físico se encontró lúcida, normotensa, afebril, normohidratada, sin signos de sobrecarga hídrica ni otras alteraciones. El laboratorio mostró anemia normocítica y normocromática, urea 78 mg/dL, creatinina 3.61 mg/dL y sedimentario urinario con proteinuria 3+, hematias abundantes y 4-6 leucocitos/campo. Ecografía renovesical sin alteraciones. Se interpretó como síndrome nefrítico. Se indicó hidratación parenteral.

Se solicitaron estudios: proteinuria de 24 hs con 3.3 g/24 hs; proteinograma y complemento séricos normales; Ac anti-ADN, factor reumatoide, ANCA, FAN y Ac anti-membrana basal glomerular negativos. Serologías virales y PPD negativas. Se descartaron parámetros de hemólisis y la verotoxina en materia fecal fue negativa.

Se realizó punción-biopsia renal que informó hallazgos compatibles con nefropatía por IgA por lo que se indicaron pulsos de metilprednisolona por 3 días y luego continuó con meprednisolona 0.5 mg/kg/día.

Evolucionó favorablemente, con mejoría progresiva de la función renal. Por estabilidad clínica se indicó el egreso hospitalario.

Comentario: La nefropatía por IgA es la causa más frecuente de glomerulonefritis primaria. El diagnóstico definitivo se realiza a través de la biopsia con inmunofluorescencia.

El pronóstico es variable. Aunque habitualmente tiene un curso benigno, hasta un 50% de pacientes presentan progresión lenta (20-25 años) de la enfermedad renal a un estadio terminal. Por este motivo, resulta importante identificar a aquellos pacientes con riesgo de enfermedad grave que se beneficiarían del tratamiento inmunosupresor temprano. Se identificaron predictores clínicos e histológicos de progresión de la nefropatía: reducción del filtrado glomerular (FG), hipertensión arterial, proteinuria >1 g/día y biopsia con presencia de semilunas, glomeruloesclerosis, atrofia tubular y fibrosis.

Los pacientes con hematuria aislada, proteinuria <1 g/día y FG normal en general no requieren tratamiento. En casos de progresión de la nefropatía se utilizan terapias conservadoras (control de presión arterial, IECA o ARA II en caso de proteinuria) y en los graves además se utilizan inmunosupresores como los corticoides, asociados o no a otros fármacos como la ciclofosfamida o azatioprina.

Conclusión: Se presenta el caso de nefropatía por IgA como diagnóstico diferencial de síndrome nefrítico.

PC-22-06 // CALCIFILAXIS EN PACIENTE CON ENFERMEDAD RENAL TERMINAL

CONDE SERRA, B.; CASTRO, S.; CEIRANO, A.; SAAVEDRA, E.; ALESSANDRINI, G.; CATALANO, H.
Hospital Aleman. Caba, Argentina.

Introducción: La calcifilaxis es un trastorno raro de alta morbilidad que ocurre más comúnmente en pacientes con enfermedad renal terminal. En el presente artículo se presenta el caso de una paciente en diálisis peritoneal que consultó por lesiones dolorosas en miembros inferiores.

Caso: Paciente mujer de 55 años con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica en diálisis peritoneal e hiperparatiroidismo secundario. Consultó por presentar lesión dolorosa en miembro inferior izquierdo de 2 meses de evolución. Se encontraba afebril con lesiones nodulares, dolorosas, no ulceradas en ambos miembros inferiores a predominio izquierdo, sin signos de sobreinfección. Se solicitó una ecografía que informó edema del tejido subcutáneo y calcificaciones a nivel de la hipodermis. Con sospecha clínica de paniculitis, se realizó una biopsia la cual mostró signos compatibles con calcifilaxis evidenciando hiperqueratosis y acantosis en epidermis, y paredes vasculares calcificadas a nivel de hipodermis. Se decidió ajustar esquema terapéutico agregando tiolofato de sodio y aumentando dosis de cinacalcet. Además, inició hemodilísis trisemanal y metadona como analgésico.

Comentario: La calcifilaxis es una enfermedad letal de alta morbilidad, con una mortalidad estimada a los seis meses del 50%. La presentación clínica puede variar según el estadio de enfermedad, pero se caracteriza por lesiones muy dolorosas. El mecanismo exacto del dolor no está claro pero se cree que existe un componente isquémico y neuropático.

Conclusión: Se han descrito diferentes alternativas de tratamiento basadas en los cuidados locales, la analgesia y la optimización de factores de riesgo y de la diálisis. Se presenta este caso clínico por su infrecuencia para la discusión de su pronóstico y tratamiento.

PC-23-01 // SÍNDROME ANTISINTETASA: PRESENTACIÓN TÍPICA DE UNA PATOLOGÍA INFRECUENTE

LOPEPE, M.; ALBIGER, L.; AUFIERO, J.; SÁNCHEZ, D.; BLANCO MARCHETTI, M.; RAMOS, M.; URTASUN PEREZ, F.; CUENCA, S.; BENITEZ, E.
Hospital Naval Pedro Mallo. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El síndrome antisintetasa (SAS) es una entidad poco frecuente, incluida dentro del grupo de las miopatías inflamatorias idiopáticas. Se caracteriza por la presencia de anticuerpos antisintetasa, manifestaciones cutáneas, fiebre, miositis, enfermedad pulmonar intersticial, poliartritis, fenómeno de Raynaud y "manos de mecánico".

Caso: Paciente mujer de 53 años, sin antecedentes de relevancia. Consultó a guardia de nuestro centro por presentar disnea progresiva clase funcional III de un mes de evolución, asociada a debilidad y mialgias proximales en miembros inferiores, artralgias generalizadas bilaterales simétricas y rubor facial, del mismo tiempo de evolución. Examen físico: lúcida, TA: 130/80 FC:98 FR: 18 SaO₂: 93% (FiO₂: 0,21), buena mecánica ventilatoria, con leves crepitantes secos bibasales. Paraparesias 1/5 en miembros inferiores. Lesiones eritemato-violáceas e hiperqueratosis en palmas y dedos de las manos, y eritema en región anterior de tórax y cuello (Signo de la ?V?). Se interpretó probable Síndrome Antisintetasa. Exámenes complementarios: Laboratorio: anemia y plaquetopenia, VSG normal. LDH: 259, CPK: 90. Gases arteriales: hipoxemia para su edad, con requerimiento de oxigenoterapia. Colagenograma: Ac. anti musculo liso 1/80, Anti Jo1: positivo. TC tórax: Vidrio esmerilado bilateral a predominio en base derecha y segmento apico-posterior del lóbulo superior izquierdo, lingula y bases pulmonares. Hemitórax izquierdo: tractos de aspecto fibroso y bronquiectasias por tracción, compatible con NINE (neumonía intersticial no específica). Tratamiento: Metilprednisolona 500mg/día por 3 días y posterior infusión de gammaglobulina por 5 días. Por no presentar mejoría clínica, recibió 2 infusiones con ciclofosfamida, con buena respuesta a nivel muscular funcional, sin respuesta a nivel respiratorio. Evaluada posteriormente por comité interdisciplinario decidiéndose, administrar Rituximab, con mejoría de su funcional pulmonar y clínica, con posterior egreso hospitalario sin requerimiento de oxígeno. Actualmente tratamiento ambulatorio con corticoides orales y antifibróticos con función pulmonar estable.

Comentario: La prevalencia del SAS en la población general es desconocida, la edad de aparición es variable, media los 50 años. Las manifestaciones clínicas principales son la polimiositis o dermatomiositis y la enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID), poliartritis, fiebre, fenómeno de Raynaud, manos conocidas como "manos de mecánico", signos del chal o en ?V?. El compromiso pulmonar marca el pronóstico del SAS, ya que, sin tratamiento efectivo, progresa a fibrosis difusa, asociada a un 40% de mortalidad.

Conclusión: El diagnóstico del SAS es clínico y la confirmación mediante serologías. La enfermedad pulmonar intersticial se evidencia por TCAR. No hay un consenso para el tratamiento: los corticoides orales e inmunosupresores son la base del mismo, y dependiendo de la gravedad y el tipo de manifestación, se pueden incluir distintos inmunosupresores e inmunomoduladores.

PC-23-02 // NEUMONIA LIPOIDEA EXOGENA SECUNDARIA A INGESTA CRONICA DE VASELINA. REPORTE DE CASO.

BONILLA, A.; MILANESIO, M.; CORNAVACA, M.
Hospital Privado De Córdoba. Córdoba, Argentina.

Introducción: La Neumonía Lipoidea Exógena es una enfermedad infrecuente que se produce por la aspiración de lípidos exógenos con su posterior acumulación dentro del espacio alveolar. Una de sus causas más frecuentes es el uso crónico de laxantes con vaselina. Clínicamente se suele presentar con síntomas respiratorios inespecíficos. Los hallazgos imagenológicos van desde infiltrados alveolares localizados hasta nódulos similares al cáncer de pulmón. El diagnóstico definitivo se establece por la detección de partículas de grasa en los macrófagos obtenidos por BAL o biopsia pulmonar. El tratamiento se basa en interrumpir la exposición al agente causal. Está descrita la mejoría luego de la administración de corticoides. Reportamos el caso de un masculino con neumonía lipoidea secundaria al uso crónico de vaselina.

Caso: Varón de 64 años docente de Córdoba Capital con app de DBT tipo 1 de 40 años de evolución con buen control se presentó con fiebre y astenia de 10 días de evolución. A la anamnesis refería tos seca de 1 año de evolución y pérdida de 10 kg de peso en los últimos 4 meses la cual asociaba a modificaciones de su dieta. Negaba tabaquismo. Presentaba una Tª 38°C, FR 28/min, FC 80/min, TA 120/80, Sat 94% aa. Al EF presentaba crepitos húmedos en base pulmonar izquierda. Presentaba 16.300 gb/mm³ (83% neutrófilos segmentados), Hb 8.9 g/dl normocítica normocromática con plaquetas normales. Función renal, gases venosos, sedimentario urinario y UC negativos. La TAC de tórax reveló un infiltrado intersticial en lóbulo medio derecho, lóbulo de la lingula y segmento apical de lóbulo inferior izquierdo junto con lesión nodular de bordes espiculados asociada a infiltrado alveolar en lóbulo inferior izquierdo, y dos imágenes pseudonodulares satélites subpleurales. Su TAC de abdomen, serologías virales (VIH, hepatitis b y hepatitis c), marcadores tumorales (PSA, CA 19.9 y CEA) y mantoux fueron normales. El paciente persistió febril a pesar de múltiples esquemas antibióticos (Ceftriaxona, azitromicina, PTZ y levofloxacina) por lo que se realizó BAL más fibrobroncoscopia con biopsia transbronquial. El cultivo para gérmenes comunes hongos y TBC así como la PCR para TBC fueron negativos. La biopsia fue negativa para malignidad mostrando acúmulos de lipofagos intraalveolares e intersticiales y de adipocitos intersticiales y agregado linfocito intersticial focal, compatible con neumonía lipoidea. Se inició meprednisolona 40mg día tras lo cual cedió la fiebre y los parámetros inflamatorios se normalizaron.

Comentario: Luego de obtener el resultado de la biopsia el paciente manifestó ser consumidor crónico de vaselina, la cual utilizaba como laxante por constipación crónica. Se solicitó un estudio de deglución en el cual no se objetivó broncoaspiración.

Conclusión: La neumonía lipoidea debe ser considerada en pacientes con neumonía de lenta resolución ya que el inicio temprano de su tratamiento junto con la exclusión del agente causante mejoran el pronóstico del paciente.

PC-23-03 // HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA EN TIEMPOS DE COVID

ROLDAN, M.; MARIÑO CAMACHO, G.; VILELA, A.; ROSS, F.; LARZABAL, F.
Clínica Santa Isabel. Caba, Argentina.

Introducción: La hemorragia alveolar difusa es una patología grave que requiere un alto nivel de sospecha diagnóstica. Tal situación puede verse afectada en el contexto actual de la pandemia por COVID-19, tanto por el sesgo diagnóstico como por las dificultades en el acceso de las correctas herramientas diagnósticas.

Caso: Caso 1: Masculino de 83 años con antecedentes de HTA, Fibrilación Auricular anticoagulada y deterioro cognitivo. Cursa cuadro clínico de 24 horas de evolución caracterizado por hematemesis y mareo y se traslada a nuestra institución, donde ingresa con requerimiento de oxígeno suplementario. En análisis de laboratorio presenta insuficiencia respiratoria, anemia aguda y valores de RIN en rango supra terapéutico, se inicia corrección del mismo con vitamina K y factores de coagulación además se realiza la toma de muestra de hisopado nasofaríngeo y TC de tórax evidenciando infiltrados multifocales en vidrio esmerilado con tendencia a la consolidación, compatibles en primera instancia con hemorragia alveolar. Se decide la suspensión dicumarínicos y se indica soporte transfusional. Evoluciona con valores estables de hematocrito y hemoglobina, mejoría de oxigenación por lo que inicia trombo profilaxis con heparina de bajo peso molecular y se otorga alta sanatorial con seguimiento por consultorios externos.

Caso 2: Femenina de 38 años con antecedentes de cáncer de mama estadio IV, anemia, obesidad y ex tabaquista. Cursa cuadro clínico de 72 horas de evolución caracterizado por astenia, adinamia y disnea por lo que consulta a nuestra institución. Ingresa con desaturación por lo que se inicia soporte de O₂ con máscara con reservorio. Se realiza hisopado nasofaríngeo y TC de tórax que evidencia infiltrados bilaterales difusos. Pasa a unidad de terapia intensiva. Presenta en análisis de laboratorio insuficiencia respiratoria asociado a caída de valores de hematocrito y hemoglobina por debajo de rango habitual y plaquetopenia. Se recibe resultado de hisopado nasofaríngeo el cual es no detectable interpretándose el cuadro como hemorragia alveolar difusa. Se inicia soporte transfusional. Evoluciona con hipoxemia refractaria, y fallece al tercer día de internación.

Comentario: La importancia de la presentación de estos casos radica en que se trata de una patología poco prevalente, y que en un contexto de pandemia desafían al personal médico, en particular cuando los síntomas se asemejan a los de la infección por SARS-CoV-2 pudiendo recibir un tratamiento menos eficiente debido a los protocolos en relación a la bioseguridad.

Conclusión: Dada la pandemia actual, muchos estudios como la TC de tórax, fibrobroncoscopia y otros que favorezcan la aerosolización o el contacto prolongado con pacientes con sospecha de COVID-19, se pueden ver retrasados hasta obtener un hisopado nasofaríngeo negativo; sin embargo no hay que dejar de tenerlos en cuenta para arribar a diagnósticos de otras patologías que pueden cursar con insuficiencia respiratoria e infiltrados pulmonares bilaterales.

PC-23-04 // LESIÓN PULMONAR POR SUMERSIÓN: REPORTE DE UN CASO

AGNOLETTI, C.; CEIRANO, A.; SAAVEDRA, E.; BERGER, C.; CATALANO, H.; BEHERAN, C.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Introducción: Distintas patologías pueden ser causadas por la sumersión. una de las cuales se denomina "edema pulmonar secundario a la natación" o "SIPE" por sus siglas en inglés, la cual se encuentra poco estudiada.

Las guías Utstein definen al ahogamiento como "un proceso respiratorio primario que resulta de la sumersión o inmersión en un medio líquido". A continuación se presenta el caso de un paciente que presentó lesión pulmonar por ahogamiento luego de un triatlón.

Caso: Paciente varón de 50 años con antecedentes de hipertensión arterial y apnea del sueño. Consultó por cuadro de tos y hemoptisis durante la "etapa de nado" de un triatlón. Al interrogatorio dirigido, refirió que durante la prueba había sentido agitación y como consecuencia deglutido agua. Negó síntomas previos al torneo.

Como antecedente de relevancia refirió haber sufrido un episodio similar en otra competencia de natación. En dicha oportunidad presentó desaturación con requerimiento de oxígeno a bajo flujo. No realizó consulta médica posterior. Al examen físico al ingreso presentó buena entrada de aire bilateral, sibilancias generalizadas y crepitantes bibasales, sin requerimiento de oxigenoterapia.

Se solicitó un laboratorio que mostró leucocitosis, reactantes de fase aguda elevados y estado ácido base con alcalosis respiratoria. La radiografía de tórax mostró opacidades perihiliares bilaterales y en la tomografía de tórax se describieron opacidades en vidrio esmerilado con tendencia a la consolidación en los segmentos anteriores de ambos pulmones.

Evolucionó favorablemente, afebril, sin nuevos episodios de hemoptisis, eupneico, sin requerimiento de oxígeno, con normalización del laboratorio y mejoría imagenológica a las 48hs. En conjunto con el servicio de neumonología se decidió realizar un ciclo corto de tratamiento antibiótico con levofloxacina y otorgar el egreso hospitalario. El paciente realizó seguimiento ambulatorio al mes con neumonología, permaneciendo asintomático y con resolución imagenológica.

Comentario: El SIPE se caracteriza por la aparición aguda de problemas respiratorios causados por la acumulación de líquido en el espacio extravascular pulmonar inducido por la inmersión y la actividad física intensa. La incidencia de SIPE no está claramente establecida, los trabajos que evalúan la misma son de muy baja calidad, con valores que van desde el 0.01% hasta el 26.7%. Lo mismo ocurre en cuanto a los factores de riesgo, la recurrencia de la enfermedad y el pronóstico.

El tratamiento de las lesiones por sumersión, sea cual fuera su causa, es la reanimación y/o el sostén clínico.

Conclusión: Tener en cuenta al SIPE como diagnóstico diferencial en este paciente parece importante debido a la baja prevalencia de su diagnóstico, alertando a la comunidad médica sobre su diagnóstico diferencial.

PC-23-05 // HEMORRAGIA PULMONAR Y ACCIDENTE CEREBROVASCULAR: COMPLICACIONES NO ESPERADAS EN EL POSTOPERATORIO

TASSARA, A.; CEIRANO, A.; SAAVEDRA, E.; ABELENDA, F.; CATALANO, H.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Introducción: La hemorragia alveolar difusa (HAD) se caracteriza por sangrado en los espacios alveolares pulmonares debido a disrupción de membrana basal alveolo-capilar, causada por lesión o inflamación de arteriolas, vénulas y capilares alveolares. Se presenta el caso de una paciente que intercurrió con hemorragia alveolar y ACV isquémico en el postoperatorio (POP) de una cirugía menor.

Caso: Varón de 42 años con antecedentes de eritema nodoso sin causa aparente en 2019 y condiloma perianal HPV positivo. Ingresó de forma programada para electrofulguración de condilomas anales bajo anestesia general balanceada, y en el POP intercurrió con hemoptisis masiva, sin descompensación hemodinámica ni requerimiento de oxígeno. Laboratorio sin alteraciones, rinofibrolaringoscopia mostró lesión mínima de tercio posterior de mucosa glótica, sin sangrado activo. Se indicó dexametasona y ácido tranexámico. Angiotomografía de tórax descartó TEP y evidenció vidrio esmerilado bilateral compatible con hemorragia alveolar. Fibrobroncoscopia mostró sangrado activo en segmentos basales izquierdos y se realizó arteriografía bronquial y pulmonar que no mostró áreas de sangrado o malformaciones vasculares. Pasó a terapia intensiva donde realizaron intubación orotraqueal y luego de extubación presentó hemiparesia braquiocrural derecha 3/5 e hipoestesia facio braquio crural derecha. La resonancia de cerebro mostró isquemia aguda en territorio vascular de la arteria cerebral anterior izquierda.

Se realizó ecografía doppler de miembros inferiores donde se informó TVP tibial derecha y se inició profilaxis extendida con enoxaparina 60 mg/día.

Se realizaron doppler de vasos de cuello, ecocardiograma transtorácico, angioresonancia y fleboresonancia de cerebro normales. Se descartaron enfermedades reumatológicas o trombofilias.

Se interpretó el cuadro como:

- HAD 2ra a complicaciones del procedimiento anestésico y/o IOT: edema pulmonar a presión negativa (EPPN).

- ACV isquémico y TVP distal 2ra a efecto adverso de Ác. tranexámico.

Comentario: En un estudio retrospectivo realizado en Francia, se encontraron 149 casos de HDA, de los cuales 18 episodios fueron adjudicados a EPPN (12%). De estos 18 casos, el promedio de edad fue de 31 años, el 67% fueron en el POP posterior a la extubación o la remoción de la máscara laríngea, los procedimientos quirúrgicos fueron menores y no hubo complicaciones intra quirúrgicas.

Conclusión: Se presenta este caso dado la dificultad en el diagnóstico de un paciente joven que intercorre con con eventos tanto hemorrágicos como trombóticos en el POP de una cirugía menor.

PC-23-06 // SINDROME DE PLATIPNEA ORTODESOXIA EN PACIENTE CON NEUMONÍA GRAVE POR COVID 19

CASALINS, M.; NIGRO, M.; CAMINITI, N.; DONOFRIO, Y.; GALASSO, S.; LOPEZ, C.; CAHAIS, M.
Htal Leloir. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El Síndrome Platipnea Ortodesoxia (SPO) es una entidad clínica caracterizada por disnea y desaturación arterial en posición erguida. Diversas pueden ser sus causas. El hecho fisiopatológico relacionado con el Covid podría estar relacionado a una alteración en la redistribución gravitacional vascular que altera la relación ventilación perfusión pulmonar, notable especialmente en bipedestación. Sumado a la distribución de consolidados basales, los trastornos vasculopléjicos y microtrombóticos notificados por el Sars Cov 2.

Caso: Paciente de 64 años internado 66 días por Neumonía grave secundaria a Infección por Covid-19. Ingresó por disnea progresiva de 7 días de evolución, con Tc de Tórax compatible con infiltrado intersticial bilateral periférico.

Realizó tratamiento con plasma de convaleciente, corticoides y oxigenoterapia (CAFO) y prono vigil. Por evolución tórpida, y aumento de disnea basal se repitió Tc de Tórax, la cual demostró leve aumento de infiltrado intersticial con tendencia a la consolidación; y cumplió 7 días de tratamiento con PTZ sin rescate microbiológico.

Evolucionó favorablemente, con descenso de oxigenoterapia a cánula nasal e intercurrió con episodios de platipnea-ortodesoxia ante la posición erguida acompañado de dolor epigástrico tipo cólico el cual mejoraba con el reposo absoluto. Se realizó Ecocardiograma Doppler Cardíaco para el descarte de patología cardíaca y ecografía abdominal sin hallazgos patológicos. Luego de varias semanas de asistencia kinésica respiratoria y corticoides sistémicos con monitoreo de la SaO₂ se observó mejoría clínica.

Comentario: A diferencia de la bibliografía revisada, observamos un caso de SOP en neumonía grave por Covid 19 sin requerimiento de ventilación mecánica.

Conclusión: En la enfermedad por Covid observamos, en muchos casos, una afectación intersticial predominantemente en las bases pulmonares con desajuste V/Q; que como resultado ocasiona una presión alveolar que excede la presión arterial y venosa pulmonar en el ápice, motivo por el cual los ápices pulmonares actúan como espacio muerto en posición erguida y aumenta la disnea. Consideramos que debe tenerse en cuenta ésta entidad, en los pacientes con enfermedad covid 19 resuelta con afectación pulmonar predominantemente basal y bilateral que cuesta o no es posible retirar el oxígeno, ya que para poder hacer el diagnóstico de ésta patología hay que pensarla primero. Es de real importancia la observación clínica directa con la saturación de oxígeno ante los cambios de posición del paciente y una vez diagnosticado, excluir los diagnósticos diferenciales. También es de importancia la rehabilitación con fisioterapia adecuada.

PC-23-07 // PLATIPNEA - ORTODESOXIA REVERSIBLE EN PACIENTE CON NEUMONÍA GRAVE POR COVID-19

NIGRO, M.; CESPEDES HARNES, O.; CAMINITI, N.; ROLLANO, A.; KOLLER, L.; TUDOR, M.; PUMA, S.;

VILLALBA SANCHEZ, J.; MENÉNDEZ, S.

Hza "simplemente Evita" Gonzalez Catán. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La desaturación de oxígeno junto a la disnea posicional acompañante desde la posición supina a la vertical se denomina Síndrome de Platipnea-Ortodesoxia (SPO). La caída de saturación es definida como una disminución de Pao >4 mmHg o una saturación de O₂>5% de la posición acostado a sentado o parado. Constituye una entidad infrecuente. Existen causas cardíacas y extracardíacas a descartar. El objetivo es describir el caso clínico observado en nuestro centro hospitalario sobre el hallazgo de un SPO en paciente con neumonía grave por COVID-19.

Caso: Paciente masculino de 74 años de edad sin antecedentes patológicos, ni hábitos tóxicos cuadro caracterizado por disnea progresiva con requerimientos de oxígeno con máscara reservorio a 15 litros, Tc de tórax que evidencia infiltrado intersticio alveolar con patrón en vidrio esmerilado bilateral, con áreas de consolidación bi basales, PCR + Covid. Ingres a Terapia intensiva, se inicia antibiótico a foco pulmonar, corticoides sistémicas, trombo profilaxis y se transfunde una unidad de plasma convaleciente. No requirió asistencia mecánica ventilatoria, curso internación de 16 días en UTI por dificultad en el destete de oxígeno, Durante el examen físico se constata varios días consecutivos franca desaturación durante el pasaje de decúbito supino a la bipedestación de 96% a 80%, asociado a disnea, taquipnea y taquicardia, retomando valores previos con instauración del decúbito supino. Ante la sospecha del Síndrome Platipnea Ortodesoxia, se solicitan estudios complementarios para descartar causas cardíacas y pulmonares: Tomografía control de Tórax patrón fibrótica bibasal secular post infeccioso. Continúa con kinesioterapia respiratorio. Paciente evoluciona favorablemente, logrando destetar el oxígeno, con desaparición del SPO a los 28 días de internación, otorgando alta médica.

Comentario: Si bien se han encontrado asociaciones del SPO con otros agentes infecciosos hay poco descrito en la literatura sobre su relación con las alteraciones funcionales propias de la neumonía provocadas por COVID-19. Los pocos descriptos son en pacientes que requirieron ARM.

Conclusión: El motivo de presentar este caso radica en la infrecuencia de dicho síndrome en la práctica clínica, sumado a su asociación con el SARS-CoV2. Además de remarcar la importancia de su reconocimiento oportuno para evitar alarmas innecesarias durante su internación y su adecuada rehabilitación kinésico respiratoria.

PC-23-09 // NEUMOMEDIASTINO EN PACIENTE COVID -19

AMARILLO, J.; KABLAN, P.; DEMARCHI, A.; BESIMSKY, M.; ERBEN, A.; ALESSANDRI, M.

Hospital San Antonio. Gualeguay Entre Ríos, Argentina.

Introducción: El neumomediastino espontáneo es una rara entidad clínica que puede ser idiopática o secundaria a procesos desencadenantes (drogas, vómitos, accesos de tos). Se observa principalmente en hombres delgados y de talla alta, entre la 2da y 4ta década de vida. Su fisiopatología se atribuye a la rotura alveolar secundaria al aumento de la presión intraalveolar, disecando tejidos a lo largo del espacio mediastinal, pudiendo incluso llegar a nivel celular subcutáneo (Efecto Macklin).

El cuadro clínico se caracteriza por dolor torácico y disnea, puede haber disfgia u odinofagia. Se auscultan frottes pericárdicos en los cuatro focos cardíacos (Signo de Hamman).

Caso: El presente caso clínico corresponde a un paciente de sexo masculino de 68 años de edad, con antecedente de Diabetes tipo II, HTA y exfumador (20 pack/year), dislipemia mixta, independiente para las actividades de la vida diaria que ingresa al Servicio de Clínica Médica por presentar disnea y tos con expectoración productiva 48 h de evolución. El mismo se encontraba en aislamiento domiciliario los 15 días previos al ingreso por contacto estrecho con un caso sospechoso de covid-19. Al examen físico presentaba hipoventilación generalizada con rales bibasales a predominio derecho Sat a 91% (0.21%). Se realizó PCR para covid 19, (que resultado positivo) laboratorio de rutina/ EAB- ligera hipoxemia (sin datos relevantes) y RX de tórax que presentaba un patrón con compromiso intersticial. Se inicia tratamiento para covid con Dexametasona, enoxaparina, antibiótico de amplio espectro (ceftriaxona) y oxigenoterapia con máscara de reservorio a bajo flujo en pronación vigil 6-8 hs/día.

El paciente evoluciona con aumento del requerimiento de oxígeno en los días posteriores se solicitó entonces TAC de tórax que presentaba un compromiso bilateral generalizado con patrón en vidrio esmerilado y áreas parcheadas compatible con SARS Cov -2.

Después de tres esquemas antibióticos cubriendo gérmenes intrahospitalarios y deterioro progresivo de la función pulmonar, aunque sin criterio de ventilación mecánica invasiva. Aproximadamente el 28º día de internación agrega en el examen físico frote pericárdico y se realiza una segunda TAC en la que se observa la presencia de neumomediastino

Comentario: Han sido reportados algunos casos en el mundo de neumomediastino asociado a COVID-19 como complicación de Neumonía intersticial sin requerimiento de asistencia mecánica respiratoria.

Conclusión: La relevancia clínica del NEMOMEDIASTINO como complicación de COVID-19 es aún desconocida como marcador pronóstico, pero debe ser considerado en aquellos pacientes con mala evolución para evitar complicaciones pulmonares o cardiovasculares.

PC-23-08 // SINDROME ANTISINTETASA

GOMEZ, C.; BONETTI, P.; AQUINO, L.; CAVIA, S.; CACERES RINCON, H.

Hospital Escuela De Agudos Dr. Ramón Madariaga. Misiones, Argentina.

Introducción: El síndrome antisintetasa (SA) es un trastorno incluido entre las miopatías inflamatorias idiopáticas, caracterizado por presentar anticuerpos antisintetasas en el suero (70% anti Jo-1+), cuyas manifestaciones clínicas incluyen manos de mecánico, enfermedad pulmonar intersticial, artritis, fiebre y fenómeno de Raynaud, con una prevalencia mayor en mujeres del 2:1 con respecto a los hombres. Las entidades incluidas dentro de las miopatías inflamatorias, son enfermedades autoinmunes sistémicas que cursan con debilidad muscular y elevación de enzimas musculares. Las afecciones cutáneas, articular y de otros órganos determinan las diferentes presentaciones clínicas de dermatomiositis o la polimiositis; se clasifican según su histopatología, presencia de anticuerpos o por la exposición a determinados agentes ambientales.

Caso: Se presenta una paciente femenina de 41 años de edad sin antecedentes patológicos conocidos; consulta en el mes de junio del corriente año por lesiones eritematosas sobre eevadas en toda la economía corporal asociado a astenia severa, debilidad muscular a predominio de ambos miembros inferiores, disnea clase funcional III y tos seca de 6 meses de evolución; en el laboratorio a destacar presenta elevación de CPK y reactantes de fase aguda, presencia de FAN y anticuerpo anti Jo-1 ; como estudios complementarios presenta RNM de pelvis osteomuscular con compromiso de los planos musculares a nivel de la cintura pelviana y raíz de miembros inferiores bilateral y simétrica asociado a mioedema difuso; TAC de tórax con infiltrado intersticial en vidrio deslustrado bilateral a predominio de ambas bases pulmonares; en contexto de pandemia por covid 19 se realiza hisopado para SARS COV 2 con resultado negativo; se asume como AS, realiza pulsos de glucorticoides por tres días y primer infusión de ciclofosfamida con mejoría clínica y sintomática siendo externada.

Comentario :

Conclusión: Se presenta dicho caso dada a su baja prevalencia en la población mundial, y por su importancia en cuanto al diagnóstico correcto y precoz, ya que, si bien hasta el 60% de las miositis con anti Jo-1+ presentan una recaída con glucorticoides, la enfermedad intersticial pulmonar secundaria a este tipo de patologías tienen buen pronóstico con tratamiento inmunosupresor a diferencia de otras entidades, como la fibrosis pulmonar idiopática, siendo la azatioprina, la ciclofosfamida y la micofenolato los principales agentes más utilizados.

PC-24-01 // ENCEFALOPATÍA DE HASHIMOTO SECUNDARIO A TIROIDITIS AUTOINMUNE COMO DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

GARCÍA GILI, M.; CALLO, V.; ROMAY, S.; SELVA, L.; REYNOSO, A.; GANTIER, D.

Hospital Provano. Belgrano, Argentina.

Introducción: La encefalopatía de Hashimoto (EH) es una enfermedad infrecuente con mayor prevalencia en mujeres de mediana edad. Si bien la fisiopatología se desconoce, existen teorías que involucran la producción de autoanticuerpos o el depósito de inmunocomplejos, manifestándose como un cuadro confusional subagudo que puede evolucionar al coma en casos graves. El diagnóstico se basa en hallazgos clínicos y de laboratorio, siendo necesaria la presencia de títulos séricos altos de anticuerpos antitiroideos

Caso: Masculino de 46 años con antecedentes de internación en Marzo del 2020 en otro nosocomio por status convulsivo que requirió ventilación mecánica e hipotiroidismo de reciente diagnóstico en tratamiento, ingresa por cuadro de desorientación, convulsiones, sin déficit focal y alteración del lenguaje de 24hs de evolución con rápido deterioro del sensorio, requiriendo asistencia respiratoria mecánica. El laboratorio evidencia leucocitos con fórmula conservada, aumento leve de transaminasas y test rápido de HIV negativo. Hemocultivos negativos, tomografía (TC) de encéfalo sin hallazgos patológicos. Se realiza punción lumbar (PL): proteínas 1.1g/L, citológico y cultivo de LCR negativo. Neurovirus y anticuerpos onconeuronales pendientes. Se interpreta cuadro como status convulsivo por encefalitis de probable causa herpética a descartar causa autoinmune e inicia tratamiento con aciclovir y piperacilina-tazobactam. El paciente es extubado sin complicaciones. Se recibe perfil tiroideo: TSH: 7.35mcg/ml, T3:5.9ng/dL, T4L:0.82ng/dL, anticuerpos aTPO: 249.8U/ml y antitiroglobulina (aTG):1998U/ml. Es valorado por neurología quienes indican pulsos de metilprednisolona por sospecha de EH, con mejoría neurológica parcial. En clínica médica evoluciona con episodios de desorientación, excitación psicomotriz y alucinaciones visuales sin déficit neurológico. Se reciben marcadores tumorales, collagenograma y serologías virales normales. Anticuerpos onconeuronales y neurovirus negativos. Consecuentemente, se realiza electroencefalograma que evidencia enlentecimiento de la actividad eléctrica cortical. Se descarta proceso neoplásico con PAN-TC, ecografía testicular y tiroidea normales. La resonancia magnética cerebral no muestra alteraciones. Ante este contexto, se realiza nueva PL constatándose la presencia de títulos altos de anticuerpos aTG en LCR confirmándose diagnóstico de EH. Se inicia tratamiento con inmunoglobulinas y posteriormente con azatioprina.

Comentario: Se presenta el caso de un paciente con diagnóstico de EH, entidad poco prevalente, que requirió varios regímenes terapéuticos hasta el hallazgo de la causa y control sintomático parcial. Mayoritariamente los pacientes responden de modo favorable al tratamiento con corticoides, pero un subgrupo de pacientes persiste con síntomas psiquiátricos y cognitivos, por lo cual deberá evaluarse el uso de terapias alternativas como las inmunoglobulinas o la azatioprina.

Conclusión:

PC-24-01 // SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE ASOCIADO A TUMOR ESTROMAL GASTROINTESTINAL: REPORTE DE UN CASO

LARGUERI, A.; MAFFINI, L.; NANNI, M.; ALBIGER, L.; DEL CASTILLO, M.; BLANCO MARCHETTI, M.; RAMOS, M.; URTASUN PEREZ, F.
Hospital Naval Pedro Mallo. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad que se presenta con alteraciones neurológicas (alteración de la capacidad mental, discapacidad visual, convulsiones tónico-clónicas, cefalea) y hallazgos radiográficos de edema en RMN, generalmente en la región posterior del cerebro de manera simétrica, en el contexto de hipertensión aguda no controlada.

La patogenia parece relacionarse a la ruptura de la autorregulación cerebral y disfunción endotelial.

Los síntomas suelen ser reversibles, siempre que el síndrome se reconozca y trate precozmente.

Caso: Paciente mujer de 70 años con antecedentes de HTA, DBT no IR, hipotiroidismo, aneoxisterectomía hace 25 años por cáncer de ovario, masa abdominal en estudio, con toma de biopsia 7 días previos a la internación, con resultado no concluyente.

Ingresó a clínica médica por síndrome confusional agudo manifestado por desorientación témporo-espacial de 48hs de evolución, agregando en las últimas 12hs marcada tendencia al sueño y cefalea.

Examen Físico: Glasgow de 8/15 (O3, V2, M4), TA: 200/100 mmHg, FC: 100, FR: 20, afebril, SaO2: 96% (0,21). Sin aparente foco motor ni sensitivo, pupilas isocóricas reactivas.

Estudios complementarios:

TC de cerebro: Sin evidencia de sangrados.

RNM de encéfalo: hiperintensidad en T2 y FLAIR en mesencéfalo, protuberancia y cerebelo, que no restringen a la difusión.

Se inició tratamiento con antihipertensivos titulables con regular respuesta, evolucionando a las 24hs con un episodio convulsivo, tónico clónico generalizado con post-ictal prolongado y requerimiento de administración de carga y mantenimiento de Fenitoína.

Presentó mejoría del sensorio durante 48hs, repitiendo similar cuadro de convulsiones tónico clónicas en contexto de HTA, continuando tratamiento con drogas antihipertensivas titulables y levitiracetam con regular respuesta.

Interpretando el hallazgo de masa abdominal como causa asociada, se decide su intervención quirúrgica con resección tumoral, con informe anatomopatológico: GIST con metástasis en epiplón.

Posterior al acto quirúrgico, la paciente recupera su sensorio habitual, con mejoría clínica, registros de tensión arterial normales y reversión imagenológica de hallazgos en RMN.

Comentario: El PRES constituye una entidad poco frecuente. Suele ser más común en mujeres y no existe predilección por un grupo etario específico. Es un síndrome que debe ser reconocido de manera precoz, ya que, como su nombre lo indica, usualmente es reversible. La recurrencia es infrecuente.

Las múltiples causas asociadas deben evaluarse y ser tratadas para poder revertir de manera definitiva el cuadro.

Conclusión: El diagnóstico de esta entidad es un desafío. El paciente debe tratarse sintómicamente y paralelamente buscar la causa desencadenante. Se ha asociado con diversas condiciones: preeclampsia/eclampsia, trasplante alogénico de médula ósea y de órganos sólidos, enfermedades autoinmunes, uso de quimioterapia a dosis altas y, menos frecuente, a tumores sólidos.

PC-24-03 // SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES)

CAMPILLO, P.; FERNANDEZ, P.; AGRIELLO, M.; PACHO, S.; GARCÍA PEINADO, M.; CERRI, G.; DE PEROY, M.; GARCIA, M.; BRITOS FODOR, R.; ALTUNA RUIZ, J.
Higa San Martín De La Plata. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El PRES es un desorden caracterizado por un abanico de signos y síntomas neurológicos y hallazgos neuroimagenológicos distintivos que reflejan edema vasogénico, siendo ambos reversibles. El 40% requieren monitoreo en unidad crítica y tratamiento debido a posibles complicaciones severas como estatus epiléptico, isquemia, hemorragia cerebral o hipertensión intracraneal. La signo-sintomatología es cefalea, convulsiones, disturbios visuales y otros déficit neurológicos focales asociado a alteraciones imagenológicas sugestivas de edema cerebral con predominio en regiones posteriores. Hay dos teorías con respecto a la fisiopatología, una debido a un aumento en la presión arterial con hiperperusión cerebral, y otra en la que el síndrome se gatilla por disfunción endotelial por circulación de toxinas endógenas o exógenas.

Caso: Paciente femenina de 22 años con antecedente personal de lupus eritematoso sistémico (LES) y enfermedad renal crónica (ERC) por nefropatía lúpica en hemodiálisis trisemanal, que inicia de manera súbita con amaurosis bilateral, indolora, acompañada de cefalea leve. Consulta inmediatamente en nuestro nosocomio, donde intercorre con cuadro de convulsión tónica clónica focal que generaliza con deterioro de la conciencia en contexto de hipertensión (163/114 mmHg) y fiebre. Se realiza laboratorio (leucocitos: 13200/mm3, plaquetas 104000/mm3, resto sin particularidades), punción lumbar normal, tomografía computada de encéfalo simple normal, hemocultivos (HC) y cultivo de punta catéter (PC) de Cook (HC 1/2 + y PC + para S. epidermidis). Se realiza resonancia magnética (RM) que visualiza múltiples imágenes hiperintensas en T2 y FLAIR cortico-subcorticales, en topografía de ganglios de la base a predominio izquierdo e infratentoriales cerebelosas que no restringen en secuencia de DWI ni realzan luego de la administración de contraste endovenoso, que se compara con otra realizada 10 días después, donde se visualiza resolución de dichas lesiones.

Comentario: El PRES es una enfermedad rara, infradiagnosticada, que ha sido descrita con mayor frecuencia en el sexo femenino y en adultos jóvenes o de edad media. Se asocia a preeclampsia/eclampsia/síndrome HELLP, encefalopatía hipertensiva, drogas citotóxicas o inmunosupresoras, enfermedades autoinmunes, disfunción renal, infección y sepsis, entre otras. La clínica del PRES y las lesiones en RM son reversibles en mayoría de los pacientes. El pronóstico es determinado por la patología subyacente y la severidad de las lesiones en RM. El diagnóstico y tratamiento tardío pueden desembocar en la muerte o en secuelas neurológicas irreversibles (ej. Epilepsia), que pueden requerir tratamiento a largo plazo.

Conclusión: Considerar al PRES en el diagnóstico diferencial de pacientes con alteraciones del estado de conciencia, cefalea, convulsiones y alteraciones visuales. Una RM de encéfalo y electroencefalograma tempranos pueden ayudar al diagnóstico. El tratamiento inmediato de la patología subyacente puede revertir la encefalopatía.

PC-24-02 // ACCIDENTE CEREBROVASCULAR EN PACIENTE JOVEN

MONGELOS ORTIZ, A.; OVANDO, M.
Sanatorio Migone Battilana. Asunción, Paraguay.

Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) es raro en pacientes jóvenes con edad menor a 45 años; el lupus eritematoso sistémico (LES) puede estar asociado con un aumento significativo del riesgo de ACV. Las manifestaciones neurológicas más comunes del LES son disfunción cognitiva, ACV, convulsiones, dolores de cabeza y neuropatía periférica. La aterosclerosis acelerada así como la presencia de los anticuerpos antifosfolípidos parecen aumentar el riesgo de ACV en pacientes con LES y se asocian con una mayor prevalencia de hallazgos anormales en la resonancia magnética (RM). Se ha notificado ACV hasta en un 19% de los pacientes con LES. El LES puede estar asociado a otras patologías autoinmunes como en Síndrome antifosfolípido (SAF).

Caso: Paciente adulta joven conocida migrañosa, refiere 2 semanas antes de su internación episodios reiterativos de migraña que cedían parcialmente con sumatriptán-naproxeno. 24 horas antes de su ingreso hospitalario presenta hemiparesia facioabduccional derecha acompañado de desorientación por lo que acudió al médico. Al examen físico: disminución de fuerza muscular de brazo y pierna derechas además de desviación de la comisura labial hacia la izquierda. En la RM de encéfalo con contraste se constata evento isquémico ganglio capsular e insular izquierdos y a nivel de la arteria cerebral media (ACM). Ecodoppler de arterias del cuello, holter 24 horas y ecocardiograma transesofágico normales. Laboratorio: anemia 10,3, anticoagulante lúpico, beta2-glicoproteína Anticuerpo(Ac), cardiolipina Ac, fosfolípidos Ac, ANCA c y p negativos. ANA +, C3 y C4 bajos, VDRL falso positivo, beta2 microglobulina elevada. Se inició tratamiento para ACV isquémico con aspirina, atorvastatina y heparina de bajo peso dosis profilaxis. Alta con dabigatran 220 mg/d, además de hidrocicloroquina 400 mg/d en el contexto de LES activo. Una semana después paciente vuelve a acudir al servicio por exacerbación de hemiparesia facioabduccional, se realiza RM de encéfalo con contraste donde se observan nuevas lesiones isquémicas. Por el empeoramiento del síndrome neurológico asociado a LES se iniciaron bolos de metilprednisolona. Laboratorio: Ac anticardiolipina IgG +, Anticoagulante lúpico +, Ac beta2glicoproteína IgG +, Ac dNANs +, test de coombs directo +, Ac Sm indeterminado. Se inició anticoagulación con acenocumarol por diagnóstico de Síndrome antifosfolípido. Una semana después se inició ciclofosfamida mostrando buena respuesta al tratamiento.

Comentario: Si bien existen varias causas de ACV en pacientes jóvenes (hipertensión, diabetes, tabaquismo, hipercolesterolemia) es importante pensar en el LES como posible causa. Los síntomas neurológicos y psiquiátricos ocurren en el 10 al 80% de los pacientes antes del diagnóstico de LES o durante el curso de su enfermedad.

Conclusión: El tratamiento con glucocorticoides y ciclofosfamida puede estar justificado si hay lupus activo asociado a ACV. Esta paciente presentó LES asociado a SAF que debutó con un ACV isquémico.

PC-24-04 // SÍNDROME DE MILLER FISHER: PRESENTACIÓN DE CASO

BLANCO, J.; BIAGGIÒNI, M.; BORRA, L.; CASARIEGO, I.; DEL VALLE, J.; MANDOLESI, M.; ORTEGA, V.; OSTROWSKI, M.; PFEIFFER, C.; PRESA, C.; PRIETO, L.
Hospital Municipal De Agudos Leónidas Lucero. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El Síndrome de Miller Fisher (SMF), variante del Síndrome de Guillain Barré, es una polirradiculoneuropatía autoinmune que se caracteriza por ataxia, arreflexia y oftalmoplejía. Tiene una incidencia aproximada de 1-2 cada 100000, siendo los hombres más afectados que las mujeres. Suele ocurrir en individuos previamente sanos, luego de una infección del tracto respiratorio o gastrointestinal entre 40 a 70% de las veces.

El diagnóstico se realiza mediante criterios clínicos sumado a la presencia de anticuerpos anti-GQ1b con una sensibilidad mayor al 90%. Existen otros estudios de utilidad que ayudan al diagnóstico o descartan otras patologías: punción lumbar, tomografía computada, resonancia magnética.

Es una patología generalmente autolimitada y tiene excelente pronóstico, más de 85% de los pacientes consiguen remisión completa de la enfermedad entre 4 y 6 meses luego del diagnóstico. La plasmaféresis y la inmunoglobulina G endovenosa son los tratamientos recomendados por acortar el periodo de enfermedad, sin modificar gravedad ni resultado a largo plazo.

Caso: Paciente masculino de 58 años que consulta por diplopía y ataxia de menos de 24 horas de evolución.

Presenta, dos semanas antes, cuadro de diarrea acuosa y síndrome gripal días previos a la consulta.

Es un paciente hipertenso diagnosticado recientemente.

Al examen físico se presenta en buen estado general, vigil, lúcido, hipertenso, con parálisis extrínseca del ojo derecho y ataxia.

Laboratorio de ingreso: sin alteraciones.

Otros: TC de encéfalo con y sin contraste sin alteraciones.

Evolución: Al segundo día de internación agrega parálisis completa del III, IV y VI par craneal, ataxia e hiporreflexia de miembros superiores.

Ante la sospecha de Síndrome de Miller Fisher, se realizan 2 punciones lumbares que muestran LCR normal, sin disociación albumino-citológica y se solicitan anticuerpos anti-GQ1b que resultan positivos, confirmando el diagnóstico.

Como diagnósticos diferenciales se plantean botulismo, miastenia gravis, neuromielitis óptica, por lo que se solicita: RMN de columna y encéfalo con gadolinio que no muestra alteraciones, toxina botulínica en suero, heces y alimento y anticuerpos ACRA, ambos estudios negativos.

No recibió tratamiento específico durante la enfermedad, a los dos meses ya no presentaba ataxia y, luego de 4 meses desde el diagnóstico, obtuvo la remisión completa de los síntomas.

Comentario: El síndrome de Miller Fisher es una patología infrecuente, que necesita de una alta sospecha para diagnosticarlo. El pronóstico es bueno, con remisión completa de la signo-sintomatología en la mayoría de los casos, aún sin tratamiento específico.

En este caso, el diagnóstico se realizó mediante criterios clínicos sumado a la presencia de anticuerpos anti-GQ1b. No se instauró tratamiento alguno y evolucionó de manera favorable, sin rastros de enfermedad a los 4 meses del diagnóstico.

Conclusión: Decidimos presentar esta caso por la infrecuencia de la enfermedad en la práctica diaria.

PC-24-05 // POLI NEUROPATÍA AUTOINMUNE PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO.

GAYDOU BORSOTTI, A.; ALTAMIRANO, A.; MOHAMAD, M.; RIVERO, R.; SCOTTA, M.; GIACARDI, R.; LOYBER, S.
Sanatorio Garay. Santa Fe, Argentina.

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polineuropatía aguda de carácter autoinmune, considerado como un espectro clínico que incluye múltiples formas o variantes de expresión, dentro de las cuales se encuentran el Síndrome de Miller Fisher o Encefalitis de Bickerstaff como presentaciones atípicas.

Caso: Paciente de 19 años que presenta cuadro de 48 hs de evolución aproximadamente de dorsalgia y cefalea recibe tratamiento sintomático. Re consulta en el día de la fecha por deterioro de estado general, debilidad generalizada y alteración del sensorio. TAC de cráneo que no demuestra alteraciones significativas, agregando registro febril, se sospecha de encefalitis, pasa a UTI, se realiza PL y se inicia empírico con ceftriaxona + aciclovir + ampicilina. Se informa LCR con proteinorraquia y CMV/VEB positivos, Complica con oftalmoplejía derecha, y en MMIL arreflexia, hipoestesia y parálisis con compromiso esfinteriano. Se realiza RMN de encéfalo y columna dorsolumbar sin alteraciones, EEG presencia de descargas bitemporales, y EMG con informe de polineuropatía desmielinizante aguda con bloqueo conducción (Miller Fisher vs guillain barré) se suspende tratamiento antibiótico y se inició con gammaglobulina 5 días y ganciclovir 10 días totales. La paciente presentó mejoría de estado general, sin progresión de síntomas neurológicos. Se solicitó anticuerpo anti gQ1b con diagnóstico de síndrome de Fisher Bickerstaff.

El síndrome anti-GQ1b tiene un curso benigno, con recuperación espontánea. Se presenta en pacientes jóvenes con mayor frecuencia. El diagnóstico es clínico y con positividad de anticuerpos y el tratamiento de elección es la inmunoglobulina

Comentario: Tanto síndrome de Miller Fisher como la encefalitis de Bickerstaff se encuentran dentro de las variantes atípicas en el espectro del Guillain Barre, ambos cuadros clínicos conforman el síndrome de anticuerpos anti-GQ1b, denominándose síndrome de Fisher-Bickerstaff a los cuadros que comparten características clínicas de ambas afecciones.

Estos anticuerpos se encuentran en nervios oculomotores, ganglios de las raíces dorsales, cerebelo y también se liga a la unión neuromuscular causando bloqueo del terminal nervioso motor generando así las diferentes presentaciones clínicas, oftalmoparesia, ataxia y arreflexia, se puede observar midriasis en superposición de síndromes

Conclusión: El síndrome anti-GQ1b tiene un curso benigno, con recuperación espontánea. Se presenta en pacientes jóvenes con mayor frecuencia. El diagnóstico es clínico y con positividad de anticuerpos y el tratamiento de elección es la inmunoglobulina.

PC-24-07 // ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES). ESTUDIO DE TRES CASOS

CABRAL, D.; CASOLA, P.

Hospital De Alta Complejidad Pte. Juan Domingo Perón. Formosa, Argentina.

Introducción: La encefalopatía posterior reversible (PRES) se caracteriza por edema de la sustancia blanca, principalmente con afectación occipital y parietal posterior. Los síntomas más comunes abarcan cefalea, amaurosis, convulsiones, alteración en el estado de conciencia e hipertensión arterial. Los pacientes suelen recuperarse con tratamiento oportuno. Sin embargo, si los cambios no son detectados a tiempo se puede desarrollar un área de leucoencefalomalacia con daño irreversible.

Caso: CASO1: Paciente femenino de 15 años inicia con dolor precordial, en radiografía de tórax se constata derrame pericárdico severo, se recibe perfil inmunológico anti DNA 1/640 FAN+ se interpretó como LES en actividad, se inician pulsos de metilprednisolona 500mg/día. Ingresa a UTI por mala mecánica ventilatoria requiriendo ARM y hemodiálisis. Se realiza 3° pulso con metilprednisolona e intercorre con amaurosis de menos de 12 hs de evolución; evidenciándose por TAC hipodensidad bilateral en fosa posterior se presume ACV, 24 hs posteriores presenta convulsiones tónico-clónicas. Pasa a sala general luego de 51 días internada en UTI, en donde se realiza RNM de cerebro sin evidencia de signos patológicos por lo que se replantea diagnóstico como PRES. CASO2: Paciente femenino de 26 años, cursa su 7mo día POP trasplante renal, inmunosuprimida con timoglobulina + meprednisolona 80mg/día. Intercorre con amaurosis bilateral y convulsiones tónico-clónicas generalizadas. En TAC de cerebro que evidencia imágenes focales hipodensas cortico/subcorticales en lóbulo occipital de ambos hemisferios cerebrales. Es dada de alta a los 3 días. 30 días posteriores al evento clínico se realiza RNM de cerebro que revela morfología y distribución de sustancia gris y blanca sin lesiones. Asumiéndose como diagnóstico Encefalopatía posterior reversible. CASO3: Paciente femenino de 23 años con diagnóstico de Leucemia Promielocítica Aguda en tratamiento con esquema AIDA (día +19). Evolución con cefalea frontal de intensidad 6/10 que cede con AINES, posteriormente agrega amaurosis fugaz bilateral de 30 minutos de duración con TA 120/80. Se realiza TAC cerebral que informa áreas hipodensas cortico-subcorticales en ambos lóbulos occipitales. Se repite angioTAC un mes después con hallazgos normales. Se asume cuadro como PRES.

Comentario: Existen múltiples hipótesis acerca de la etiopatogénesis de esta entidad, es probable que el desarrollo que lleva a los cambios radiológicos y al cuadro clínico sea multifactorial e implique mecanismos superpuestos. La RNM cerebral permite identificar los cambios observados para poder comenzar el tratamiento dirigido, el cual consiste principalmente en el retiro del factor causante, como la hipertensión arterial o drogas inmunosupresoras, entre otros.

Conclusión: Es importante reconocer los cambios que se presentan en PRES, debido a su potencial reversibilidad y evitar su progresión a lesiones, como lo son el infarto y la encefalomalacia.

PC-24-06 // MIELITIS TRANSVERSA AGUDA: UN DESAFÍO EN LA CLÍNICA MEDICA

BARACAT, N.; BOSQUE, G.; ROMERO, J.; GREGORIO, C.; ARONA, M.; MOLINA, G.
Sanatorio Juan XXIII. Río Negro, Argentina.

Introducción: La mielitis transversa es una enfermedad inflamatoria desmielinizante aguda o subaguda, de baja prevalencia, que compromete las vías motoras, sensitivas y autonómicas de médula espinal. Se caracteriza por alteración de la sensibilidad en miembros inferiores, disfunción urinaria e intestinal con progresión de dolor dorsal o shock medular lo cual predice una pobre recuperación.

Caso: Paciente femenina de 78 años consulta por dorsalgia interescapular y paraparesia de MMIL. Antecedentes: hipertensión arterial, dislipemia, cirugía curativa por cáncer de ovario, ex tabaquista. Auto válida. Vacunas completas alejadas a la fecha de consulta. Niega infección reciente, traumatismos, enfermedades inmunológicas sistémicas, tóxicos. Examen físico: Lucida, pupilas reactivas. Signos vitales normales, paraplejía flácida, anestesia con nivel sensitivo T6 y T7 bilateral, reflejos OT vivos presentes en MMSS, ROT MMIL ausentes, babinski bilateral, reflejo patelar indiferente bilateral, globo vesical, sin percepción de repleción vesical. Bioquímica sanguínea sin datos relevantes, cultivos negativos, TC tórax: pequeña imagen nodular en lóbulo medio, impresiona granuloma, TC de encéfalo: hipodensidades en torno a los talamos de aspecto isquémico crónico, RN columna vertebral con CT: alteraciones de señal en segmentos medio dorsales, hiperintensidad en T2 en cordones anteriores medulares a nivel D5-D6 que por localización podría corresponder a lesión isquémica. Se realiza PL con evidencia de LCR no inflamatorio. Diagnóstico presuntivo mielitis transversa aguda de probable etiología infecciosa viral vs autoinmune. Se interna en UTI. Se inicia tratamiento con metilprednisolona + aciclovir. Cultivo de LCR negativo. Evoluciona con alteración del estado mental, bradipsiquia, desorientación en tiempo y espacio, obedece a órdenes simples. Completa 5 días de corticoides y se suspende aciclovir por PCR para neurovirus negativo. AngioRN de médula espinal con CT de control progresión de lesión medular extensiva a planos longitudinal y transversal desde D3-D6. Se plantea diagnóstico diferencial de infarto de médula espinal por oclusión de la arteria espinal anterior y se inicia inmunoterapia con inmunoglobulina + glucocorticoides sistémicos. Pasa a sala, evolución favorable. Se interpreta el cuadro como mielitis transversa autoinmune de origen idiopático. Se deriva a centro de rehabilitación.

Comentario: Series de casos longitudinales de MT revelan que aproximadamente un tercio de los pacientes se recupera con pocas o ninguna secuela, un tercio queda con un grado moderado de permanente discapacidad, y un tercio tiene discapacidad grave.

Conclusión: Consideramos relevante la presentación del caso por ser una entidad neurológica no prevenible y poco frecuente que requiere de una rápida actuación para evitar progresión de los síntomas, considerando el costo de su tratamiento, su nula respuesta a corto plazo y el riesgo de presentar un déficit neurológico permanente.

PC-24-08 // MENINGOENCEFALITIS CRIPTOCÓCICA EN INMUNOCOMPETENTE

PETRAGLIA, M.; SASSANO, M.

Hospital Italiano De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción: La meningoencefalitis criptocócica es la manifestación más frecuente de la criptococosis. Habitualmente se presenta en pacientes inmunocomprometidos, principalmente HIV, pero también en trasplantados de órganos sólidos, tratamiento glucocorticoide prolongado, neoplasias malignas (principalmente hematológicas), sarcoidosis, insuficiencia hepática o tratamiento con anticuerpos monoclonales.

Caso: Paciente masculino de 30 años de edad, sin antecedentes de relevancia, ingresa a la guardia por fiebre y cefalea de 10 días de evolución. Presentó dos consultas previas por los mismos síntomas -en la segunda con un episodio de vómitos- en las cuales se descartó infección por COVID-19, EBV, CMV y toxoplasmosis. Al ingreso se constató paciente febril, con cefalea holocraneana de intensidad 10/10 que empeoraba con maniobra de Valsalva, asociada a fotofobia, sin rigidez de nuca, sin signos de Kernig y Brudzinski ni otros hallazgos positivos al examen físico.

En el laboratorio de sangre se evidenció leucocitosis leve con neutrofilia. Se realizó tomografía computada de cerebro que no evidenció alteraciones y punción lumbar. La presión de apertura fue ligeramente elevada, de 26 cm de agua. El líquido cefalorraquídeo resultó límpido y con leve hiperproteinorraquia de 52 mg/dl, glucorraquia normal, pleocitosis de 157 leucocitos/mm3 (95% linfocitos). Se inició tratamiento empírico de meningitis con ceftriaxona y aciclovir. Se realizó serología para HIV con resultado negativo.

Dentro de las 24 horas se obtuvo resultado de tinte china positiva, por lo que se rotó a terapia combinada con anfotericina B y fluconazol. Se repitió serología de HIV, nuevamente con resultado negativo. El paciente evolucionó favorablemente con mejoría de la cefalea y afebril. Se realizaron estudios inmunológicos que incluyeron complemento, proteinograma, recuento de CD 4 y CD 8, inmunoglobulinas totales, IgA e IgM con resultado dentro del rango normal. IgG levemente disminuida de 688. El paciente fue dado de alta para completar fase de consolidación y mantenimiento en domicilio y en plan de estudios inmunológicos posteriores, para valorar la relevancia de la IgG disminuida y otras posibles alteraciones, una vez superado el cuadro infectológico agudo.

Comentario: Esta patología es extremadamente infrecuente en pacientes inmunocompetentes. Presenta un desafío diagnóstico dada la menor sensibilidad de la tinte china, cultivos y antígeno en líquido cefalorraquídeo debido, principalmente, al menor inoculo fúngico. De hecho, en nuestro caso no se pudo tipificar la especie de Cryptococcus dado que no se logró crecimiento en cultivo por el escaso número de levaduras.

Conclusión: El desafío está tanto en el diagnóstico como en el tratamiento. Dado que la evidencia del mismo, tasas de curación y necesidad de punciones evacuadoras es en relación a pacientes inmunocomprometidos, particularmente en HIV. Por lo cual, en este caso el tratamiento debió ser individualizado extrapolando datos de estudios basados en poblaciones diferentes.

PC-24-09 // ENCEFALITIS AUTOINMUNE VS POSESIÓN DEMONIÁCA: UN DIAGNOSTICO CLÍNICO

ZACHARCZUK, J.
Samic Obera. Misiones, Argentina.

Introducción: La encefalitis autoinmune es una enfermedad inflamatoria del SNC que se desarrolla por la presencia de autoanticuerpos contra receptores de neurotransmisores de superficie o intracelulares, es frecuente que se presente con síntomas neuropsiquiátricos.

Caso: Paciente femenina de 20 años, que en abril de 2017 presenta movimientos involuntarios de los 4 miembros, mareos y cefalea; con lesión hipodensa en núcleo caudado izq. en TC de encéfalo. Evoluciona tórpidamente, agregando excitación psicomotriz, insomnio, adelgazamiento, oligomenorrea, agresividad (por lo que los familiares pensaban en posesión demoniaca), mutismo, desorientación auto y alopsiquica sin lesiones en RNM. Hasta este momento la paciente estaba en seguimiento por psiquiatría y neurología. En junio de 2018 requiere internación debido a su mal estado general, con desnutrición severa (IMC 14), postración, escara sacra, convulsiones tónicas, apatía, depresión del sensorio, intercurriendo con Neumonía Aspirativa. En el laboratorio: anemia leve, VSG 100, Función Renal y hepatograma conservado, Pr Totales 5,8, Alb: 3gr/l. En TC de encéfalo lesión hipodensa parietal posterior derecha. Inicialmente se asume como Psicosis lúpica e inicia prednisona 1mg/kg, evolucionando con franca mejoría. Se Externa, luego del cual abandona tratamiento. En diferido se recibe ANA moteado 320, SM 52,5, RNP 47 y DNA negativo. En Julio de 2020 reingresa por convulsiones tónicas frecuentes, refractarias a anticonvulsivos, orientada auto y alopsiquica, bradipsíquica, con IMC: 28. Se realizó PL: resultados Normales. Cultivos negativos. En el laboratorio Anemia leve. FAN nuclear homogéneo 1/160.RNM: Imágenes puntiformes, hiperintensas en secuencias T2 y FLAIR en región subcortical derecha. Se replantea el diagnóstico y se asume encefalitis autoinmune. Reinicia tratamiento inmunosupresor con buena respuesta al mismo.

Comentario: Se presenta el caso debido a que por la infrecuencia de esta entidad no se sospecha oportunamente, generando demora diagnóstica con el consiguiente costo para el paciente.

Conclusión: Debe sospecharse este diagnóstico en mujeres jóvenes con asociación de síntomas neuropsiquiátricos y convulsiones, o cuando el cuadro clínico no pueda explicarse por enfermedad mental y/o presenten algún indicador de enfermedad inflamatoria no explicada por otras causas.

PC-24-10 // ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA, A PROPÓSITO DE UN CASO

IAMONICO, E.; MORENO, D.; ELIZALDE, L.; TORRES, A.; LEWIN, M.; VEGA, A.; FAVA, V.; LANZA, L.; LOPEZ, D.
Hospital Alvarez. Caba, Argentina.

Introducción: La encefalomiéltis aguda diseminada (ADEM) es una enfermedad inflamatoria desmielinizante del sistema nervioso central, caracterizada por alteraciones neurológicas multifocales (cognitivas, motoras, sensitivas o vegetativas) de inicio agudo o subagudo, habitualmente de curso monofásico y generalmente con buena evolución, que afecta principalmente a niños y adultos jóvenes. Puede ser precedida por una infección viral o vacunación reciente (principalmente sarampión), sospechándose que la exposición antigénica desencadenaría una respuesta inmune mediada por células T.

Caso: Paciente masculino de 15 años de edad con antecedentes de conjuntivitis viral 15 días previos a su ingreso, que consulta por cefalea y vómitos de 12 horas de evolución. Al ingreso se encuentra orientado parcialmente en persona y tiempo, desorientado en espacio, con cefalea frontal bilateral, opresiva, pulsátil, de intensidad 10/10 asociada a fotofobia. En el laboratorio general se evidencia hipertransaminasemia (x10), sin otros datos de relevancia. Se realiza resonancia magnética de encéfalo en la que se evidencian imágenes intraxiales cortico-subcorticales parietooccipital izquierda y frontal derecha hipointensas en T2 y FLAIR e hiperintensas en T1. Por el cuadro clínico e imagenológico típico compatible con ADEM, recibe tratamiento con pulsos de metilprednisolona con remisión del estado de desorientación, pero por presentar mala evolución con compromiso medular se decide realizar tratamiento con inmunoglobulinas, con buena evolución.

Comentario: El objetivo del trabajo es exponer el caso clínico de un paciente con diagnóstico de ADEM.

Conclusión: El diagnóstico de la ADEM en la población pediátrica suele ser sencillo, pero en adultos jóvenes puede llegar a ser muy complejo por el diagnóstico diferencial con otras patologías desmielinizantes, y se basa en el cuadro clínico, punción lumbar, RMN de cerebro y ocasionalmente histopatología de la lesión cerebral.

PC-24-11 // EVENTO NEUROLÓGICO EN MUJER JOVEN TRATADA CON ANTICONCEPTIVOS ORALES

LETRADO FORERO, Y.; MARIÑO CAMACHO, G.; LARZABAL, F.; VILELA, A.; ROSS, F.
Clínica Santa Isabel. Caba, Argentina.

Introducción: Desde la aprobación en los años 60 de los anticonceptivos hormonales combinados se han ido modificando sus componentes con el objetivo de mejorar su seguridad y tolerancia sin perder su eficacia. Dentro de los efectos adversos reportados se encontró un vínculo estrecho con la enfermedad tromboembólica. El conocimiento de los riesgos y las complicaciones es fundamental para la correcta indicación de dicho tratamiento. Presentamos caso clínico de una mujer sin factores de riesgo asociados, con inicio reciente de uso de anticonceptivos orales combinados como tratamiento de cuadro de hipermenorrea, quien presenta una complicación neurológica asociada al tratamiento.

Caso: Paciente de sexo femenino de 30 años con antecedente de hipermenorrea, anemia asociada, e inicio de tratamiento con varias combinaciones de anticonceptivos orales combinados por persistencia de metrorragia. Presentó cuadro de afasia de expresión de 36 horas de duración aproximadamente con resolución espontánea. Consulto a hospital local donde se realizó TC de encéfalo sin contraste a las 48 horas de inicio de síntomas con hallazgo en área oblonga de hipodensidad postrolándica subcortical izquierda, de características inespecíficas más imagen focal extra axial de 10 x 6 mm occipital izquierda. Durante la internación repite episodio de iguales características, motivo por el cual derivan a nuestra institución. Ingresó con metrorragia, taquicárdica, hipotensión ortostática por lo que requiere transfusión de glóbulos rojos. Al examen neurológico sin déficit motor o sensitivo. Se repitió TC de encéfalo hallando imagen hipodensa cortico-subcortical en topografía parietal derecha de probable origen secular, completándose evaluación con resonancia magnética de cerebro con gadolinio la cual evidenció signos de trombosis venosa comprometiendo vena yugular interna izquierda, seno sigmoides y transversos homolateral, así como venas corticales temporales izquierdas, asociada a imagen compatible con un probable infarto de tipo venoso temporal izquierdo. Es evaluada por servicio de ginecología quienes indican manejo con anticonceptivo oral no combinado difiriendo resolución definitiva de la metrorragia. Se inició tratamiento anticoagulante con heparina de bajo peso molecular. Evoluciona clínicamente estable sin nuevos episodios de sangrado por lo que se decide su egreso sanatorial con seguimiento de forma ambulatoria.

Comentario: Presentamos el caso de una mujer sin factores protrombóticos conocidos, quien presenta evento neurológico agudo como complicación del tratamiento utilizado para hipermenorrea con anticonceptivos hormonales combinados.

Conclusión: El conocimiento de los riesgos y complicaciones es fundamental para la correcta indicación de inicio de tratamiento anticonceptivo para diversas patologías ginecológicas, y de la misma manera la importancia del inicio de las conductas diagnósticas y terapéuticas para la mejor evolución de dichas complicaciones.

PC-24-12 // POLINEUROPATÍA PERIFÉRICA MIXTA SECUNDARIA A SÍNDROME PARANEOPLÁSICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

BRUNO, T.; BARRALE, I.; BARRIONUEVO, D.; ALBIGER, L.; GARCÍA GROSSO, J.; BLANCO MARCHETTI, M.; RAMOS, M.; URTASUN PEREZ, F.; COLQUE, M.; QUINTANA, A.
Hospital Naval Pedro Mallo. Capital Federal, Argentina.

Introducción: Los síndromes paraneoplásicos se caracterizan por manifestaciones clínicas independientes a los efectos clínicos locales derivados de un tumor maligno primario y/o sus metástasis.

La polineuropatía paraneoplásica se caracteriza por el desarrollo subagudo de alteraciones sensoriales, generalmente asimétricas, como dolor, parestesias y entumecimiento que afecta distalmente a las extremidades.

Caso: Paciente varón de 53 años con antecedentes de DBT IR, LMC (diagnosticada hace 20 años) en tratamiento con Imatinib (iniciado hace 18 años), HTA.

Ingresó derivado de otro centro debido a falta de complejidad por presentar: Dolor en región lumbar que irradia a miembro inferior izquierdo y alteración de la marcha de 6 meses de evolución.

Examen físico: Miembro inferior izquierdo: Paresia 2/5, parestesias y disminución de sensibilidad homolateral.

Estudios complementarios:

RMN de columna cervical dorsal y lumbo sacra sin evidencia lesiones. Protrusión disco osteofitaria a nivel L5-S1 posteromedial que impronta cara anterior de saco dural, sin conducta por servicio de traumatología.

RMN de plexo lumbar: raíces y tronco primarios de plexo lumbosacro normalidad anatómica y de señal en ambas raíces. EMG: lesión neurológica periférica bilateral con topografía L3-L5 S1, con signos activos de denervación de grado severo, asociado a polineuropatía sensitivo motora.

PL: análisis fisicoquímico de LCR sin particularidades. Potenciales evocados visuales y fondo de ojo: sin particularidades.

Serologías virales negativas. Colagenograma normal. Anticuerpos específicos enfermedad paraneoplásica negativos.

Test enfermedad de Fabry negativo. Se desestima causa toxicomedicamentosa por falta de correlación temporal respecto a inicio de tratamiento con Imatinib e inicio de síntomas neurológicos.

Evoluciona durante internación con episodio de hematoquecia.

PET SCAN: foco hipermetabólico proyectado a la luz/pared de colon transversos. Videocolonoscopía: lesión elevada ulcerada a 40cm de margen anal con biopsia: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado infiltrante de colon con requerimiento de sigmoidectomía.

Se decidió realización de tratamiento con pulsos de corticoides y posteriormente gammaglobulina con leve mejoría de su déficit sensitivo-motor.

Comentario: La polineuropatía paraneoplásica se presenta entre 10-40% de todos los pacientes con cáncer; habitualmente preceden al diagnóstico de malignidad. Los anticuerpos asociados con neuropatías (no siempre presentes) incluyen anti-Hu, anti CV2/CRMP5, anti-Ri, anifisina, canales de calcio, Trk, Yo, Anti VGKC. El tratamiento consiste principalmente en tratar la enfermedad oncológica de base e inhibir la respuesta inmunitaria con el uso de corticosteroides, inmunosupresores, plasmáferesis, inmunoglobulinas intravenosas.

Conclusión: Es importante considerar este diagnóstico habiendo excluido otras causas más frecuentes de polineuropatías, realizar un seguimiento multidisciplinario, indicar tratamiento para su enfermedad de base y rehabilitación kinésica.

PC-24-13 // FISTULA NASAL DE LCR

ALDERETE, H.; MONGELOS ORTIZ, A.
Sanatorio Migone Battilana. Asunción, Paraguay.

Introducción: La fistula nasal de LCR se debe por una comunicación anormal entre la cavidad nasal y la lámina cribiforme que es el sitio más común. Prevalence en mujeres entre 40 y 50 años, con IMC > 40. Se clasifica en fuga de alto flujo (si se encuentra en comunicación por una cisterna o ventrículo) y de bajo flujo (que son pequeñas pérdidas gota a gota como resultado de aumento de la presión intracraneal).

Caso: Femenino de 52 años, IMC 31.9, sin otras comorbilidades, con cuadro de 1 mes de goteo nasal, acuoso, por fosa nasal izquierda en abundante cantidad que moja la almohada al acostarse y empeoraba con la inclinación de la cabeza, no mejoraba con antihistamínicos ni spray nasales. 15 días antes del ingreso presentó tos húmeda con expectoración que cede con antihistamínicos, expectorante y antibiótico que no sabe referir. 3 días antes presentó sensación febril con escalofríos que mejoraba con paracetamol. Niega traumatismos. Acudió con Otorrinolaringología solicita estudio de líquido nasal, aspecto límpido, incoloro, Glc 54, Prot 19, leucocitos ni hemáties no se observan. Ingresó con presunción diagnóstica de fistula nasal. Al examen físico fosas nasales eritematosas, cornetes ligeramente edematosos, salida de líquido gota a gota por fosa nasal izquierda a la bipedestación, crepitantes en base izquierda, roncus en campo medio izquierdo. Se realiza PL: gota a gota, aspecto límpido, incoloro, proteínas 9mg/dl, glucosa 63 mg/dl; Citológico: Leucocitos 3, hemáties 4; tinta china Negativo, Latex en LCR Negativo, ácido láctico 1.4; Panel por PCR Negativo, cultivos negativos. RMN simple con nivel hidroaéreo con líquido al interno de una celda etmoidal posterior y superior (probable fistula en proximidad). Sin hipotensión endocraneana. Sin trombosis venosa ni signos de silla turca vacía. Se inicio cobertura antibiótica. Se sugiere cierre de fistula nasal e injerto autólogo por vía endoscópica. Etmoidectomía anterior, posterior y esfenoidectomía izquierda. Ampliación del ostium frontal, colocación de injerto libre de concha media y en la misma región, cola biológica, surgicel y tapón con dedo de guante y colocación de Drenaje lumbar continuo sin complicaciones.

Comentario: El diagnóstico es de exclusión, la presentación puede darse como una rinorrea persistente, cefalea realizar esfuerzos. La causa más común es la iatrogénica. El método de diagnóstico más utilizado en la resonancia magnética con venograma tardío. El método de reparación del defecto es la vía endoscópica intranasal. El antibiótico como profilaxis más utilizado es la cefalosporina 3ra generación (Cefpodoxima), 10 días antes del procedimiento junto con acetazolamida.

Conclusión: Todo paciente con rinorrea persistente debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial la fistula de LCR. Generalmente la consulta es primeramente por el servicio de clínica médica siendo el cuadro interpretado como rinorrea de origen infeccioso (contexto de epidemias o pandemias).

PC-24-15 // UNA ENFERMEDAD PRIMITIVA. A PROPOSITO DE UN CASO.

BARRETO, S.; BUTTAZZONI, N.; DIAZ, P.; TARCHINI MAYULI, G.
Hospital San Bernardo. Salta, Argentina.

Introducción: Los tumores neuroectodérmicos primarios o sarcoma de Ewing pertenecen a un grupo de tumores malignos, que debido a sus características histológicas e inmunohistoquímicas similares, se considera que derivan de una célula de origen común, aunque aun se debate su origen histogenético. Se distingue tres tipos: del sistema nervioso central, del sistema nervioso autónomo y del sistema nervioso periférico. Estos pueden desarrollarse en cualquier hueso o tejido blando, siendo más comunes en pelvis, esqueleto axial y fémur.

Caso: Paciente de 15 años oriunda de Cachi, Salta. Sin antecedentes patológicos. Tres semanas previas a la consulta inicia con aumento del tamaño de amabas mamas, rápidamente progresivo, dolorosas, con hematomas. Junto con el cuadro presenta dolor de tipo punzante en región dorsal, con debilidad y parestesia progresiva ascendente de miembros inferiores. Por lo cual es derivada desde hospital de origen. A su ingreso presentaba paraparesia flácida en miembro inferiores, fuerza 2/5, nivel sensitivo D2 y D5 con hiporreflexia e incontinencia de esfínteres; Asociado a dolor en hemiabdomen superior que irradia a dorso, náuseas, vómitos e ictericia. Al laboratorio anemia normocítica, plaquetopenia, enzimas hepáticas, bilirrubina, lipasa y LDH aumentadas. En tomografía se objetiva imagen de densidad partes blandas adyacentes al cuerpo vertebral D5 y al mango externo, páncreas aumentado de tamaño en forma difusa, con éctasis de conducto principal y adenopatías abdominales. Se realiza CPRE con colocación de prótesis en colédoco. Presenta adecuada evolución y pasa a sala, donde se realiza ecografía mamaria que informa parénquima con imágenes eco mixtas Doppler negativo, compatible con tumores inflamatorios vs hematomas, bírads 3. En RMN presenta lesión infiltrativa desde T3 a T6 que se proyecta desde las partes blandas paravertebrales anteriores ingresando al canal medular, con desplazamiento de cordón medular. Se documentan serologías, anticuerpos y hemocultivos negativos, con Rosa de Bengala positiva para Brucelosis, se inicia tratamiento con Doxiciclina y Gentamicina. Ante la sospecha de mastitis y síndrome medular agudo por compresión debido a brucelosis, se realiza punción para cultivo y biopsia de lesión dorsal y mamas que informan infiltrado por tumor de células pequeñas redondas y azules con posible origen neuroectodérmico. Cursa post operatorio en unidad de cuidados intensivos con inestabilidad hemodinámica y luego de 4 días presenta shock con coagulación intravascular diseminada y fallece.

Comentario: Los tumores neuroectodérmicos primarios son neoplasias poco frecuentes y altamente agresivas. En el caso de los tumores periféricos de tejidos blandos deben considerarse los diagnósticos diferenciales con otra variedad de tumores benignos y malignos, así como de colecciones.

Conclusión: En general se considera que estos tumores presentan un pronóstico desfavorable. Y debido a su baja frecuencia se hacen difícil valorar un tratamiento adecuado.

PC-24-14 // TRASTORNO DE CONCIENCIA: EL ARTE DEL DIAGNOSTICO CLÍNICO

MASTERS, A.; ARCE, M.; SOLCHAGA, C.; PUJOL, J.; GÓMEZ VINASSA, J.; MARTIN, A.; ALVAREZ, F.; MASSO, J.; TORRE, G.; SPRAZZATO, D.; SOSA, P.
Hospital Español De Mendoza. Mendoza, Argentina.

Introducción: La Encefalopatía respondera a esteroides asociada a Tiroiditis autoinmune (STREAT) es un desorden infrecuente denominado Encefalopatía de Hashimoto. Se reporta una prevalencia de 2,1 por cada 100 000 habitantes, se presenta principalmente en la población adulta con una edad de inicio de 50 años y predominantemente en el sexo femenino.

Caso: Paciente Femenino de 59 años con antecedentes de Hipotiroidismo, Asma, Arritmia no especificada, Artrosis, Dislipemia en tratamiento con Levotiroxina, Amiodarona, Corticoides a bajas dosis por asma. Consulta por presentar dos episodios de trastorno cualitativo de conciencia de inicio súbito con remisión ad integrum. El primer episodio ocurrió 5 días previos a la consulta, caracterizado por ruptura de contacto con el medio, asociado a cambios en la conducta y amnesia episódica; el 2 episodio lo presente el día de internación, con una remisión transcurrido 2 horas del inicio. A los síntomas presente en el primer episodio agrego torpeza psíquica e inatención, con bradipsiquia residual. La paciente manifestó que su memoria no era la de antes y que durante los episodios tenía la sensación de irrealdad, no pudiendo especificar la sintomatología que la aquejaba.

Al examen Neurológico estaba alerta, orientada auto y alopsíquicamente, euprosia sin trastorno del lenguaje. Resto del examen neurológico, (pares craneanos, tono, fuerza muscular, Reflejos, Sensibilidad y taxia) se encontraba preservado. El laboratorio de ingreso presento TSH: 0.46, T4:13.13, T3: 74, Anticuerpos Peroxidasa Tiroidea (AntiTPO) de 913.83. Orina completa no patológica. Punción Lumbar: examen fisico-químico no patológico, PCR para encefalitis viral negativo, Tac de Cerebro sin hallazgos patológicos. Ecografía Tiroidea dentro de parámetros normal. Habiéndose descartado la etiología infecciosa (Encefalitis viral); una lesión estructural en SNC y ante la presencia de AntiTPO elevados en el contexto clínico descrito, se plantea STREAT como diagnóstico etiológico. LaTeniendo los anticuerpos Antiperoxidasa elevados, Asociada a la clínica estábamos parados frente a una Encefalopatía de Hashimoto se inicio pulso de corticoides con Metilprednisona 40 vo 2 comprimidos c/24, 5 días y luego queda con prednisona 1mg/kg/día.

Al alta hospitalaria continuó en seguimiento por clínica médica y Neurología, objetivándose remisión ad integrum de la sintomatología, se continuó con descenso de corticoides hasta la suspensión.

Comentario: Hasta el 93% de los pacientes cursan con una mejoría completa luego del inicio de corticoterapia dentro de los primeros 3 meses y se correlaciona con el descenso en el nivel de AntiTPO. Un 12,5% no responde a los esteroides, por lo que ameritan terapia inmunosupresoras de segunda línea

Conclusión: El desafío diagnóstico que presentan los trastornos de conciencia se debe al abanico de patologías que van desde proceso infecciosos, lesiones estructurales, causas autoinmune hasta cuadros metabólicos o psiquiátricos. El STREAT debe considerarse en todo paciente con o sin antecedente de enfermedad tiroidea y sin una etiología evidente.

PC-24-16 // SÍNDROME COMISURAL DE WERNEKINK UNA FORMA ATÍPICA DE INFARTO DE TRONCO ENCEFÁLICO PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

ALCOCER VARGAS, C.; GENOUD, S.; DOMINGUEZ, A.; UÑO, A.; CAVALLO, R.; BORELLO, N.; VALENTINO, R.; ORTIZ, R.
Sanatorio Juncal. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El síndrome de la comisura de Wernekink es un síndrome mesencefálico atípico. La comisura de Wernekink implica la decusación del pedúnculo cerebeloso superior en el mesencefalo. Este síndrome se presenta con ataxia cerebelosa bilateral, trastornos de los movimientos oculares y temblor palatino. Presentamos un caso de síndrome de Wernekink con inicio agudo de disfunción cerebelosa bilateral. La resonancia magnética (MRI) reveló una lesión en el mesencefalo paramediano caudal con un signo "en forma de corazón".

Caso: Presentamos un paciente de sexo masculino, de 42 años, tabaquista, que acude al servicio de emergencias por presentar un episodio de vómitos, síncope con posterior debilidad de 4 miembros y ptosis palpebral bilateral. A su ingreso se encontraba estable, Glasgow 15/15, tensión arterial de 160/90mmHg, glucemia de 90mg%. Al examen físico inestabilidad en la marcha, lateralización a ambos lados, disartria y ptosis palpebral bilateral.

Se realizó una resonancia magnética de cerebro que evidenció un área bilateral y simétrica de restricción en difusión y baja señal en ADC sobre el área tegmentaria del tronco, conformando una imagen "en corazón", que se atribuye a un evento vascular isquémico agudo. Posteriormente se realizó eco-doppler de vasos de cuello que informo Arteria vertebral izquierda evaluada a nivel interapofisario, con ausencia de flujo en dicho sector; angiogramografía computada de vasos de cuello e intracraneanos que informa arteria vertebral izquierda con estenosis sobre su origen e irregularidad en toda su extensión, con ausencia de flujo en algunos sectores. Polígono de Willis de configuración habitual. Irregularidad y disminución de calibre sobre el origen de ambas arterias cerebrales posteriores.

Comentario: Los accidentes vasculares isquémicos mesencefálicos en forma aislada son infrecuentes, representando menos del 1% de los infartos a nivel del sistema nervioso central siendo la causa cardioembólica la más frecuente (8) entre otras como ateroembólica, aterosclerótica, tumoral o asociada a infecciones.

El mesencefalo o cerebro medio es la estructura superior del tronco del encéfalo, conectando la protuberancia, o puente de Varolio, y el cerebelo con el diencéfalo. Es una importante región de convergencia de vías ascendentes y descendentes; en su espesor se encuentra acumulos de células nerviosas que conforman los núcleos motor ocular común y núcleo abducens, origen del tercer (III) y cuarto (IV) pares craneales respectivamente, encargados de los movimientos oculares, y otros como el núcleo rojo y la sustancia nigra, componentes importantes del sistema motor. La vascularización del mesencefalo es compleja. A menudo los territorios vasculares se superponen unos con otros con grandes variaciones anatómicas. Su irrigación está dada por ramas que nacen del extremo superior de la arteria basilar, las arterias cerebrales posteriores o las arterias comunicantes posteriores, pudiendo diferenciar cuatro territorios diferentes, anteromedial, anterolateral, lateral y dorsal. La lesión de estas diferentes zonas vasculares genera distintos síndromes clínicos, entre los cuales podemos encontrar los de Parinaud, Claude, Weber y Benedikt como los cuatro síndromes clásicos mesencefálicos (7).

Un síndrome atípico es el de la comisura de Wernekink producido por el infarto de la región paramediana en el mesencefalo, caracterizado por la aparición de manifestaciones cerebelosas bilaterales, alteraciones de la motilidad ocular y mioclonías palatinas

Conclusión: El síndrome de Wernekink, debe de ser considerado ante la presencia de alteraciones de instauración súbita cerebelosas bilaterales (ataxia), al menos un signo compatible trastorno de la motilidad ocular.

PC-24-17 // ENFERMEDAD INVALIDANTE EN ADULTO JOVEN

GAMARRA, Y.; PALMUCCI, V.
Samco Villa Constitución. Santa Fe, Argentina.

Introducción: La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica del SNC por inflamación desmielinizante glial y daño neuro axonal que producen lesión neurológica persistente. Es más frecuente en adultos jóvenes mujeres (2:1). La patogenia es desconocida, parece ser de índole inmunológica, determinada por predisposición genética y un factor ambiental.

La variabilidad clínica depende de la localización de las lesiones desmielinizantes. En las etapas iniciales pueden generarse brotes, que suelen remitir total o parcialmente, hasta la fase de progresión secundaria.

El diagnóstico es clínico, asociados a métodos complementarios. El tratamiento es multidisciplinario y se basa en el tratamiento con base inmunológica y sintomático.

Caso: Masculino de 17 años, sin antecedentes de jerarquía, consulta a la guardia por cuadro de dolor abdominal, vómitos y cefalea. Horas después instaura hemiparesia braquiocrural derecha en forma distal a proximal y se constata presencia de globo vesical.

Al examen físico: afebril, signos vitales conservados, impresiona enfermo, lucido, vigil, globalmente orientado, pares craneales conservados, paresia de MSD 4/5 parte distal, plegia de MID, hipoestesia en brazo derecho, Babinski derecho positivo, rot bilaterales positivos, falta de coordinación. Vejiga neurogénica. Catarisis negativa. Resto del examen físico sin particularidades.

Durante el transcurso de la internación mejora la hemiparesia derecha instaurándose del lado izquierdo.

Laboratorio, serológico negativo, hiv, vdrl negativo. LCR sin alteraciones. Bandas oligoclonales positivas. Proteinograma sin alteraciones.

RMI: En lóbulo occipital izquierdo, contactando con la prolongación occipital del ventrículo lateral homolateral, lesión de 9 mm, hiperintensa en T2 y Flair, con restricción en secuencia de difusión/ADC y tenue realce postcontraste E.V. Lesiones yuxta y subcorticales de pequeño tamaño, hiperintensas en T2 y Flair, en lóbulo cerebeloso derecho, occipital y temporal izquierdo. Dichas lesiones no presentan restricción en secuencia de difusión/ADC, ni refuerzan postcontraste E.V. Pequeñas áreas de refuerzo cortical en lóbulo cerebeloso derecho y occipital izquierdo. Lesión hiperintensa en secuencias T2 y Stir del cordón medular, que se extiende desde C4 a C6, y determina engrosamiento de la médula a dicho nivel. Hipointensidad del disco intervertebral C2-C3.

Se realizó interconsulta con neurología, quien indica tratamiento con corticoides, que interdisciplinariamente con tratamiento kinesioterápico el paciente se logra de ir de alta con una recuperación ad integrum.

Comentario: El médico debe sospechar esta patología en pacientes con alteraciones piramidales, déficits sensoriales, o sensitivos recientes, con el fin de remitirlos tempranamente a centros donde se pueda complementar el diagnóstico e iniciar el tratamiento, así como atender las complicaciones y posibles secuelas.

Conclusión: La esclerosis múltiple sigue siendo un desafío. Sin embargo, la aparición de nuevos métodos diagnósticos, como la RMI, y de nuevos tratamientos como el interferón beta 1 a y b, han supuesto un importante cambio en pronóstico y calidad de vida de estos pacientes.

PC-24-19 // ENCEFALOPATÍA POR TACROLIMUS: REPORTE DE UN CASO

BENGOLEA, A.; BORT, P.; CEIRANO, A.; SAAVEDRA, E.; CATALANO, H.; FEDERIK, M.; CANIGLIA, I.
Hospital Alemán. Caba, Argentina.

Introducción: La encefalopatía es la disfunción cerebral global aguda en ausencia de una enfermedad estructural primaria cerebral. La etiología puede ser de causa medicamentosa, aunque su frecuencia es baja; por dicho motivo se describe el siguiente caso clínico.

Caso: Varón de 37 años trasplantado renal de donante vivo no relacionado en 2010, con rechazo celular crónico e insuficiencia renal crónica, en tratamiento con tacrolimus, sirolimus y meprednisona. Consultó por síndrome confusional de 15 días de evolución, asociados a somnolencia. Los familiares refirieron cambios conductuales e ideas delirantes y persecutorias. No presentó fiebre, otros síntomas ni cambios en la medicación. Al examen físico se encontraba lúcido, bradipsíquico, sin signos de meningismo o foco neurológico agudo. Se solicitó laboratorio que mostró anemia y deterioro de la función renal ya conocidas, cultivos sin relevamiento y tomografía y resonancia de cerebro normales. Se decidió su internación. Por sospecha de efecto adverso de inmunosupresores se rotó inmunosupresión a corticoterapia lenta y difusa a predominio bi frontal) con crisis epilépticas no convulsivas. Se inició tratamiento antimicrobiano.

Evolucionó con mejoría del cuadro por lo que se realizó electroencefalograma que mostró encefalopatía moderada (desorganización lenta y difusa a predominio bi frontal) con crisis epilépticas no convulsivas. Se inició tratamiento antimicrobiano.

Evolucionó con mejoría del cuadro por lo que se reiniciaron inmunosupresores. A las 24 horas de haber reiniciado el tacrolimus y sirolimus el paciente presentó episodio de alucinaciones visuales. Se interpretó el cuadro como encefalopatía secundaria a tacrolimus y se decidió rotar inmunosupresión a azatioprina. Evolucionó favorablemente.

Comentario: La etiología de las encefalopatías puede ser séptica (principal causa), metabólica, isquémica o post trasplante (por infección, rechazo o inmunosupresión). El diagnóstico se basa en el interrogatorio, examen físico y electroencefalograma que puede evidenciar una desorganización difusa, ondas trifásicas o descargas epileptiformes. El tacrolimus es un inhibidor de la calcineurina cuyos efectos adversos a nivel neurológico ocurren en un 25-30% de los pacientes. Puede causar temblor, insomnio, vértigo, disestesias, fofobia, alteraciones del ánimo, encefalopatía, neuropatía periférica, alucinaciones, mutismo akinético y catatonia. Una manifestación poco frecuente es la encefalopatía posterior reversible.

La encefalopatía por tacrolimus tiene mayor incidencia los primeros 30 días post trasplante, puede presentarse con tacrolinemia en rango y el líquido cefalorraquídeo suele presentar hiperproteínoorraquia aislada. Los factores predisponentes son las interacciones medicamentosas (principalmente antifúngicos y esteroides), la hipocolestolemia, hipomagnesemia y la hipertensión. El tratamiento consiste en rotar la inmunosupresión.

Conclusión:

PC-24-18 // SÍNDROME DE TOLOSA HUNT: MÁS ALLÁ DE UNA MIRADA.

LEIVA PAREDES, M.; LEZCANO, C.; LIMA, Y.; VARAS SCHAER, A.; MELNIK, Y.; ARANDA, M.; SOTELO, F.;
CACERES RINCON, H.; TOMASINO, M.
Hospital Escuela De Agudos Dr. Ramón Madariaga. Misiones, Argentina.

Introducción: El síndrome de Tolosa Hunt (STH), es un Síndrome Oftalmopléjico, doloroso, de evolución aguda o subaguda, asociada a anomalías en la RMN de cerebro. Su etiología es idiopática, presentándose como una inflamación inespecífica de los septos y paredes del seno cavernoso, afectando así los pares III, IV y VI y es un diagnóstico de exclusión.

Caso: Femenina de 56 años, Hipertensa, Dislipémica y diabética, hipotiroidismo por tiroiditis de Hashimoto, Fibromialgia, y glaucoma bilateral.

Consulta por cefalea fronto-temporal de 2 semanas de evolución, intensidad 9/10, irradiación hemica izquierda, visión bulto del Ojo Izquierdo (OI) con dolor a la movilización. Al examen físico presenta ptosis palpebral, midriasis y exotropía del OI, defecto pupilar aferente relativo y Discromatopsia, Fondo de ojo con papila de bordes netos y presión intraocular normal.

Se inicia meprednisona 40 mg/día, se solicita Perfil Inmunológico resultando negativos, se realiza Punción Lumbar con LCR de características normales, agregando a las 48hs parálisis del 4to par derecho, por lo que se decide rotar a metilprednisolona 500mg por 5 días por afección severa de la visión, se realiza a demás RMN de cerebro con contraste observándose aumento y refuerzo en seno cavernoso izquierdo, además de áreas de gliosis, descartándose trombosis y malformaciones vasculares, signo compatible con síndrome de Tolosa Hunt.

A las 72 hs de la terapéutica instaurada se evidencia restitución ad integrum de la signo-sintomatología, en controles por consultorio se realiza descenso gradual con corticoides, presentando recaídas en múltiples ocasiones con pérdida parcial de la visión, por lo que se decide iniciar tratamiento con azatioprina.

Comentario: El diagnóstico de síndrome de Tolosa-Hunt requiere un estudio exhaustivo que permita descartar patología vascular, traumática, tumoral e infecciosa. Siendo importante tenerla presente como un diagnóstico diferencial frente a un paciente con oftalmopatía dolorosa. Es fundamental tener presente los criterios diagnósticos. Dolor orbitario unilateral, paresia de uno o más nervios craneales III, IV y/o VI, Paresia que coincide con el inicio del dolor dentro de 2 semanas de inicio, las cuales revienten 72hs posteriores al tratamiento con corticoides, excluyendo otras causas.

Conclusión: Mediante el presente trabajo se busca aportar conocimientos acerca de una patología de baja prevalencia como lo es el síndrome de Tolosa Hunt, teniendo en cuenta que si bien se presentan casos en los cuales se produce remisión espontánea, existen otros que cursan con periodos de brotes afectando así la calidad de vida de los pacientes, por lo que es importante tenerla presente para así establecer el diagnóstico y terapéutica adecuada.

PC-24-20 // EL DESAFÍO ETIOLÓGICO DE LA ENCEFALITIS AUTOINMUNE

NEBOT, M.; STAITI, A.; SUAREZ, J.; CASTELLINO, M.; ZIZZIAS, S.; BEGHETTI, M.; DELGADO, D.
Hospital El Carmen. Mendoza, Argentina.

Introducción: La encefalitis autoinmune(EA) se produce por factores inmunológicos como anticuerpos(Ac) o inmunidad celular contra antígenos del parénquima cerebral.La prevalencia de EA no es clara, aunque ha aumentado el reporte de casos en los últimos años, debido en gran medida a la posibilidad de búsqueda de Ac antineuronales, esenciales para el diagnóstico.El tratamiento se basa en drogas inmunosupresoras.Las manifestaciones del Sistema nervioso central en el síndrome de Sjogren (SS) representan alrededor del 20%, sin embargo la encefalitis ha sido raramente reportada.

Caso: Mujer de 32 años, antecedentes de Hipotiroidismo, Epilepsia, Enfermedad celíaca y SS por biopsia de glándulas salivales. Ingresa por status epiléptico y fiebre, se administra lorazepam, por deterioro del sensorio requiere IOT y pase a UTI. Permanece 4 días, se ajusta medicación anticonvulsivante y por buena evolución pasa a clínica. Examen físico: somnolienta, bradipsíquica, inatenta, desorientada, lenguaje hipofluente, no nomina, no repite, comprende órdenes a 1 paso. Postura tónica de MSD, en flexión de antebrazo, muñeca y dedos que cede, persistiendo una paresia braquiocrural derecha. Durante la internación repite crisis convulsivas y fiebre en varias ocasiones y agrega trastorno del lenguaje. Inmunológico: FR 310, FAN 1/160 moteado, AntiRo 121, AntiLa 13.8, Anti rc TSH 15.96, antiTPO 600, anti Tiroglobulina 4000, Anti Sm, AntiADN, Crioglobulinas, anti SL70, anticentrómero, antiRNP, anticoagulante lúpico, anti B2glicoproteínas: negativos. Perfil tiroideo normal. Serología viral negativa. LCR: aspecto límpido, proteínas totales 0.61g/dL, glucorraquia normal, Pandey negativo, células < 5/cpo. Cultivo, PCR herpes simple 1-2, VZV: negativos. Ac antiTPO 70.42. Ac neuronales: NMDAR1, AMPAR1, AMPAR2, CASPR2, LGI1, GABARBI/B2 negativos. TAC cerebro: hipodensidad corticocortical temporal izquierda probable origen isquémico en evolución. RMN cerebro: lesión hiperintensa en temporal en T2 que no realza con RDW. ECG: registro asimétrico, actividad lentificada, descarga continua de ondas lentas polimorfas y agudas lateralizadas en hemisferio izquierdo con propagación a región frontal derecha. Se inicia corticoterapia sin respuesta. Se decide iniciar ciclofosfamida presentando mejoría del cuadro neurológico, sin repetir nuevas crisis.

Comentario: Se presenta el caso de una paciente con antecedentes de autoinmunidad y un cuadro de encefalitis, lo cual representó un reto diagnóstico. Si bien en un primer momento se sospecha una encefalopatía de hashimoto, la falta de respuesta al tratamiento con corticoides, llevó a la búsqueda de otras etiologías. Consideramos que la EA podría ser secundaria al SS, a pesar de no poder concluir con certeza dicha asociación.

Conclusión: Dado su creciente reconocimiento, las causas autoinmunes siempre deben considerarse ante un cuadro de encefalitis, en especial en pacientes jóvenes y luego de descartar etiologías más frecuentes. La identificación precoz permite iniciar un tratamiento inmunosupresor adecuado, lo que se asocia a un mejor pronóstico.

PC-24-21 // ERGOTISMO CONVULSIVO

CAVIA, S.; CACERES RINCON, H.; GIMENEZ, A.; PEREYRA, M.; REINECK, P.; REINECK, R.
Hospital Escuela Agudos Dr Ramón Madariaga. Misiones, Argentina.

Introducción: La incidencia estimada de ergotismo es 0,5/100.000 habitantes/año. El efecto tóxico más importante es la vasoconstricción, afectando a vasos de mediano calibre de las extremidades, y en menor medida puede provocar vasoespasmos en otras regiones como coronarias y lecho esplácnico. Se manifiesta clásicamente como ergotismo convulsivo o gangrenoso, aunque el origen es común al vasoespasmos. El ergotismo convulsivo se presenta con contracturas musculares, movimientos involuntarios de miembros, trastornos de sensibilidad, hasta crisis tónico-clónicas generalizadas, coma y muerte en los casos más graves. La suspensión de dicho fármaco genera mejoría del cuadro clínico sin necesidad de recurrir a otros tratamientos.

Caso: Paciente de 65 años, tabaquista, con antecedentes de HTA, con mala adherencia al tratamiento, con historia de cefaleas crónicas asociada a abuso de ergotamina (9 años de evolución). Consulta por convulsiones tónico-clónicas, realizándose a su ingreso TC de cerebro sin evidencia de lesiones agudas o estructurales, RNM de cerebro y AngioRNM intra-extracraneal donde se encuentran únicamente imágenes hiperintensas en T2 y FLAIR, puntiformes y redondeadas, en ambos centros semioviales de probable origen microangiopático. Se realizaron serologías completas, dosaje de calcio, magnesio, creatinina, uremia descartándose origen metabólico, dosaje de TSH y T3-T4 todas normales, vitamina B9 y B12 levemente disminuidos secundario a baja ingesta de dieta mixta. Se realizó además Electroencefalograma siendo el mismo Normal. Se decide suspensión de dicho fármaco con buena evolución, sin presentar nuevos eventos convulsivos.

Comentario: Es sustancial recalcar la importancia de los efectos adversos de los medicamentos que presentan ergotamina, si bien su presentación típica es la forma gangrenosa causando ictus isquémico, en leve porcentaje pueden hallarse alteraciones estructurales y presentar vasoespasmos transitorios causando episodios convulsivos. Es de importancia reconocer que nuestro paciente presentaba factores de riesgo como edad avanzada, HTA y tabaquismo crónico, asociados a rigidez de pared arterial lo que predispuso aun más a los efectos adversos secundarios a tiempo y dosis dependencia de la ergotamina.

Conclusión: Es importante recordar que las cefaleas son un motivo de consulta frecuente en la práctica clínica y que un gran porcentaje de pacientes se automedicaron con fármacos que pueden contener ergotamina, los cuales se encuentran ampliamente distribuidos y disponibles sin prescripción médica en nuestro medio.

PC-24-23 // REPORTE DE CASO DE ENCEFALOPATÍA LEVE REVERSIBLE CON LESIÓN DEL CUERPO CALLOSO.

BASTIDA, N.; CHIESA, C.; FILIPPONI, L.; MUZALSKI, C.; RIOTORTO, A.; BARRETO, M.; ADARO, M.; GOMEZ, D.
Hospital Madariaga. Misiones, Argentina.

Introducción: La encefalopatía leve con lesiones reversibles en el cuerpo calloso (MERS) es una entidad clínico-radiológica caracterizada por cuadros de encefalopatía leve o grave, con disminución del nivel de conciencia, irritabilidad, alteración del lenguaje y en ocasiones crisis epilépticas y fiebre, evidenciándose en RM (secuencias potenciadas en T2 y FLAIR) lesiones hiperintensas sin realce de contraste en zona central del cuerpo calloso y resolución completa de las lesiones. El espectro clínico y el diagnóstico diferencial es amplio, entre las causas de este síndrome, se incluyen alteraciones metabólicas, tóxicas, infecciones tanto víricas como bacterianas, privación de drogas o fármacos. La fisiopatología exacta y la predilección por el cuerpo calloso no se conocen. En la mayoría de los casos el curso clínico-radiológico es autolimitado con resolución espontánea y buen pronóstico, aunque se han descrito casos con mal pronóstico. Presentamos el caso de un varón diagnosticado de MERS, por ser un síndrome clínico-neuroradiológico poco reconocido.

Caso: Masculino 42 años, presenta registros febriles, asociado a dolor retroocular y mialgias, realiza tratamiento sintomático con mejoría del cuadro. Evolucionó con diplopía y disartria por lo que se decide internación. Al examen físico febril, con disartria, parálisis del VI par. Laboratorio con leucopenia, se realizan cultivos y PL con LCR con hiperproteinorraquia y pandy +, con directo y cultivo negativo y en contexto de pandemia se realiza Hisopado sars cov2 negativo. Serología DEN SNI positiva. Se realiza RNM de cerebro donde se evidencia lesión redondeada hiperintensa a nivel del esplenio del cuerpo calloso. Se asume como encefalopatía leve con lesión reversible del cuerpo calloso, tiene buena evolución clínica por lo que se decide alta hospitalaria. Se realiza RNM de control al mes del evento donde no se observa la lesión anteriormente identificada en esplenio del cuerpo calloso.

Comentario: Dicho caso de paciente joven sin antecedentes previos de epilepsia, uso de drogas o fármacos, quien curso con síndrome febril agregándose diplopía y disartria, evidenciándose en RM de cerebro lesión hiperintensa en T2 y FLAIR e hipointensa en T1 asociada a edema citotóxico a nivel de cuerpo calloso presentando además LCR patológico sin desarrollo bacteriano ni viral, descartándose además enfermedades autoinmunes sistémicas, con serología positiva para DEN S1, asumiéndose como única causa de encefalopatía, catalogándose además como una manifestación infrecuente de infección por virus del dengue, presentando posterior regresión de cuadro clínico y resolución imagenológica de lesión.

Conclusión: La MERS es un síndrome clínico radiológico poco conocido, con una clínica severa, pero con buen pronóstico, que puede tener diferentes etiologías. El diagnóstico precoz y su reconocimiento es clave para evitar tratamientos como antibióticos, antivirales y glucocorticoides o pruebas innecesarias, siendo la RNM cerebral el gold standard para el diagnóstico.

PC-24-22 // CAVERNOMATOSIS CEREBRAL COMO CAUSA DE DÉFICIT NEUROLÓGICO

WANG, C.; CHIARELLO, N.; LUNA, V.
Hospital Italiano De Bs. As., Capital Federal, Argentina.

Introducción: Los cavernomas cerebrales son malformaciones vasculares del sistema nervioso central cuya incidencia en la población general es de 0.4%. En su mayoría suelen ser únicos, por lo tanto, la aparición de múltiples lesiones es aun más infrecuente y se encuentra asociada a formas familiares con patrón de herencia autosómico dominante. Pueden ser asintomáticos o manifestarse como convulsiones o déficits neurológicos focales, generalmente secundarios a sangrado. Como son lesiones ocultas a la angiografía, su diagnóstico se realiza por medio de la resonancia magnética. El tratamiento está supeditado a la clínica del paciente, por lo que se plantea la exéresis quirúrgica ante casos de epilepsia refractaria, déficit neurológico progresivo o hemorragias recurrentes.

Caso: Paciente masculino de 46 años sin antecedentes de relevancia consulta en nuestro centro en octubre de 2020 refiriendo como único síntoma visión borrosa en el cuadrante inferior izquierdo de diez días de evolución, que se presentó inicialmente de manera intermitente y luego persistente. Al ingreso, se realiza una resonancia magnética de cerebro que revela múltiples lesiones nodulares con componente hemorrágico en distintos estadios evolutivos distribuidas en forma difusa que no realizan con contraste, compatibles con cavernomas. Las más prominentes se encuentran localizadas a nivel frontal izquierdo y occipital derecho. Esta última presenta signos de sangrado reciente y es la causante del cuadro clínico. Para reforzar el diagnóstico imagenológico, se descartan causas más frecuentes de lesiones ocupantes de espacio, como las infecciosas, mediante la búsqueda de serologías para HIV y sífilis, y las oncológicas, mediante marcadores tumorales y tomografía de tórax, abdomen y pelvis. Ante la ausencia de otras causas, se confirma el diagnóstico de cavernomatosis cerebral múltiple. Se decide no realizar tratamiento preventivo con fármacos antiépilepticos, ya que el paciente no presentó en ningún momento clínica de convulsiones. Sin embargo, debido a la edad y los síntomas del paciente, se plantea la exéresis de la lesión occipital ante el peligro de resangrado.

Comentario: Al ser la cavernomatosis cerebral bastante infrecuente, no siempre es tenida en cuenta al momento de realizar el diagnóstico diferencial de una lesión ocupante de espacio en el sistema nervioso central. La intención de este caso clínico es poner el foco sobre esta patología de baja incidencia, de forma tal que su diagnóstico no sea pasado por alto ante la aparición de clínica neurológica.

Conclusión: A pesar de que el diagnóstico de la cavernomatosis cerebral es imagenológico, debido a su infrecuencia, es necesario plantearse un amplio espectro de diagnósticos diferenciales. Para ello, fue de suma importancia realizar un interrogatorio completo y pedir exámenes complementarios más allá de las imágenes, con el fin de descartar causas más frecuentes como las infecciosas, especialmente en pacientes inmunosuprimidos, y las tumorales, ya sea primarias o secundarias.

PC-24-24 // SÍNDROME DE WEBER. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

LUNA, M.; ZAMBRANO, G.; CLAROS VERA, J.; VIRACOCHEA MURILLO, C.; VAZQUES, M.; BARCA, S.; BERNARDINI, T.; BAEZ, S.; VERA CARRILLO, J.
Hzzga "simplemente Evita" Gonzalez Catán. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Síndrome descrito por Herman Weber en 1863. Se caracteriza por el compromiso del fascículo del III par craneal y de la vía piramidal en el pedúnculo cerebral, por un compromiso vascular de las ramas paramedianas de la arteria basilar o arteria cerebral posterior que irrigan al mesencéfalo, este evento acontece en el 2% de todos los ictus, mientras la frecuencia aumenta un 8% en infartos limitados a la circulación posterior. Las etiologías más frecuentes de estos síndromes alternos son: la arteriosclerosis con lesiones isquémicas, la HTA unida a lesiones hemorrágicas, gliomas, encefalitis y las arteritis. Cabe destacar la limitación de la TC por su baja sensibilidad para la detección de pequeñas lesiones isquémicas sobre todo si se asientan sobre la fosa cerebral posterior respecto a las imágenes de RNM por difusión que presentan una mayor sensibilidad para detectar el área isquémica.

Caso: Paciente femenina de 56 años, con antecedentes patológicos de HTA, Dislipidemia y DM tipo 2. Es traída por presentar un cuadro clínico de 72 horas de evolución con disartria, hemiplejía derecha e hipersomnia. Al examen físico neurológico se constata paciente somnolienta, presencia de ptosis palpebral izquierda con diplopía, se observa ojo abducido; pupilas anisocóricas debido a midriasis unilateral izquierda arreactiva, asociado a una parálisis Faciobraquiocural con fuerza muscular 0/5, simétrica, en la escala de Daniels, asociado a una preservación de la movilidad de la mitad superior de la hemicausa derecha, signo de Babinski y reflejo de Hoffman positivos, arreflexia superficial y profunda del hemicuerpo derecho. Sensibilidad conservada, ausencia de movimientos involuntarios y de defectos campimétricos visuales. Se realiza una RNM de encéfalo donde se observa una lesión con restricción en la secuencia de difusión/ADC a nivel del hemimesencéfalo y tálamo del lado izquierdo compatible con isquemia reciente. Se realiza una Angiografía intracraneana en donde se observan segmentos intrapetrosos, sífonos carotídeos, Arterias cerebrales Anteriores, Medias, Posteriores, Tronco Basilar y Cerebelosa con flujo normal. Evolución: Con los días cierta recuperación de la motilidad del hemicuerpo derecho pasando a hemiparesia.

Comentario: El compromiso vascular mesencefálico origina una serie de eventos clínicos infrecuentes, como el síndrome de Weber. El mismo puede incluir midriasis si se afecta el núcleo de Edinger-Westphal. Así mismo el esfínter pupilar y el músculo recto inferior se ven afectados más frecuentemente en ACV hemorrágicos del mesencéfalo que en el isquémico. En el caso presentado se trata de una lesión isquémica por aterotrombosis dado por la forma del cuadro clínico, los factores de riesgo y las imágenes.

Conclusión: En el presente caso resaltamos esta patología por su baja frecuencia en la práctica clínica y por su presentación.

PC-24-25 // LEUCEOENCEFALOPATÍA MULTIFOCAL PROGRESIVA ¿EFECTO ADVERSO O COMPLICACIÓN?

ESCOBAR RESTREPO, C.; IDONE, R.; ZANARDI, C.; AVENA, S.; VILLCA ACUÑA, C.; CORIGLIANO, M.; CARRIZO, J.; LANGELLOTTI, L.; TAFFAREL, C.; LARREA, R.
Hospital Central De San Isidro Dr. Melchor Ángel Posse?. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La leucoencefalopatía multifocal progresiva es una enfermedad causada por la reactivación del virus JC como consecuencia de un estado de inmunosupresión celular. El virus permanece en estado latente en el parénquima renal y en los ganglios linfáticos. En caso de encontrar un ambiente permisivo para su replicación, el proceso da como resultado variantes virales neurotrópicas que son capaces de replicar en las células gliales. Dentro del SNC, el mismo se propaga a los oligodendrocitos donde realiza su ciclo lítico, mermando esta población celular e iniciando un proceso de desmielinización del SNC.

Caso: Paciente masculino de 62 años, con diagnóstico de leucemia linfocítica crónica en tratamiento con Rituximab y Bendamustina.

Consulta por cefalea y mareos, que luego agrega inestabilidad en la marcha, vértigo y cambios en el comportamiento. Por lo que decidimos internarlo.

Al ingreso presentaba los síntomas por los que consultó, además de diplopia, fotofobia, bradipsiquia, nistagmus vertical y horizontal, adiadococinesia, ataxia y dismetría, TC de encéfalo que evidenció imágenes hipodensas en hemisferios cerebelosos. Realizamos PL cuyo resultado fue normal.

Posteriormente realizamos RNM de encéfalo y angiografía que evidenció compromiso bilateral y simétrico de ambos pedúnculos cerebelosos y núcleo dentado con hiperintensidad en T2 e hipointenso en T1, sin realce con contraste, observándose en la secuencia de difusión restricción de señal en ambos pedúnculos cerebelosos.

Se recibe resultado positivo para PCR del virus JC, con lo que realizamos diagnóstico de Leucoencefalopatía multifocal progresiva.

Comentario: Esta enfermedad neurológica está relacionada con la LLC, siendo el factor predisponente más importante para el desarrollo de LMP, sin embargo, la enfermedad oncohematológica de este paciente presentaba larga evolución y fué posterior al uso del Rituximab, cuando empezaron las manifestaciones clínicas de la misma. La utilización de Ac. monoclonales también tiene relación con la aparición de la enfermedad. Hoy en día no hay estudios que aclaren, si la combinación de LLC y el tratamiento con Rituximab presenta mayor incidencia de LMP en comparación con la presencia de LLC solamente.

Conclusión: Es importante conocer las complicaciones de las enfermedades crónicas de nuestros pacientes, aunque también es igual de importante conocer la incidencia de efectos adversos de los tratamientos instaurados, y cómo estos efectos adversos se combinan con los riesgos propios de las enfermedades de base, para hacer un correcto balance costo-beneficio a la hora de definir un determinado tratamiento

PC-24-27 // CREUTZFELD JACOB - HERENCIA MALIGNA

VARAS SCHAER, A.; MUZALSKI, C.; MELNIK, Y.; LEIVA PAREDES, M.; GRAEF, D.; ARANDA, M.; SCHNEIDER, L.
Hospital Madariaga. Misiones, Argentina.

Introducción: La enfermedad de Creutzfeld Jacob es una encefalopatía espongiiforme transmisible causada por proteínas priónicas en encéfalo. Afecta a 1/1000000 personas en todo el mundo. Se manifiesta típicamente a los 60 años y un 90% de los pacientes muere antes del año. Se manifiesta como demencia rápidamente progresiva, ataxia y mioclonías, acompañadas a su vez de trastornos visuales y alteraciones de la memoria. Puede ser esporádica, hereditaria o adquirida.

Caso: Masculino de 66 años, hipertenso tratado con enalapril. Antecedentes familiares de demencia: madre fallecida por demencia desconocida asociada a movimientos involuntarios y hermano fallecido con diagnóstico de Creutzfeld Jacob probable. Consulta en septiembre 2020, por movimientos involuntarios de un mes de evolución rápidamente progresivos (presenta temblor de reposo y de acción, mioclonías de reposo e intención, hiperreflexia, dismetría dedo-nariz, ataxia, disartria) asociados a trastornos visuales (disminución de agudeza visual), alucinaciones y amnesia retrograda. Se realizó laboratorio con serología y perfil tiroideo con resultados normales, cultivos bacteriológicos, micológicos y tisológicos además de dosaje de VDRL en LCR arrojaron resultados negativos, EEG evidenció ondas bifásicas y trifásicas, de corta duración y voltaje elevado, RNM en la que se observa Encefalopatía con compromiso simétrico - bilateral ganglio-basal y cortical asociado a hiperintensidad en T2 y FLAIR, y restricción molecular acuosa en difusión y se solicita proteína 14 3 3 en LCR con valor aumentado. Por cumplir resultado de estudios complementarios y considerando antecedentes, se asume como Probable Enfermedad de Creutzfeld Jacob hereditaria y es trasladado a su domicilio para continuar con internación domiciliar y tratamiento paliativo. Evoluciona al óbito luego de un mes de realizado el diagnóstico.

Comentario: Se presenta este caso porque se trata de una demencia poco frecuente, aunque en la forma hereditaria existe hasta un 50% de riesgo de contraerla.

Conclusión: La demencia por encefalitis por priones es rápidamente progresiva llevando al óbito del paciente sin posibilidad de tratamiento, incluso a veces antes de los 6 meses de realizado el diagnóstico. Es importante el seguimiento paliativo y cuando dicha patología se asume como hereditaria, se deben hacer seguimientos genéticos familiares por alto riesgo de contagio ante intervenciones y transmisión genética, siendo de gran importancia la denuncia epidemiológica de la misma. Además de intervención psicológica por lo que conlleva cargar con dicha alteración genética.

PC-24-26 // ENCEFALOPATÍA DE WERNICKE EN PACIENTE CON INTOLERANCIA DIGESTIVA ASOCIADA A TRATAMIENTO ONCOLÓGICO.

GUERRERO, S.; MENDOZA MARTINEZ, L.; MASSA, N.; TERRILE, C.
Sanatorio De La Trinidad Mitre. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La encefalopatía de Wernicke (EW) es un síndrome neurológico agudo o subagudo debido al déficit de tiamina, que se caracteriza por oftalmoplejía, encefalopatía y ataxia de la marcha. Se ha descrito comúnmente asociado con alcoholismo crónico, pero puede ocurrir en cualquier situación clínica de malnutrición como la anorexia nerviosa, cuadros de malabsorción, hiperemesis gravídica, cirugía bariátrica, neoplasias diseminadas o diálisis crónica. Presentamos una paciente con intolerancia digestiva en contexto de tratamiento oncológico por cáncer de esófago que desarrolla EW.

Caso: Mujer de 55 años de edad, con antecedente de anemia crónica y cáncer del tercio distal del esófago diagnosticado 6 meses previos a la consulta. Recibió 5 ciclos de quimioterapia (cisplatino - paclitaxel) y radioterapia. Evolucionó durante las semanas posteriores a la finalización del tratamiento con intolerancia digestiva. Se realizó videoescofopia digestiva alta (VEDA) sin evidencia de obstrucciones, con mucosa congestiva a nivel distal esofágico con erosiones superficiales, y a nivel de unión esofagagástrica lesión ulcerada con fondo de fibrina y bordes elevados. En los días siguientes evolucionó con deterioro del estado general, negativismo a la ingesta, alucinaciones visuales y deterioro del sensorio. Al examen físico se encontraba afebril, hiporreactiva, apertura ocular ante el dolor, pupilas mióticas con pobre respuesta a la luz, nistagmus vertical, con flacidez generalizada e hiporreflexia, sin signos meníngicos. Laboratorio: Hto 31.5%, Hb10 g/dL, sin otras alteraciones. En resonancia de encéfalo hallazgo de imágenes hiperintensas en T2 y FLAIR, ligeramente hiperintensa en DWI sin caída en ADC a nivel de los colículos, tálamos y cuerpos mamilares bilaterales. Angiografía sin alteraciones. Se interpretó como EW, iniciando tratamiento endovenoso con tiamina y alimentación enteral, con posterior resolución completa de los síntomas. Se realizó además EEG sin hallazgos significativos. Posteriormente se recibió dosaje de vitamina B1 1.9 ng/dL (VN 2.8-8.5 ng/dL) y de biopsia de esófago con hallazgo de esofagitis crónica erosiva asociada a displasia epitelial leve, interpretados en el contexto de radioterapia.

Comentario: El diagnóstico de esta enfermedad sigue siendo clínico, apoyado en la RM que suele mostrar alteración de la señal en localizaciones típicas, y en el dosaje de vitamina B1; aunque los niveles de tiamina dentro de límites normales no descartan la enfermedad. La principal barrera para el diagnóstico es el bajo índice de sospecha en el paciente no alcohólico, especialmente cuando la tríada clásica de síntomas clínicos no está presente, como ocurre en la mayoría de los pacientes. En nuestro caso, la historia de intolerancia digestiva prolongada secundario al tratamiento oncológico, asociada al desarrollo del cuadro de encefalopatía fue clave en la sospecha, sustentado luego con las lesiones características en la resonancia magnética.

Conclusión: .

PC-24-28 // MIGRAÑA CON PLEOCITOSIS, UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

ALEMÁN TORRENTEGRA, H.; RAMOS, Z.; CROTTI, C.; CANTONI, P.
Sanatorio De La Trinidad Mitre. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La cefalea con déficit neurológico transitorio y pleocitosis linfocitaria en el líquido cefalorraquídeo (HaNDL) es una entidad poco frecuente y de etiología desconocida. Se caracteriza por episodios de cefalea intensa y déficit neurológico transitorio, recurrentes durante 3 meses, con pleocitosis linfocitaria en el LCR. Es una entidad poco frecuente, aunque cada vez se identifican más casos en la literatura médica.

Caso: Mujer de 23 años de edad con antecedentes de cefalea crónica a predominio frontal sin tratamiento; internación reciente por sospecha de encefalitis viral para lo cual recibió tratamiento con ceftriaxona y aciclovir, sin rescate microbiológico en cultivos o serologías. Se reinterna por somnolencia progresiva de 8 horas de evolución, afasia de expresión, náuseas y vómitos. Al ingreso se encontraba somnolienta, emitia silabas simples, signos meníngicos negativos, reflejos osteotendinosos conservados. Maniobra de Mingazini con leve oscilación braquial derecha. Laboratorio dentro de parámetros normales, EEG con trazado desorganizado, asimétrico y continua actividad alpha en región posterior derecha sin actividad epileptogénica. RM de encéfalo con gadolinio con tiempos venosos y AngioRM sin alteraciones. Punción lumbar con proteinorraquia leve (75mg%) y pleocitosis (células: 307 x mm³, a predominio de mononucleares 98%), hemocultivo negativo, cultivo de LCR para gérmenes comunes, micológico y micobacterias negativos, PCR para VZV, CMV, EBV, HSV I y II negativos, urocultivo negativo, prueba de HUDLESON negativo; perfil reumatológico (FAN-ANCA, ANCAc, Ac anti LA/SSB, Ac anti RO/SSB, AMPA 1-2. LG-I, CARSPR2, GABAB) negativo.

Se interpretó el cuadro como una migraña con pleocitosis e inició tratamiento con dexametasona y topiramato, con evolución clínica satisfactoria, sin nuevos episodios tras el egreso institucional en el seguimiento ambulatorio.

Comentario: En esta entidad los episodios de cefalea están acompañados por déficits neurológicos transitorios, recurrentes y autolimitados que se repiten en un lapso de 3 meses. Comienzan en estrecha relación temporal con el desarrollo de pleocitosis de LCR.

La migraña con pleocitosis es una patología que requiere de varios estudios complementarios para realizar su diagnóstico, en muchos casos tardío. Se necesita cumplir con los siguientes criterios: Episodios de cefalea moderada o intensa de horas de duración autolimitados, pleocitosis de LCR de predominio linfocitario (> 15 cél/ml), neuroimagen normal, cultivo y serologías de LCR normales.

Conclusión: .

PC-24-29 // HEMORRAGIA ALVEOLAR LOCALIZADA EN PACIENTES CON TRASTORNO DEL ESPECTRO DE LA NEUROMIELITIS ÓPTICA Y ACUAPORINA 4 POSITIVA. REPORTE DE CASO.

GÓMEZ BARRIOS, A.; PUPUCHE, c.; BELIGUJ, J.; PALMA, D.; PALMA PÉREZ, R.; VEREGARA, M.; RINALDI, M.; ZACARIAS, L.; MOREIRA ARRIOLA, L.; RÍOS RODRÍGUEZ, T.; DEJEANNE, J.
Hospital Escuela José De San Martín. Corrientes, Argentina.

Introducción: Los trastornos del espectro de la neuromielitis óptica, son patologías inflamatorias del sistema nervioso central caracterizadas por la presencia de Ig G específicos contra antígenos de acuaporina 4 llevando a la desmielinización severa y al daño axonal predominantemente de nervios ópticos y la médula espinal. Si bien los principales signos y síntomas de la enfermedad son neurológicos (Neuritis óptica, Mielitis transversa y Síndrome del tronco encefálico) en los últimos años se han hecho evidentes manifestaciones sistémicas como miositis y neumonías intersticiales en pacientes con neuromielitis óptica y anticuerpos anti-acuaporina 4 positivos.

Caso: Femenino de 26 años, con antecedente de neuromielitis óptica con anti-acuaporina 4 positivo diagnosticada en mayo de 2019, en tratamiento con azatioprina 100 mg/día, presenta tos seca realizándose TAC de tórax que evidencia imagen pulmonar izquierdo de aspecto nodular sólida irregular en segmento basal y posterior del lóbulo inferior izquierdo que alcanza 1,5 cm de diámetro de características inespecíficas que evoluciona en los próximos meses con infiltrado en vidrio esmerilado. Se realiza BAL que informa macrófagos reactivos cargados con hemosiderina, cultivo para gérmenes comunes negativos, micológico directo y cultivo negativo, baciloscopia negativo, cultivo para koch negativo. Dos meses luego presenta diplopía realizándose RNM que evidencia lesión hiperintensa en T2 y FLAIR en la protuberancia anular con realce irregular de contraste endovenoso asumiéndose como brote de la enfermedad administrándose bolos de Metilprednisolona 1gr/día durante 5 días con mejoría del cuadro. LABORATORIO: glóbulos blancos 8100, gran. 84%, HTO 46%, HB 14,8 mg/dl, plaquetas 305000, urea 23 mg/dl, creatinina 0,21 mg/dl LDH 316, ANTICUERPOS: Ac. Anti nucleares (FAN), Anti DNA, ATRITEST, Anticogulante lúpico, Ac. Anti beta 2 glicoproteína IgG y M, Ac. Anti cardiolipinas Ig G y M, ANCA P, ANCA C, Ac. Anti mieloperoxidas, Ac. Anti proteinasa 3, Ac. Anti SS-B / La, Ac. Anti SSA / Ro, Sm, negativos. SEROLOGÍA PARA HONGOS: Aspergillus Fumigatus, Aspergillus Flavus, Aspergillus Niger, Histoplasma Capsulatum, Paracoccidíeodes y Coccidioides, negativos.

Comentario: Creemos que en los últimos años la existencia de reportes de casos de manifestaciones sistémicas de neuromielitis óptica avalan la realización de nuevos estudios con el fin de evidenciar un carácter sistémico de la enfermedad con compromiso fundamentalmente neurológico y menos frecuente respiratorio y muscular.

Conclusión: Los trastornos del espectro de la neuromielitis óptica es una enfermedad caracterizada por lesiones principalmente en el sistema nervioso central aunque la presencia de acuaporina 4 no es específica de esta localización. En los últimos años ha habido múltiples reportes de casos de infiltrado pulmonar como manifestación sistémica acompañando a los brotes de la enfermedad. Se necesitan más estudios para certificar esta presentación como parte de la enfermedad.

PC-25-02 // PARAGANGLIOMA - PRESENTACIÓN DE DOS CASOS CLÍNICOS

FIORI, M.; CALVO, M.; LANFREDI, L.; PINTÉÑO, T.; YOVOVICH, D.; QUINTANA, A.; MORAN, M.
Clínica La Pequeña Familia. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Los paragangliomas son tumores neuroendocrinos poco frecuentes que surgen de los paraganglios autónomos extraadrenales. Pueden ser simpáticos y secretar catecolaminas; se ubican en tórax, abdomen y pelvis. La mayoría son parasimpáticos, no funcionales y se localizan a lo largo de los nervios glosofaríngeo y vago en el cuello y base de cráneo.

Caso 1: Masculino de 44 años, trabajador rural, con antecedente de resección de paraganglioma en región cervical izquierda en 2007 sin controles posteriores, consultó por debilidad en miembro inferior izquierdo y pérdida de peso. Presentó parestia 3/5 de miembro inferior izquierdo. Laboratorio: anemia normocítica normocrómica, VES 90mm, PSA y CA 19-9 normales. HIV y VDRL negativo y proteinograma electroforético normal. RNM de columna dorsolumbar: múltiples lesiones hipointensas en T1 y T2 en todos los cuerpos vertebrales dorsales y lumbares con extensión de las mismas hacia el canal comprimiendo el cordón medular, e hiperintensidad en T2 y STIR en D6. Ecografía vesicoprostatica y testicular sin particularidades. TAC de tórax, abdomen y pelvis sin lesiones. TAC de columna cervical y dorsolumbar: fractura patológica de C3 con leve abombamiento de muro posterior hacia el canal medular, lesión de apófisis espinosa de C6 que compromete el canal a dicho nivel. Se realizó laminectomía descompresiva de T6, T10 y estabilización con barras y tornillos T5 a T11. Biopsia e IHQ: TNE compatible con paraganglioma. Comenzó tratamiento radioterápico.

Caso 2: Masculino de 22 años, tabaquista, consultó por hematuria. Ecografía renovesicoprostatica: alteración ocupante de espacio lobulada, heterogénea a predominio isoecóico de 47 x 33 mm en pared lateral izquierda de vejiga la cual presenta marcada vascularización al doppler color y adenomegalias en cadena iliaca externa izquierda. Se realizó fibrocistoscopia y uroTc + Tc de tórax y abdomen que informa lesión isodensa, heterogénea al contraste EV de aproximadamente 56 x 40 mm y dos adenomegalias en cadena iliaca externa izquierda. Se realizó RTU de vejiga con toma biopsia. Inmunohistoquímica: paraganglioma. PET-Tc no visualiza otras lesiones. Se realizó cistectomía parcial y linfoadenectomía izquierda. Anatomía patológica informa paraganglioma y dos ganglios linfáticos con metástasis masiva de paraganglioma.

Comentario: La incidencia de malignidad en los paragangliomas depende de los antecedentes genéticos del paciente y el sitio anatómico; aproximadamente el 20% de los paragangliomas secretores extraadrenales (abdominales y mediastínicos) son malignos, mientras que los paragangliomas de base de cráneo y cuello suelen ser benignos. Presentan una baja incidencia de metástasis a menudo con una latencia prolongada.

Conclusión: Se reportan estos casos ya que revelan la posibilidad de presentación atípica de los paragangliomas y la necesidad de seguimiento del paciente ante el riesgo de recidiva metastásica, siendo este el único indicador de malignidad.

PC-25-01 // DISGERMINOMA DE OVARIO A PROPOSITO DE UN CASO

REYNALDO LEMES, J.; IMHOF, N.; SALINAS, L.; STESSENS, M.
Hmc Gr 601. Caba, Argentina.

Introducción: El disgerminoma es el tumor de ovario de células germinales más frecuente, tiene su origen en las células germinales primitivas de la gónada embrionaria. Se presenta con mayor frecuencia en mujeres de 20 a 30 años, y supone hasta el 5% de los procesos ováricos malignos.

Caso: Paciente femenina de 17 años que consulta por ictericia y dolor abdominal en hipocondrio derecho de 48 hs de evolución. Antecedentes: FUM 17/03/2020, vegetariana, no refiere antecedentes patológicos ni medicación habitual. Al examen físico lúcida, leve ictericia mucocutánea, dolor en hipocondrio derecho, signo de Murphy +. Laboratorio aumento de transaminasas por 9 (índice de ritis 0,6), hiperbilirrubinemia a predominio directo, FAL aumentada. Se realiza ecografía abdominal donde evidencia presencia de litiasis en sector retropancreático, se interpreta como síndrome coledociano secundario a litiasis. Se efectúa CPRE con extracción de lito con balón y colecistectomía. Paciente con mala evolución, continúa con dolor en hemiabdomen derecho, por lo que se decide realizar tomografía de tórax, abdomen y pelvis, evidenciándose, a nivel de mediastino anterosuperior, masa heterogénea de aproximadamente 10cm de diámetro que se extiende hasta el margen anterior cardíaco y leve derrame pericárdico. En pelvis, líquido libre que alcanza fondo de saco de Douglas, sobre el anexo derecho formación redondeada de aproximadamente 6,7cm de diámetro. Se realiza intervención quirúrgica, donde se decide efectuar anexectomía derecha con toma de biopsia correspondiente y toma de biopsia por vía percutánea de tumor en mediastino. La anatomía patológica de dichas muestras informa la presencia de un Disgerminoma en ovario y mediastino. Se programa inicio de quimioterapia. Paciente retrasa consulta para inicio de tratamiento presentando progresión de cuadro sintomatológico; se efectúa nueva tomografía evidenciándose aumento de masa heterogénea de mediastino e imágenes de aspecto secundario en ambos lóbulos hepáticos, en porción cefálica de páncreas y en riñón derecho. Inicia primer ciclo de esquema BEP (cisplatino, bleomicina y etopósido); posteriormente presenta múltiples interurrencias, derrame pericárdico severo, neutropenia severa febril e infección por SARS-COV-2. Actualmente continúa internada en recuperación de cuadro infeccioso.

Comentario: La mayoría de los tumores ováricos de células germinales son benignos, aunque algunos son cancerosos y pueden poner en riesgo la vida. Los disgerminomas se consideran tumores malignos, pero la mayoría no crece ni se extienden con mucha rapidez. Cuando están circunscritos al ovario, más del 75% de las pacientes se curan mediante la extirpación quirúrgica, sin ningún otro tratamiento. Incluso si el tumor se ha extendido más allá del ovario, la cirugía, la radiación y/o la quimioterapia resultan eficaces en controlar o curar la enfermedad en aproximadamente el 90% de las pacientes. Este caso en particular muestra una progresión rápida, lo que agrava aún más su pronóstico.

Conclusión: -

PC-25-03 // CARCINOMA NEUROENDOCRINO PRIMARIO DE ESÓFAGO: REPORTE DE CASO

CARLOS, J.; JÁCOME CUSME, R.; HERMIA, I.
Hjaf. Caba, Argentina.

Introducción: El carcinoma neuroendocrino primario de esófago, representa una entidad rara, agresiva y de pobre pronóstico. Su presentación más frecuente es a nivel pulmonar; y en lo que respecta a esófago, alcanza el 2% de los casos de las neoplasias. Los síntomas suelen asociarse a obstrucción esofágica, como así también a un síndrome de impregnación. El diagnóstico requiere la presencia de marcadores específicos de inmunohistoquímica (cromogranina A, sinaptosina o CD56), así como la presencia de los anticuerpos EMA y PANCK. No hay un tratamiento estándar, se emplean estrategias de quimioterapia, radioterapia más cirugía.

Caso: Paciente femenina de 56 años de edad. Sin antecedentes patológicos de relevancia. Consulta por cuadro de un mes de evolución caracterizado por lumbalgia, que agrega en la última semana impotencia funcional. Al interrogatorio dirigido refiere pérdida de peso y dolor torácico retroesternal tipo urente asociado con las comidas.

Se solicita:

- Resonancia magnética de columna completa, donde se observan señales patológicas en todos los cuerpos vertebrales, a predominio de L4-D12 (fractura compresión con diámetro anteroposterior del canal conservado).
- Tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis: múltiples lesiones nodulares a nivel hepático y retroperitoneales, más conglomerados ganglionares.
- Video endoscopia digestiva alta: desde los 28 hasta los 33 centímetros de la arcada dentaria superior se observa lesión de aspecto infiltrante, friable, lobulada que compromete el 50% de la circunferencia del esófago.
- Anatomía Patológica: Carcinoma Neuroendocrino de células pequeñas asociado a carcinoma escamoso bien diferenciado.

Comentario: Entidad poco frecuente, se da mayormente en hombres entre la quinta y séptima década de la vida. Sobrevida menor de un año, determinada por la extensión de la enfermedad al momento del diagnóstico.

Conclusión: El carcinoma neuroendocrino primario de esófago es infrecuente y de rápida progresión; el 50% de los casos tiene metástasis a distancia al momento del diagnóstico. No existe actualmente tratamiento definitivo.

PC-25-04 // CÁNCER DE MAMA CON METÁSTASIS CUTÁNEAS Y SÍNDROME REUMÁTICO PARANEOPLÁSICO, REPORTE DE UN CASO

MESORACA, F.; MILESI, F.; PAULIN, F.; RAGUSA, M.; DOS SANTOS, R.; CARLOS, J. Hospital Fernandez. Capital Federal, Argentina.

Introducción: El cáncer de mama es el segundo tumor maligno más frecuente y la primer causa de muerte por cáncer en mujeres en el mundo. Las manifestaciones del mismo incluyen directamente el hallazgo de una masa mamaria o manifestaciones de invasión local, o incluso manifestaciones por metástasis a distancia o síndromes paraneoplásicos. Las metástasis más frecuentes son en hueso, en hígado y pulmón.

Caso: Paciente femenina de 62 años, con antecedente de internación reciente por derrame pericárdico severo con requerimiento de pericardiocentesis, consulta por cuadro de omalgia y debilidad proximal de miembros superiores.

Al examen físico, se evidencia limitación en la movilidad a predominio proximal de miembros superiores, lesiones cutáneas de bordes pápulo-eritematosos y centro claro en tronco superior de forma bilateral. Al la palpación de mama izquierda se halla un nódulo duro-pétreo de bordes irregulares. Ecografía mamaria: imagen sólida heterogénea con microcalcificaciones de 16x11x7mm.TC de tórax que presenta derrame pleural bilateral, adenomegalias axilares, derrame pericárdico leve. RMN con protocolo muscular: hallazgos compatibles con miopatía inflamatoria en estructuras musculares de cintura escapular bilateral y de distribución miofacial. En biopsia de lesiones cutáneas se evidenció infiltración a nivel de la dermis por carcinoma moderadamente diferenciado con presencia de embolias angioplásticas y microcalcificaciones asociadas con inmunohistoquímica CK7+, mamoglobina+, receptores estrogénicos, progesterona y her-2 negativos. En estudios de laboratorio Ca 15-3 679 (VN<35) y FAN positivo patrón granular fino. Se realiza punción con aguja gruesa de nódulo mamario y de adenopatía axilar con informe histopatológico compatible con carcinoma ductal invasor.

Se interpreta como cáncer de mama moderadamente diferenciado con lesiones metastásicas en piel y síndrome paraneoplásico reumático que consta de miosis y poliseritis asociados a FAN positivo(síndrome lupus like).

Comentario: El cáncer de mama representa el principal carcinoma que genera metástasis cutáneas, excluyendo al melanoma. Las metástasis cutáneas son un fenómeno relativamente poco frecuente, y tienen un gran polimorfismo clínico, siendo en ocasiones la primer manifestación de enfermedad.

Hasta un 50% de los pacientes con cáncer sufren un síndrome paraneoplásico en algún momento de su enfermedad. Una gran variedad de manifestaciones reumáticas han sido asociadas con las neoplasias. Entre los más frecuentes se encuentran: osteoartrópata hipertrófica, poliartritis carcinomatosa, dermatomiositis, vasculitis y misceláneos (como por ejemplo síndrome lupus like).

Conclusión: Presentamos este caso dado que tanto las metástasis cutáneas como el síndrome reumático paraneoplásico, además de ser una manifestación poco frecuente, fueron fundamentales para acercarse a la paciente al sistema de salud y manifestar un carcinoma mamario subyacente permitiendo el diagnóstico del mismo y el comienzo del tratamiento

PC-25-06 // CARCINOMATOSIS MENINGEA COMO COMPLICACION DE TUMORES SOLIDOS

GOMEZ NAAR, S.; BRITTO NAVARRO, J.; GUTIERREZ, M.; BRUETMAN, J.; URIBE ROCA, C.; BAEZ, M.; FINN, B. Hospital Británico De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción: La carcinomatosis meníngea (CM) es una entidad caracterizada por infiltración tumoral en las meninges. Puede ser una afección primaria o más frecuentemente metastásica. Han aumentado los reportes anuales en los últimos años, tanto por incremento de la expectativa de vida y la sensibilidad en los estudios por imágenes. El diagnóstico resulta dificultoso por la presencia de síntomas inespecíficos y el número de falsos negativos obtenidos en líquidos de punción lumbar. El tratamiento incluye radioterapia y quimioterapia sistémica y/o intratecal.

Caso: Femenina 53 años, antecedentes personales de hipertensión arterial, hipotiroidismo, síndrome depresivo y nódulo mamario bilateral (BiRads2). Consultó por cuadro de un mes de evolución, con cefalea occipitocervical, náuseas y vómitos, agregando a las dos semanas disartria, debilidad de miembros inferiores, inestabilidad en la marcha, delirio persecutorio y alucinaciones. RMN de cerebro y columna cervical sin hallazgos patológicos. Al examen físico: ataxia de la mirada con disminución de la visión. Disartria leve. Disminución fuerza de miembros inferiores, reflejos osteotendinosos de miembros inferiores abolidos. Se halló nódulo mamario izquierdo palpable y adenopatía supraclavicular izquierda palpable.

Exámenes complementarios: laboratorio completo con dosaje de vitamina B12 y ácido fólico, HIV, orina y urocultivo sin particularidades. PL: Cristal de roca, Leucocitos 2, Proteinorraquia 0.32, Glucorraquia 47, Cultivo y PCR para virus negativos.

Recibió 3 pulsos de metilprednisolona. RMN: realces inespecíficos sugestivos de secundarismo óseo. Serologías: No reactivas. Perfil Reumatológico: Negativo.

Se repite PL: Cristal de roca, Leucocitos 15, 90% MN, Glucorraquia 51, Proteinorraquia 0.33. AP: positivo para células neoplásicas. Punción biopsia de mama izquierda: AP: carcinoma infiltrante.

Se repite RMN de cerebro: disminución de espacios subaracnoides frontoparietoccipital predominio derecho con hiperintensidad de los mismos sugestivos de CM.

Con el diagnóstico de carcinoma infiltrante de mama EIV (CM + metástasis óseas) realiza radioterapia holocraneana. Evolución con SENC y fallece.

Comentario: La importancia de la CM radica en el alto nivel de sospecha clínica para su diagnóstico, debido a su forma de presentación inespecífica y proteiforme, asociada a su evolución rápidamente progresiva. Teniendo en cuenta los falsos negativos de los estudios complementarios de diagnóstico por imágenes y LCR que deben repetirse para arribar a un diagnóstico de certeza.

Si bien la sobrevida de estos pacientes es baja, un diagnóstico y tratamiento tempranos puede aumentar el tiempo de supervivencia desde 2 a 4 meses.

Se presenta el caso por su baja incidencia y debido a que conocer su forma de presentación permite hacer un diagnóstico y tratamiento precoz para aumentar su sobrevida.

Conclusión: La CM es una entidad poco frecuente, que requiere de una alta sospecha clínica para aumentar el tiempo de supervivencia de la misma.

PC-25-05 // HIPOFISITIS SECUNDARIA A IPIILIMUMAB Y NIVOLUMAB

PONTE, F.; LUFT, M.; REINO, F.; DELORME, R.; MERCADO, J.; CAPPARELLI, F.; WAINSTEIN, N. Fleni. Caba, Argentina.

Introducción: Varios tumores sólidos y hematológicos tienen buena respuesta a inhibidores de puntos de control inmunitario, particularmente en cáncer renal, pulmonar y melanoma. Este último está asociado a altas tasas de mortalidad, mala respuesta a quimioterapia y radioterapia. Sin embargo, se observaron buenos resultados con terapéutica Anti PDL-1 y CTLA-4.

Estos tienen la capacidad de activar el sistema inmunológico contra las células tumorales, pudiendo desencadenar efectos adversos generales (exantema, prurito, náuseas, vómitos, diarrea), sistémicos (neumonitis intersticial, insuficiencia cardíaca congestiva, pericarditis, tromboembolismo, perforación intestinal) y relacionados con el sistema endócrino (hipofisitis, disfunción tiroidea, diabetes mellitus tipo 1 e insuficiencia suprarrenal primaria).

Caso: Mujer de 43 años con antecedente de Melanoma Amelanótico estadio IV (metástasis a nivel Sistema Nervioso Central BRAF mutado), en tratamiento oncológico con Ipilimumab y Nivolumab. Inició a los 7 días del 3er ciclo con cefalea bifrontal asociada a náuseas. Al examen oftalmológico presentaba agudeza visual sin corrección 9/10 en ojo derecho y 8/10 en ojo izquierdo, sin hipertensión intraocular binocular. Tomografía de cerebro normal. Progreso con mayor disminución de agudeza visual en ojo izquierdo. RMN de cerebro con evidencia de Hipofisitis con desplazamiento quiasma óptico y realce homogéneo postcontraste. Perfil hormonal: cortisol matinal: 0.9 mg/dl, TSH: 0.07 uU/ml, T3: 95 ng/dl, T4 Libre: 0.69 ng/dl, FSH: 6 mU/ml y LH: 1 U/ml.

Se interpretó como hipofisitis secundaria a inmunoterapia. Inició tratamiento con Meprednisona 1,2 mg/kg con posterior descenso gradual de la misma y dosis sustitutiva de Levotiroxina. Evolucionó con mejoría de los síntomas hasta resolución del cuadro.

Comentario: Los inhibidores de punto de control inmunitario son anticuerpos monoclonales que magnifican el potencial de los linfocitos T citotóxicos. A partir del cual aparecen efectos adversos por sobre-activación del sistema inmune afectando múltiples sistemas, principalmente a nivel de tracto gastrointestinal, piel, hígado, y glándulas endocrinas. Estos últimos con una incidencia del 1 al 17%, alcanzando hasta 20% en pacientes bajo tratamiento combinado con anti-CTLA-4 y anti-PD1, aunque se la vincula principalmente a anti-CTLA-4. El tiempo entre el inicio del tratamiento y la aparición de hipofisitis se estima en 6 a 12 semanas, existiendo diferentes grados de toxicidad

Conclusión: Se han evidenciado varios efectos adversos secundarios a inhibidores de los puntos de control, la mayoría aún en etapa de descubrimiento, algunos potencialmente graves y diferentes a los evidenciados en tratamientos oncológicos clásicos.

PC-25-07 // METÁSTASIS ÓSEAS POR DOS TUMORES: MM Y CA DE PROSTATÁ

DE CAMPO, C.; KONDRATZKY, D.; AGUZEZKO, R. Hospital Sarmic De Oberá. Misiones, Argentina.

Introducción: El carcinoma prostático y el mieloma múltiple son dos enfermedades neoplásicas que pueden debutar con metástasis óseas, con importante prevalencia en el varón mayor de 60 años. Su aparición sincrónica es excepcional y de difícil diagnóstico ya que ambas pueden ofrecer hallazgos analíticos y radiológicos similares. Motiva la siguiente presentación la singularidad de esta asociación, la falta de hallazgos en la literatura y su bajo índice de sospecha en la práctica clínica.

Caso: Paciente masculino de 64 años de edad, con antecedentes patológicos de HTA; etilista crónico activo de larga data; sobrepeso. Consulta por presenta dolor torácico de tipo sordo y continuo de intensidad 8/10 de aproximadamente 3 semanas de evolución, que no mejora con analgésicos comunes asociado a episodios de epistaxis y fiebre. Se evidencia palidez mucocutánea generalizada, TA 160/80. Dolor a la palpación de región torácica y zonas costales. Resto del examen físico sin particularidades. Los datos positivos al laboratorio: Hto 26%, Hb 9.50, Plaquetas 89000, Creatinina 3.95, FAL 204; VSG 90. LDH 3154. Calcemia 10.58 Proteinuria de 24hs: 3381. Proteínograma electroforético que evidencia hipogammaglobulinemia. En los estudios por imágenes se evidencian (RX y TC): infiltrados bilaterales de tipo intersticiales, leve derrame pleural bilateral, lesiones líticas en omoplatos, arcos costales (VI, VII, XII), cuerpos vertebrales dorso lumbares (D8 presenta densidad de partes blandas), hueso sacro, ambos huesos ilíacos y ambas cabezas femorales. Adenopatías retroperitoneales y presacras. PAMO: Infiltración medular del 90%, inmunomarcación: Mieloma expresor de cadenas Kappa y Lambda. Biopsia de vertebra D8: Mieloma expresor de Kappa y Lambda (bi-clonal). Considerando lesiones líticas, adenopatías retroperitoneales, edad, y sexo del paciente, se decide realizar ecografía prostática, PSA y biopsia de la misma. Obteniéndose alteración de relación PSA L/T 0.08. Resultado de biopsia: Adenocarcinoma de tipo acinar. Evolucionó con dolores intensos, profundiza bicitopenia. Tratamiento oncológico dirigido.

Comentario: La asociación de dos neoplasias simultáneas en un mismo paciente no es un hecho aislado; puede ser fruto del azar, de una predisposición genética y/o individual o de una exposición a agentes carcinogénicos. El diagnóstico sincrónico o metacrónico de un tumor sólido y un mieloma múltiple paciente es muy baja, aunque el mayor índice de sospecha y la mejora de las técnicas diagnósticas ha incrementado su detección en los últimos años.

Conclusión: Se realiza revisión de la literatura lo cual nos demuestra que dicha asociación de ambos tumores es extremadamente infrecuente pero debe sospecharse ante la progresión clínica, empeoramiento de parámetros de laboratorio y aparición de imágenes radiológicas sugerentes.

PC-25-08 // LESIÓN DEL PSOAS ILIACO. UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO.

PARISI, Y.; CAMPS, F.; ROJAS, M.; RODRIGUEZ, L.; DUTTO, A.
Sanatorio De La Providencia. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Existe un amplio conocimiento sobre el cáncer de pulmón, así como también sobre los sitios de metástasis más frecuentes: pulmón contralateral, estructuras mediastinales, hígado, cerebro, glándulas suprarrenales, tejido óseo. Las metástasis del cáncer pulmonar a nivel del psoas iliaco son muy poco frecuentes. La rareza del hallazgo se explica, en parte, por el subdiagnóstico de estas lesiones, la errónea interpretación de las mismas como patologías benignas y, por otra parte; el microambiente hostil que el tejido musculoesquelético representa para la implantación de las células metastásicas. La presentación clínica de estas lesiones puede ser un hallazgo incidental, o el motivo de consulta por lo que se conoce como síndrome del psoas maligno: una flexopatía lumbosacra, con dolor de difícil caracterización, difícil manejo y refractario a los tratamientos analgésicos multimodales. En la bibliografía existente prevalece la manifestación de estas lesiones en estadios avanzados de la enfermedad oncológica.

Caso: Paciente femenina de 65 años, con antecedentes de cáncer de pulmón, de células escamosas, estadio IIIC vs IV, diagnóstico reciente de una trombosis venosa profunda bilateral y posterior tromboembolismo pulmonar en tratamiento anticoagulante. Consulta por dolor abdominal difuso, con irradiación a región lumbar y cara externa de muslo derecho que imposibilita la marcha. La tomografía computada de abdomen y pelvis con y sin contraste endovenoso de ingreso informa lesión en el psoas iliaco sugestiva de hematoma del psoas. Inicialmente, se interpreta hematoma del Psoas iliaco en contexto de paciente anticoagulada. Sin respuesta favorable al tratamiento analgésico combinado para manejo del dolor, se reevalúa el cuadro clínico, se procede a la realización de RMN de abdomen y pelvis con y sin gadolinio, evidenciándose lesión a nivel del psoas derecho, por lo que se reinterpreta como metástasis de psoas iliaco en contexto de cáncer de pulmón primario.

Comentario: La infrecuencia de estas lesiones y los patrones radiológicos que presenta a nivel de la tomografía son fácilmente confundibles con otro tipo de patologías de origen no neoplásico por lo que se impone la realización de una RMN o de un PET-TC para el estudio de las lesiones a nivel muscular en general, y del psoas iliaco en particular. La confirmación definitiva del diagnóstico se realiza por anatomía patológica.

Conclusión: Deben considerarse las metástasis a nivel del psoas iliaco en un paciente que presente una lesión a nivel de dicho músculo, concomitantemente con un proceso maligno primario de pulmón y clínica compatible. Cuestionar el beneficio final de un procedimiento invasivo como una biopsia para la confirmación diagnóstica en contexto de pacientes con enfermedad neoplásica avanzada. Se sugiere el manejo paliativo y priorizar la calidad de vida del paciente.

PC-26-02 // DACTILITIS POR SARCOIDOSIS: UNA MANIFESTACIÓN INUSUAL

CAILLAVA, I.; SALCEDO, A.; GRAZIANO, H.; MIÑO, D.
Sanatorio Franchin. Caba, Argentina.

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad inflamatoria multisistémica de tipo granulomatosa no caseificante, de etiología aún incierta y con una incidencia entre 11-34/100000 habitantes, su clínica inespecífica, y muchas veces su inicio insidioso, hacen que sea una patología poco tenida en cuenta a la hora de estudiar y hacer un diagnóstico. Además de las manifestaciones pulmonares, 30% de los pacientes presentan manifestaciones extrapulmonares (ej: piel, ojo, sistema musculoesquelético, etc.). La dactilitis es una manifestación rara de la sarcoidosis.

Caso: Masculino de 18 años de edad, oriundo de Entre Ríos, sin antecedentes, consulta por una tumoración con deformación a nivel interfalángico distal del dedo índice de la mano derecha de 3 meses de evolución, sin repercusión en el estado general del paciente y con algún episodio de ojo rojo. Los estudios complementarios de imágenes junto a los laboratoriales dieron sospecha de esta enfermedad, por lo se realizó biopsia de la tumoración y piel confirmando dicha entidad. De esta manera se pudo arribar de forma certera al diagnóstico, instaurándose tratamiento corticoide y metrotexate, con una evolución favorable posterior al mismo.

Comentario: La manifestaciones musculoesqueléticas de la sarcoidosis tienen una prevalencia entre el 10% al 35% de los pacientes. La dactilitis es una afectación muy inusual (0.2%).

Conclusión: La importancia de la presentación del caso clínico es destacar el conocimiento de esta entidad y sus diversas presentaciones (también las formas más infrecuentes tales como la dactilitis) para el diagnóstico precoz, instauración de tratamiento, para una evolución favorable y prevención de futuras complicaciones.

PC-26-01 // ARTRITIS REUMATOIDEA O METROTREXATO ¿CUAL ES CULPABLE?

TRENTINI, J.; GUNTREN, L.
Hospital Cecilia Grierson. Capital Federal, Argentina.

Introducción: Las enfermedades del colágeno son un grupo heterogéneo de enfermedades inflamatorias sistémicas de origen autoinmune que afectan a una gran diversidad de órganos y sistemas. El aparato respiratorio es uno de los que se afectan con más frecuencia. La AR es una de las causas más frecuentes. Su forma de presentación suele ser una neumonía intersticial no específica o neumonía intersticial usual. La afectación pulmonar se ha relacionado con el hábito tabáquico y con algunos rasgos clínicos de los enfermos, como el sexo masculino, la enfermedad articular grave y erosiva, la positividad del factor reumatoide y la presencia de otras manifestaciones clínicas. Se han observado desde un 8 a un 33% de complicaciones de la enfermedad pulmonar por el uso del MTX, con mayor frecuencia después de semanas o meses de tratamiento vía oral a dosis bajas.

Caso: Paciente masculino de 47 años de edad, con antecedentes de EPOC en tratamiento con FREVIA, AR diagnosticada en el año 2015, en tratamiento con MTX 15 mg/día, AINES y ADALIMUMAB, tabaquista y sobrepeso. Luego de 3 años de tratamiento y cese de hábito tabáquico, consulta por disnea de esfuerzo y tos seca persistente de 4 meses de evolución. Al examen físico se encuentra en regular estado general, afebril. Sin signos de falla aguda de bomba. Buena mecánica ventilatoria, buena entrada de aire bilateral. Murmullo vesicular áspero, levemente taquipneico. Articulaciones móviles no dolorosas.

Como exámenes complementarios se solicitan:

Espirometría que evidencia un patrón obstructivo leve

Tomografía de tórax donde se aprecian infiltrados intersticiales difusos en vidrio esmerilado bilateral con mayor afectación bi basal y enfisema paraseptal en LS sin adenomegalias mediastinales

Laboratorio, vsg 360 latex ar 430 fan+ 1/160

Tm6m: Distancia recorrida por debajo del L1N con caída de oxígeno a 93%

Se interpreta el cuadro clínico como EPID secundaria a AR versus EPID secundaria a metotrexato con patrón de neumonía intersticial no específica.

Se decide suspender el tratamiento con MTX. Control a los 6 meses y seguimiento por servicio de neumonología y reumatología.

Luego de 6 meses el paciente es reevaluado presentando mejoría clínico-sintomática, mejoría de los parámetros funcionales en la espirometría y distancia de recorrida de test de marcha de 6 minutos. En TC control se observa disminución de los infiltrados en vidrio esmerilado permaneciendo solo en LM y LID. Los cuales desaparecen tras un año de suspensión del mismo

Comentario: Se presenta el siguiente caso que pone en evidencia que el MTX, fármaco que se utiliza con frecuencia en el tratamiento de la AR, puede generar una EPID, al igual que la propia enfermedad.

Conclusión: Se concluye que el cuadro clínico del paciente, con empeoramiento de su capacidad funcional e imágenes tomográficas, fue consecuencia del tratamiento con MTX ya que luego de suspender el mismo fue notable la mejoría clínica e imagenológica. El paciente continuó seguimiento multidisciplinario con dichas especialidades.

PC-26-03 // LES, UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA

GOMEZ CUBA, G.; DÁVALOS, C.; BENAVIDES, A.; CONTEZINI, J.; BOJANOVICH, J.
Sarmic Eldorado. Misiones, Argentina.

Introducción: Trastorno autoinmune crónico, caracterizado por producción de autoanticuerpos dirigidos contra antígenos nucleares y citoplasmáticos, afecta varios órganos, con una gran cantidad de cuadros clínicos y anomalías inmunológicas, caracterizadas por un curso clínico recurrente y remitente. Generalmente afecta a mujeres (9/1) entre la 3ª y 4ª década.

Caso: Femenino de 38 años de edad, inicia cuadro caracterizado por cefalea, dificultad para la marcha, equivalentes febriles, postración y escasa respuesta a estímulos verbales. Ingresó hiporreactiva, Vigil, con tendencia a la somnolencia en decúbito obligado. Adelgazada. Presencia de Muguet oral. A nivel de SNC, Presenta signos meníngeos, rigidez de nuca, signo de Kerning y Brudzinski positivo. Plejía braquiocrural derecha. Estudios complementarios: Hemograma conservado, Punción lumbar conservada, serologías negativas. TAC de cerebro con contraste EV imágenes hipodensas, mal definidas, que comprometen ambos núcleos lenticulares, algunas de aspecto pseudonodular, tras la inyección de contraste yodado no mostraron realce significativo. Descartar toxoplasmosis. RMN de cerebro que se observa imágenes hiperintensas e hipointensas que abarca ambos núcleos de la base con edema adyacente. Se lo atribuye a focos de Stroke venoso profundo asociado a aisladas imágenes puntiformes, microangiopatías en centros ovoides. Angiografía venosa cerebral no se observan culminaciones del sistema venoso profundo transtalámico. Diagnóstico Trombosis venosa cerebral. Se inicia tratamiento con enoxaparina. Se solicita dosaje de anticuerpos para descartar SAF: Ac anticardiolipina Ig G-IgM, Ac beta 2 glicoproteína IgG-IgM, asumiendo como síndrome antifosfolípido, inicia metilprednisolona a dosis inmunosupresora. Se solicita dosaje de C3I, C4 positivo, FAN positivo, Antinucleosoma positivo, asumiéndose como LES. Se asume como trombosis venosa cerebral secundario a síndrome antifosfolípido en paciente con LES de reciente, inicia tratamiento con hidroxiquina. La paciente evoluciona de manera regular con la terapéutica instaurada, escasa recuperación del sensorio, con trastornos deglutorios, por lo que se procede a la realización de gastrostomía.

Comentario: La paciente ingresa con notable síndrome consuntivo asociado a registros febriles y deterioro severo del sensorio por lo que se sospecha de inmunocompromiso, debido a la elevada frecuencia de pacientes que acuden a consulta en estadios finales de inmunocompromiso adquirido. Cabe destacar la presentación atípica de una enfermedad autoinmune de baja incidencia

Conclusión: Las enfermedades reumáticas generan un desafío para la práctica clínica diaria debido a lo amplio de sus manifestaciones y lo poco consensuado de su diagnóstico/tratamiento. Por ello debemos siempre tener en cuenta y más aun cuando los cuadros de presentación o el diagnóstico final no nos de clara la patología. Como conclusión final debemos remarcar que son enfermedades que necesitan una constante actualización tanto investigativa como académica

PC-26-04 // ENCEFALITIS POR ANTICUERPOS ANTIRRECEPTOR DE N-METIL-D-ASPARTATO (ANTI-NMDA). CLÍNICOS VS EXORCISTAS

GUIDA, P.; PALMA, J.; SERRA, A.; BASSI, G.; LABARONNE, E.; GARITTA, N.; AHUMADA, N.; LINGUA, E.; PENDINO, J.; PARODI, R.
Hospital Provincial Del Centenario. Santa Fe, Argentina.

Introducción: **Introducción:** La encefalitis por anticuerpos contra el receptor N-metil-D- aspartato (NMDA) es una patología neurológica autoinmune que afecta principalmente a adultos jóvenes, predominantemente mujeres y niños. Un gran porcentaje está asociado a procesos tumorales. Clínicamente los pacientes desarrollan de manera rápida y secuencial síntomas neuropsiquiátricos, crisis convulsivas que progresan hacia un rápido deterioro del nivel de consciencia, mutismo, catatonía y movimientos anormales. Es una patología potencialmente reversible y el grado de secuelas va a depender de la rapidez en el inicio del tratamiento.

Caso: Caso clínico: Paciente varón de 19 años, sin antecedentes patológicos, comenzó con conductas auto-agresivas y alucinaciones auditivas luego de situación de estrés emocional, lo que motivó a múltiples consultas recibiendo benzodiazepinas y neurolepticos. Presentó progresiva apatía, mutismo, rigidez y convulsiones tónico clónicas por lo que se decidió internación en Unidad de Terapia Intensiva. Al examen físico se encontraba afebril, presentaba facie inexpresiva, discinesias oro-linguo-faciales, movimientos oculogiros, espasticidad de los cuartos miembros e hiperreflexia, sin signos meníngeos. A nivel analítico se constató valor de leucocitos y reactantes de fase aguda dentro de rango normal. La resonancia magnética de cráneo, el análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) y el electroencefalograma no presentaron alteraciones. Evolucionó desfavorablemente persistiendo con cuadro de excitación psicomotriz y convulsiones a pesar del tratamiento antimicrobiano, con requerimiento de sedación y vinculación a asistencia respiratoria mecánica. Se realizó una segunda neuroimagen que evidenció engrosamiento paquimeningeo difuso con refuerzo al contraste y punción lumbar con pleocitosis a predominio de polimorfonucleares. Además presentó PCR virales y cultivo microbiológico negativo en LCR. Por no poder descartar etiología infecciosa se instauró antibioterapia empírica sin evidenciar mejoría. Ante la falta de respuesta a los tratamientos instaurados se solicitó IgG anti-NMDA en LCR resultando positivo, llegando al diagnóstico de encefalitis autoinmune por anticuerpos anti-NMDA. Realizó tratamiento con corticoterapia e inmunoglobulina evidenciándose respuesta favorable a las 2 semanas del mismo.

Comentario: sin datos

Conclusión: **Conclusión:** La encefalitis autoinmune es una patología infrecuente y descripta recientemente. El diagnóstico suele retrasarse al confundirse con encefalitis virales, procesos psiquiátricos primarios, ingestas de drogas y síndrome neuroleptico maligno, coincidiendo con los planteos diagnósticos diferenciales pensados inicialmente en este caso. La etiología autoinmune debe considerarse en los cuadros con alteraciones de la conducta, cognición y compromiso de la conciencia de instauración subaguda, una vez descartadas las causas infecciosas, metabólicas y vasculares.

PC-26-06 // ANEMIA HEMOLÍTICA AUTOINMUNE Y MIELOFIBROSIS COMO DEBUT DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, EN CONTEXTO DE BACTERIEMIA POR SAMS, EN ADULTO JOVEN

MAITA ROMERO, G.; RUEDA DUARTE, N.; CARROZZA, M.
Hospital Posadas. Haedo, Argentina.

Introducción: El Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune, inflamatoria crónica, de etiología desconocida, que se caracteriza por la formación de auto anticuerpos y compromiso multisistémico.

Es una enfermedad poco frecuente, con una incidencia creciente. En el mundo la prevalencia se estima alrededor de 1:1000 a 1:1600 habitantes. Predomina en las mujeres (9:1) preponderantemente entre la segunda y la quinta década de la vida. En su etiología intervienen factores genéticos, hormonales y ambientales, entre los que cabe destacar algunas infecciones, especialmente virales, y la exposición a la luz ultravioleta o determinados fármacos. Las manifestaciones clínicas son muy amplias, siendo las mucocutáneas, hematológicas, articulares y la nefritis lúpica las más frecuentes. Dentro de las alteraciones hematológicas más frecuentes está la anemia, la cual se ha reportado entre un 50 al 78% de los pacientes.

Caso: Paciente masculino de 22 años de edad con antecedentes de artritis psoriásica de reciente diagnóstico, sin tratamiento. Se presenta al servicio de urgencias de otro centro, por cuadro de 6 meses de fiebre, diaforesis, pérdida de peso 40 kg, astenia, adinamia, adenopatías cervicales y odinofagia, que en los últimos días añade ictericia, epistaxis y edema de miembros inferiores. Al examen físico encuentran adenopatías inguinales, lesiones cutáneas y áreas de hiperpigmentación en extremidades. Estudios de laboratorio mostraron tricitemia, coagulopatía, hiperbilirrubinemia a predominio directo, hipertransaminasemia, elevación de la lactato deshidrogenasa y la fosfatasa alcalina, hipoalbuminemia, factor reumatoideo positivo, hipocomplementemia, y el sedimento urinario con proteinuria y cilindros granulados dismórficos. Evolucionó con mayor tricitemia, efectúan prueba Coombs directa (++++). Recibió metilprednisolona 1grs 2 dosis. Por aislamiento en hemocultivos 2/2 de *Staphylococcus aureus* meticilino sensible (SAMS) recibió tratamiento con Cefalotina 1 gr cada 6 h durante 8 días. Descartaron endocarditis infecciosa y embolias sépticas. Por evolución tórpida, y sospecha de síndrome linfoproliferativo se derivó a nuestra institución.

Se realizó tomografía de tórax y abdomen que informó múltiples imágenes ganglionares, derrame pleural bilateral, ascitis y esplenomegalia. Colangioresonancia: normal.

Se complementa estudios con serologías HIV HVB, HVC, HVA, que resultan negativas, creatinina 1, Ferritina mayor a 1500, hipertriglicidemia, IgG elevada, citometría de flujo con linfocitos NK 10%, C3 y C4 bajos, ANA 1/60, adNA 1/1280, aRibosomal Positivo, aRo/antihistonas positivo; Factor reumatoideo negativo, anti CCP negativo, ANCA negativo, anti músculo liso y anti LKM negativos. Frotis de sangre periférica sin esquistocitos. Biopsia de médula ósea: fibrosis reticulínica grado 3 (MF-3), sin signos de transformación elástica e hiperplasia megacarioctica. Sedimento urinario con proteínas ++, cilindros escasos, hematuria, proteinuria de 24 horas 1,39 grs. Biopsia renal: glomerulonefritis lúpica difusa endocapilar + membranosas clase IV+ V. Se realizó paracentesis y toracentesis, sin aislamiento en cultivos, ADA de líquido pleural normal. Muestras de esputo homogeneizado reportó con escasos BAAR, por lo que recibió tratamiento antifímico alternativo, sin hepatotóxicos, hasta resultado negativo del Genexpert.

Con el diagnóstico final de Lupus Eritematoso Sistémico con compromiso hematológico, cutáneo y renal, se instauró tratamiento médico con pulsos de metilprednisolona 1gr. endovenoso cada día por 3 días con mejoría de los signos y síntomas y mejoría de los parámetros de laboratorio, posteriormente se continuó con prednisona a dosis de 1 mg/kg de peso más ciclofosfamida previo al alta. Y, en contexto de bacteriemia no complicada por SAMS cumplió 14 días de tratamiento antibiótico dirigido.

Comentario: Las manifestaciones hematológicas en el LES constituyen un importante y frecuente aspecto dentro de los trastornos más frecuentes están la anemia debida a trastornos crónicos, anemia hemolítica autoinmune, anemia por deficiencia de hierro, mielotoxicidad inducida por drogas, anemia de la insuficiencia renal; otros tipos de anemia menos comunes son: aplasia pura de serie roja, anemia perniciosas, mielofibrosis, anemia sideroblástica, síndrome hemofagocítico y anemia hemolítica microangiopática.

La mielofibrosis se caracteriza por hiperproliferación de la médula ósea con dismielopoiesis y megacariocitos hipobulados, fibrosis, citopenias o citosis, y esplenomegalia progresiva. Se ha informado mielofibrosis autoinmune en un pequeño número de pacientes con LES; con buena respuesta a los glucocorticoides.

El diagnóstico y tratamiento precoz en estos pacientes es muy importante para evitar daños irreversibles y alcanzar lo antes posible la remisión.

Conclusión: En nuestro paciente, adulto joven, se cree que la presentación inicial de anemia hemolítica autoinmune asociado a la mielofibrosis, fueron el debut de su LES, en contexto de la bacteriemia por SAMS y no secundario a un proceso linfoproliferativo ni hemofagocítico, los cuales fueron desestimados en el transcurso de la internación.

PC-26-05 // ENFERMEDAD RELACIONADA A IGG4 CON COMPROMISO PULMONAR Y AÓRTICO CON RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA

RAMIRE MURILLO, R.; MOREYRA, R.; ORQUERA, C.; DE LA VIÑA, D.
Sanatorio De La Trinidad Mitre. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La enfermedad relacionada por IgG4 (ER-IgG4) se describió en el año 2001 como causa de pancreatitis autoinmune, diez años después se postuló su compromiso sistémico asignándole su nombre actual. Se trata de una afección inmunomediada asociada a lesiones fibroinflamatorias que puede afectar prácticamente cualquier órgano.

Caso: Hombre de 64 años de edad con antecedente de hipertensión arterial. Ingresó por cuadro clínico de 1 mes de evolución consistente en registros febriles, tos con expectoración, astenia y pérdida de peso. Al examen físico signos vitales normales y escasas sibilancias bibasales. Laboratorio con leucocitos: 10.400/mm³, eosinofilia (572/mm³), VSG 85 mm, PCR 147.4 mg/dl. TC de tórax con imágenes nodulares en ambos lóbulos inferiores, la mayor en lóbulo inferior derecho, asociado a ganglios mediastinales. Se realizaron hemocultivos x2, PPD, antigenuria para neumococo, cultivo de esputo, todos negativos. Serología HIV, VDRL, hepatitis B y C negativas. Se indicó antibioterapia empírica, pero por persistencia de registros febriles se estudió con fibrobroncoscopia, con lavado bronquio alveolar sin rescate bacteriológico y PCR para TBC negativa. A fin de descartar causa neoplásica se completó con TC de abdomen y pelvis con hallazgo de periarteritis previo a bifurcación de arterias ilíacas primitivas. Estudios reumatológicos con FAN y FR negativos, complemento y proteinograma electroforético normales. Por la presencia de afectación pulmonar y periarteritis se planteó la posibilidad de vasculitis vs enfermedad relacionada a IgG4. Se realizó biopsia de pulmón con anatomía patológica que informó denso infiltrado linfoplasmocitario, flebitis, arteritis obliterante, fibrosis estromal intersticial y una relación IgG4+/IgG mayor al 40%. Posteriormente se recibió resultado de IgG total 1546 g/L e IgG4 499 mg/dl (VN <200), ANCA-p positivo (1/40), con ac. Antimieloperoxidasa positivos. Evolucionó con descenso de la curva térmica y normalización de reactantes de fase aguda en forma espontánea. Se realizó TC de tórax de control donde se observó resolución completa de las lesiones pulmonares. Se interpretó como enfermedad relacionada con IgG4 con compromiso pulmonar y aórtico con resolución espontánea, por dicho motivo se decidió mantener conducta expectante respecto al tratamiento inmunosupresor, con controles de laboratorio e imágenes periódicos. Al momento luego de 8 meses de tratamiento con presentó recaída de enfermedad.

Comentario: Al tratarse de una enfermedad sistémica, la ER-IgG4 puede confundirse fácilmente con enfermedades neoplásicas, infecciosas, vasculitis y otras afecciones inmunomediadas, por lo que a menudo representa un reto diagnóstico. En nuestro caso el compromiso pulmonar y aórtico, sumado a los niveles séricos de IgG4 y los hallazgos anatomopatológicos compatibles, sustentaron al diagnóstico. Existen reportes de resolución espontánea de esta patología, tal como sucedió en este caso.

Conclusión: .

PC-26-07 // SARCOIDOSIS EXTRAPULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

CABRAL, D.; CASOLA, P.; CATTAY, L.; RIZZOTTI, C.

Hospital De Alta Complejidad Pte. Juan Domingo Perón. Formosa, Argentina.

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad multisistémica granulomatosa de causa desconocida. Su presentación más común se representa con la afectación pulmonar y es importante descartar los diagnósticos diferenciales, debido al antagonismo del tratamiento.

Caso: Paciente masculino de 26 años, comienza hace 4 meses con tos irritativa dolor precordial opresivo 7/10 sudoración nocturna acude a centro de salud donde se asume como infección respiratoria. Evolucionó con disnea CF II/III dolor precordial 10/10, se realiza ecocardiograma: derrame pericárdico severo con compresión de cavidades derechas sin taponamiento cardíaco, ingresa a UCO se realiza pericardiocentesis y toracentesis. EXAMEN FÍSICO: R1-R2 hipofonéticos, ritmo regular. Pulso paradójico. Linguitación yugular 2/3 no colapsable. Aparato respiratorio: hipoventilación bibasal, rales crepitantes húmedos en campo mediobasal derecho. PPDnegativa. Cultivos BAAR de líquido pleural: negativos ADA: negativo. En TAC de tórax: derrame pleural bilateral a predominio derecho con compresión del parénquima pulmonar, derrame pericárdico, imágenes ganglionares aumentadas en número y tamaño en mediastino anterosuperior. Abdomen: 2 imágenes nodulares de 24 x 18 y 20 x 15mm de aspecto adenopático por encima del tronco celiaco. Es dado de alta. Reingresa a los 45 días por dolor pleurítico y fiebre de 7 días de evolución. Al examen físico hipoventilación en base derecha y crepitantes gruesos en aparato cardiovascular: ritmo regular, r1-r2 hipofonéticos en foco mitral, se ausculta soplo tricuspídeo 2/6. Se realiza TAC de tórax: derrame pleural localizado en probable relación con cirugía mayor en playa pulmonar derecha. Laboratorio: hto:44 hb:14 GB:9670 NS:77 plaquetas:464000 Serologías HIV/HEP B C/CHAGAS/VDRL/toxoplasmosis/< negativos. Hemocultivos/Urocultivos: negativos. Se realiza toracoscopia y se inicia tratamiento empírico con piperacilina tazobactam y antifímicos. Se recibe biopsia de pleura: La histología (anexo imagen) informa fragmentos de tejido pleural y pulmonar de aspecto inflamatorio crónico granulomatoso constituido por granulomas tipo tuberculoide con áreas de necrosis central y de células gigantes multinucleadas de tipo langhans. Ziehl neelsen en busca de BAAR: negativo. Se recibe dosaje de ECA: 30 U/L. Cultivo de peel pleural para BAAR: negativo. Se inicia tratamiento con corticoides 1mg/kg con buena respuesta. Se descartan diagnósticos diferenciales como micosis profundas y tuberculosis

Comentario: Debido a que la sarcoidosis es la gran imitadora y no hay una prueba estándar específica para su diagnóstico, se necesita no solo una historia clínica detallada sino un enfoque multidisciplinario para evaluar la progresión de la enfermedad, investigar el compromiso extrapulmonar e impacto en otros órganos afectados y descartar diagnósticos alternativos

Conclusión: Se busca lograr con este trabajo la difusión de esta enfermedad para mejorar el conocimiento sobre la misma, diagnóstico y tratamiento oportuno.

PC-26-08 // CÓLICOS BILIARES Y ENFERMEDAD AUTOINMUNE

JURADO BARRIOS, A.; COO, L.; RAMIREZ MARTINEZ, M.; GOTTÁS, A.; MENDIZABAL, M.; ALIAGA, A.;

CARRIZO, J.; LANGELLOTTI, L.; TAFFAREL, C.; LARREA, R.

Hospital Central De San Isidro Dr. Melchor Ángel Posse?. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La colangitis esclerosante primaria es una enfermedad colestásica crónica, que se caracteriza por inflamación y fibrosis de la vía biliar intra y extrahepática, que puede llevar a la cirrosis, así como colangitis bacterianas recurrentes. Una gran proporción se asocian a enfermedad intestinal inflamatoria, y un grupo menor a colangiocarcinoma. También existe una mayor incidencia de cáncer de colon y de vesícula.

La mayor parte de los pacientes son asintomáticos, y suelen presentar patrón colestásico en el laboratorio, mientras que la titulación de anticuerpos más colangiorensonancia constituyen el gold standard para el diagnóstico.

Caso: Femenina de 48 años con pérdida de 15 kg en 2 meses, consulta por dolor en hipocondrio derecho tipo cólico, que lleva 2 meses de evolución asociado a vómitos ocasionales. Asociado a este cuadro, presenta glucemias elevadas, anemia normocítica normocrómica, hiperbilirrubinemia a predominio directo con FAL elevada, y disociación albúmino proteica. Realizamos TC de abdomen que evidenció hepatomegalia, con cabeza de páncreas globuloso con realce con la administración de contraste y dolicosigma. Solicitamos dosaje de Ig-G, Ig-M, LKM-1, ANA, ANTIMUSCULO LISO y ANCAP; con resultado compatible con colangitis esclerosante primaria. Indicamos tratamiento con ácido ursodexosólico con buena tolerancia.

Comentario: La colangitis esclerosante primaria es una patología que debe sospecharse en un paciente con patrón colestásico persistente y ecografía normal. Esta sospecha debe ser temprana debido a que el manejo precoz permite un mejor manejo de las complicaciones.

Conclusión: Debido a que los cólicos biliares son motivo frecuente de consulta. Es importante sospechar otro tipo de enfermedad cuando la historia del paciente se acompaña de sintomatología crónica, principalmente en el caso de la pérdida de peso

PC-26-10 // ISQUEMIA MESENTÉRICA COMO PRESENTACIÓN DE VASCULITIS ANCA

BIANCHI, M.; CARLINI, S.; PERALTA, F.; VILLALBA, M.; NAVARRO, I.; SANTAMARÍA, V.; CALCABRINI, R.;

URRUTIA ERBETTA, L.; TURRIN, H.

Hip. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Las manifestaciones gastrointestinales de churg-strauss ocurren en el 35%-45% de los pacientes.

-Se pueden presentar en forma de inflamación vasculítica difusa o nodular de la mucosa intestinal, isquemia, hemorragia o perforación.

-el dolor abdominal es la manifestación clínica más frecuente, seguido por diarrea y hemorragia intestinal.

-el dolor abdominal no se asocia con mal pronóstico, pero si la afección severa gastrointestinal, la cual es la principal causa de muerte en este síndrome.

Caso: Mujer de 49 años con antecedente de asma en tratamiento con broncodilatadores, con aumento de cuadros agudos de broncoespasmo en los últimos 3 años que consulta por dolor abdominal periumbilical, sin defensa ni reacción peritoneal. Asociado a vómitos e intolerancia oral de 1 mes de evolución.

AP: asma

AHF: papá ca de colon, mamá ca esofago.

Al ingreso paciente adelgazada, lucida, normotensa.

Abdomen excavado, blando, depresible, doloroso en región periumbilical, sin defensa ni reacción peritoneal. Rha-.

Buena mecánica ventilatoria, sin ruidos agregados.

Diuresis y catarsis conservadas sin alteraciones

Presenta estudios complementarios 15 días previos: tc de torax y abdomen y angiografía mesentérica sin alteraciones, laboratorio eosinofilia severa. Biopsia esófago, estomago, duodeno, yeyuno, colon: leve atrofia en vellosidades duodenales, sin infiltrado de eosinófilos en pared. Anca negativo.

Se realizo durante la internación laboratorio:

Anemia, hipalbuminemia, hipocolesterolemia, leucocitos eosinofilia, anca p +.

Por la sospecha de vasculitis se realiza tratamiento con pulsos de corticoides.

La paciente intercorre con dolor abdominal intenso, hipotensión. Se realiza tc de abdomen y pelvis, se observa liquido libre compatible con abdomen agudo perforativo.

Se realiza enterectomía con duodenostomía de 4 porción bajo el contexto de abdomen agudo perforativo por isquemia mesentérica con múltiples perforación de delgado.

Comentario: El dolor abdominal de larga data puede considerarse como sintoma cardinal de las vasculitis. El diagnóstico tardío puede asociarse a un mal pronóstico de la enfermedad, llegando a severas e irreversibles complicaciones gastrointestinales.

Conclusión: Debemos recordar que el dolor abdominal puede ser una forma de presentación inusual de las vasculitis y acarrear complicaciones severas. Por lo tanto es importante jerarquizar el cuadro clínico y la sospecha diagnóstica a pesar de estudios complementarios no concluyentes.

PC-26-09 // HEMORRAGIA INTRACEREBRAL COMO MANIFESTACIÓN PRIMARIA DE GRANULOMATOSIS EOSINOFILICA CON POLIANGIITIS, SÍNDROME DE CHURG STRAUSS: REPORTE DE UN CASO

TORRES, L.; MALVESTITI, M.; FARRONI, K.

Clínica San Jorge. Tierra Del Fuego, Argentina.

Introducción: En adultos jóvenes, la hemorragia intracerebral exige evaluación de causas secundarias dentro de las cuales, aunque infrecuentes, se reportan las vasculitis. La Granulomatosis eosinofílica con poliangiitis (Síndrome de Churg Strauss (SCC), es una vasculitis que afecta los vasos de pequeño calibre, caracterizada por hipereosinofilia e infiltrados eosinofílicos tisulares, en la cual, la neuropatía periférica es la afectación característica del sistema nervioso, con pocos reportes de HIC. Este es el caso de un paciente de 47 años con antecedente de asma que presentó hemorragia intraparenquimatosa encefálica, púrpura, miopericarditis e hipereosinofilia como manifestación inicial del SCC.

Caso: Paciente masculino de 47 años, asmático, admitido en UCI por hemiplejía izquierda de instauración progresiva en 48hs, normotenso, SCG 15/15; 7 días previos presentó púrpura palpable en tronco y miembros. TC cerebral: hemorragia intraparenquimatosa frontal derecha (35cc)(Fig.1a). Laboratorio: hipereosinofilia (5.800/mm3), plaquetopenia (99.000/mm3), reactantes de fase aguda (VES 70mm, PCR 101.4mg/l), troponina elevada (212pg/ml); Ac antinucleares, antiADN, ANCA, antifosfolípidicos y serología HIV negativos, complemento y proteinograma por electroforesis normales. ECG: infradesnivel ST y T negativas cara anterolateral. Rx de tórax: cardiomegalia. Ecocardiograma: derrame pericárdico moderado. Angiografía de vasos intracraneales sin lesiones. Biopsia de piel: vasculitis con infiltración de neutrófilos y eosinófilos. Inició tratamiento con metilprednisolona 1gr e.v. 3 días logrando normalizar parámetros de laboratorio en 48 hs. A las 72 hs presentó deterioro neurológico; aumento del edema perilesional con requerimiento de evacuación quirúrgica. Evolucionó favorablemente, con mejoría neurológica progresiva, continúa terapia combinada de corticoides y azatioprina, neurorrehabilitación. Actualmente es independiente para las AVD.

Comentario: Justifica el reporte de este caso, la presentación poco usual de una hemorragia intraparenquimatosa cerebral con arteriografía normal como manifestación principal de una vasculitis con marcadores inmunológicos negativos y buena respuesta al tratamiento inmunosupresor combinado de glucocorticoides y azatioprina.

Conclusión: Las vasculitis engloban un grupo heterogéneo de enfermedades que constituyen un desafío diagnóstico a pesar del avance de los marcadores inmunológicos y métodos por imágenes. Si bien el compromiso del sistema nervioso central es relativamente frecuente, la hemorragia intracerebral como presentación inicial, no lo es, por lo que el cuadro clínico acompañante fue fundamental para la sospecha diagnóstica.

PC-26-11 // ENCEFALITIS AUTOINMUNE POR ANTICUERPOS ANTI NMDA

DÁVALOS, C.; PAVIOLO, J.; BENAVIDES, A.; CARDOZO, I.

Sarnic Eldorado. Misiones, Argentina.

Introducción: La encefalitis asociada a anticuerpos contra el receptor N-metil-D-aspartato (NMDAR) se caracteriza por la presencia de anticuerpos contra el receptor para. Los pacientes suelen ser adultos jóvenes, mujeres, que presentan de manera rápida y secuencial: psicosis, movimientos anormales, disfunción autonómica y coma. Las crisis epilépticas son variables. Suele confundirse con encefalitis víricas, ingesta de drogas y síndrome neuroléptico maligno.

Caso: Paciente sexo femenino de 16 años sin antecedentes patológicos.

Motivo de consulta: Alteración de la conciencia

Enfermedad actual: cuadro progresivo caracterizado por cambios conductuales, episodios transitorios de pérdida de conciencia con apatía, indiferencia, alteración del lenguaje, crisis epilépticas, agrega, alteración de la marcha, alucinaciones visuales, incontinencia de esfínter, evolucionando al estatus epiléptico a la cuarta semana de iniciado los síntomas.

Examen físico: vigil, en mutismo, moviliza los 4 miembros al estímulo doloroso con menor intención a nivel braquiocrural izquierdo, sensibilidad y taxia no evaluables sin signos meníngeos. Crisis clónicas continuas de hemisferio derecho a predominio facial.

Estudios Complementarios:

Laboratorio: Hemograma, Glucemia, Función renal, conservados.

Serología HIV/VDRL/Hepatitis B /C, Dengue/Leptospirosis no reactivos

LCR: incoloro, límpido, proteínas: 19. Leucocitos 1/mm3, hematíes 24/mm3 normales, glucosa 74. Cultivos bacteriológicos negativos. PCR para CMV, Enterovirus, HSV-1, HSV-2, HHV-6 y VZV Negativos.

Perfil reumatológico sin hallazgos patológicos.

Ecografía Ginecológica y TAC de abdomen y pelvis normales

RNM de Cerebro: lesión hipointensa mal definida en las secuencias que ponderan T1, hiperintensas en las secuencias de T2 y Flair, cortico-subcortical, a nivel temporo parietal y tálamo derecho sin refuerzo con el contraste
Electroencefalograma: lentificación de la actividad frontotemporal derecha y espigas frontotemporales derechas frecuentes.

Panel de anticuerpos de encefalitis autoinmune en LCR y suero positivo para anticuerpos anti-NMDAR

Tratamiento: se inicia tratamiento del estatus epiléptico. Paralelamente tratamiento con pulsos de metilprednisolona por 5 días y posteriormente Rituximab.

Evolución: evoluciona favorablemente, recuperación progresiva de estado de conciencia, se suspende la sedación a las 72 hs y al mes, es externada sin secuelas motrices y sin crisis epilépticas.

Comentario: Debido a que su descubrimiento es reciente, su incidencia es todavía poco conocida, lo que probablemente este asociado a la falta de inclusión de esta patología dentro de los diagnósticos diferenciales, ante un cuadro clínico compatible.

Conclusión: Dado su creciente reconocimiento y prevalencia, las causas autoinmunes siempre deben considerarse en los cuadros de alteraciones de la conducta o de conciencia de instalación subaguda, sobre todo en jóvenes y una vez descartadas las causas infecciosas, metabólicas y vasculares con un estudio complementario apropiado.

PC-26-12 // TAPONAMIENTO CARDÍACO SECUNDARIO A LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, A PROPÓSITO DE UN CASO

IAMONICO, E.; MORENO, D.; VEGA, A.; MECCICO, M.; AGUIAR, V.; GUTIERREZ, M.; ISA, M.; VOLPI, L.; PACHECO RIPOLL, M.
Hospital Alvarez, Caba, Argentina.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune caracterizada por la producción de autoanticuerpos contra diversos antígenos, que afecta principalmente a mujeres en edad fértil. La diversidad de los síntomas clínicos, serológicos e inmunológicos son el resultado de la activación de mecanismos que puede comprometer virtualmente cualquier órgano, principalmente articulaciones, piel, serosas y riñones.

Caso: Paciente mujer de 38 años de edad con antecedentes de insuficiencia renal crónica e hipotiroidismo. Consulta por astenia y adinamia de 2 meses de evolución, con pérdida de peso y artralgias. El laboratorio evidencia anemia, leucopenia, marcadores de fase aguda elevados, hipocomplementemia, prueba de Coombs directa positiva y orina con proteinuria. En la radiografía de tórax impresiona aumento del tamaño de la silueta cardíaca. Por sospecha clínica de LES se inicia tratamiento empírico con meprednisona a altas dosis. La paciente evoluciona con hipotensión sin evidencias de infección, por lo que se realiza ecocardiograma que muestra derrame pericárdico con colapso parcial de la aurícula derecha, por lo que se realiza interconsulta con servicio de cardiología, optándose por la realización de pericardiocentesis con drenaje de 1000 mL de líquido tipo exudativo, con evolución favorable. Posteriormente se confirma el diagnóstico de LES sumando criterios serológicos de FAN y anticuerpos anti-dsDNA positivos.

Comentario: Presentar el caso de una paciente con diagnóstico taponamiento cardíaco como complicación de LES.

Conclusión: La afectación pericárdica es la lesión cardíaca más frecuente del LES y es la causa más habitual de enfermedad cardíaca sintomática. La frecuencia del taponamiento cardíaco como complicación de la afectación pericárdica en el LES es del 1% y la prednisona a altas dosis, junto con la pericardiocentesis cuando hay compromiso hemodinámico son los pilares del tratamiento, aunque un 20% recae, requiriendo pericardiotomía.

PC-26-13 // VASCULITIS PARANEÓPLÁSICA: DE LA GLOMERULONEFRITIS AL CARCINOMA

DAZAT, I.; QUIROGA SAMPIRISI, J.; MONTE, S.; PUJOL, J.; BEGHETTI, M.; SANTONOCITO, M.; MALBERTI, G.; GÓMEZ PORTILLO, J.
Hospital El Carmen, Mendoza, Argentina.

Introducción: La asociación de vasculitis (VAS) y neoplasias tanto sólidas como hematológicas se describe con cierta frecuencia en la literatura. Estas pueden presentarse antes y posterior al diagnóstico. La determinación de ANCA, de gran utilidad en el diagnóstico de VAS; no es exclusiva de las primarias, ya que los mismos se describen como anticuerpos paraneoplásicos. Dentro de las VAS de pequeño vaso asociadas a ANCA, encontramos la glomerulonefritis rápidamente progresiva (GNRP) síndrome clínico que se manifiesta por signos de daño glomerular, junto con deterioro progresivo de la función renal.

Caso: Varón de 72 años, antecedente de tabaquismo. Ingresó por astenia y prurito generalizado, asociado a hiporexia y pérdida de peso. Examen físico: regular estado general, FC 86 lpm, FR 18 rpm, TA 140/60. Palidez cutáneo mucosa generalizada y adenopatía supraclavicular derecha blanda y móvil. Análisis: Hto 29%, Hb 9.9 mg/dL, Leucocitos 6920/uL, urea 131.5 mg/dL, creatinina 6.16 mg/dL, sedimento de orina: escasas células epiteliales, 15 leucocitos por campo, hemates + de 50 por campo, cilindros hialinos granulados 2-3 por campo, pH 7.33, HCO₃ 19.8 mmol/L, clearance creatinina 10.1 ml/min y proteinuria 1.68 gr/24 hs. Urocultivo: Negativo. Inmunológico: Anti membrana basal negativo, C3 90.7 mg/dL, C4 27.7 mg/dL, ANCA-C negativo, ANCA-P positivo, Ac MPO positivo 12 U/mL, PCR 10.02 mg/L, Inmunoglobulina E 578.9 U/mL. Cadenas Livianas K y L: negativa. Serología: No reactiva. Ecografía renal: Ambos riñones evidencian incremento difuso de la ecogenicidad parenquimatosa, patrón nefropático. Durante la internación presenta hemoptisis, se realiza detección de hemosiderofagos en esputo: tinción de Perl's 9% de hemosiderofagos. TC tórax: Material denso mal definido, en mediastino a nivel pre y para traqueal derecho, que comprime la luz traqueal. Adenopatías en el resto del mediastino y supraclaviculares derechas. TC abdomen y pelvis: dilatación aneurismática de la aorta infrarrenal. Centellograma óseo: sin lesiones en el scan. Biopsia de ganglio supraclavicular: metástasis de carcinoma indiferenciado. Biopsia renal: no se realiza por presentar cambios atróficos. Por sospecha de GNRP se realiza pulsos de metilprednisolona 500 mg/día EV y ciclofosfamida 1 gr. Se decide alta hospitalaria. A los 15 días del alta, reingresa por empeoramiento del fallo renal, se inicia terapia de reemplazo renal. Se solicita PET-TC para estadificación, el cual no llega a realizarse, ya que el paciente presenta evolución tórpida y fallece.

Comentario: Motiva la presentación la complejidad del cuadro de VAS asociada a cáncer, siendo una entidad descrita con poca frecuencia. Si bien no se llegó al diagnóstico definitivo de GNRP por alta sospecha clínica y de laboratorio se decide iniciar tratamiento para VAS.

Conclusión: Se destaca la importancia del conocimiento de las VAS paraneoplásicas, ya que el abordaje terapéutico adecuado de ambas entidades es fundamental para mejorar el pronóstico.

PC-26-14 // VASCULITIS SISTÉMICA CON COMPROMISO DE SNC

PINTOS, C.; BENDELMAN, G.
Hospital Italiano De Bs. As., Capital Federal, Argentina.

Introducción: Las vasculitis se definen por la presencia de infiltrado inflamatorio en la pared de los vasos sanguíneos que conduce a daño estructural de la misma pudiendo manifestarse como procesos primarios o secundarios a la presencia de un trastorno subyacente.

Pueden afectar a vasos de diverso calibre comprometiéndolos así múltiples órganos y sistemas.

Las manifestaciones a nivel del sistema nervioso central pueden verse de manera aislada o en asociación con daño de otros órganos, representando un verdadero desafío diagnóstico.

Caso: Se presenta una paciente de sexo femenino de 63 años de edad, ex tabaquista, evaluada ambulatoriamente en el transcurso de dos meses por eventos cerebrovasculares isquémicos con afectación de distintos territorios (parietal izquierdo, giro prefrontal izquierdo y área temporal derecha con transformación hemorrágica) asociados a hipoacusia neurosensorial progresiva, mareos con dificultad para la marcha y síndrome de impregnación con pérdida de 5 kilogramos de peso. Ingresó a nuestro Centro de Salud por un nuevo accidente isquémico frontal izquierdo, con un laboratorio de ingreso que evidencia anemia microcítica hipocrómica, leucocitosis y trombocitosis; eritrosedimentación y proteína C reactiva elevadas. Presenta además micro hematuria dismórfica con leve deterioro inicial del clearance de creatinina. Interocurre con ojo rojo doloroso con diagnóstico de esclero uveítis. Con la sospecha inicial de enfermedad inflamatoria sistémica con compromiso de sistema nervioso central, se solicitaron crioglobulinas, anticuerpos antinucleares y anticitoplasma de neutrófilos, anti mieloperoxidasa, anti proteinasa 3, así como anticuerpos anti beta 2 microglobulinas, perfil procoagulante y serologías para enfermedades infectocontagiosas sin hallazgos de mención. Se realiza además una punción lumbar con hallazgo en líquido cefalorraquídeo de bandas oligoclonales tipo 4 compatible con inflamación sistémica, sin otros hallazgos. Ante la ausencia de resultados contundentes, se solicita finalmente una tomografía por emisión de positrones que evidencia aumento difuso de fijación de FDG en aorta torácica y otros trayectos vasculares, pudiendo corresponder a vasculitis con sospecha de síndrome de Cogan. Se decide entonces iniciar tratamiento con corticoides sistémicos asociado a ciclofosfamida, a pesar de lo cual la paciente evoluciona tórpida con nuevos eventos vasculares.

Comentario: Se presenta este caso por el desafío diagnóstico y la infrecuencia de la patología

Conclusión: Las vasculitis sistémicas pueden presentarse con afectación de varios órganos y vasos de diversos calibres, dificultando un diagnóstico certero para el inicio de tratamiento oportuno. La presencia de múltiples eventos isquémicos con afectación de territorios distintos sin un causal evidente asociada a parámetros de inflamación debe despertar la sospecha. Arribar al diagnóstico, como en el caso de esta paciente, puede requerir de diversas herramientas y del manejo multidisciplinario.

PC-26-15 // REPORTE DE UN CASO: ENFERMEDAD DE STILL DEL ADULTO EN EL HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE FORMOSA

RAMIS, D.; FIGUEREDO, H.; CASOLA, P.; COPPONI, S.
Hospital De Alta Complejidad Pte. Juan Domingo Perón, Formosa, Argentina.

Introducción: La enfermedad de Still del adulto es una enfermedad reumática inflamatoria de etiología desconocida, que fue descrita por primera vez por Eric Bywaters en 1971; este autor describió a 14 pacientes mayores de 16 años con manifestaciones clínicas similares a la forma sistémica de la artritis crónica juvenil que había sido individualizada en 1897 por George W. Still.

La prevalencia en la población caucásica es de un caso cada 100.000 adultos. Afecta con mayor frecuencia a adultos jóvenes entre 16 y 35 años, aunque se describen casos en mayores de 70. La relación varones/mujeres es aproximadamente de 1:1. Los estudios epidemiológicos realizados en la población japonesa han demostrado una prevalencia ligeramente mayor, que se sitúa entre un 0,73 y un 1,47 por 100.000 habitantes. A diferencia de Europa predomina en el sexo femenino.

Caso: Paciente de 31 años de sexo femenino. Antecedente de hipotiroidismo. Refiere presentar hace aproximadamente 15 días fiebre, odinofagia, tumoración submaxilar derecha dolorosa y rash eritematoso no pruriginoso a predominio de miembros. Fue evaluado en su localidad donde recibe múltiples esquemas antibióticos. El cuadro no mejora agregando episodio de diarrea acuosa más dolor abdominal post prandial, por lo que consulta y queda internada en su localidad. Le realiza laboratorio donde se observan aumento de transaminasa y leucocitosis. Antígeno NS1, dengue, ASLO (negativos). Solicitan su derivación a nuestro nosocomio. Ingresó normotensa febril con iguales signos y síntomas.

Leucocitosis (16.730)

Serología Hepatitis B, C:

Reacción de widal: -

Dengue, zika y chikungunya: -

TAC de tórax y abdomen: esplenomegalia

FERRITINA: 2000

Perfil inmunológico: -

Comentario: Por la clínica de la paciente y sus resultados de laboratorio se asume el cuadro como Enf de Still del adulto.

Es evaluado por el servicio de reumatología y dermatología quien deciden realizar biopsia de las lesiones.

Se inicia tratamiento con esteroides y metrotexate. Cediendo el cuadro febril a las 72 hs de iniciado el tratamiento. Es dada de alta las 48 horas de mejoría del cuadro clínico con tratamiento ambulatorio y control en 15 días.

Conclusión: Es una patología de presentación poco frecuente en el adulto, con escasos datos bibliográficos en dicho rango etario y de etiología desconocida, nos ha motivado a la presentación del caso.

Las decisiones terapéuticas iniciales dependen del grado de actividad de la enfermedad y la gravedad de la afectación del sistema orgánico.

Las decisiones de tratamiento posteriores dependen de la respuesta clínica a las terapias iniciales y de si la enfermedad se caracteriza más por artritis o por signos sistémicos de inflamación. La mayoría de los pacientes se presentan con enfermedad leve a moderada, mientras que un número menor se presenta con enfermedad grave.

Es importante excluir otras afecciones sistémicas que pueden presentarse con síntomas similares al Still, como infección y malignidad, antes de iniciar terapias inmunosupresoras.

PC-26-16 // HEMORRAGIA ALVEOLAR COMO PRESENTACIÓN DE ENFERMEDAD SISTÉMICA

BENÍTEZ CRUZ, A.; BRUETMAN, J.; EARSMAN, G.
Hospital Británico De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción: La hemorragia alveolar difusa (HAD) es una manifestación rara pero potencialmente mortal en pacientes con lupus eritematoso sistémico. Se presenta en el 2 al 5% y predomina sobre todo en el sexo femenino.

Caso: Paciente femenina de 31 años de edad sin antecedentes de relevancia consulta por presentar fiebre, tos y astenia de una semana de evolución. Presenta además 4 episodios de hemoptisis escasa.

Al examen físico se encontraba con disnea de esfuerzo, palabra entrecortada, fiebre, taquipnea y desaturación.

Al ingreso se realiza laboratorio completo que presenta anemia; orina completa al azar con presencia de hematies y proteinuria; TAC de tórax que evidencia múltiples infiltrados alveolares con tendencia a la consolidación, asociadas a broncograma aéreo y áreas en vidrio esmerilado. Con los resultados mencionados se decide realizar lavado broncoalveolar evidenciándose hemorragia intraalveolar en árbol bronquial derecho e izquierdo.

Ante la sospecha de LES se solicitan anticuerpos presentando FAN 1/160 y Anti-DNA positivos, como así también hipocomplementemia y triple positividad para SAF. Se realiza biopsia renal que presenta nefritis lúpica proliferativa difusa (clase IV).

Con los hallazgos mencionados comienza pulsos de corticoides y posteriormente tratamiento con ciclofosfamida. Actualmente en mantenimiento con micofenolato.

Comentario: Dentro de los criterios diagnósticos de la hemorragia alveolar encontramos infiltrados alveolares en ambos campos pulmonares en la radiografía de tórax, insuficiencia respiratoria de inicio agudo, y descenso de la hemoglobina > 3 g/dl. Generalmente aparece en pacientes con manifestaciones extrapulmonares activas y niveles elevados de anticuerpos anti-ADN nativo.

La forma de presentación clínica más frecuente es la disnea, anemia, tos y hemoptisis de comienzo brusco (aunque pueden estar ausente hasta en el 30-50%). La ausencia de hemoptisis no debe descartar el diagnóstico.

Las imágenes radiológicas pulmonares se han descrito como infiltrados pulmonares bilaterales, a veces unilaterales, alveolares y basales. La tomografía es más sensible para la correcta valoración del patrón y distribución de la hemorragia alveolar.

El lavado bronquiolo-alveolar es de utilidad para determinar la identificación de macrófagos cargados con hemosiderina.

Conclusión: La importancia del caso reside en que es una forma de presentación poco frecuente de las enfermedades autoinmunes pero con alta tasa de morbilidad (del 70 al 90%). Entre los factores asociados a mayor mortalidad destacan la presencia de infección pulmonar concomitante, falla renal, necesidad de ventilación mecánica, trombocitopenia, entre otros. El tratamiento debe ser precoz y agresivo, con altas dosis de esteroides, ciclofosfamida y/o recambio plasmático.

PC-26-17 // HIPEROSTOSIS ESQUELETICA IDIOPATICA DIFUSA (DISH), A PROPÓSITO DE UN CASO

OPELLANA, M.; STAVSKY, D.; ROMAY, S.; SELVA, L.; MONTOYA, D.; MARCONI, M.
Pirovano. Capital Federal, Argentina.

Introducción: La hiperostosis esquelética idiopática difusa, o síndrome de Forestier, es una enfermedad reumatológica sistémica no inflamatoria caracterizada por la osificación de ligamentos, inserciones tendinosas y capsulares. El sitio clásico de afectación es la columna toracolumbar, con formación típica de puentes óseos intervertebrales, especialmente a nivel del ligamento longitudinal anterior. Sin embargo, no se limita a la columna vertebral, comprometiendo múltiples sitios periféricos. Su etiología es desconocida, aunque existe fuerte asociación con enfermedades metabólicas. Su prevalencia es elevada, afectando principalmente a hombres mayores de 50 años, siendo en su mayoría un hallazgo en pacientes asintomáticos. Fuera de éstos, la sintomatología raquídea es la más habitual. El diagnóstico es radiológico. El tratamiento puede ser conservador o quirúrgico según la gravedad de los síntomas.

Caso: Paciente masculino de 78 años, con antecedentes de diabetes tipo II, hipertensión arterial, EPOC y extabaquismo (120 p/y). Consulta por disfagia progresiva de tipo orofaríngea para líquidos y sólidos, asociada a pérdida de peso y dolor cervical. Al examen físico, presenta como hallazgo positivo rigidez y disminución de la movilidad de la columna cervical. Se realiza laboratorio al ingreso, con anemia de los trastornos crónicos como única particularidad, con serologías negativas. En la valoración fonaudiológica, evidencia reflejos protectores débiles, dificultad al tragar líquidos y especialmente sólidos con retraso severo en el disparo deglutorio y tos posterior al trago. Para descartar patología orgánica endoluminal, se realiza nasofaringoscopia que evidencia tumoración supraglótica que protruye desde pared posterior, y videoesofagia digestiva alta sin lesiones endoluminales evidentes. Se completa el estudio de videodeglución, que evidencia retardo en la deglución y retención a nivel valedular, y un tránsito esofágico, conservado. Por último, se realiza tomografía computada de cuello observándose gran calcificación del ligamento longitudinal anterior de la columna cervical con sindesmotitos que comprimen laringe y esófago. En base a las características radiológicas se establece diagnóstico de DISH. Es evaluado por neurocirugía para resolución quirúrgica, con la cual el paciente evoluciona favorablemente, con inicio en pocas semanas de alimentación semisólida.

Comentario: Se presenta el caso de un paciente con compromiso cervical por DISH, lo cual constituye una forma infrecuente de presentación de una patología con importante prevalencia en mayores de 50 años, pese a lo cual continúa siendo poco conocida.

Conclusión: Ésta debe ser considerada en pacientes de edad avanzada que consulten por disfagia. El diagnóstico se basa en criterios radiológicos clásicos que, aunque vigentes, hacen necesaria una revisión y actualización de los mismos a medida que se conoce la enfermedad y su espectro clínico.

PC-26-18 // POLIANGEITIS MICROSCÓPICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

MILITANO, A.; AGUILAR, N.; ILLARIETTI, C.; QUIROZ, M.; FRANCO, E.
Hospital Julio C. Peralta. Chaco, Argentina.

Introducción: Las vasculitis son enfermedades que tienen en común la inflamación con o sin necrosis de las paredes de los vasos sanguíneos. Dentro de las vasculitis de vasos pequeños, se encuentran las asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA): poliangeitis granulomatosa (PGA), poliangeitis microscópica (PAM) y poliangeitis granulomatosa eosinofílica. La PAM es definida como vasculitis necrotizante, 95% de los pacientes presentan ANCA. Puede presentarse con astenia y artralgias, predomina la afectación renal como glomerulonefritis necrotizante y capilaritis pulmonar: hemorragia alveolar difusa.

El tratamiento se realiza con pulsos de ciclofosfamida 15mg/kg a intervalos de 14-21 días por 3 a 6 meses, más prednisona 1mg/kg/día, o infusión intravenosa de metilprednisona 250-500mg junto con los dos primeros pulsos de ciclofosfamida. Es indicación, plasmáferesis en aquellos que presenten falla renal severa o hemorragia alveolar.

Caso: Paciente masculino de 55 años, hipertenso, quien presenta tos de 3 semanas de evolución, consulta a centro de salud, se realiza laboratorio que evidencia anemia leve, leucocitosis, eritrosedimentación acelerada, creatinina 7,55 mg/dl; con proteinuria y sedimento urinario con hematies; esputo con abundantes hematies. En radiografía de tórax se observan múltiples imágenes nodulares en ambos campos pulmonares. Es internado en nuestro hospital, se repite laboratorio que evidencia caída de 5 puntos de hematocrito y falla renal. Se solicitan anticuerpos siendo C-ANCA positivo 1/20, Ac antiMPO positivo, anticuerpo antinucleocitoplasmático negativo, complemento sin consumo. Se solicita tomografía de tórax en la que se aprecian múltiples nódulos pulmonares bilaterales, con áreas de infiltrados en vidrio esmerilado de ubicación central. Se solicita fibrobroncoscopia constatándose sangrado de bronquios pulmonares. Se asume como PAM con compromiso pulmonar y renal, se inicia pulsos de ciclofosfamida 1 gr/día y metilprednisona 1gr/día por tres días consecutivos, continuando con meprednisona 60mg/día. Evoluciona con mejoría clínica y es dado de alta a los 10 días.

Comentario: Nuestro paciente presenta clínica compatible con Síndrome Riñón Pulmón y habiéndose descartado causas infecciosas (HIV, tuberculosis y micoplasma) se orienta hacia una etiología vasculítica con la positividad C-ANCA 1/20 y Ac anti MPO.

Si bien dentro del patrón inmunológico de las vasculitis es más frecuente para el diagnóstico de PAM la expresión de anticuerpos P-ANCA/anti-MPO (70%) que la de C-ANCA/ anti-PR 3 (30%), en este caso la clínica nos orienta hacia PAM debido al compromiso riñón-pulmón característico de esta entidad y la ausencia de compromiso del tracto respiratorio superior así como la ausencia de imágenes nodulares cavitadas en los estudios imagenológicos.

Conclusión: Nos encontramos ante un paciente que no presenta patrón inmunológico típico de PAM, si bien a los fines prácticos, tratase de una entidad u otra, ambas comparten similitudes en el tratamiento.

PC-26-19 // SAF Y CRIOGLOBULINEMIA: LA TORMENTA PERFECTA

AGUIRRE, M.; KONDRATZKY, D.; AGUZEZKO, R.; MUÑOZ, M.
Samic Obera. Misiones, Argentina.

Introducción: La crioglobulinemia es una vasculitis de vasos pequeños mediada por complejos inmunes que precipitan a bajas temperaturas, normalmente afectan la piel, los riñones y los nervios periféricos. El síndrome antifosfolípido es un trastorno de hipercoagulabilidad autoinmune que causa trombosis de los vasos sanguíneos, por anticuerpos antifosfolípidicos y se asocia a múltiples causas.

Caso: Paciente masculino de 35 años, tabaquista, estilista ocasional consulta en 2004 con 19 años por presentar úlceras dolorosas y lesiones ampollares en miembros inferiores, con buena respuesta a corticoides, abandonando el tratamiento luego del alta; en 2012 con 28 años consulta por TVP diagnosticándose SAF con anticuerpos anticardiolipinas y anticoagulante lúpico positivos, inicia anticoagulantes orales no completando tratamiento; en el año 2017 a los 33 años evoluciona con necrosis isquémica de hallux y se diagnostica anemia hemolítica autoinmune por anticuerpos fríos de tipo IgM; vuelve a incumplir tratamiento. Acude al nosocomio en septiembre de 2020 por presentar úlceras en cara dorsal de pie derecho y cara interna de tobillo derecho, dolorosas, de aproximadamente 3 meses de evolución, con disminución de la temperatura local, disminución de pulso pedio. Presenta además al examen físico palidez mucocutánea, esplenomegalia, dedos en palillo de tambor en manos, amputación de dedo meñique de mano derecha por necrosis.

En el laboratorio presenta anemia, trombocitopenia, FAL y LDH aumentados, tiempo de protrombina aumentado, serologías para HIV, HC, HB, no reactivos. VDRL 4 dils (falso positivo). FAN positivo, Ac antinucleosoma IgG positivo, C3 y C4 disminuidos. Proteínograma electroforético con aumento de alfa 1.

Ecografía abdominal con ecogenicidad hepática aumentada, líquido en Morrison, esplenomegalia.

En ecodoppler arterial de MID no se visualiza flujo desde arteria pedia hacia distal.

Se inicia tratamiento con anticoagulantes orales y prednisona con buena evolución.

Comentario: En pacientes con lesiones cutáneas isquémicas graves a repetición y episodios trombóticos, debería tenerse presente al SAF y crioglobulinemia como diagnósticos diferenciales.

Conclusión: La relevancia del caso, es la infrecuencia del sexo como la edad de la presentación clínica; y la asociación de SAF y de la crioglobulinemia de etiología indeterminada. En publicaciones se encuentra solamente una serie de 4 casos de presentación asociada de SAF y crioglobulinemia.

PC-26-20 // PANCOLITIS COMO DEBUT LÚPICO

SCARABOTTI, M.; GUTIERREZ, P.; ALVARADO, R.

Hospital Italiano Buenos Aires. Ciudad Autónoma Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad crónica autoinmune que si bien en el transcurso de la misma puede afectar potencialmente a cualquier órgano y sistema, preferentemente debuta afectando tejido cutáneo y musculoesquelético. Menos frecuente es que inicien su enfermedad a partir de compromiso gastrointestinal. La pseudoobstrucción intestinal asociada a una dilatación ureteral en contexto de una enteritis lúpica es una rara complicación del lupus que puede ser letal de no tener diagnóstico y tratamiento oportunamente.

Caso: Mujer de 30 años de edad oriunda de China, sin antecedentes de relevancia, consulta por dolor abdominal de 3 semanas de evolución asociado a diarrea y vómitos. Consultó en otro centro en donde le indican ciprofloxacina, sin mejoría clínica por lo que consulta en nuestro centro. Refiere 5 deposiciones sin moco pus ni sangre en pérdida de peso de 3 semanas de evolución con náuseas y vómitos, sin otra sintomatología asociada. Al examen físico presentaba regular estado general con abdomen francamente distendido, doloroso en 4 cuadrantes de forma difusa a la palpación. Sin signos peritoneales. Entre los exámenes realizados al ingreso se destaca: leucocitos de 4.327 u/L con linfopenia de un 13% y recuento absoluto de 562 u/L. Proteína C Reactiva de 6 mg/L y velocidad de eritrosedimentación de 34, hipokalemia 2,9. Coprocultivo y serologías (HIV, celiacía, hepatitis b, chagas, etc) negativos. La tomografía de abdomen mostró engrosamiento parietal asociado a edema de la submucosa del marco colónico y asas de intestino delgado con abundante líquido libre perihepático, interasas y en pelvis, leve dilatación de ambos uréteres. Se realiza endoscopia alta y baja que informan gastropatía, pliegues gástricos engrosados y colopatía con áreas de mucosa edematizada. Debido a la refractariedad de los antibióticos y persistencia de clínica se decide realizar estudio de autoinmunidad y se indica prueba terapéutica con glucocorticoides. Se destaca en el laboratorio complemento c3 y c4 bajos, FAN mayor de 1/1280 patrón nuclear moteado fino y nuclear homogéneo, Anticuerpo anti ADN, anti RO y anti LA positivos, anti Sm, RNP, anticuerpos antifosfolípidos negativos. Por dilatación ureteral y proteinuria no nefrótica se decide realizar biopsia renal que informa hiperplasia mesangial leve difusa, depósitos full house en mesangio interpretada como nefritis lúpica clase II, por lo que se decide continuar con glucocorticoides y agregar hidroxilcloroquina con evolución clínica favorable.

Comentario: Se decide presentar este caso debido a que hay escaso número de reportes en la literatura de un debut lúpico con estas características.

Conclusión: Dentro de las manifestaciones del Lupus, la enteritis lúpica con afectación renal requiere de un alto índice de sospecha incluso en pacientes ya diagnosticados con LES debido a que su aparición es poco frecuente.

PC-26-21 // ESPONDILOARTRITIS: INICIO AGUDO Y DIAGNÓSTICO PRECOZ

ERTEL, A.; AGUILERA, F.; QUESADA, C.; MAZZONI, M.; ROSON, M.; DE LA DEDICACIÓN, A.; TEJEIRO, G.
Hospital General De Agudos ?Dr. Ignacio Pirovano. Caba, Argentina.

Introducción: Las espondiloartritis (SpA) son un conjunto de enfermedades inflamatorias crónicas, de inicio insidioso, que pueden afectar tanto al esqueleto axial como periférico y asociarse o presentarse con compromiso dérmico, oftalmológico, del sistema genito-urinario o del sistema gastrointestinal. Como característica presentan Factor reumatoide negativo y la presencia del antígeno de superficie HLAB27 puede observarse hasta en el 89% de los mismos. Es habitual su retraso en el diagnóstico, con un tiempo medio de 6,5 años desde el inicio de los síntomas.

Caso: Paciente masculino de 17 años con antecedente de fractura de rodilla izquierda que requirió osteosíntesis y osteotomía correctiva, consultó a guardia por dolor de intensidad 8/10, tumefacción e impotencia funcional en rodilla y tobillo izquierdos de 48 horas de evolución, asociado a malestar general y equivalentes febriles. Ingreso hemodinámicamente estable y febril, se solicitó laboratorio donde se evidenció anemia normocítica y normocrómica con LDH, VSG y PCR elevadas. Se realizó punción de ambas articulaciones, observándose líquido de características inflamatorias y el cultivo de los mismos, así como los hemocultivos resultaron negativos. El cuadro clínico progresó con dolor y tumefacción en rodilla contralateral, entesitis del tendón de Aquiles, ambas articulaciones escápulo humerales y dolor glúteo derecho. A su vez presentó disminución de la agudeza visual asociada a ojo rojo, por lo que se realizó evaluación de cámara anterior en lámpara de hendidura donde se evidenció efecto Tyndall positivo, compatible con Uveítis, iniciando corticoterapia local. La radiografía de pelvis no evidenció signos de sacroileítis, por lo que se solicitó RMN que evidenció signos de edema óseo en articulación sacro iliaca derecha. Se solicitó a su vez perfil reumatológico completo destacándose la negatividad del Factor Reumatoide y de los anticuerpos anti-peptidos citrulinados, y se derivó muestra para búsqueda del antígeno HLAB27 en sangre, con resultado positivo. El hisopado uretral resultó negativo para Mycoplasma, Ureoplasma y Chlamydia. En conjunto con el servicio de Reumatología, se decidió iniciar Naproxeno y corticoides sistémicos con mejoría paulatina en los días subsiguientes. Luego de recuperada la capacidad de bipedestación y gran parte del arco de motilidad de las articulaciones comprometidas se decidió el egreso hospitalario con diagnóstico de SpA.

Comentario: Habitualmente las espondiloartritis se presentan como un cuadro crónico en menores de 45 años con compromiso matutino del esqueleto axial, episodios recurrentes de entesitis, dolor glúteo y la característica de exacerbación en el reposo el cual mejora con la actividad.

Conclusión: En este caso, destacamos el inicio súbito, con elevación marcada de los parámetros inflamatorios en el laboratorio y deterioro del estado general en un menor de 18 años febril, como una forma de presentación interesante para el desafío diagnóstico.

PC-26-22 // DISNEA, ALGO MÁS QUE COVID EN ESTOS TIEMPOS.

GENNERO, N.; COLLAZOS, J.; MARTINEZ, L.; VÁSQUEZ VÁSQUEZ, R.; FERRARIS, J.; SANCHOLUZ, F.;

PALMA, M.; CAPUSELLI CONLON, M.; D' AMICO, P.
Higa Rossi. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El Lupus es una enfermedad autoinmune compleja con predilección por mujeres, con manifestaciones variables, algunas potencialmente mortales. Su diagnóstico es un desafío para el médico, ya que puede ser impredecible y afectar a diferentes órganos con grados variables de severidad. En cuanto a la afección pleuropulmonar su prevalencia va desde e 5% al 90% de pacientes, dependiendo de los criterios incluidos. La enfermedad pulmonar intersticial crónica tiene una prevalencia baja reportada, pero se reacciona con la duración de la enfermedad. Presentamos una paciente cuya presentación clínica fue atípica con compromiso pulmonar inicial y su diagnóstico final fue LES con afección pulmonar.

Caso: Mujer de 56 años, hipotiroides y tiroiditis de Hashimoto, consulta por Sd de repercusión general, disnea 6 meses que se exacerbo en los últimos días (CFIV), asociado a tos seca y deposiciones diarreas intermitentes sin características disintéricas de igual tiempo. Ingresó en regular estado, lúcida, afebril, taquipneica, hemodinámicamente estable, adelgazada y con signos de deshidratación. Al examen: rales tipo velcro a predominio de vértice derecho, saturación de oxígeno del 90% aire ambiente, resto sin hallazgos relevantes. Por sospecha COVID 19 se realiza HNF (en 72 hs dan resultado negativo), laboratorio q informa pancitopenia, hemocultivos x2 y TACAR de tórax (engrosamiento intersticio lobulillar y aumento de la densidad en vidrio esmerilado en ambos parénquimas pulmonares en forma segmentaria a predominio derecho, asociado a bronquiectasias por tracción. Imagen micro nodular calcificada en lóbulo superior del pulmón derecho que se interpreta como granuloma, múltiples adenomegalias mediastinales e hiliares calcificadas). Inicia tratamiento con enoxaparina en dosis profiláctica y oxigenoterapia. A la semana presenta signos clínicos de sobrecarga del volumen, con Rx de Tórax con derrame pleural bilateral (toracocentesis: trasudado, se envía cultivo para gérmenes comunes y BAAR), ETT: FEy 60% cavidades derechas dilatadas, derrame pericárdico severo sin compromiso hemodinámico, hipertensión pulmonar moderada. Ante la sospecha TB pleural inicia con tuberculostáticos. Se solicita perfil reumatológico (serositis + pancitopenia): IgG 2489 IgA 350 IgM 104. C3 63 C4 17 FR negativo, FAN 1/2400 patrón moteado. Es evaluada por reumatología e inicia tratamiento con meprednisona 60 mg/día. Evoluciona con insuficiencia respiratoria aguda sin respuesta al tratamiento fallece a los 20 días de ingreso hospitalario.

Comentario: La sintomatología inespecífica se presenta como una gran limitante para lograr un adecuado abordaje en las metas diagnósticas tempranas de esa enfermedad. Una dificultad en su abordaje puede haber sido la consulta tardía

Conclusión: en este tipo de enfermedades debemos tener un alto índice de sospecha de las mismas para iniciar en forma temprana su búsqueda para realizar un tratamiento adecuado temprano o lo más rápido posible.

PC-31-01 // SUPERPOSICIÓN DE PATOLOGÍA PANDEMO-EPIDÉMICA EN CONTEXTO DE PACIENTE HIV POSITIVO.

SOLVEYRA, F.; SALVO, C.; VILELA, A.; GIGENA, J.; DI LELLA, N.; HUGO, J.; GHERGO, G.; GALLO, N.
Hospital Velez Sarsfield. Ciudad Autónoma De Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El Dengue es una infección viral endémica transmitida por el mosquito Aedes aegypti, de circulación principalmente durante el verano, aunque puede extenderse más allá de este período. En nuestro país la epidemia de Dengue se superpuso temporalmente con la pandemia de SARS-COV2, agente viral que puede producir compromiso respiratorio severo con desenlace fatal. Por otro lado, el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV) es un retrovirus que provoca inmunodepresión en el humano, favoreciendo las infecciones oportunistas. Presentamos el caso clínico de un paciente HIV positivo sin tratamiento, que desarrolló coinfección de Dengue y SARS COV-2.

Caso: Paciente masculino de 43 años, con antecedentes de HIV diagnosticado 4 años previos, sin tratamiento y con status inmunológico desconocido, que consultó en el mes de mayo 2020 a la UFU del Hospital Vélez Sarsfield por presentar fiebre y mialgias de 72 hs de evolución, agregándose luego tos seca, con el antecedente de residir en zona cluster para Dengue y con sus convivientes con dicho diagnóstico semanas previas.
Al examen físico, se encontraba subfebril (37.3), con buena saturación de oxígeno al aire ambiente, hemodinámicamente compensado, examen físico dentro de parámetros normales, con laboratorio que evidenciaba leucopenia con fórmula alterada (44%N y 44% L) y plaquetopenia, y Rx tórax sin particularidades. En contexto de pandemia por SARS-COV2, se interna para diagnóstico y seguimiento. Durante la internación se recibe PCR SARS-COV-2 detectable y ELISA IgM + Ag NS1 positivos para Dengue, confirmando la presencia de coinfección de COVID 19 y Dengue. Además se solicita carga viral y CD4 decidiendo iniciar tratamiento antirretroviral en forma diferida. Luego de realizar tratamiento de sostén, evolución favorablemente, siendo externado para completar aislamiento domiciliario. Fue citado al día 21 para hisopado nasofaríngeo control (PCR SARS-COV-2), siendo el mismo no detectable.

Comentario: El HIV es pandemia desde la década de 1980, y su incidencia se encuentra en aumento en los últimos años. Por otro lado, en el año 2020, la Argentina se encuentra atravesando dos situaciones epidemiológicas que afectan seriamente la salud pública: la pandemia por COVID-19 y la epidemia de Dengue. Estas dos entidades presentan gran similitud en la presentación clínica, como en los hallazgos de laboratorio, lo que dificulta la discriminación inicial entre ambas. Esto podría llevar a un enmascaramiento del diagnóstico de dengue y además a un retraso en el diagnóstico de COVID-19 con el consecuente riesgo de mala evolución clínica y de mayor diseminación del virus a la población.

Conclusión: Se presenta aquí la simultaneidad de tres entidades infecciosas de etiología viral, que representan grandes problemas epidemiológicos a nivel mundial, coexistiendo todas en un mismo paciente, que presentó evolución satisfactoria.

PC-31-02 // TROMBOEMBOLISMO PULMONAR ASOCIADO A COVID-19

AMAYA, J.; ACUÑA, V.; IBARRA, G.; TARAMARCAZ, N.; TOLEDO, S.; MINUTOLO, B.; MORINIGO, J.; MURACA, G. Patoissien. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: INTRODUCCION

Se destaca una falta de datos fiables sobre la incidencia del TEP en pacientes con COVID-19. A pesar de la tromboprofilaxis, la tasa de ETV (trombosis venosa profunda o embolia pulmonar) en pacientes críticos reportada es de 5-10%. Bajo profilaxis la incidencia de ETV en pacientes con COVID-19 no en área crítica varía entre 0.9% a 12.5% y en unidad de cuidados intensivos (UCI) está entre el 16-35%. Se toma como indicador el D-dímero ya que en todos los pacientes de los estudios analizados con sospecha de TEP se detectó una elevación del D-dímero. Y no describen ninguna otra característica analítica que mostrara diferencias significativas entre los pacientes con o sin confirmación de TEP.

Caso: Paciente de 52 años de edad sin antecedentes patológicos de relevancia que curso internación por una semana por cuadro de neumonía bilateral severa por Covid-19 recibiendo tratamiento con levofloxacina 750mg/día y dexametasona 8 mg /día. Refiere el paciente que la semana siguiente del alta hospitalaria, inicia cuadro clínico caracterizado por dolor en miembro inferior izquierdo ,se realiza eco-doppler de miembros inferiores, donde se evidencia TVP en la vena poplítea izquierda inicia heparina de bajo peso junto a anticoagulantes wálfarinicos por vía oral. Evolucionó con disnea súbita, mareos, sin otros síntomas acompañantes , motivo por el cual concurre nuevamente al hospital donde se realizo tomografía axial computada con protocolo para TEP y se decide internación en el servicio de clínica médica. Al ingreso presento TP 132%, KPTT 25,8 y DimerD 1525, se evidencia en la TC falta de relleno central a nivel del tronco pulmonar y arterias pulmonar derecha e izquierda compatibles con TEP. Por correcta adhesión a la terapéutica, clara mejoría clínica y en conjunto con el paciente, médicos de planta y servicio de hematología se decide de externación, indicando pautas de alarma y seguimiento por consultorio externo

Comentario: Creemos que es importante, ante el súbito deterioro clínico de un paciente y la hipoxemia, la sospecha de embolia pulmonar debe ser alta. Así como el empeoramiento de la relación ventilación perfusión, la pérdida del reflejo vasoconstrictor por hipoxia que perpetúan el síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) deben orientarnos a una marcada trombosis pulmonar microvascular

Conclusión: Dada la escasa información sobre incidencia de esta complicación clínica y la gravedad del cuadro creemos importante un diagnóstico temprano para que la rápida instauración de tratamiento, marcando un mejor pronóstico clínico para los pacientes ya que el COVID-19 probablemente sea un factor adicional de riesgo para TVP-TEP.

PC-31-04 // PACIENTE DE 28 AÑOS CON TAPONAMIENTO CARDÍACO Y SÍNDROME DE DESCOMPRESIÓN PERICÁRDICA

CAUTURES, E.; AMORÓS, E.; CHIOCCA, O.; RODRIGUEZ LÍA, J.; ARNEDILLO, D.; ANTUNES, L.; SANDÍN, V.; LAGRUTTA, M.; LUPO, S. Hospital Provincial Del Centenario. Santa Fe, Argentina.

Introducción: **Introducción:** El síndrome de descompresión pericárdica es una complicación poco frecuente que puede presentarse posterior al drenaje pericárdico. Su cronología es variable, puede aparecer desde horas hasta varios días después del mismo, con desarrollo de edema agudo de pulmón e incluso shock cardiogénico. Dentro de las posibles etiologías existen distintas teorías, una de ellas considera que se debe a un aumento súbito del retorno venoso cuando todavía las resistencias vasculares permanecen altas, desequilibrando el balance entre la precarga y poscarga; otra teoría lo vincula con una sobrecarga de volumen en el ventrículo derecho con respecto al izquierdo posterior al procedimiento, entre otras.

Caso: Caso clínico: Paciente de 28 años, sin antecedentes de jerarquía, que consultó por cuadro de 72 hs de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho y epigastrio, en quien se diagnosticó a través de radiografía y posterior tomografía la existencia de una voluminosa masa ocupante de espacio mediastinal asociada a derrame pericárdico. Presentó complejos de bajo voltaje ventricular en el electrocardiograma y en ecocardiograma se evidenció taponamiento cardíaco. Por este motivo se realizó ventana pericárdica con drenaje de 500 ml de líquido pericárdico y toma de biopsia. En las horas siguientes al procedimiento, la paciente presentó oliguria, hipotensión y deterioro del sensorio interpretándose como cuadro de shock cardiogénico refractario a drogas con evolución a falla multiorgánica y óbito. Posteriormente, a través de la biopsia de pericardio se realizó diagnóstico de linfoma con infiltración pericárdica.

Comentario: Sin datos

Conclusión: **Conclusión:** Se describe dicho caso para no olvidar este síndrome como una de las posibles complicaciones de un procedimiento como el drenaje pericárdico, el cual puede resultar fatal. Debemos considerar minuciosamente riesgo-beneficio, teniendo en cuenta que hay ciertos factores que se asocian a una peor evolución, por ejemplo aquellos que presentan derrames pericárdicos neoplásicos.

PC-31-03 // ENFERMEDAD DE STILL UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

MÉNDEZ ROCABADO, D.; CLEMBOSKY, C.; YOUNG, P. BRUETMAN, J. Hospital Británico De Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La enfermedad de Still del adulto es una enfermedad reumatológica inflamatoria de etiología desconocida, de carácter sistémico y con tendencia a las recidivas y a la cronicidad.

Caso: Masculino de 26 años que consultó por registros febriles diarios a predominio vespertino de más de 7 días de evolución asociado a sudoración nocturna, mialgias, odinofagia, pérdida de peso y artralgia en rodilla izquierda. Sin antecedentes clínico-quirúrgicos de relevancia, con viaje reciente a Europa: Dinamarca y España. El examen físico, signos vitales conservados, sin visceromegalias, sin signos de artritis, adenopatías ni lesiones cutáneas. En el laboratorio: leucocitosis con neutrofilia, anemia normocítica ? normocrómica, alteración del hepatograma con patrón hepatocelular con fosfatasa alcalina aumentada, reactantes de fase aguda y ferritina elevados. Se realizan hemocultivos, urocultivo, ecocardiograma trans-esofágico, serologías, perfil reumatológico completo, punción aspiración de medula ósea, biopsia hepática sin hallazgos de significación. La tomografía de tórax, abdomen y pelvis, evidenció esplenomegalia. La ecografía articular mostró sinovitis en muñecas, rodillas y codos como relevante sin otro hallazgo. Por diagnóstico probable de enfermedad de Still del adulto se decidió iniciar corticoides: Meprednisona 60 mg con respuesta clínica favorable, no así analítica con persistencia de alteración del hepatograma y reactantes de fase aguda. Requirió inicio de metotrexate con pobre respuesta analítica a pesar de dosis plena. Actualmente en plan de iniciar tocilizumab.

Comentario: La enfermedad de still del adulto es una enfermedad rara, de distribución mundial cuya incidencia se ha calculado en 1 a 4 casos por 100.000 habitantes/año y su prevalencia de 14 - 30 casos por millón de habitantes, sin predilección por el sexo, suele presentarse a cualquier edad y sin agregación familiar.

Se caracterizada por fiebre muy alta a predominio vespertino, acompañada de artralgias, odinofagia, erupción maculopapular evanescente, hepato-esplenomegalia, leucocitosis con neutrofilia y ferritina elevada en ausencia de factor reumatoide y anticuerpos antinucleares.

Habitualmente el diagnóstico es de descartar investigando causas infecciosas, hematológicas y reumatológicas varias, basándonos en los criterios de Yamaguchi.

Conclusión: El pronóstico es muy variable, ha mejorado debido al diagnóstico precoz y a la evolución en las técnicas de imagen y los estudios complementarios que nos permiten realizar un diagnóstico diferencial entre las diversas enfermedades que componen al febril persistente. El tratamiento se instaura empíricamente y está basado en la experiencia y en series de casos retrospectivos. Habitualmente depende del patrón de presentación si es mayor el compromiso articular o el sistémico, consistiendo en corticoides, metotrexate, anti TNF, antagonistas de la IL 1 o anticuerpo monoclonal directo contra la IL 6.

PC-31-05 // LINFOMA EXTRANODAL DE CELULAS NATURAL KILLER

ACCETA, D.; ALZUGARAY, D.; CUENCA DAZA, A.; MACAGNO, P.; KIRCZYK, G.; LEVAGGI, A.; BARROSSO, J.; GOMES, E.; DAVILA, R.; CABALLERO, M. Hospital Bernardino Rivadavia. Caba, Argentina.

Introducción: Los Linfomas no Hodgkin son un grupo heterogéneo de neoplasias de estirpe linfocitaria, que se originan en células B, T o NK, precursoras o maduras. El linfoma de células T natural killer es un subtipo agresivo y poco común que ocurre de manera predominante en lugares extranodales, 80% en nariz y tracto aerodigestivo superior. Frecuentemente el diagnóstico inicial es de sinusitis crónica o recurrente, con biopsias negativas para neoplasia por presencia de necrosis, retrasando el diagnóstico en estadios precoces y la posibilidad de un tratamiento precoz.

Caso: Paciente de 30 años con antecedentes de tabaquismo, y drenaje de absceso maxilar izquierdo 15 días previo en otra institución. Consultó a servicio de Otorrinolaringología, por sospecha de polisinusitis con invasión orbitaria y craneal, se realizó cirugía endoscópica rinosinusal, con hallazgo de tumoración sangrante, se biopsia y es derivado a nuestro servicio para su diagnóstico y tratamiento. Al examen físico presenta en ojo izquierdo exoftalmos, edema periorbitario, extrusión conjuntival y eversión de párpado inferior. En región cervical izquierda anterolateral tumoración de 7x3 cm duroelástica, no dolorosa, móvil y en región submandibular derecha tumoración de 2x3 cm de iguales características. En laboratorio presenta anemia, leucocitosis y LDH elevada. Tac de cerebro y cuello revela lesión expansiva que ocupa seno frontal, etmoidal, maxilar y fosa nasal izquierdas, erosiona estructuras óseas, se extiende a endocráneo frontal basal y orbita izquierda; e Infiltra músculos recto interno y superior, desplaza globo ocular y realiza intensamente con contraste ev; múltiples conglomerados adenomegálicos laterocervicales bilateral. TAC de tórax, abdomen y pelvis sin adenomegalias. Por rápida progresión de enfermedad Oncología indica empíricamente Quimioterapia, RT ocular y corticoides, con buena respuesta. Informe de biopsia de maxilar indica presencia de células neoplásicas atípicas grandes, redondeadas, moderado monomorfismo, sugerente de enfermedad linfoproliferativa. Se realiza PAM0, con resultados no concluyentes. PETscan confirma hallazgos de TAC. Se recibe Inmunohistoquímica de biopsia de maxilar superior: CD 56 +, CD3 -, CD20 -, CD99, CD10 -, Keratina AE1/AE3 -, Ki67 + elevada 90%. En base a perfil IHC, clínica e imágenes se llega a diagnóstico de LNH de células T extranodal NK tipo nasal. Se inicia quimioterapia SMILE (Dexametasona, Metotrexate, Ifosfamida, Lasparaginasa, Etoposido) en forma concomitante con radioterapia, con buena evolución.

Comentario: .

Conclusión: Esta neoplasia representa un reto diagnóstico que requiere un alto índice de sospecha clínica, por ser fácil de confundir con otras enfermedades, y por su infrecuencia: solo representan el 1,5% de los LNH. Debido al comportamiento agresivo se debe llegar al diagnóstico de forma precoz para brindar terapéutica adecuada. La supervivencia a los 5 años son entre 40-50% con tratamiento correcto.

PC-31-06 // SÍNDROME UREMICO HEMOLÍTICO TÍPICO EN EL ADULTO, DIAGNOSTICO TARDÍO

MOSNA, C.; DONNARI, M.; ABRAMSON, D.; GONZALEZ, S.; MOYA, L.
Hospital De La Asociación Médica De Bahía Blanca. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: El síndrome hemolítico urémico (SHU) es una enfermedad rara que en Argentina representa un problema crítico de salud pública, siendo la principal causa de falla renal aguda en la infancia, la segunda causa de falla renal crónica, y aporta el 20% de los casos de trasplante renal durante la infancia y la adolescencia. En niños con SHU, la proporción del mismo asociado a Shiga toxina es de 85-90%, SHU atípico 5-10% y SHU asociado a S. Pneumoniae es cerca del 5%. Sin embargo, como consecuencia de la elevada prevalencia de SHU atípico secundario a otras enfermedades, infecciones o condiciones, la prevalencia de los distintos SHU en el adulto no está claramente documentada.

Caso: Se presenta una paciente femenina de 21 años de edad que consulta en guardia por presentar náuseas y vómitos de 1 mes de evolución, refiere que comenzaron asociados a cuadro de odinofagia el cual resolvió sin intervenciones. Los vómitos no tenían relación con las comidas y no se acompañaban de dolor abdominal. Presentó cuadro autolimitado de diarrea (48hs) sin características particulares. Realizó múltiples consultas ambulatorias interpretándose como cuadro de origen viral sin estudios complementarios.

La paciente niega antecedentes patológicos ni medicación habitual.

Al ingreso se encontraba lúcida, en buen estado general, piel y mucosas subhidratadas, sin otros hallazgos significativos. El laboratorio de ingreso reveló anemia hemolítica con presencia de esquistocitos, plaquetopenia, insuficiencia renal aguda, elevación de LDH. Se realizó una ecografía abdominal donde se objetiva un discreto aumento de forma y tamaño renal.

La paciente evolucionó con oligoanuria y sobrecarga de volumen por lo que requirió terapia de reemplazo renal, tras la sospecha de SHU típico se solicitó examen de toxina shiga en materia fecal siendo este positivo para toxina shiga tipo 1. Por persistir con requerimiento de diálisis tras 20 días desde su ingreso, con mejoría de los parámetros de hemólisis se decidió realizar punción biopsia renal la cual evidenció signos de regeneración epitelial tubular y cilindros hialinos, la inmunofluorescencia no evidenció depósitos de inmunoglobulinas y/o complemento. Actualmente, presenta recuperación parcial de la función renal, estabilizándose en insuficiencia renal crónica grado IV, sin requerimiento de diálisis crónica.

Comentario: El síndrome hemolítico urémico (SHU) está definido por la presencia de una anemia hemolítica microangiopática y afectación renal. En el SHU típico el daño de la célula endotelial, diana fundamental en esta enfermedad, se produce por acción directa de la toxina shiga, es una enfermedad generalmente relacionada con la infancia ya que aparece fundamentalmente en niños entre 3-5 años. Diferentes cepas de E. Coli han sido aisladas en estos casos siendo la más frecuente hasta 2010 E. coli O157.

Conclusión: Con este caso queremos destacar la importancia de la sospecha temprana con el fin de establecer rápidamente el soporte y tratamiento precoz de esta patología.

PC-31-08 // ACANTOSIS NIGRICANS PARANEOPLÁSICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

DAVILA LOW, G.; GREGORIO, T.; CALDAS, M.; JURADO, J.; ROMANO, J.; CARRANZA, C.; FONTALVO

ESPITIA, D.; PAREDES MORALES, X.; VEGA, Y.
Hospital Alejandro Posadas. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La acantosis nigricans (AN) es una afección común caracterizada por placas aterciopeladas e hiperpigmentadas en la piel que con mayor frecuencia comprometen cuello y axilas. El primer caso fue documentado en el año 1889 en Alemania. Se asocia a enfermedades sistémicas muchas de las cuales se caracterizan por resistencia a la insulina siendo la obesidad y diabetes las más comunes. Raramente ocurre como un fenómeno paraneoplásico (PN).

Caso: Hombre de 59 años oriundo de Misiones, sin otros antecedentes de relevancia, consultó en nuestro hospital por cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por tumoración laterocervical izquierda de crecimiento rápido, indolora, asociada a lesiones cutáneas hiperpigmentadas, sobrelevadas, aterciopeladas al tacto y pruriginosas en párpados, ingles, axilas y nudillos. Refirió además pérdida de peso de 10 kg y sudoración nocturna.

Se solicitó TAC de cuello, tórax, abdomen y pelvis que mostró en parótida izquierda imagen heterogénea con realce periférico tras la administración de contraste y centro hipodenso, múltiples adenomegalias e imágenes nodulares y micronodulares en ambos campos pulmonares y esplenomegalia. Los estudios de sangre informaron anemia normocítica normocrómica, leucopenia, aumento de la VSG, y serologías para VIH (CD4 27; CV 766392). Por diagnóstico presuntivo de TBC miliar se inició tratamiento con antifímicos el cual luego se suspende y se rota a anfotericina B debido al aislamiento de Histoplasma capsulatum (HC) en el lavado bronquioalveolar con genexpert negativo.

Se realizó PAAF de tumoración cervical en la que se observaron células neoplásicas, posteriormente se tomó biopsia cuya anatomía patológica informó linfoma de Burkitt con desarrollo de HC en cultivo.

Se realizó diagnóstico de histoplasmosis diseminada, linfoma de Burkitt y AN paraneoplásica en paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Actualmente se encuentra en tratamiento con quimioterapia.

Comentario: La AN presenta múltiples etiologías (obesidad, trastornos endocrino-metabólicos, síndromes genéticos, AN familiar, neoplasias y secundaria a fármacos). La forma PN o maligna es clínicamente indistinguible de las formas benignas aunque a menudo se asocia con prurito intenso, mayor tamaño, crecimiento rápido y localización atípica como la mucosa oral. El cáncer gástrico es la neoplasia que por lejos más frecuentemente se asocia a AN (60 - 70% de casos de AN maligna), otras originadas en páncreas, ovarios, riñones, vejiga, bronquios, tiroides, vías biliares, mamas, esfago y endometrio también son comunes. Con menor frecuencia se relaciona a sarcomas, leucemias y linfomas. Las lesiones suelen desaparecer con el tratamiento de la enfermedad subyacente. El pronóstico de la AN paraneoplásica a menudo es malo debido a que la enfermedad oncológica se diagnostica en una etapa avanzada.

Conclusión: La importancia de la presentación de este caso radica en reconocer a la AN como manifestación cutánea de una enfermedad sistémica potencialmente grave.

PC-31-07 // TROMBOFLEBITIS SÉPTICA DE LA VENA PORTA

DOMANICO, M.; MUZZILLO, M.; D'URBANO, E.; CICARONE, B.; SUAREZ, C.; DURÁN, C.
Hospital Paroissien. La Matanza, Argentina.

Introducción: La pyleflebitis es una complicación poco frecuente pero grave de aquellos procesos infecciosos intraabdominales, cuyo drenaje venoso depende del sistema portal. Sin embargo, en algunos casos no se encuentra una etiología específica. Asimismo, un estado de hipercoagulabilidad de base, se ha encontrado relacionado al desarrollo de la enfermedad. Su diagnóstico se basa en la sospecha clínica y en las pruebas de imagen, dado lo inespecífico de su sintomatología.

El enfoque del tratamiento de la pyleflebitis debe ser la antibióticoterapia, la cual podría ir de la mano con anticoagulantes como una medida para prevenir la extensión del trombo.

Caso: Masculino de 25 años de edad, sin antecedentes patológicos, ingresa por un síndrome febril de 8 días de evolución sin patrón definido que se acompaña de cefalea, mialgias, astenia, adinamia, náuseas y vómitos. Se interpreta el cuadro clínico como sepsis a foco desconocido, SOFA 8. Se inicia antibióticoterapia con Vancomicina y Ceftriaxona.

Se realiza Tac de Abdomen que evidencian múltiples micro abscesos hepáticos con trombosis de la vena porta y mesentérica superior por lo que se inicia enoxaparina a dosis anticoagulante, y se añade metronidazol + ceftriaxona a foco abdominal. Se interpreta el cuadro como pyleflebitis como complicación de un foco abdominal original (apendicitis no perforada) por imagen tubular en fosa iliaca derecha no característica sin conducta quirúrgica. Se realizó PAMO con toma de cultivos en donde se aísla Bacteroides fragilis. Al cuarto día de inicio del metronidazol cedió la fiebre.

Se realiza hemocultivos controles que fueron negativos. Se rota antibióticoterapia a ciprofloxacina y metronidazol vía oral. Se decide su alta médica asintomático con buena evolución clínica.

Comentario: La trombosis séptica de la vena porta o pyleflebitis es una patología poco conocida, poco frecuente pero que presenta una elevada tasa de mortalidad. Cuya tasa disminuye debido a la aparición de estudios por imágenes mas sofisticados.

Conclusión: La trombosis séptica de la vena porta pensarse siempre como complicación de cuadros abdominales agudos como es el caso de apendicitis, diverticulitis o colecistitis, aunque se describen casos de etiologías menos frecuentes. El inicio precoz de anticoagulación y antibióticoterapia permitió disminuir las consecuencias a largo plazo y mejorar la calidad de vida del paciente.

PC-31-09 // LA SALUD NO TIENE PRECIO, LA MEDICINA TIENE COSTO: A PROPÓSITO DE UN CASO DE PÉNFIGO MUCOCUTÁNEO

MUÑOZ, M.; LUDY, A.; VILLALBA, C.; ZACHARCZUK, J.
Samic Obera. Misiones, Argentina.

Introducción: Se presenta un caso Péñfigo mucocutáneo con 10 años de evolución de enfermedad que ha realizado varios esquemas terapéuticos, hasta que, por falta de respuesta terapéutica (rituximab), consulta con nuestro referente, presentando una franca mejoría luego de rotar tratamiento.

Caso: Actualmente Liliana tiene 37 años, en 2006 a sus 23 años debuta con exantema generalizado, intercurriendo stafilococemia por sobreinfección requiriendo UTI, evoluciona favorablemente. En controles ambulatorios posteriores presenta ardor e inyección conjuntival, epifora, madarosis, sinequias, triquiasis; se sospecha de péñfigo ocular e inicia tratamiento tópico con leve respuesta, se rota a metrotexato. Al cuadro se agrega dispareunia. En 2008 se biopsia piel resultando positivo para péñfigo, inmunofluorencia directa con depósito de IgG en capilares + anti c3 deposito granular en zona dermoepidérmica; recibe tacrolimus tópico (palpebral), micofenolato 360mg/día, ac fólico, metrotexato, gotas lubricantes, por falta de respuesta, se roto a deltisona 40mg/día, azatioprina 50mg/día, calcio base, omeprazol, y colecalciferol. En 2009 por motivos personales se traslada a Córdoba donde fue tratada con deltisona 40mg/día, ac fólico, y vitaminas durante 1 año para luego continuar con hidroxycloloquina 400mg/día. En 2012 regresa a Misiones por re - evaluada por oftalmólogo evidenciando simblefaron y vascularización corneal por lo que realiza pulsos con ciclofosfamida. En 2017 se re - evalúa por sugerencia de reumatólogo; adicionando metilprednisona posteriormente. En 2017 se realizan pulsos con ciclofosfamida. En 2018 se deriva a bs as iniciando tratamiento (agosto/2018) con meprednisona 40mg/día, metrotexato 20mg/sem, ac fólico, calcio, omeprazol 20mg/día, e inicia rituximab. En febrero de 2019, por falla terapéutica consulta a nuestro medico consultor/asesor, presentando marcada congestión ? ardor conjuntival, fotofobia, cefalea, inflamación gingival lengua depapilada, se rota a dapsona 400mg/día, colecalciferol, Vit complejo b, con buena respuesta terapéutica logrando remisión. En agosto 2019 se agrega pioglitazona continuando estable hasta julio de 2020 donde presenta nuevamente actividad de su enfermedad, se agrega metilprednisona y posteriormente se decide iniciar pulsos con ciclofosfamida con remisión hasta el momento luego del segundo pulso.

Comentario: Se presenta el caso para evidenciar la diferencia entre las opciones terapéuticas, se ha seleccionado un tratamiento costo ? efectivo 24 veces más económico.

Conclusión: La toma de decisiones terapéuticas tiene un costo beneficio, esta es una competencia que los clínicos debemos incorporar a nuestra practica asistencial.

PC-31-10 // TUBERCULOSIS PERITONEAL COMO DEBUT DE ABDOMEN AGUDO

ROVATTI, L.; ORELLANO, M.; MOLINERO, L.; PAGANI, A.; CERRUTTI, L.; UBERTI, M.; GUZMAN, G.; CABO, V.; MARQUÍNEZ, L.; BERTOLA, D.
Hospital Provincial Del Centenario. Santa Fe, Argentina.

Introducción: La tuberculosis (TBC) es una de las 10 principales causas de muerte a nivel mundial. La tuberculosis peritoneal es una forma poco frecuente de afectación extrapulmonar. Es necesario estudiar el líquido ascítico (LAS), donde podemos encontrar predominio linfocítico en el recuento celular, gradiente albúmina suero/líquido ascítico menor a 1.1 g/dl y alto contenido de proteínas. El gold standard para el diagnóstico es el cultivo y la biopsia peritoneal. Sin embargo, la identificación de las micobacterias mediante coloración para bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR) sólo es positiva en menos del 3% de los casos.

Caso: Caso clínico: Paciente de 25 años, con antecedente etilismo, institucionalizado, con noción de foco positivo para TBC, consultó por dolor abdominal de horas de evolución, intensidad creciente, difuso. De 1 mes refirió fiebre, dolor tipo puntada de costado derecho, tos con expectoración mucosa, sudoración nocturna, hiporexia y diarrea acuosa. Inicialmente por presentar cuadro compatible con abdomen agudo, fue evaluado por servicio de Cirugía General, quienes realizaron laparotomía exploradora evidenciándose líquido peritoneal blanquecino, sin evidencia de inflamación ni perforación. Se realizó lavado peritoneal y biopsia de ganglio mesentérico. Inicialmente realizó tratamiento antibiótico con piperacilina-tazobactam, sin aislamientos microbiológicos. Por persistencia febril y sospecha de TBC diseminada, se instauró tratamiento empírico con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol, evolucionando favorablemente. Posteriormente se obtuvo resultado de esputo post-BAL que informó desarrollo de *Mycobacterium tuberculosis*. Estudios complementarios: Laboratorio: anemia normocítica, normocrómica (Hb. 11.7 mg/dl Hcto 33.6%), proteínas 5.8 g/dl, albúmina 2.7 g/dl. Reactantes de fase aguda elevados (VES 38 mm/1hs, PCR 53.8 mg/l). Ca 125: 65,70 U/ml. Tomografía de tórax y abdomen: parénquima pulmonar: patrón micronodular, centrolobulillar de distribución miliar; derrame pleural laminar bilateral; atelectasias bibasales. Aumento difuso de la densidad de la grasa peritoneal. Serologías HIV, VHC, VHB no reactivas. Citofisicoquímico de LAS: opalescente, proteínas 41.10 g/l, LDH 1314 U/l, 85 elementos/mm³. GASA<1.1 g/dl. Hemocultivos negativos. Cultivo de LAS: negativo. Biopsia de ganglio mesentérico: hipoplasia linforreticular inespecífica, tinción PAS negativa y Ziehl Neelsen negativo. Cultivo de BAL para BAAR, gérmenes comunes y micológico: negativos. Cultivo de esputo post-BAL: desarrollo de *Mycobacterium tuberculosis*.

Comentario: sin datos

Conclusión: Presentamos este caso clínico por la baja frecuencia de esta entidad. Si bien no se obtuvo biopsia peritoneal ni desarrollo de micobacterias en el líquido ascítico, el hecho de presentar clínica y analítica compatible, TBC pulmonar, buena respuesta al tratamiento antibiótico, y descartadas otras etiologías, apoyan nuestro diagnóstico de tuberculosis peritoneal.

PC-31-11 // EMBOLIA GRASA, A PROPÓSITO DE UN CASO

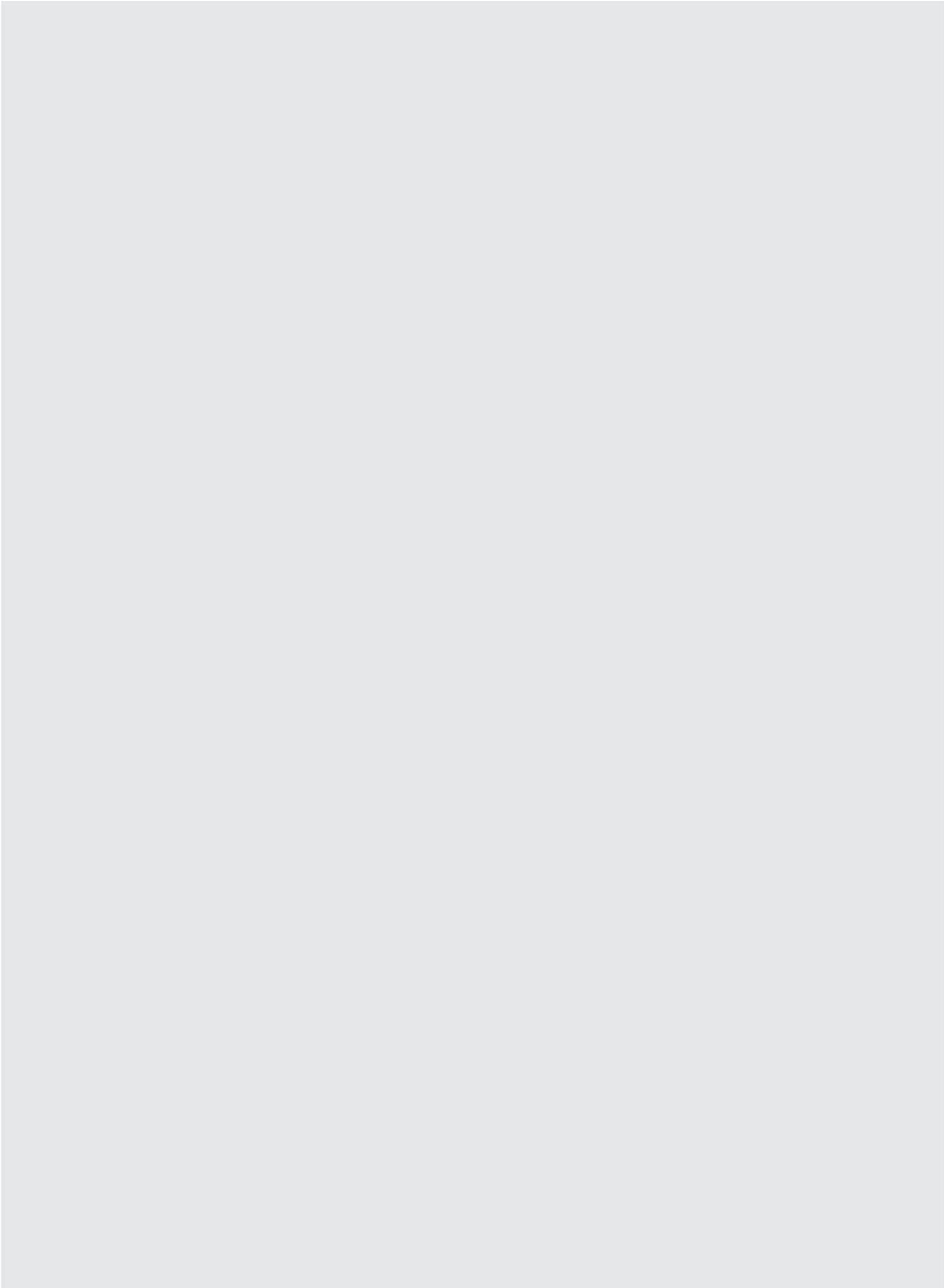
OLMEDO, M.; COLOMBO BERRA, C.; FERRER, J.; BALDOMÁ, F.; SCHUVIK, C.; CARENA, A.; LANDA, S.; GENOVART, L.; RIOS, H.; PLA, N.
Hospital A. Gutiérrez. Santa Fe, Argentina.

Introducción: La embolia grasa es la alteración que se produce en uno o más órganos por el desplazamiento de partículas grasas después de la fractura de uno o más huesos largos del esqueleto; con compromiso de la microcirculación pulmonar; pudiendo afectar otros órganos como retina, cerebro y piel.

Caso: Paciente de 28 años de edad, masculino, sin antecedentes de jerarquía que sufrió IVP presentando fractura de tercio proximal de fémur izquierdo y de primer metacarpiario y muñeca izquierda; Que ambas fueron reducidas y traccionadas. Presento fiebre de 38°, desaturación sin disnea, buena tolerancia al dolor, no se constato hemoptisis ni precordalgia. Al examen físico febril, 37,8, Frecuencia cardiaca 125, frecuencia respiratoria: 20 Sat. 83% a aire ambiente y 92% con bigotera a 2l. Buena mecánica respiratoria, buena entrada bilateral de aire, R1 Y r2 normofonéticos, sin ingurgitación yugular. Se evidencia ramillete de petequias en zona axilar y troncal superior. Resto del examen físico sin particularidades. Se realiza ECG sin particularidades, Angiotomografía con protocolo para TEP con baja probabilidad del mismo Y Ecocardiograma normal. El paciente pasa a UTI donde se realizo anticoagulación a dosis plena y corticoideoterapia endovenosa; allí permaneció 48hs. sin requerir asistencia respiratoria mecánica y retorno a sala general donde continuo su internación.

Comentario: Presentamos este caso para hacer mención a esta patología de baja incidencia y la particularidad de presentación previo al evento quirúrgico, como habitualmente se describe.

Conclusión: Es fundamental reconocer este síndrome clínico en forma temprana ya que, en este caso, con el tratamiento y rehabilitación adecuada presenta una buena evolución.

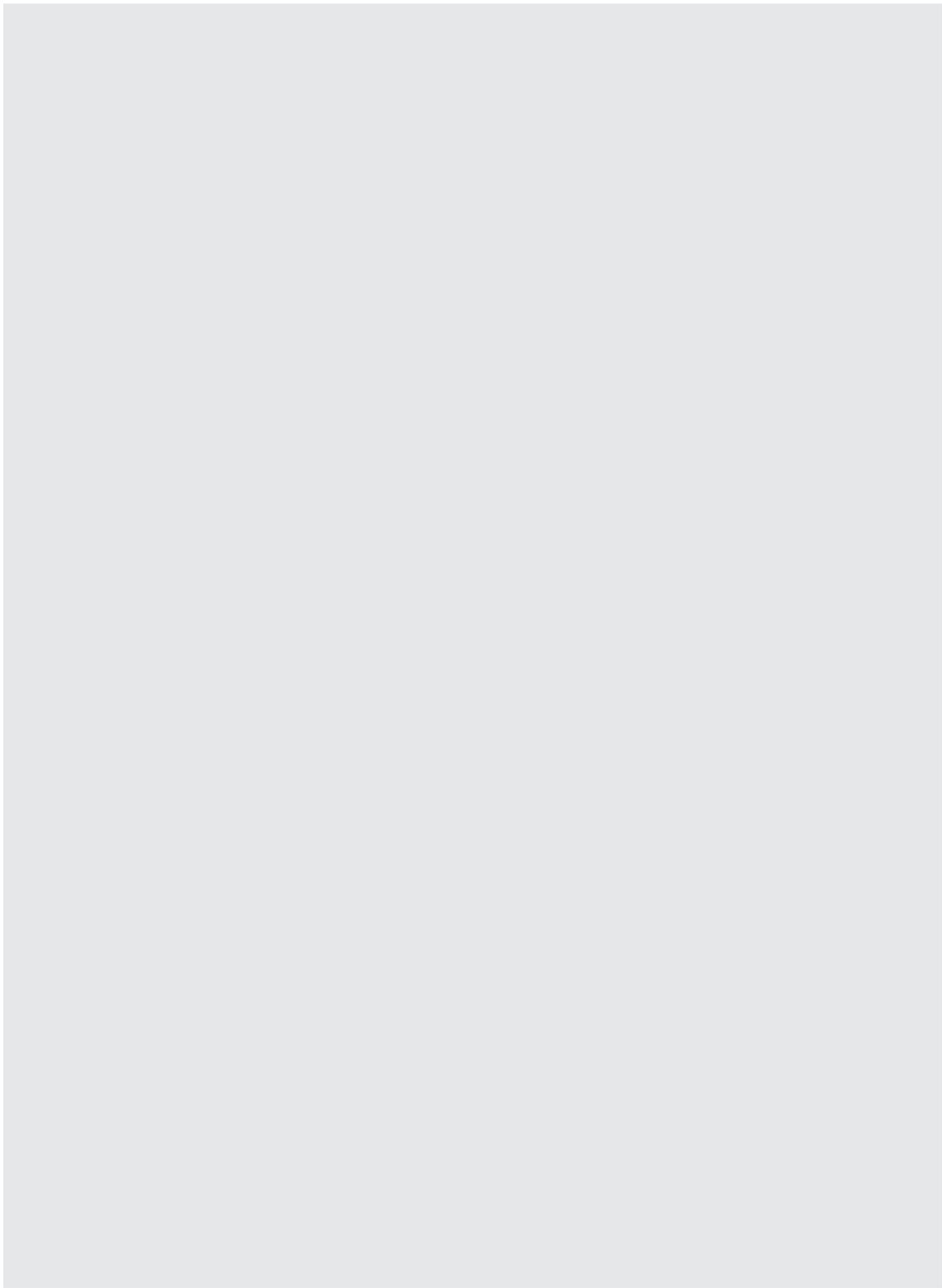


2020

CONGRESO VIRTUAL

SC | SERIE DE CASOS





SC-11-01 // CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, BIOQUÍMICAS E HISTOLÓGICAS EN PACIENTES OBESOS CON FIBROSIS SIGNIFICATIVA POR ENFERMEDAD DE HIGADO GRASO NO ALCOHÓLICO

ZELAYA, J.; AGUIRRE, V.; RUIZ PANEZ, W.; LOZANO, A.; RODRÍGUEZ HURTADO, D.
Upch. Lima, Peru.

Introducción: La enfermedad por hígado graso no alcohólica (EHGNA), definida como presencia de esteatosis >5%, es prevalente en población obesa que se somete a cirugía bariátrica. Un hallazgo histológico importante en la EHGNA es la fibrosis hepática, que presenta una progresión desde F0 hasta F4, siendo la presencia de fibrosis significativa (F2) un factor de riesgo considerable para morbilidad.

Objetivos: Describir las características clínicas, bioquímicas e histológicas de pacientes obesos con fibrosis hepática significativa por EHGNA sometidos a cirugía bariátrica, y determinar la relación entre dichas características y el grado de fibrosis significativa.

Material y Métodos: Estudio transversal y descriptivo con 22 biopsias hepáticas de pacientes obesos con indicación de cirugía bariátrica entre el 2015 al 2019. Se recolectó las variables clínicas, bioquímicas e histológicas para el análisis estadístico descriptivo e inferencial (Rho de Spearman y Chi Cuadrado) mediante SPSS Statistics V25.0.

Resultados: De los 22 pacientes, 12 fueron de sexo femenino, con edad media de 41 años y media de IMC de 41.71 kg/m², siendo el ALT y HOMA-IR los valores mayormente elevados. Presentaron fibrosis F2 13 pacientes; F3, 4 y F4, 5. No se encontró relación estadísticamente significativa entre las variables y la severidad de la fibrosis (p > 0.05).

Conclusiones: La edad media fue de 41 años y las variables bioquímicas estuvieron alteradas en la mayoría de la población; sin embargo, no se encontró relación entre las características clínicas, bioquímicas e histológicas con el grado de fibrosis significativa.

SC-13-02 // SARCOMA GRANULOCITICO COMO RECAIDA DE LEUCEMIA MIELOIDE AGUDA (LMA): PRESENTACION DE CASOS

RAMIREZ YAPURA, K.; RAMIREZ, J.; MC CORMACK, E.; YOUNG, P.; BRUETMAN, J.
Hospital Británico De Buenos Aires. Caba, Argentina.

Introducción: El sarcoma granulocítico (SG), es un tumor maligno de localización extramedular constituido por células inmaduras de serie mielóide. Existen varias formas de presentación clínica, la más frecuente aparece en pacientes con leucemia mielóide aguda (LMA) conocida. De su lugar de asentamiento dependerá su expresión clínica.

Objetivos: Identificar casos de enfermedad de LMA recaídos pese a diferentes esquemas terapéuticos realizados.

-Estimar la frecuencia de presentación de SG en diferentes localizaciones anatómicas.

-Estimar la edad promedio de presentación

-Determinar el pronóstico a corto y mediano plazo

Material y Métodos: El presente estudio es de tipo descriptivo y retrospectivo. Se llevó a cabo en el Hospital Británico de BsAs, las muestras fueron de 6 casos con diagnóstico de LMA recaídos, con SG en diferentes localizaciones, entre enero de 2018 y octubre del 2019. La media de edad fue de 35.3 años. La metodología utilizada fue la revisión de historias clínicas de casos diagnosticados de LMA recaído, con las siguientes variables: sexo, edad, tipo de presentación de la enfermedad, esquemas terapéuticos, complicaciones primarias o tardías de la enfermedad y localización anatómica

Resultados: Todos los casos descriptos ocurrieron en pacientes con antecedente de LMA, con presentación de recaída de enfermedad como SG en diferentes localizaciones, nuestra serie de casos la edad media de presentación fue de 35.3 años. Todos con factores de riesgo previos, sin diferencia entre sexo, con alta frecuencia de compromiso del SNC, con sobrevida a los 6 meses del 67%. El 83% recibió inmunosupresión, de los cuales el 100% presentó múltiples intercurencias infectológicas, realizando su tratamiento respectivo. El tratamiento propuesto, fue en base a la localización, performance status, compromiso anatómico y edad del paciente. El 100% de los casos recibió quimioterapia sistémica, el 17% recibió además radioterapia holocraneana. El 83% requirió alloHSCT posterior a múltiples esquemas quimioterapéuticos fallidos, con recaída posterior a SG. Óbito en el 83% de los casos que habían logrado remisión completa de LMA previa. En conclusión, los resultados de esta serie de casos indican que pese a realizar múltiples esquemas quimioterapéuticos y como última línea el alloHSCT, la recaída extramedular se presenta en un 100%

Conclusiones: El SG puede desarrollarse de novo o como recaída de la LMA. Aunque se han documentado casos de sobrevida a largo plazo, el pronóstico de los pacientes que presentan SG es generalmente malo, en especial en aquellos que habían logrado remisión de la enfermedad de base. El 92% de los pacientes entran en remisión con quimio y radioterapia, pero en pacientes con compromiso multifocal, la tasa de remisión disminuye al 50%. Sin embargo, el tiempo de remisión es corto y la mayoría de los pacientes recurre, con una sobrevida de 6% a dos años y de 0% a cinco años. Se evidenció en un estudio que el alloHSCT realizado tempranamente en el curso de la enfermedad, puede mejorar el pronóstico asociado con el SG.

SC-13-01 // TROMBOSIS DE SENOS DURALES: REPORTE DE 7 CASOS

FIORI, M.; CALVO, M.; YOVOVICH, D.; ALEMÁN, D.; AMELLOTTI, L.; GIORDANO, A.; MACCHIAVELLO, E.
Clínica La Pequeña Familia. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Es la presencia de trombosis en el seno venoso dural, que recibe sangre de venas externas e internas del cerebro. Su incidencia es menor a 1.5 casos por 100.000 personas al año.

Es más frecuente en mujeres. La edad media de presentación es de 40 años. Se encuentra asociada a estados protrombóticos. La signo sintomatología más frecuente consiste en cefalea, vómitos, edema de papila, trastornos visuales, déficit neurológico focal, convulsiones, encefalopatía y coma. La instauración precoz del tratamiento se asocia en un 80 % a buenos resultados, con recuperación completa o mínimas secuelas.

Objetivos: Reportar 7 casos de trombosis de senos venosos en adultos, describir la presentación clínica e imagenológica y realizar una revisión de la literatura.

Material y Métodos: Se incluyeron 7 casos de trombosis de senos venosos evaluados en el servicio de Clínica Médica de Clínica La Pequeña Familia. Se evaluaron retrospectivamente las historias clínicas de los 7 pacientes.

Resultados: Se incluyeron 7 pacientes, 5 mujeres y 2 hombres. La edad promedio 40 años (rango etario de 28 a 53 años). Cinco presentaban antecedentes de condiciones protrombóticas. Cinco requirieron internación en UTI, el resto en sala general. Como forma de presentación clínica, 4 de ellos presentaron cefalea como síntoma predominante y 3 con foco neurológico. En todos se realizó TAC de cerebro, que evidenció hallazgos confirmatorios o sugestivos de trombosis de senos venosos. En 2 se realizó el diagnóstico a través de angiogramas, en 3 a través de angioTAC y en 2 luego de realizar angiografía digital cerebral. Se detectaron los siguientes factores protrombóticos: anticonceptivos orales (4 casos), concurrencia de déficit de proteína S (2 casos), tabaquismo (2 casos). Todos recibieron tratamiento anticoagulante, con buena evolución

Conclusiones: La trombosis de senos venosos intracraneales es una patología infrecuente, con características clínicas e imagenológicas típicas, que si bien se presenta con más frecuencia en mujeres, también debe ser sospechada en hombres. Enfatizamos la importancia de la sospecha diagnóstica, ya que su reconocimiento precoz y tratamiento adecuado evitan secuelas.

SC-13-03 // SINDROME MAY- THURNER: UNA CAUSA POCO FRECUENTE DE TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA. ANALISIS DE TRES CASOS

SANTONOCITO, M.; AGUERRE, B.; BARROSO TROPANO, M.; ABERASTAIN, A.; GRAZIANI, R.; GÓMEZ PORTILLO, J.; BEGHETTI, M.
Hospital El Carmen. Mendoza, Argentina.

Introducción: El síndrome de May-Thurner (SMT) es una entidad rara, en la cual la vena iliaca común izquierda se encuentra comprimida a su paso entre la arteria iliaca común derecha y la columna. Como consecuencia de la compresión mantenida y del traumatismo causado por la fuerza pulsátil de la arteria sobre la vena, se produce una lesión de la íntima que favorece la formación de un trombo. La estrategia terapéutica es el tratamiento endovascular con parche venoso y la colocación de endoprótesis, con el objetivo de permitir un drenaje venoso normal. Presentamos 3 casos clínicos de SMT describiendo hallazgos clínicos e imagenológicos

Objetivos: Determinar manifestaciones clínicas, algoritmo diagnóstico y tratamiento en 3 casos de SMT

Material y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron 3 casos de SMT, internados en Clínica Médica del Hospital El Carmen en el año 2019.

Resultados: Se incluyeron 3 pacientes, a predominio femenino (2) edad promedio 25 años (rango etario 24-26). Los antecedentes: 1 paciente hipotiroideo, 2 presentan uso de anticonceptivos orales y 1 tabaquismo. Un paciente ingresa por trombosis venosa profunda (TVP) iliofemoral extensa y 2 ingresan por progresión TVP a pesar de anticoagulación adecuada, 1 presenta disnea súbita y várices vulvares. En todos los pacientes el screening neoplásico e inmunológico resultó negativo. Uno presentó angiografía de tórax con tromboembolismo pulmonar. Los eco-doppler del sistema venoso de miembros inferiores demostraron trombosis proximal femoral e iliaca izquierda y un caso bilateral. En los 3 pacientes se realizó angiografía de abdomen y pelvis con contraste endovenoso con protocolo venoso tardío que evidenció vena iliaca común izquierda comprimida entre la arteria iliaca común derecha y el cuerpo vertebral; compatible con SMT. A todos se les colocó filtro de vena cava inferior vía femoral derecha y angioplastia venosa con colocación de stent a nivel de iliaca izquierda con recanalización y terapia anticoagulante. La paciente con tromboembolismo pulmonar, requirió de trombólisis mecánica por alto riesgo embólico y prevenir el síndrome post trombótico.

Conclusiones: Destacamos que el SMT afecta al 20 % de la población y no es considerado diagnóstico diferencial de TVP, por ello es probable que su prevalencia sea subestimada; lo que conduce a un tratamiento insuficiente y recidivas tras la supresión de la anticoagulación, o a un aumento del síndrome post-flebitico. Su diagnóstico es muy importante ya que el tratamiento difiere frente a otras causas de TVP (anticoagulación vs angioplastia y colocación de stent con anticoagulación)

En nuestros casos, la sospecha diagnóstica del SMT y su comprobación imagenológica nos condujo a un óptimo manejo de la enfermedad. El SMT debe pensarse en pacientes jóvenes con trombosis proximal de extremidad inferior, para lograr un adecuado manejo terapéutico y evitar complicaciones.

SC-02-01 // APOYO VENTILATORIO NO INVASIVO Y CONDUCTA EXPECTANTE CONTRASTANDO LA INTUBACIÓN PRECOZ EN PACIENTES COVID 19 GRAVE

GAUNA, N.
Pirovano. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: Desde el comienzo de la pandemia por COVID-19 se evaluaron diferentes protocolos para mejorar la insuficiencia respiratoria. La intubación precoz o la conducta expectante fueron discutidas en numerosos estudios.

Objetivos: Evaluar características de los pacientes COVID-19 graves con hipoxemia en los cuales se realizó conducta expectante sin ventilación invasiva

Material y Métodos: Se incluyeron pacientes con COVID+ graves que ingresaron UTI del Hospital Pirovano durante los meses de mayo a octubre. Se excluyeron pacientes con diferente motivo de ingreso cuyo resultado positivo para covid fuese un hallazgo. De los 80 pacientes se incluyeron 15 de los cuales el soporte fue oxigenoterapia con máscara reservorio. Se recopiló los datos edad, días de internación, factores de riesgo, morbilidad y se utilizaron scores de gravedad, media, mediana.

Resultados: De los 15 pacientes la mediana de edad fue de 60 años, la mediana de días de internación fue de 7 días (3-20), no hubo mortalidad, ni relación de la hipoxemia (medido en PAFI) con factores de riesgo. Ninguno de los pacientes tuvo falla multiorgánica ni shock, este sería un criterio absoluto de IOT, descartando como criterio de IOT la hipoxemia. La regular/mala mecánica fue mejorada con ansiolíticos y analgesia en bajas dosis junto con medidas no farmacológicas para mejorar el confort y evitar delirio.

Conclusiones: El monitoreo continuo fue clave para evitar la ARM invasiva lo cual evitó mayores días de internación, polineuropatía del paciente crítico, sobreinfecciones entre otras causas de aumento de la morimortalidad y días de internación.

SC-03-01 // INFECCIÓN POR FUSARIUM SOLANI EN PACIENTES INMUNOSUPRIMIDOS: SERIE DE CASOS

ALBARRACIN, R.; MARTINEZ, C.; SOSA, R.; GOTELLI, M.; EULER, F.; ORDOÑEZ, E.; STATTI, J.; NAVIA CALAHUANA, J.; VIOLANTI, L.; MOLINA MERINO, H.; BODEGA, F.; SILVA, G.
Hospital De Alta Complejidad El Cruce. Varela, Argentina.

Introducción: Las especies de Fusarium causan un amplio espectro de infecciones que incluyen infecciones superficiales, localmente invasivas y diseminadas; pero éstas ocurren casi exclusivamente en pacientes gravemente inmunodeprimidos, particularmente en aquellos con neutropenia prolongada y profunda y/o inmunodeficiencia de células T severas.

Objetivos: Describir la presentación clínica, tratamiento y evolución en pacientes inmunosuprimidos con infección por Fusarium Solani internados en el Hospital El Cruce desde el año 2018 a 2019.

Material y Métodos: Se realizó una evaluación retrospectiva de historias clínicas de pacientes inmunodeprimidos internados en Clínica Médica del Hospital El Cruce entre los años 2018 y 2019 con infección por Fusarium Solani. Se analizaron las variables: edad, sexo, enfermedad de base, inmunosupresión, clínica y evolución. Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos de MEDLINE, COCHRANE y LILACS usando los términos Fusariosis diseminada, Fusarium y Neoplasias hematológicas.

Resultados: Caso N°1: Femenina de 34 años con antecedentes de HIV y LLA tipo B, ingresó para realizar esquema quimioterápico ALLIC, en contexto de neutropenia febril desarrolló nódulo supra umbilical y placa eritematosa en gemelo derecho, que evolucionaron de forma diseminada. Se realizó biopsia de piel y hemocultivos con resultado positivo para Fusarium Solari e inició tratamiento con Anfotericina B liposomal. Por recaída de enfermedad neoplásica, realizó esquema quimioterápico IDAFLAG, con progresión de lesiones cutáneas, inició tratamiento de sinergia con Voriconazol, evolucionó con falla multiorgánica y óbito. Caso N°2: Femenina de 43 años con antecedente de trasplante renal por nefropatía lúpica y trasplante renal por nefropatía de injerto que recibió timoglobulina, tacrolimus y metilprednisolona, intercurrió al 4º mes postrasplante con lesiones costroso-necróticas en mano derecha, se realizó biopsia e inició tratamiento por sospecha de vasculitis con pulsos de metilprednisolona y Rituximab. Resultado de cultivo positivo para Fusarium Solani, recibió anfotericina B liposomal y voriconazol con buena evolución clínica. Caso N°3: Masculino de 19 años con antecedente de LMA, ingresó para realizar 3º ciclo de consolidación quimioterápica con HDAC, en contexto de neutropenia febril refractaria a antibióticos desarrolló lesiones eritemato-nodulares altamente dolorosas en región malar izquierda, cara interna de pie izquierdo y gemelo derecho. Se aisló Fusarium Solani en biopsia de piel y hemocultivos. Recibió Anfotericina B liposomal, evolucionó con recuperación inmunológica y mejoría de las lesiones.

Conclusiones: En nuestra experiencia los pacientes que presentaron infección por Fusarium Solani fueron en contexto de neutropenias profundas y prolongadas post quimioterapia y/o tratamiento inmunosupresor. Presentaron como primer manifestación, clínica lesiones cutáneas y el método diagnóstico de elección fue la biopsia. Su evolución estuvo directamente relacionado con el estado inmunológico del paciente.

SC-07-01 // FOSFATASA ALCALINA ELEVADA Y PAGET MONOSTÓTICO DE CALOTA: DIAGNÓSTICO BIOQUÍMICO Y POR IMÁGENES

REY, P.; SARLI, M.; ABDALA, R.; SPIVACOW, R.; NIEDLICH, G.
Instituto De Investigaciones Megtábolicas Idim. Buenos Aires, Argentina.

Introducción: La fosfatasa alcalina (FAL) es una enzima hidrolasa que en medio alcalino desfosforila moléculas proteicas o nucleótidos. Presente en muchos tejidos, es en especial activa en hueso, hígado, intestino, riñón, y placenta, encontrándose elevada naturalmente en niños durante el crecimiento óseo y durante el embarazo. Refleja la actividad metabólica del osteoblasto.

Objetivos: Estudiar la elevación de la fosfatasa alcalina en pacientes cuyo único origen de la hiperactividad metabólica ósea es la hipercaptación centellográfica de calota.

Demstrar que la hipercaptación centellográfica de calota puede ser una forma monostótica de presentación de la enfermedad de Paget, como así también una presentación de la hiperostosis frontal ambas con fosfatasa alcalina elevada.

Material y Métodos: Se tomaron los pacientes con fosfatasa alcalina elevada que asistieron a nuestra institución entre 2012 y 2018. Todos tenían descartadas patologías extra-óseas que pudieran elevar la fosfatasa alcalina. De 134 pacientes se analizaron aquellos que presentaron centellograma óseo con hipercaptación de calota como única fuente de producción de exceso de fosfatasa alcalina. Todos presentaron función renal normal. A todos se les midieron marcadores bioquímicos del metabolismo fosfo-cálcico como representantes del remodelado óseo. En el caso de la fosfatasa alcalina dada la diferencias en los métodos de medición, optamos por considerar valores promedios sobre el valor máximo de corte.

Resultados: Se incluyeron 11 mujeres con una edad promedio de 61.3 ± 9.7 años de edad, todas asintomáticas con aumento de la FAL y/o su isoenzima ósea. Del total, 9 presentaron hipercaptación de calota en el centellograma óseo compatible con enfermedad de Paget monostótico, una presentó hiperostosis frontal y una asoció enfermedad de Paget de cráneo con hiperostosis frontal. Del total 8 presentaron osteoporosis u osteopenia en el estudio densitométrico. En 8 de las 11 mujeres se obtuvo radiografía de cráneo que fue normal en 4, una presentó engrosamiento del diploe fronto-occipital y en tres se observó hiperostosis frontal. En la Tabla 1 se observan determinaciones bioquímicas basales.

Conclusiones: Se presentan las características de 11 mujeres con fosfatasa alcalina elevada e hipercaptación centellográfica de calota, 10 con enfermedad de Paget monostótico de calota, una asociada a hiperostosis frontal y una con hiperostosis frontal sin evidencia de enfermedad de Paget. Una característica llamativa es que todas se presentaron en forma asintomática y el diagnóstico se sospechó por un aumento, tanto de la fosfatasa alcalina total como de su isoenzima ósea que llegó a aumentos promedios de 56.6% y 66% respectivamente de los valores basales. Otros marcadores bioquímicos no presentaron alteraciones significativas. Las radiografías de cráneo y tomografías que se pudieron evaluar en 8 pacientes, sólo mostraron compromiso pagético en una e hiperostosis frontal en 3, el resto no mostró cambios radiológicos.

SC-07-02 // LA NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL (NPT) ES DE FRECUENTE INDICACIÓN EN CUIDADOS INTENSIVOS.(UCI) ESTUDIO RETROSPECTIVO Y VARIABLES.

DISANTO, O.; GORODNER, A.
Sanatorio Franjoli De Salud 2000. Resistencia. Chaco, Argentina.

Introducción: La Nutrición Parenteral Total (NPT) es de frecuente indicación en Cuidados Intensivos.(UCI) Estudio Retrospectivo y variables.

Objetivos: Evaluar variables asociadas a la NPT y evolución durante la internación.

Material y Métodos: Analizamos en forma retrospectiva 18 historias clínicas de pacientes internados en UCI que requirieron NPT, con bolsas extemporáneas, desde el 01/12/2019 al 30/04/2020. Todos los pacientes tuvieron valoración global subjetiva y evaluación nutricional. De las Historias clínicas obtuvimos los siguientes datos: Diagnósticos de ingreso, TISS 28, SOFA, tiempo de estadia en UCI, vías de acceso, tiempo de NPT, albuminemia al ingreso, al sexto día y al día 28. recuento de linfocitos en sangre periférica en los mismos intervalos y mortalidad a los 28 días.

Resultados: El promedio de edad fue de 65 +/-12 años. El inicio del soporte se efectivizó a las 52 horas promedio, los diagnósticos comprendieron: Pancreatitis Aguda 22,3% (4), Peritonitis fecal por perforación 50% (9), Esofagectomía por tumor 11,1% (2), Gastrectomía subtotal con ileo prolongado 16,6% (3); TISS 28 22,7 , SOFA 8 puntos promedio. Accesos venosos: Yugular Interna Acceso Posterior 14 (77,7%), Subclavia derecha 3 (16,6%)y Subclavia izquierda 1 (5,5%). los días de NPT promedio fueron 17,67, con rango de 13 a 35 días. La albuminemia media de ingreso fue 2,54 gr% (entre 1,9 gr% y 3,16 gr%. Observamos una disminución al sexto día de 0,45 gr% (17,7%) y un incremento en los sobrevivientes de 0,18 gr% (.6&).Recuento total de linfocitos al inicio fue de 925 /mm3, con un aumento de 420 /mm3 (45,4%), al sexto día 1345 /mm3 y al final de NPT fueron 1694 /mm3 un 83,10% (769 /mm3). Las complicaciones de NPT fueron: Hiperglucemia en 6 pacientes (33,3%), sepsis por catéter de NPT en 2 (11,1%). La mortalidad total fue de 27,8%.

Conclusiones: Difícil evaluación de variables por la heterogeneidad de las patologías.

Inicio temprano de NPT; tiempo de NPT prolongado, incremento linfocitario con la NPT. Mortalidad similar a la descrita en la bibliografía.

SC-13-04 // SERIE DE CASOS: LINFOMA ANAPLASICO DE CÉLULAS GRANDES ALK POSITIVO: UN DESAFÍO DIAGNOSTICO

PAZ, V.; ACOSTA, C.; VILLORDO, S.; ILLARIETTI, C.; QUIROZ, M.; VARGAS, E.
Hospital Julio C. Purrando. Chaco, Argentina.

Introducción: El Linfoma anaplasico de células grandes ALK positivo (LACG ALK+) es un subtipo raro de linfoma no Hodgking, representando el 2% del total de casos. Afecta a los ganglios linfáticos (90%). La afectación extraganglionar se observa en el 60% de los casos al momento del diagnóstico, generalmente compromiso cutáneo y óseo. La localización en sistema nervioso central (SNC) es infrecuente. El pronóstico es mejor que la de otros linfomas de células T. La expresión de la proteína ALK como predictor independiente de supervivencia en el LACG.

Objetivos: Se presentan 3 pacientes con diagnóstico de LACG ALK+. Patología de escasa frecuencia que representó un desafío diagnóstico debido a su variable forma de presentación.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de 3 pacientes, dos masculino y un femenino, de 19 y 31 años, quienes cursaron internación en el Clínica Médica del Hospital Julio C. Purrando de Resistencia, Chaco durante junio 2019-septiembre 2020.

Resultados: Casos: Tabla 1

Los LACG ALK+ positivo se presentan en primeras tres décadas de vida, que coincide con los rangos etarios de estos pacientes. En la distribución por sexo, se observa un predominio del masculino, presentado la misma incidencia en esta serie de casos.

Con respecto al estadio inicial entre el 50% y 70% de los pacientes, al momento del diagnóstico se presentan con estadios avanzados. El caso N°1 presentó compromiso mediastinal. En la afectación extranodal, el sitio más frecuentes de presentación es la piel como en el caso N°3. El compromiso del SNC es raramente detectado lo que no coincide con el caso N°1.

El caso N°1 recibió el esquema CHOP, descripto como estándar, no fue posible evaluar la respuesta. El caso N°2 recibió un esquema terapéutico alternativo que evidenció mejor respuesta en pacientes jóvenes. El caso N°3 no recibió tratamiento, ya que el diagnóstico fue post mortem.

Se plantea la dificultad diagnóstica ya que fueron asumidos como etiologías infecciosas retrasándose el diagnóstico y tratamiento adecuado.

Conclusiones: Los LACG ALK+ plantea dificultades diagnósticas importantes teniendo en cuenta la variabilidad clínica e histológica, por lo que creemos relevante sospechar este diagnóstico.

SC-16-01 // ARTRITIS INFECCIOSA DE LA ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR: SERIE DE 3 CASOS

ANDRADE, R.; VASQUEZ, S.; GREGORIO, C.; VOGL, P.; CLUA, D.
Sanatorio Juan XXIII. Río Negro, Argentina.

Introducción: El proceso inflamatorio de la superficie articular mediada por distintos microorganismos afecta principalmente al sexo masculino entre la quinta y sexta década de vida, pudiendo comprometer tanto grandes como pequeñas articulaciones.

Se asocia a este padecimiento diversos grados de inmunocompromiso y un aumento significativo de la morbilidad y la mortalidad en dicho contexto.

Presentamos a continuación una serie de 3 casos de pacientes con diagnóstico de ASAN (artritis séptica de articulación nativa) de la articulación esternoclavicular.

Objetivos: 1-Cuantificar la presentación de 3 casos de artritis séptica de la articulación esternoclavicular en relación con el ingreso de pacientes con diagnóstico de artritis séptica de otras localizaciones.

2-Exponer una serie de casos nunca publicada de una entidad nosológica poco frecuente.

Material y Métodos: Se efectuó un análisis de tipo retrospectivo, de corte transversal que se llevó a cabo en un único día en el mes de septiembre del presente año donde se analizaron 14 ingresos de pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de artritis séptica de diversas localizaciones, confirmadas por valoración microbiológica de líquido articular, entre el mes de julio de 2018 y julio de 2020, cargados en el registro institucional con base en intranet y cotejados con las historias clínicas del sistema Data Tech.

Se definirán como **Criterios de Inclusión:**

1.Artritis con asiento sobre articulaciones nativas

2.AI menos la definición de sospecha de artritis séptica de articulación nativa con al menos 2 (dos) estudios imagenológicos.

Resultados: De los 14 casos analizados de pacientes con diagnóstico de artritis séptica de articulación nativa se identificó que el 21,4% (3 pacientes) correspondía a artritis de pequeñas articulaciones con asiento en la unión esternoclavicular. De este total el 100% fueron mujeres con una edad promedio de 64,3 años. El promedio de días de internación de estas fue de 20,66 días. No se registraron reingresos a los 30 días de los ninguna de las pacientes.

Conclusiones: La articulación esternoclavicular se encuentra pobremente irrigada; su protección, así como el arribo de los diversos agentes antibióticos es deficitaria. Esto convierte a cualquier proceso infeccioso que tome asiento sobre ella en potencialmente grave, tanto en pacientes inmunocompetentes como inmunocomprometidos. Por lo que el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno logran reducir la morbimortalidad los mismos.

Lamentablemente existen en el mundo escasos registros de estos eventos, por lo que aún en la actualidad la decisión de tratamiento antibiótico adecuada o el correspondiente abordaje quirúrgico no se encuentran estandarizados.

Todo ello en una era en la que el inmunocompromiso, por diversas patologías o esquemas terapéuticos, asciende exponencialmente.

SC-16-02 // TRICHINELLA SPIRALIS COMO CAUSA DE GASTROENTERITIS AGUDA

PICABEA, V.; PINTO, A.; SANTIAGO, M.
Sanatorio Mayo. Santa Fe, Argentina.

Introducción: La Triquinosis es una enfermedad zoonótica causada por el consumo de carne cruda o mal cocida de animales. El diagnóstico de basa en la clínica, con amplio espectro de síntomas, sumado al antecedente de la exposición más el test bioquímico.

Objetivos: ? Describir la presentación clínica de GEA secundaria a Triquinosis.

? Demostrar otra causa no habitual de gastroenteritis.

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo, en donde se analizaron historias clínicas de 3 pacientes pertenecientes a la zona rural de la ciudad de Nelson, Santa Fe; en el período correspondiente a 6/06/20 hasta 13/06/20. **Criterios de Inclusión:** individuos de un mismo grupo familiar, que ingresan con Sme Febril y Diarrea más dolor abdominal y edema bupalpebral, con el antecedente del consumo de embutidos. El resto de los familiares que no presentaron dichos síntomas, fueron excluidos del trabajo.

Resultados: Se incluyeron tres pacientes, sin antecedentes patológicos, dos masculinos y un femenino de edades entre 29 y 36 años; que presentaron síntomas frecuentes de infección por Trichinella spiralis, luego de la ingesta de embutidos. Inicialmente se solicitó directo de materia fecal y coprocultivo siendo estos negativos, se solicita también serología de ELISA IgM la cual fue positiva para los tres casos. Con el tratamiento instaurado evolucionaron favorablemente.

Conclusiones: Se presentó una serie de casos para demostrar una causa inusual de GEA. En este contexto, el antecedente del consumo de carne de cerdo más la sintomatología que presentaron los pacientes fueron datos claves para guiar al proceso diagnóstico.

SC-16-03 // CHLAMYDIA PSITTACI COMO AGENTE ETIOLÓGICO EN NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD, UNA SERIE DE CASOS

ARRIETA, M.; SANTIAGO, M.; MOUNIER, M.
Sanatorio Mayo. Santa Fe, Argentina.

Introducción: La psitacosis representa una enfermedad infecciosa bacteriana zoonótica causada por Chlamydia psittaci (organismo intracelular obligado). Se transmite por inhalación de aerosoles generados por las secreciones nasales, excretas, plumas o tejidos de aves infectadas o portadoras, la transmisión persona a persona es excepcional. Los síntomas son principalmente respiratorios, se puede presentar con fiebre, mialgias, náuseas, vómitos, diarrea y tos. Puede variar desde un estado asintomático hasta una enfermedad invasiva fulminante. Se documentaron 16 casos en los primeros 6 meses del año 2019 en nuestro país. Es causa de aproximadamente el 1% de neumonía adquirida de la comunidad.

Objetivos: Describir una etiología poco frecuente de neumonía adquirida de la comunidad.

Describir manifestaciones clínicas y terapéutica empleada en la infección por Chlamydia Psittaci

Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo de 4 pacientes

Se incluyeron pacientes ingresados al nosocomio pertenecientes a un grupo familiar específico, con antecedente de contacto con un ave doméstica (Familia Psittacidae) y que presentaron fiebre.

Se excluyeron pacientes del mismo grupo familiar sin fiebre u otros síntomas.

Dichos pacientes cursaron internación en sala general del Sanatorio Mayo desde el 13 de diciembre de 2018 al 21 de diciembre del 2018.

Se realizó un muestreo no consecutivo de tipo probabilístico y se recolectaron datos obtenidos de historias clínicas

Resultados: Se incluyeron cuatro pacientes, un masculino y tres femeninos de 64, 61,34 y 29 años, todos con contacto estrecho previo con el foco zoonótico. Con respecto a los síntomas todos se presentaron con fiebre, el 50% con tos seca y el 50% con diarrea acuosa, sólo uno presentó disnea CF IV. En la TAC de tórax, los cuatro pacientes presentaron imágenes de consolidación, en algunos casos bilaterales.

Los 4 pacientes evolucionaron de forma favorable con el tratamiento instaurado

Conclusiones: Presentamos una serie de casos de una causa poco frecuente de neumonía aguda de la comunidad. En este caso el antecedente de contacto con el ave fue el dato clave para guiar el proceso diagnóstico, ya que la presentación clínica que presenta dicha patología es amplia

SC-16-04 // COLONIZACION PRECOZ CON ENTEROCOCO VANCOMICINA RESISTENTE Y KLEBSIELLA PRODUCTORA DE CARBAPENEMASAS

BELLETTI, A.; ARGENTE, L.; BELFER, M.; AREA CASTELLI, A.; RESTA, R.; BADIAS, M.; SULIGOV, J.
Hospital Provincial De Rosario. Santa Fe, Argentina.

Introducción: La colonización nosocomial es la portación de gérmenes contraída durante la internación y si es por un germen multiresistente (GMR) se asocia a peor pronóstico. El tracto gastrointestinal es principal reservorio Enterococo Resistente a Vancomicina (EVR) y Klebsiella productora de Carbapenemasas (KPC) en el ambiente hospitalario por lo que las muestras más habituales para el cultivo de vigilancia epidemiológica de EVR son las muestras de frotis rectal o perianal y las muestras de heces. Se define colonización como hisopado anal positivo, y colonización intrahospitalaria como hisopado anal negativo al ingreso al hospital, y positivo al día 3 ó 7

Objetivos: 1) Conocer la frecuencia de colonización con EVR y KPC en pacientes internados en Sala General en el Hospital de tercer nivel, procedentes de la comunidad. 2) Evaluar factores de riesgo asociados en pacientes colonizados. 3) Conocer el tiempo que tardan los pacientes internados en Sala General, en presentar cultivo positivo para los GMR

Material y Métodos: Se incluyeron mayores de 18 años cursando internación en Sala General de Clínica Médica en Hospital de tercer nivel, desde Diciembre de 2018 hasta Julio de 2019, excluyendo pacientes que cursaron una internación inmediata previa en Unidades de Cuidados intensivos, pacientes que cursan internación por patologías quirúrgicas, pacientes institucionalizados, pacientes que cursan menos de 3 días de internación, pacientes que presentan una colonización con gérmenes resistentes previo al ingreso en Sala General, esto quiere decir que tienen colonización positiva el día 0. La búsqueda de EVR y KPC, se realizó por hisopado anal en medio de Stuart.

Resultados: Se incluyeron 100 pacientes, edad media de 45,5; 10 presentaron hisopados positivos para gérmenes multiresistentes, 8 con EVR, 7 al tercer día y otro al séptimo día. Dos presentaron hisopados positivo para KPC al día 7. Los 10 pacientes colonizados habían presentado instrumentaciones, la mitad (5) de ellos había consumido ATB previamente, 4 estuvieron internados en los últimos tres meses y 5 en el último año. De estos 10 pacientes, 3 son diabéticos, 2 tienen cáncer y uno presenta inmunodepresión. 8 de los colonizados fueron dados de alta, 1 paso a unidad de cuidados intensivos y otro obitó.

Conclusiones: Si bien el número de colonizaciones no fue elevado, se pudo observar que los pacientes con hisopados positivos, tuvieron alguna instrumentación durante la internación, sin embargo, no se encontró relación significativa en cuanto a la toma de ATB previos, internaciones previas y comorbilidades. Se observó que gran parte de la población en estudio, no presentó hisopados positivos, hasta los 7 días de internación, sugiriendo que las internaciones breves son favorables para evitar colonización de los pacientes.

SC-24-01 // TUMORES NEUROENDOCRINOS: A PROPÓSITO DE TRES CASOS

DAYDOU BORSOTTI, A.; GONZALEZ, R.; ROLON, A.; AYALA, M.; SILVA, E.; DEL GRECCO, C.; FERNANDEZ

ESCOBAR, J.; GIACARDI, R.
Sanatorio Garay. Santa Fe, Argentina.

Introducción: Los tumores neuroendocrinos consisten en un grupo heterogéneo de neoplasias epiteliales que se originan a partir de las células neuroendocrinas. Pueden afectar cualquier órgano del cuerpo, mayormente gastrointestinales. Son poco frecuentes, con un cuadro clínico inespecífico por lo que su diagnóstico suele retrasarse empeorando el pronóstico.

Objetivos: El objetivo de este trabajo consiste en describir 3 casos de tumores neuroendocrinos, detallando las manifestaciones clínicas, la forma de alcanzar el diagnóstico y el tratamiento

Material y Métodos: Se reportan 3 casos clínicos de pacientes de 17, 35 y 47 años ocurridos durante un período de 5 meses, con cuadros crónicos de dolor abdominal y síntomas asociados, como diarrea y enrojecimiento facial. Se arribó al diagnóstico de neoplasia neuroendocrina (apendicular, intestinal y primario desconocido, respectivamente) con metástasis, a través de la toma de biopsias. En 2 pacientes (tumores apendicular e intestinal) se llevó a cabo la total resección del primario. Todos recibieron tratamiento con análogos de somatostatina para control de la enfermedad.

Resultados: Los tumores neuroendocrinos son poco frecuentes pero su incidencia se encuentra en aumento y el diagnóstico tardío de ellos aumenta la morbimortalidad. Debido a la heterogeneidad de esta patología, debe ser tenida en cuenta como diagnóstico diferencial en cuadros abdominales de larga evolución, sobre todo en pacientes jóvenes.

Conclusiones: Los casos reportados destacan por la cronicidad de una sintomatología abdominal inespecífica, siendo importante en cada caso la sospecha clínica y los métodos invasivos para arribar al diagnóstico y mejorar la calidad de vida de los pacientes mediante el tratamiento oportuno

SC-31-01 // CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y EPIDEMIOLÓGICAS DE LOS PACIENTES INTERNADOS EN LAS UNIDADES COVID-19

VARELA, G.; LEFF, D.; ROJAS MENDIOLA, R.; CANTEROS, G.; MACÍAS, G.; BROSI, D.
Hospital Tornú. Caba, Argentina.

Introducción: El coronavirus SARS-CoV-2 afecta al ser humano (COVID-19) y puede producir cuadros clínicos que van desde un cuadro de vías aéreas superior hasta otros más graves como Síndrome Respiratorio Agudo Grave.

Objetivos: Describir las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes que se internan en las Unidades COVID-19.

Material y Métodos: Estudio observacional descriptivo. Se relevaron las historias clínicas de pacientes internados en las unidades de internación COVID-19 del Hospital Tornú en el período 24/03/2020-24/10/2020 mediante un formulario ad-hoc. Fueron incluidos pacientes de ambos sexos de 15 o más años.

Resultados: Se incluyeron 856 historias clínicas. El 52,2% fueron hombres. La edad promedio fue 53 años. Los pacientes con COVID-19 confirmado fueron el 73,7% (631). El 54% fueron hombres. La edad media fue de 52,6 años. La media de estadía fue: 8,35 días. El 6% era personal de salud. En julio y agosto hubo mayor número de internaciones (51,8%). El 61,2% tuvo el inicio de síntomas dentro de los cinco días. El 61% refirió contacto estrecho. Los síntomas más frecuentes: fiebre (56%) y tos (52%). Sin bien el 43% no presentaban comorbilidades, las más frecuentes fueron: HTA (24%), DBT (19%) y obesidad (16%). También más frecuentes en derivados a UTL. El 51,5% presentó radiografía y/o tac con infiltrado bilateral. Según la clasificación de severidad fueron: 8,3% asintomático, 25,3% leve, 34,1% moderado y 32,2% severo. Los hombres presentaron más frecuentemente las formas moderadas (38,1%) y severas (35,8%). El porcentaje de severos en mayores de 65 años fue el 52%. Un tercio de los asintomáticos tenían radiografía patológica y un 30% se terminaron clasificando como moderado-severo.

En cuanto al destino: el 11,1% fue derivado para continuar aislamiento extrahospitalario, el 41,4% al hogar para continuar aislamiento, 28,8% recibió el alta definitiva al hogar, 2,7% obitó (ninguno debido a faltante de camas en UTI) y el 8,4% fue derivado a UTL. La mortalidad en UTI fue de 49% con una mediana de edad de 68 años.

Conclusiones: Hubo mayor número de internaciones en julio y agosto relacionado con el pico de casos en CABA. Las comorbilidades más frecuentes en las unidades y en aquellos que se derivaron a UTL fueron HTA, DBT y obesidad. La mitad de los mayores de 65 años presentaron casos severos y de los casos severos que fueron derivados a UTL la mitad falleció.

SC-31-02 // RESULTADOS INICIALES DE LA IMPLEMENTACIÓN DE TÉCNICAS DE SOPORTE VENTILATORIO NO INVASIVO EN UNA SALA DE INTERNACIÓN DE COVID19

BROSI, D.; ROJAS MENDIOLA, R.; SCAFATI, M.; BESADA, C.; SMURRA, M.; FACCIOLI, G.
Hospital Enrique Tornú. Caba, Argentina.

Introducción: El SARS-CoV2 provoca neumonía con insuficiencia respiratoria crítica en el 5% de los pacientes. Éstos habitualmente requieren manejo invasivo con asistencia respiratoria mecánica (ARM) y tienen una alta tasa de mortalidad. Las medidas de soporte ventilatorio no invasivas como la oxigenoterapia de alto flujo y la presión positiva continua de la vía aérea han demostrado eficacia clínica a pesar de ser controvertidas. Es en este contexto que en el hospital Tornú de la Ciudad de Buenos Aires se crea una Unidad de Soporte Ventilatorio no Invasivo (USoVNI) dentro de la sala de internación COVID19 y se normalizó la utilización de cánula nasal de alto flujo de oxígeno (CAFO) y CPAP con helmet. Ambas terapias bajo monitoreo oximétrico y de parámetros de respuesta clínica. Se presentan los resultados iniciales de la implementación de estas terapias.

Objetivos: Presentar los resultados iniciales de la implementación de técnicas de soporte ventilatorio no invasivo en una sala de internación de COVID19

Material y Métodos: Se revisaron retrospectivamente los datos clínicos de los pacientes que ingresaron a la USoVNI desde su creación el 9 de septiembre hasta el 30 de octubre de 2020. Se analizaron datos clínicos y de laboratorio basales, tiempo de estadía en la unidad y terapias utilizadas, así como los resultados obtenidos.

Resultados: En el período de estudio fueron asistidos 14 pacientes, 53% hombres y 47% mujeres. La edad media de los pacientes fue de 64 años. La media de días desde el inicio de los síntomas al ingreso a la USoVNI fue de 7,5 días. El 21,4% tenían antecedentes de HTA, el 14,3% Diabetes y el 42,8% no tenían ningún antecedente de relevancia. Los parámetros respiratorios basales fueron: una frecuencia respiratoria media de 28,8, una PAFIO2 basal de 177. Un 50% recibió tratamiento con CAFO, un 28,6% con terapia combinada CAFO y CPAP y un 21,4% con CPAP solamente. La estadía media en la USoVNI fue de 6 días. Los resultados obtenidos: 64,3% fueron dados de alta y 35,7% de los casos pasaron a la Unidad de Terapia Intensiva donde requirieron intubación orotraqueal y ARM.

Conclusiones: Los resultados obtenidos sugieren que el desarrollo de estas unidades puede ser beneficioso para un número importante de pacientes con COVID19 evitando la elevada morbimortalidad asociada a la ARM y la sobrecarga de las Unidades de Terapia Intensiva

