

36° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

Asociación Argentina de Medicina Respiratoria

Posters de Discusión

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

Tuberculosis

23688. REACCIONES ADVERSAS A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS. EXPERIENCIA DE DIEZ AÑOS

González CD, Jajati MP, Hofmann NG, Sivori ML, Pascansky D, Kaplan PJ, Sáenz CB, Monzón D

Las reacciones adversas a fármacos antituberculosos (RAFA) son un hallazgo frecuente en nuestro medio, a menudo relacionado con factores de riesgo como el alcoholismo ó la condición de HIV reactivo.

Objetivos: describir las características de las RAFA registradas durante un período de observación de diez años en un hospital general de agudos.

Material y métodos: desde el 1/1/1998 al 31/12/2007, 1198 pacientes con TB fueron notificados. En RAFA leves, se continuó el tratamiento y si el caso lo requería, se agregó medicación sintomática. Se consideró hepatitis al incremento por cinco veces de las transaminasas sin síntomas ó por tres con síntomas, y efecto adverso serio a aquel que implicaba la interrupción del tratamiento, hospitalización ó muerte. En caso de interrupción se reincorporaron las drogas de a una con monitoreo de síntomas y función, suspendiéndose definitivamente a aquella individualizada como responsable. Se utilizaron recursos estadísticos convencionales, Chi cuadrado, ANOVA y se consideró p significativa = a 0.5

Resultados: 64.9% fueron varones, la media de edad fué de 38.6 años (DS±14.7) y el peso 59 kgs (DS±10.8). Eran argentinos el 71.5%. Un 15.2% tenían tratamiento previo por TB y el 50.2% presentaba factores de riesgo, destacándose alcoholismo (29.9%) y condición HIV reactivo (27.7%). En 23.4% de los pacientes tratados (281/1198) se registraron 488 RAFA, a razón de 1.73 RAFA/paciente, siendo reversibles el 95.1% de las mismas. Hepatitis: prevalencia del 10.7%, en 93.7% con curso reversible. En 29.4% (38/129) se identificó la droga causal, en orden decreciente: H, Z ó R. Efectos gastrointestinales: 10.1%, en 32.5% (40/123) por R, Z ó H. Hiperuricemia: 5.8% de prevalencia, todas por Z. Prurigo: 4.4%, 32% atribuida a Z, H ó R. Ictericia: 3.6%, 45.5% reconocida por R, H ó Z. Rush: 3.5%, 39.5% causado por Z, H, R ó S.

Otras RAFA: = 1% cada una. RAFA graves, irreversibles: prevalencia del 4.9%, ocasionadas por H, R, Z ó E.

Conclusión: en nuestra experiencia, casi uno de cada cuatro pacientes presentaron RAFA, principalmente por H, Z y R, un 5% de carácter irreversible. Sería recomendable optimizar el uso de algoritmos validados para la identificación de la droga responsable, con el fin de sopesar los riesgos y beneficios de su uso.

23856. TUBERCULOSIS Y MYCOBACTERIOSIS EXTRAPULMONARES EN PACIENTES HIV POSITIVOS

Rousselle H, Rico M, Vicente A, Roca A, Olguin J

Objetivos: evaluación retrospectiva en el diagnóstico de TBC y mycobacteriosis extrapulmonar en pacientes HIV positivos desde 1997 al 2007.

Material y métodos: desde Enero de 1997 a Diciembre del 2007 fueron detectados 243 pacientes HIV positivos (por método de doble ELISA Y Western Blot).

Solamente a 120 pacientes (49%), se les solicitó estudio para TBC (Ziehl-Neelsen,Lowestein-Jensen; Bactec TB460).

Resultados: 14 pacientes fueron positivos (12%)

M. tuberculosis: 13 (92%).

Complejo MAI, 1 (8%)

El 43% tuvo confirmacion extrapulmonar (hemocultivo: 14.3% ganglionar (14.3%), meningea (7.1%) y en materia fecal (7.1).

Conclusión: la frecuencia de esta patologia extrapulmonar varia entre un 25 y 66 % en diferentes estudios. Es importante el hallazgo de esta forma clínica ya que guarda estrecha relacion con el grado de inmunosupresión.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24161. INNOVACIONES EN EL MANEJO CON PACIENTES CON TBC, DESDE EL PRIMER NIVEL DE ATENCION

Alonso L, Falcone J, Falcone R, Fortunsky M, Scalabrini C, Spolidori S

Antecedentes: la atención en el Primer Nivel ha promovido estrategias interdisciplinarias y de reforzamiento de la adherencia. Se ha complejizado con pacientes bolivianos, por lo que se ha articulado la atención con ese país, a fin de evitar los abandonos.

Objetivo general: Mostrar la evolución de los pacientes con TBC tratados en un Centro de Salud de Villa Celina - La Matanza, desde el año 2005 hasta el 2007.

Objetivos específicos: Explicar la tendencia a la disminución de los abandonos. Describir el proceso de articulación con Bolivia, para pacientes en tratamiento que necesitaran viajar a su país. Demostrar la efectividad del Tratamiento Supervisado.

Material y métodos: tarjetas de Tratamiento de pacientes atendidos entre los años 2005/7; Hojas de Registro de Excel; Hojas de Administración de Fármacos, registros de evolución semanal, correo electrónico. Se han categorizando las variables: nombre, edad, nacionalidad, domicilio, fecha de inicio y de terminación del tratamiento, fármacos, estudios de diagnóstico-complementarios, contactos y situación laboral. Se ha discriminando: curación, tratamiento completo, derivación y abandono. Se ha articulado con referentes de Bolivia la derivación, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes. Para el análisis

sis de la adherencia y del tratamiento supervisado, se ha recogido información de las reuniones interdisciplinarias. Se han tenido en cuenta las indicaciones objetivas del tratamiento, y las cuestiones subjetivas y particulares de cada paciente.

FINALIZACION DEL TRATAMIENTO	2005	2006	2007
Curación	7	5	2
Tratamiento completo	7	12	10
Derivación	2	3	1
Abandono	4	3	1

Conclusión: disminuyeron los abandonos. En el año 2008 continúa esta tendencia.

Hubo alta efectividad en las derivaciones a Bolivia.

La mayoría es población inmigrante, masculina, en edad económicamente activa.

Con el Tratamiento Supervisado se han alcanzado los mismos porcentajes que con TAES/TDO.

24166. TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR

Menéndez EA, Figueroa NI, Banek MF, Dávila CM

Introducción: TBC enf. de presentación pulmonar (80%) y extrapulmonar(20%),del cual el 7% es de localización genitourinaria y raro compromiso suprarrenal.A nivel mundial:Prevalencia:1.860 mill.Incidencia:8 mill./año.La Enf de Addison,con una Incidencia de 0,05%/oo,es causada en un 75% por Adrenalitis Autoinmune y en un 20% por TBC.

Objetivos: destacar la importancia de TBC extrapulmonar como causa de Enf. de Addison

Material y métodos: descripción de un caso clínico.

Caso clínico: Paciente masculino, 44 años.Sin APP conocidos. AEA: Hiperpigmentación cutánea generalizada, astenia y pérdida de peso de 15 kgs. de 7 meses de evolución.Al ex. físico: piel con tinte bronceado más intenso en zonas de pliegues,ribete rojo violáceo en línea de implantación dentaria,dolor a la palpación en flanco derecho.

Mét. complementarios:Laboratorio:GB12.100(NS 68%),VSG 30 mm,Urea 54 mgr/dl,Creatinina 1,5mgr/dl,FG 51 ml/min,Na129mEq/l, K6,8 mEq/l, pH7,26, Bicarbonato20,3mEq/l,Cortisol 1,4 mcg/dl(VN: 5-25),ACTH 1250 pg/ml(VN: hasta 60),Ac Alfa 21 antihidroxilasa negativo.Serologías, Urocultivos seriados,Hemocultivo y Cultivo de Espudo negativos;PPD 10 mm. Rx de Tórax: calcificación de 2x1cm parahiliar derecha. Eco Abdominal: Riñon Der:ecoestructura alterada, contenido denso en su interior,nódulo en polo superior. TAC de Abdomen Riñon Der: cavitaciones pioneocróticas,sin excreción del contraste,adrenal derecha con formación nodular de 26 mm.

Tratamiento: Prednisona 7,5mg./día,Nefrectomía y Adrenalectomía derechas.

Biopsia: Suprarrenal: granuloma tuberculoide,infiltrado linfoplasmocitario,fibrosis,cel. tipo Langhans,necrosis caseosa.Riñón:abundante contenido líquido purulento,fibrosis periférica, infiltrado mononuclear,areas hemorrágicas y zonas de necrosis.

Bacteriología del material: Baciloscopia y cultivo para BAAR + Diagnóstico: TBC extrapulmonar(renal y suprarrenal),Enf.de Addison.

Evolución: Buena respuesta al tratamiento quirúrgico, tuberculostático y sustitutivo con corticoides.

Conclusión: creemos interesante en el presente caso clínico la baja incidencia de estas patologías. A pesar de la ausencia de antecedentes epidemiológicos para TBC pulmonar, ante una Enf. de Addison tener siempre presente a la tuberculosis como

causa, que por lo general precede en años a la manifestaciones clínicas.

24193. COSTO SOCIAL DE LA TUBERCULOSIS DURANTE LA FASE INICIAL DE TRATAMIENTO. RESULTADOS PRELIMINARES SECRETARÍA DE SALUD. MUNICIPALIDAD DE QUILMES. BECA CARRILLO-OÑATIVIA 2007

Cusmano L, Morua S, Logran M, Pereyra A, Palmero D

La tuberculosis (TBC) es uno de los principales problemas de Salud Pública en el mundo. En Argentina, se notifican 11.000 nuevos casos por año, con una tasa de incidencia de 30 por 100.000 habitantes. Constituye por sí misma una alta carga social y económica para la salud en nuestro país. El costo global o social de un enfermedad esta integrado por el costo directo, el indirecto y el intangible. El objetivo de este estudio fue calcular el costo global de un paciente con TBC en fase inicial del tratamiento y ponderar la participación del sector salud, el sector productivo y la unidad familiar en el costo de la enfermedad.

Material y métodos: se realizó un estudio descriptivo de estimación de costos de morbilidad por TBC. Se utilizó como muestra una serie de 30 casos de pacientes con diagnóstico reciente de TBC durante el año 2007, residentes en el Partido de Quilmes. Se calculó el costo promedio global por caso en fase inicial del tratamiento. Las variables ponderadas fueron: costos directos por atención de la enfermedad, costos indirectos o de oportunidad, y los costos intangibles o de pérdida en la calidad de vida a través de la encuesta SF-36 y su equivalente monetario.

Resultados: el costo global por caso en la fase inicial del tratamiento ascendió a \$427.3

Los costos directos como la atención ambulatoria, estudios complementarios y medicación sumó en total para la fase inicial \$121.3. Los costos indirectos como ausentismo laboral, días de actividad limitada y gastos de transporte fueron de \$181. El equivalente económico de la pérdida de calidad de vida durante esta fase del tratamiento alcanzó un monto de \$ 125. Al calcular la participación de las distintas fuentes de financiamiento en costo global, el sector salud intervino en el 28.3%, el productivo en el 29.3% y la unidad doméstica en el 42.4 %del total.

Conclusión: durante la fase inicial del tratamiento el sector salud participó solo en un tercio del costo total. El mayor impacto recayó en forma directa en la unidad familiar.

Este modelo de evaluación permitió cuantificar la magnitud del problema de salud en otros sectores como la economía familiar de los enfermos que de por sí integran un grupo social vulnerable.

24201. TUBERCULOSIS DE CAMPOS INFERIORES (TBCI)

González A, Baldini M, Fernández Casares M, Godoy M, Monteverde A

Objetivos: comparar características de la TBCI respecto a la TBC pulmonar de localización habitual.

Materiales y métodos: se define TBCI a la presencia de infiltrados radiológicos unicamente debajo de una línea imaginaria trazada a nivel del punto medio de los hilios pulmonares.

Estudio retrospectivo de enero de 2003 a diciembre 2007.

Se incluyeron pacientes adultos: 42 con TBCI y 84 con TBC de localización radiológica habitual, elegidos en forma aleatoria (grupo control).Todos con confirmación bacteriológica.Se excluyeron pacientes con VIH positivo.Se utilizó test T y chi cuadrado.

Se analizaron las variables: edad, sexo, presentación radiológica, comorbilidades, cuadro clínico, albúmina, bacteriología, días de evolución de los síntomas y necesidad de internación.

Resultados: la TBCI representó el 6% del total de casos de TBC en ese período. Se compararon ambos grupos:

	TBCI	TB no CI	p
Comorbilidades	16 (38%)	14 (17%)	<0.001
Rx cavidad	18 (43%)	30 (36%)	ns
Rx condensación	22 (52%)	3 (3,5%)	<0.001
Rx bilateral	2 (5%)	48 (57%)	<0.001
Días de evolución	32	41	ns
albúmina <3,5	10 (24%)	20 (37%)	ns
Síntomas respiratorios	24 (57%)	47 (56%)	ns
Síntomas constitucionales	15 (36%)	39 (46%)	0.04
Internación	18 (43%)	20 (24%)	0.02

Conclusión: los pacientes con TBCI tenían mayor número de comorbilidades, síntomas constitucionales menos frecuentes y mayor necesidad de internación. El compromiso unilateral y la consolidación neumónica fueron manifestaciones radiológicas significativamente más frecuente en el grupo con TBCI. Si bien las comorbilidades fueron mas frecuentes en TBCI, la ausencia de las mismas no descarta TBC y debe pensarse en dicha patología en las neumonías de lóbulos inferiores de evolución tórpida.

24224. NEUMOTÓRAX ESPONTÁNEO SECUNDARIO A TUBERCULOSIS EN PACIENTES INTERNADOS EN UN HOSPITAL ESPECIALIZADO

De Stefano G, Grassetto M, Branda A, Trela C, Babich M, Musilla R, Mosca C, Abbate E

Introducción: el neumotórax espontáneo secundario (NES) a TBC pulmonar es una complicación infrecuente con una incidencia del 0,6 al 1,4%. El mismo se produce por necrosis caseosa subpleural o por rotura de bullas asociada a procesos de cicatrización. En la primera situación puede provocarse el empiema tuberculoso y formación de fistula broncopulmonar. Esto obliga a indicar procedimientos de avenamiento unidos al tratamiento (tto) antituberculoso. El NES puede presentarse como complicación de inicio o en el curso del tto de la enfermedad, situaciones que son el objetivo de nuestro análisis.

Objetivos: 1° Determinar la incidencia de NES en pacientes internados por TBC. 2° Detectar en qué momento del curso de la TBC se produjo el NES. 3° Correlacionar la aparición del NES con la extensión de la enfermedad pulmonar, tiempo de tto y antecedente de tabaquismo. **Materiales y métodos:** Se realizó un trabajo retrospectivo descriptivo de corte transversal. Se estudiaron las historias clínicas (HC) de los pacientes internados en una sala de Neumotisiología del Hospital Muñiz desde julio de 2005 a julio de 2008. **Resultados:** Se evaluaron un total de 670 HC de ptes masculinos, 486 presentaron TBC, de los cuales 14 padecieron NES (3%); 29% del hemitórax derecho, 50% del izquierdo y 22% bilateral; 78% requirieron avenamiento pleural. El 78% presentó localización pulmonar y el 22% pleuropulmonar; 71% fueron formas avanzadas bilaterales y 29% formas moderadas unilaterales. La mitad eran fumadores. La edad osciló entre 18 y 70 años. El NES fue la forma de presentación en el 29% de los casos, mientras que en el 79% restante ocurrió durante el tto, a los 53 días de terapéutica en promedio. La media de días de internación fue de 55, para una media de 33 en la muestra comparativa.

Conclusión: la incidencia de NES fue del 3%. Esta mayor frecuencia respecto a otras publicaciones se relaciona a que estos enfermos presentaron en su mayoría formas avanzadas de TBC. De los 14 enfermos, 10 presentaron la complicación en el transcurso del tto (promedio 53 días); esta situación es llamativa y probablemente vinculable a procesos de reparación, fibrosis y distorsión del parénquima pulmonar. El NES requirió drenaje quirúrgico y produjo una prolongación de días de estada del 70%, con aumento de morbimortalidad.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE Hotel Costa Galana Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24235. IMPACTO DE FARMACODERMIA SEVERA EN EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS. DIVISIÓN NEUMOTISILOGÍA HOSPITAL F.J. MUÑIZ, BS AS, ARGENTINA

Saab MA, Castagnino JP, De Stefano G, Musilla RM, Brea A, Abbate E

La farmacodermia (FD) es una reacción adversa medicamentosa (RAM) que puede presentarse durante el tratamiento de la tuberculosis (TB). Todos los fármacos de 1ª línea pueden ser responsables de la misma. Se describen pacientes (ptes) que presentaron FD severa, internados en un hospital de referencia en TB. **Objetivos:** 1- Conocer la frecuencia de FD severa durante el tratamiento de TB con fármacos 1ª línea, 2- Determinar droga responsable, 3- Evaluar el impacto de esta RAM en el curso de la enfermedad y su tratamiento. **Material y métodos:** Se evaluaron historias clínicas de ptes internados con TB tratados con fármacos de 1ª línea. **Diseño:** Descriptivo, retrospectivo. **Periodo:** enero 2007 a julio 2008. Se definió FD severa: compromiso cutáneo generalizado y/o de mucosas y/o hipertermia por fármacos anti TB que obligaron a suspender el tratamiento. **Tratamiento efectivo:** mínimo 3 fármacos anti TB. **Resultados:** 450 ptes iniciaron tratamiento anti TB, 7 (1,5%) presentaron FD severa. Edad promedio 29 años (21-45). Mujeres: 5. Seis fueron bolivianos. Formas de TB: 1 peritoneal-genital, 3 pulmonares, 1 pleuropulmonar, 1 ganglionar, 1 miliar. En 6 ptes el motivo de internación fue FD, 1 pte la desarrolló durante la internación. En 5 ptes se asoció a hepatotoxicidad. Tres tenían parasitosis. Causa de FD confirmadas: etambutol 4, isoniazida 3, rifampicina 2 y pirazinamida 1. Tres presentaron FD a más de 1 fármaco. Todos requirieron tratamiento con corticoides y antihistamínicos. Seis presentaron eosinofilia periférica >500. Se realizó IgE en 4 ptes: >=1500. Tiempo de aparición de FD: promedio 25 días (10-45). Demora entre diagnóstico de TB y tratamiento efectivo de TB: 99,7 días (83-140). Tiempo desde suspensión de tratamiento por FD e inicio tratamiento TB efectivo: 67 días (27-92). En 6 ptes se usaron fármacos de 2ª línea. **Conclusión:** la frecuencia de FD fue 1,5%, similar a la descripta en la bibliografía (0.6 a 8%). El etambutol fue la causa más frecuente. Si bien la FD es poco común, su aparición implica internaciones prolongadas, riesgo de resistencia bacteriana, necesidad de uso de fármacos de 2ª línea, mayor riesgo epidemiológico y costo sanitario. Se destaca la importancia de la farmacovigilancia para la detección precoz de esta RAM.

24264. EVALUACION DE LAS ACTIVIDADES EN RED PARA LA ATENCION DEL PACIENTE CON TUBERCULOSIS REGIÓN SANITARIA I - PARTIDO DE LA MATANZA

Basualdo H, Fernández M, Argiz M, Migliorissi M, Ozuck L, Rosales C, Falcone R, Hernández T

La demora en el diagnóstico y tratamiento de la Tuberculosis (TB) tiene graves consecuencias en la salud pública. Con el fin de disminuir la morbi-mortalidad por TB se implementaron actividades en Red con un equipo interdisciplinario dedicado a la atención del paciente con tuberculosis.

Objetivos: valuación de las actividades realizadas en el período Enero 2004 – Diciembre 2007 por el Equipo Interdisciplinario para la atención del paciente con TB.

Materiales y métodos: se llevó a cabo un análisis retrospectivo de los siguientes ítems: Búsqueda e Identificación del Sintomático Respiratorio (SR), Confirmación bacteriológica, Localización de la enfermedad, Estudio de Contactos, Nacionali-

dad, Comorbilidades, Porcentaje de pacientes con tratamiento completo, Abandonos, Fallecimientos,. Obtención del Subsidio (Ley 10436).

Resultados: en el consultorio de Tisioneumonología del Hospital Dr. Equiza fueron atendidas 6389 consultas. 785 (12%) pacientes era SR. Se realizaron 1603 baciloscopias. (2,04 por paciente).

Fueron diagnosticados 82 casos. Localizaciones: Pulmonar 81 (10,3%), Extrapulmonar 1. Confirmación bacteriológica 79 (97%)

Se evaluaron 381 contactos, 160 menores de 15 años, 221 adultos.

El país de origen de los pacientes fue: 74 (90%) Argentina, 2 (2%) Paraguay, 5 (6%) Bolivia, 1 (1%) Uruguay.

5 (6%) estaban coinfectados HIV

Terminaron el tratamiento 73 (89%) pacientes, abandonos 4 (5%), traslados 3 (4%) fallecidos 2 (2%).

Se gestionaron 36 subsidios (Ley 10436), fueron obtenidos 29, 7 están en trámite..

Conclusión: con una población de aproximadamente 300.000 habitantes y condiciones socio-económicas de riesgo, este distrito, presenta un desafío a la hora de controlar una enfermedad infectocontagiosa, de transmisión social e involuntaria. La implementación de un Programa de Control Interdisciplinario busca diagnosticar y curar al enfermo en su localidad de residencia., Se facilitan el acceso a la atención primaria, al diagnóstico con posibilidad de contar con técnicas de mayor complejidad a través de la red de Laboratorios, y la atención de las necesidades del enfermo por medio de un Servicio Social local en contacto con la realidad del medio donde reside.

24265. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DESCRIPTIVO DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS NOTIFICADOS AL ÁREA PROGRAMÁTICA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Sameghini J, Bou Pérez A, Mir Candal L, Guevara E, Demola M, Hernández S

Introducción: a través del programa de vigilancia epidemiológica del G.C.A.B.A.; se desarrollan actividades de eventos de salud-enfermedad para obtener información oportuna para la acción asistencial y preventiva. La TBC es una de las patologías prevalentes que requiere notificación obligatoria. El conocimiento de las características epidemiológicas de nuestra población, permite fortalecer las estrategias de las acciones de prevención comunitaria.

Objetivos: describir las características epidemiológicas de los casos confirmados de TBC notificados a la división Área Programática del Hospital Gral. de A. Dr. J. M. Ramos Mejía a través del P. V. E. del G.C.A.B.A.

Materiales y métodos: estudio epidemiológico descriptivo, comparativo de 140 casos de TBC confirmados comprendidos todo 2005 y entre enero de 2007 hasta agosto de 2008. Dado que para el 2006 no se ha podido acceder a los datos desagregados, no se usó para el estudio

	2005	2007	2008	TIPO DE VIVIENDA	2005	2007	2008
TOTAL	29	64	47	HOTEL	8	13	7
FEMENINO	11	29	19	CASA COLECTIVA	2	15	13
MASCULINO	18	35	28	DEPARTAMENTO	7	6	12
0-11 AÑOS	5	2	1	INST. CERRADA	2	1	—
12-20 AÑOS	8	19	10	SIT. DE CALLE	2	2	1
21-40 AÑOS	8	33	21	RANCHO	—	—	1
41-60 AÑOS	5	9	14	SIN ESPEC.	2	13	4
MAS DE 60 AÑOS	3	1	1	ESCUELAS	6	14	9

Conclusión: el grupo mas afectado es el varón adulto (57.9%) de 21 a 40 años (44.3%) que habita en casas colectivas/inquil-

nato (27.03%) y hoteles (25.22%) donde se concentran más de la mitad de los pacientes (52.25%). Otro dato significativo corresponde a las notificaciones provenientes del ámbito escolar (20.71%). Cabe destacar que dichos porcentajes son coincidentes a lo largo de los 3 años comparados.

24277. MYCOBACTERIUM AVIUM COMPLEX EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES

Gutiérrez M, Lerosé C, Fernández C, Pargaglione C

Secciones Bacteriología y Fisiopatología Respiratoria – Hospital Tornú – Buenos Aires

Las micobacterias ambientales, tienen gran distribución en el medio ambiente, siendo el agua su reservorio principal. Son bacterias no patógenas salvo cuando se produce la interacción micobacteria-huésped adecuada (inmunodepresión, EPOC, fibrosis quística, bronquiectasias, secuelas de TBC, neumociosis, proteinosis alveolar, trastornos de la motilidad esofágica, etc.) Pero también puede presentarse en mujeres sin evidencia clara de factores predisponentes como en nuestro segundo caso

Pese a su ubicuidad, la transmisión interhumana no ha sido documentada y la aerosolización es la forma de transmisión más aceptada

Existen tres formas clínico-radiológicas:

- fibrocavitaria
- nodular-bronquiectásica
- neumonitis por hipersensibilidad

Si bien la enfermedad pulmonar producida por micobacterias ambientales en nuestro país no es frecuente (< del 2% del total de cultivos positivos) los nuevos sistemas automatizados han contribuido al aumento del rescate de las mismas desde su introducción hace aproximadamente 10 años. Se describen dos pacientes de sexo femenino de 59 y 69 años de edad respectivamente, con enfermedad pulmonar por *Mycobacterium Avium Complex* con distintas formas de presentación

La primera con forma fibrocavitaria asentada sobre secuelas de TBC y la segunda nodular-bronquiectásica, de curso más lento, sin factores predisponentes aparentes y con infiltrados intersticionodulares y árbol en TACAR

Ambos diagnósticos fueron confirmados luego de reiteradas investigaciones dirigidas por sospecha de la enfermedad.

Conclusión: las micobacterias no tuberculosas se asocian cada vez más frecuentemente con enfermedad pulmonar siendo un fenómeno mundial no asociado solamente a mejores técnicas diagnósticas ni a infección por HIV. Creemos necesario investigar esta patología en personas con síntomas respiratorios recurrentes que reúnan los criterios de condiciones predisponentes e imágenes compatibles, el clásico perfil del Síndrome de Lady Windermere o neumonitis por hipersensibilidad. Por eso es importante contar con un laboratorio equipado y personal experimentado y entrenado al cual derivar las muestras

LUNES 17 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24296. EXPERIENCIA DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE TBC EN EL NUEVO HOSPITAL DE RIO CUARTO EN EL PERÍODO 1997-2007

Buffarini MA, Gómez G

Dos millones de personas por año mueren de TBC en el mundo. El 98% de las muertes se producen en países en desarrollo y corresponden a adultos jóvenes. Un tercio de la población del

mundo esta infectada y 1 de cada 10 personas padecerá la enfermedad.

Uno de los «Objetivos de Desarrollo del Milenio para el 2015» (Resol. 55/2 Asamblea Naciones Unidas, Septiembre 2002) es revertir la incidencia de TBC, reducir la prevalencia y las defunciones a la mitad respecto a las cifras de 1990, mediante la «Alianza Alto a la Tuberculosis»

Objetivo general: determinar y caracterizar el total de pacientes con TBC tratados en el Nuevo Hospital de Río Cuarto en el período 1997-2007.

Objetivos específicos:

- Caracterizar la población tratada por TBC en relación al sexo, edad y procedencia.
- Establecer las formas de presentación de la TBC
- Determinar el método de confirmación de la TBC.
- Establecer la relación con otras patologías.

Materiales y métodos: Estudio epidemiológico descriptivo, del período 1997-2007, mediante revisión de fichas de control de tratamiento.

Resultados: El total de pacientes fue: 284, 165 (58 %) eran de Río Cuarto, y 119 (42 %) de la región que incluye los 3 Deptos del sur de Córdoba.

En relación al sexo y la edad se observa: masculino 168 (59%) femenino 116 (41%) y el 57% menores de 50 años. Las formas de presentación fueron: Pulmonar 230 (81 %), Extrapulmonar 54 (19 %), de las cuales la localización fue: pleural, ganglionar, laríngea, y otras. Para confirmar el diagnóstico se utilizó baciloscopia de esputo, BAL, líquido pleural y biopsia de tejidos. La baciloscopia fue positiva en 188 casos (66%), negativa 38 (13%), la confirmación por biopsia en 45 (16%) y en 13 (5%) no investigada.

Las asociaciones mórbidas más frecuentes fueron: tabaquismo 54 (44%), alcoholismo 31 (25%), DBT 15 (13%), HIV 7 (6%), IRC 2 (2%), EPOC 2 (2%), otras 9 (8%)

Conclusión: no hay diferencias en cuanto a la incidencia y frecuencia por sexo que las descritas para la prov de Córdoba. Las formas pulmonares fueron las más frecuentes y de las extra-pulmonares: la pleural y las ganglionares las más habituales. En cuanto a la bacteriología el ex. directo de BAAR en esputo fue el método de diagnóstico más utilizado. En relación a las asociaciones mórbidas el tabaquismo, el alcoholismo y la diabetes fueron las más halladas.

24325. TBC NODULAR MÚLTIPLE: FORMA INFRECUENTE DE PRESENTACIÓN

Abad S, Moracho L, Sosa L, Araya L, Ciallella L, Musella R, Mosca C, Abbate E

Introducción: la tuberculosis pulmonar se manifiesta habitualmente por lesiones que predominan en campos superiores y que se acompañan de cavidades, siembras broncogénas y hematogénas. Las formas atípicas de presentación, como la forma nodular múltiple, por su baja frecuencia, suelen confundirse con otros procesos y generan dificultades diagnósticas. *Objetivos:* Analizar la forma de presentación radiológica de la tuberculosis nodular. *Materiales y Métodos:* Revisión de historias clínicas de pacientes adultos asistidos en el Hospital F. J. Muñoz desde marzo de 2005 a 2008, con diagnóstico de tuberculosis nodular múltiple, definida por la presencia radiológica de dos o más nódulos de 1 y 3cm de diámetro. Se incluyeron pacientes con diagnóstico bacteriológico de certeza o presuntivo con buena respuesta terapéutica.

Resultados: se seleccionaron 6 pacientes con un rango de edad de 30 a 60 años (media 41.83). El 50% de los mismos (3/6) presentaban alguna comorbilidad (diabetes, drogadicción EV, tabaquismo, EPOC y etilismo). La confirmación bacteriológica

se obtuvo en el 50% de los mismos (directo y cultivo positivo), en el tratamiento fue empírico con respuesta favorable. En la radiografía de Tórax se evidenció una media de 4,16 nódulos, con un rango de 2 a 10 nódulos. En la TC de Tórax se observó que éstos guardaron características comunes en todos los casos analizados, eran nódulos de tamaños variables, con bordes definidos, de distribución aleatoria con ligero predominio por campos pulmonares superiores, algunos de ellos con cavitaciones mínimas y/o calcificados y en un solo caso no se encontraba acompañado de lesiones satélites. En todos los casos se realizó tratamiento convencional con cuatro drogas presentando en el 100% buena evolución. A largo plazo sólo dos de los seis pacientes presentaron hemóptisis como complicación. *Conclusión:* la tuberculosis nodular múltiple es una forma de presentación sumamente infrecuente. Se plantean diagnósticos diferenciales con pulmón metastático, embolia séptica múltiple, granulomatosis de Wegener, etc. Las características de los nódulos que prestan ayuda en la diferenciación son: bordes definidos, predominio en campos superiores, variabilidad en el tamaño, distribución aleatoria, presencia de lesiones satélites y en algunos cavidades mínimas y calcificaciones.

24336. IMPORTANCIA DE LA PESQUISA DE TUBERCULOSIS

Rivira M, Cuño J, Del Federico M, Giordano L, Estebenet G

Introducción: durante nuestras prácticas en consultorios de atención primaria de la salud (APS) fuera del nodo Rosario, nos hemos encontrado con la situación de observar a varios pacientes con síntomas de tuberculosis (TBC) a los cuales no se les han realizado los métodos diagnósticos pertinentes.

Objetivos: dar a conocer la falta de cumplimiento de los protocolos diagnósticos brindados por el Programa de Enfermedades Respiratorias y Tuberculosis (PERT) a cargo del Ministerio de Salud de la provincia de Santa Fe, intentando provocar un cambio en el proceder de los profesionales de la salud para evitar que continúe su propagación.

Desarrollo: Se realizó un trabajo de campo donde concurrimos a consultorios de APS donde hemos observado que ante la presencia de, pacientes con tos persistente, no se tomaban muestras de esputo; siendo que a nosotros, nos han inculcado esta práctica durante los cursos de clínica médica y enfermedades infecciosas, como el principal método diagnóstico de certeza. Esto ocurre a pesar de contar con los formularios de orden de baciloscopia de esputo distribuidos por el PERT el cual instruye solicitar muestras al momento de consulta y una segunda en el domicilio del paciente en las primeras horas de la mañana del día siguiente (ciertos neumonólogos, suelen pedir una tercera muestra para mayor seguridad). Además estos profesionales practican el uso de PPD como método de diagnóstico en adultos siendo que este está destinado a menores de 16 años. Otra irregularidad fue el hecho de que aquellos profesionales que ordenan la baciloscopia de esputo, deben esperar periodos excesivos, aproximadamente de tres meses, siendo que los resultados de la muestra directa, método rápido y sencillo, no deberían retornar al servicio más allá de tres días.

Conclusión: hemos encontrado una falta de interés tanto, del médico como de los laboratorios, en la identificación de enfermedades prevalentes y fácilmente diagnosticables, como lo es la TBC, a pesar de contar con los recursos necesarios. Y además, una falta de control por parte de los responsables de difundir estos programas y de fomentar su cumplimiento. Teniendo en cuenta esta realidad fehacientemente reversible, puntualizamos la importancia de concienciar, promover y controlar el correcto accionar de los profesionales de atención primaria de la salud.

MARTES 18 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24391. TUBERCULOSIS: CHARLAS EN SALA DE ESPERA, UNA ESTRATEGIA ENRIQUECEDORA

Picciani B, Zabala L, Giuffrè A, Rodríguez A

Grupo de trabajo de Tuberculosis infantojuvenil y contactos – Hospital «Dr. Enrique Tornú»

Introducción: el Grupo de Trabajo de Tuberculosis Infantojuvenil y Contactos está integrado por una trabajadora social, dos pediatras y una neumonóloga de adultos.

Luego de cinco años de trabajo interdisciplinario, sabemos que el propósito inicial de optimizar la atención integral de los pacientes y su grupo familiar, con el objetivo de lograr diagnósticos y tratamientos tempranos, así como cumplimiento efectivo de los mismos, se ha cumplido satisfactoriamente. La diversidad de nuestro accionar aúna esfuerzos y multiplica efectividad.

El concepto de atención integral es amplio e incluye numerosos aspectos, pero uno de los principales, que atraviesa todas las acciones del equipo, es el de educación para la salud.

Ante el desafío de replantearnos nuevas estrategias de intervención para trabajar con la población que padece tuberculosis y acude a nuestros consultorios, pensamos que la sala de espera puede constituirse en un espacio más de reflexión y participación a fin de contribuir al logro de objetivos fundamentales como accesibilidad y adherencia.

Objetivos: el objetivo de esta presentación es dar a conocer nuestra experiencia en la implementación de una estrategia de interacción equipo de salud-paciente, para nosotras innovadora en tuberculosis: las charlas en sala de espera, propiciadas por las trabajadoras sociales.

Conclusión: la sala de espera es un espacio silenciado e inactivo que proponemos transformar en un espacio de intercambio de saberes, de dudas y temores, donde el paciente obtenga herramientas para el cuidado de su salud. El trabajo grupal que se desarrolla permite la reflexión y la puesta en palabras de la diversidad de pensamientos de los participantes en relación a su particular manera de «estar enfermo», colocando al sujeto en una posición activa y de horizontalidad y no como mero receptor de prescripciones e indicaciones de los «que saben». Los participantes toman la palabra y se realiza una redistribución del poder.

Presentamos testimonios y relatos, así como resultados objetivables de la labor desarrollada.

24401. CASO CLINICO TUBERCULOSIS OTICA

Dellarda CR, Baena Cagnani R, Correa Perelmutter M, Pozzobon C, Najó MA, Kevorkof GV

Servicio de Neumología – Hospita «Tránsito Cáceres» de Allende, Córdoba

Objetivos: reporte de un caso y revisión de la bibliografía.

Materiales y métodos: se presenta un paciente de 26 años de edad, originario de Bolivia, radicado en Córdoba desde hace 8 meses. Enolista, empleado de la construcción. Acudió por guardia central y fue derivado al Servicio de Neumología por presentar fiebre intermitente de 39°C de predominio vespertino, tos seca en un comienzo que luego fue productiva con esputo muco purulento, astenia y pérdida de peso aprox. de 5 Kg. en 3 meses. Al cuadro se le agrega otalgia derecha punzante e hipoacusia bilateral severa. Al examen físico: IMC: 17, otorrea

bilateral purulenta, Ap.Res.: subcrepitantes en tercio superior derecho región posterior. Se solicitaron una serie de estudios complementarios.

Resultados: radiografía (Rx) de Tórax: Imagen cavitada en lóbulo superior derecho.

Laboratorio: VSG: 68, HTO: 39, Hb:10, GB:9500 (fórmula desviada)

Esputo para BAAR: positivo (+)

Secreción ótica para BAAR: positivo (+)

Se comienza tratamiento Antibacilar.

Interconsulta con ORL: Informa Otitis media crónica supurativa bilateral, con perforación de membrana timpánica derecha, presencia de edema e hiperemia de mucosa de oído medio y otorrea purulenta.

Conclusión: la Tuberculosis del oído medio es una presentación muy poco frecuente de la enfermedad. Su incidencia se calcula en 1% pero se piensa que es subdiagnosticada en la mayoría de los casos, fue descrita por primera vez en 1883 por Eschle. La literatura sólo menciona reportes de casos aislados de otitis media tuberculosa. Un estudio de Mojen y col. en 1992, realizaron una revisión de la otitis media tuberculosa a lo largo del siglo reportando solo 320 pacientes, y recientemente Nishiike y col. con 7 casos.

24408. PREVALENCIA DE TUBERCULOSIS Y TUBERCULOSIS RESISTENTE A DROGAS EN EL HOSPITAL TRÁNSITO CÁCERES DE ALLENDE, CÓRDOBA, ARGENTINA, EN EL PERIODO 2003 – 2007.

Dellarda CR, Kevorkof G, Pozzobon C, Zacco A, Najó MA, Baena Cagnani R

Objetivos: determinar la prevalencia de casos de Tuberculosis (TBC) por Baciloscopia positiva en el H.Tránsito Cáceres de Allende, su asociación entre sexo y edades e identificar el número de casos resistentes a drogas y procedencia.

Materiales y métodos: se realizó un estudio transversal, retrospectivo basado en el análisis de historias clínicas y fichas de bacteriología de Koch (del Laboratorio Regional de Bacteriología de TBC ubicado en nuestro Hospital), desde enero de 2003 hasta diciembre de 2007, de 6367 pacientes sintomáticos respiratorios, 175 Baciloscopias fueron positivas, 105 (60%) corresponden al sexo masculino y 70 (40%) al sexo femenino. Se agrupó en 3 grupos etáreos (17-34 años, 35-52 años y por último 53-70 años), con respecto a la nacionalidad de los pacientes se determinó si eran extranjeros o no.

Resultados: en el período estudiado se determinó que la mayor prevalencia de casos corresponde al sexo masculino y representa un 60% del total de la población estudiada, su relación con las edades de presentación corresponde al grupo de 35 a 52 años de edad. La resistencia a drogas se observó en 10 casos de los 175 casos positivos observados en este mismo período, de los cuales 4 son argentinos, 5 peruanos y 1 de Bolivia, se encontró un paciente con TBC Extensamente Resistente de nacionalidad Boliviana.

Conclusión: el número de casos de TBC Resistente a drogas arriba mencionado, constituye un severo problema sanitario, además de la aparición de un caso de TBC Extensamente Resistente. El hallazgo de Resistencias se asocia con la falta de adherencia al tratamiento, los errores terapéuticos, la inmigración de poblaciones vecinas con TBC Resistente, esquemas de retratamiento, dificultando el control de la enfermedad.

Las tasas de prevalencia de América Latina en donde la patología es prevalente, son similares a los datos obtenidos en este trabajo, la presentación en el sexo masculino y en la edad media de la vida, la inmigración de países limítrofes favorece el aumento de los casos resistentes a drogas.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

Infecciones pulmonares

23849. SEVERIDAD DE NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD SEGÚN PROTEÍNA C REACTIVA

Barán E, Pincence A, Magri S, Rezzonico MJ

Objetivos: determinar la utilidad de la proteína C reactiva (PCR) en el manejo de la neumonía adquirida de la comunidad (NAC). **Material y métodos:** se estudiaron de forma prospectiva 169 pacientes con diagnóstico de NAC. Se utilizó como criterio diagnóstico de la presencia de infiltrado en radiografía de tórax posteroanterior frente y perfil, más uno de los siguientes signos y/o síntomas: fiebre o hipotermia, rales crepitantes, tos productiva y hemocultivos o cultivo de esputo con gérmenes compatibles con el diagnóstico de NAC.

Se compararon dos scores de severidad de neumonía: PSI (Pneumonia Severity Index) y CURB-65 (Confusion, Urea, Respiratory Rate, Blood Pressure, Age > 65) con proteína C reactiva. Se establecieron cinco categorías de PCR: I menor a 29 mg/l, II entre 29 y 39 mg/l, III entre 40 y 59 mg/l, IV 60 y 75 mg/l y V mayores 76 mg/l. Se consideraron valores positivos mayores o iguales a 39 mg/l.

CUR-65	PSI	PCR
0-1 71/169 (42%)	II 46/169 (27.2%)	I 25/169 (14.79%)
2 72/169 (46.6%)	III 48/169 (28.4)	II 5/169 (2.95%)
3-5 26/169 (15.4%)	IV 52/169 (30.8%)	III 40/169 (23.7%)
	V 23/169 (13.6%)	IV 77/169 (45.56%)
		V 22/169 (13%)

Conclusión: la edad promedio fue de 70.96 años (rango 25-97 años). La distribución por sexo fue la siguiente femenino 52% y masculino 48%. La mortalidad observada fue 7.69 % (13/169). Se encontró correlación entre CURB-65 y PSI y entre CURB-65 (en todas las clases de severidad) y PCR (P = 0.000), como así también entre PSI categoría IV y PCR (P = 0.007). Los valores de PCR poseen relación con respecto a la gravedad de la neumonía utilizando CURB-65

23851. EVALUACIÓN DE LA VACUNACIÓN EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LOS SERVICIOS DE NEUMOLOGÍA Y UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, HOSPITAL MACIEL, MONTEVIDEO 2006-2007

San Martín A, Laserra P, Dibarboure H, Aiello G, Bagnuolo H, Piñeyro L, Godino M, Crevoisier G, Bertullo M

Introducción: las enfermedades invasivas por el St. pneumoniae y la gripe son prevalentes en todas las edades. Los cambios demográficos y epidemiológicos que han sufrido las poblaciones desarrolladas o en vías de desarrollo, determinan un aumento de la prevalencia de enfermedades crónicas respiratorias. Se recomienda la vacunación en este grupo de riesgo pero su cobertura es baja a pesar de las múltiples visitas al sistema de salud. El alta hospitalaria es una estrategia utilizada para facilitar y promover la vacunación, a manera de evitar barreras como el costo y el acceso a la vacunación.

La vacunación al alta hospitalaria no se realiza en Uruguay, salvo escasas excepciones. Conociendo estos antecedentes, se

desarrolló en el Hospital Maciel entre 2006 y 2007, una experiencia Piloto sobre Vacunación al Alta.

Objetivos: determinar la proporción de vacunados contra neumococo y gripe en pacientes hospitalizados, motivos por los que no se vacunaron y la proporción de adhesión a la vacunación al momento del egreso.

Diseño: estudio descriptivo, prospectivo entre Julio 2006 a Junio 2007

Resultados: se incluyeron 139 pacientes, en su mayoría ingresados por afecciones respiratorias de las cuales 29.5% eran neumonías. Sólo el 7% de los que presentaban indicación de vacunación antes del ingreso estaban vacunados con ambas vacunas; 11,8% contra neumococo y 22% contra la gripe. Las razones principales de no vacunarse fueron la falta de indicación médica (41% para neumococo y 49% para influenza) y el desconocimiento de la vacuna antineumocócica (13%). La ganancia de vacunados al egreso fue significativa, pasando de una cobertura de 12% a 75% para neumococo y de 20% a 42% para influenza.

Conclusión: se confirma la baja cobertura de vacunación contra influenza y neumococo. Se destaca la indicación médica como elemento trascendente para mejorar la cobertura y se propone que la vacunación al alta hospitalaria debe ser considerada como una estrategia relevante para mejorar la vacunación.

23967. COINFECCION DISEMINADA CRIPTOCOCCOSIS E HISTOPLASMOSIS EN UN PACIENTE HIV+

Gonzalez JA, Eguiguren V, Madeo MC, De Salvo MC

Paciente de 48 años de edad nacido en Buenos Aires, presento síndrome febril, mal estado general, pérdida de peso (10 kg en 3 meses) y disnea clase funcional I-II.

Como antecedente de importancia era adicto endovenoso, tabaquismo y enolismo severo, portador de hepatitis B y C.

En 1997 le fue diagnosticado hígado graso.

A su ingreso presentaba lesiones en piel y derrame pleural recibiendo antibióticos de amplio espectro sin respuesta positiva.

Se realizaron los siguientes estudios: BAAR D y C negativo. Germen comunes D y C en esputo negativo. Citología de esputo negativa. Serología para HIV positiva.

Histoplasma capsulatum fue aislado de las lesiones en piel y de la biopsia pleural, mientras que Cryptococcus neoformans fue hallado en biopsia pleural y en el líquido de la punción lumbar

El CD4 fue de 39 cel/mm³ y la carga viral no fue realizada.

Se comenzó tratamiento con Anfotericina B 50 mg/ día EV, disminuyendo las lesiones en piel hasta desaparecer.

El derrame pleural disminuyó quedando una pequeña secuela en la Rx de Torax.

El control tomográfico confirmó la secuela pleural derecha, y evidenció una imagen nodular cavitada en el segmento apical del lobulillo inferior derecho

Al alcanzar los 1,5 gramos de tratamiento con anfotericina, se continuó con Itraconazol 800 mg/ día, permaneciendo asintomático.

A posteriori se comenzó la terapia antirretroviral.

Se consignaron en la bibliografía mundial solamente tres casos, tratándose de personas inmigrantes de África y Sudamérica, todos ellos presentaban muy bajos niveles de CD4, falleciendo a pesar de la terapia con Anfotericina B.

Conclusión: se presenta una asociación poco frecuente de Criptococosis e Histoplasmosis en un paciente inmunodeprimido HIV+. Hasta la fecha el paciente continúa realizando tratamiento antifúngico y antirretroviral.

24011. REAGUDIZACION DE BRONQUIECTASIAS, GÉRMEENES CAUSANTES

Blanco KP, Martínez ML, González JA, De Salvo MC

Objetivos: evaluar gérmenes causantes de reagudización de bronquiectasias

Material y métodos: Se incluyeron 70 pacientes internados, desde 01/01/06 hasta 31/12/07 en la División Neumotisiología del Htal.Tornú, con diagnóstico de exacerbación de bronquiectasias. Se analizaron datos de la historia clínica, bacteriología y radiología

Resultados: de los 70 pacientes incluidos solo en 47(67%) , fueron positivas las muestras de esputo. Las causas de bronquiectasias se debieron a secuela de TBC y alteración del sistema inmunológico.

Los gérmenes hallados fueron: Bacterias Gram negativas en 43 pacientes (91%) de las cuales P.aeruginosa se aisló en 23 pacientes (53%), H. influenzae en 15 pacientes (35%) y en los 5 pacientes restantes(12%) M. catarralis, H.parainfluenzae, Klebsiella, y Serratia

Las bacterias gram positivas fueron aisladas en 2 pacientes (4%) : S. aureus y S.neumoniae

Los hongos del genero aspergillus en 2 pacientes (4%)

La sensibilidad estudiada revelo los siguientes resultados:

P.Aureoginosa

R. a pipertazobactam: 1

R. a pipertazobactam-ciprofloxacina. 1

R. a pipertazobactam-gentamina-amikacina

R. a ciprofloxacina: 4

H.influenzae

R. a ampicilina: 2

S.aureus

R. a ampicilina-clindamicina:1

Conclusión: la etiología de la exacerbación infecciosa demuestra una mayor prevalencia de patógenos Gram negativos, siendo también aisladas bacterias Gram positivas y hongos.

La presencia de Gram negativos se debería al uso crónico de antibióticos y a las múltiples internaciones lo cual produce el reemplazo de la flora orofaríngea, y la aparición de resistencia bacteriana. Esta casuística concuerda con la bibliografía consultada, en la cual las bacterias gram negativas constituyen la principal causa de reagudización de la bronquiectasias.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24176. SARCOMA DE KAPOSI PULMONAR EN UTI

Nunes Velloso V, Schmidt A, Canedo E, Deheza M

Introducción: el número de pacientes con HIV-SIDA a nivel mundial se ha ido incrementando así como su sobrevida secundaria a la terapéutica HAART (Highly Active Anti-Retroviral Therapy). Sin embargo muchos pacientes no acceden a la misma y así precozmente requerirán terapia intensiva (TI) en la evolución de su enfermedad, siendo la insuficiencia respiratoria la causa más común de ingreso. El Sarcoma de Kaposi (KS) relacionado al HIV o epidémico, desorden angioproliferativo multicéntrico muestra formas más agresivas en el paciente inmunocomprometido, debido a que el gen HIVTAT(proteína viral que transactiva la transcripción del HIV) aumentaría la infectividad del Herpes virus-8 asociado al KS en las células endoteliales generando en las mismas una inducción de citocinas, TNF α , IL1, IL8, IL6, factores de crecimiento, como el factor de crecimiento endotelial y el factor es-

timulante de colonias macrofágicas, así como una marcada angiogenesis.

Objetivos: relatar el caso de un paciente con HIV-SIDA sin tratamiento que ingreso a TI por insuficiencia respiratoria secundaria a afectación pulmonar del KS.

Material y métodos: paciente de 41 años, sexo masculino con diagnóstico de HIV desde 2002 sin realizar HAART, que fue admitido a Clínica Médica por síndrome febril prolongado, presentando durante su internación hemoptisis recurrentes. Se realizó diagnóstico de KS cutáneo por biopsia de lesiones torácicas. Evoluciona con insuficiencia respiratoria por lo cual ingresa a TI. En la radiografía de tórax se observaron infiltrados reticulonodulillares bilaterales y ensanchamiento mediastinal. Requiere asistencia respiratoria mecánica y utilización de inotropicos desde el ingreso. Se realizó una fibrobroncoscopia pulmonar que mostró la mucosa sobrelevada en varias zonas con lesiones rojo frambuesa a violáceas endobronquiales que no se biopsiaron dado severa plaquetopenia y alta probabilidad de sangrado. Paciente evoluciona con fallo multiorgánico y fallece.

Conclusión: motiva la presente comunicación lo raro de la afectación pulmonar del KS así como lo riesgoso y potencialmente fatal de no realizar tratamiento HAART.

La forma pulmonar del Kaposi es un signo ominoso, con insuficiencia respiratoria refractaria al tratamiento y con escasa sobrevida, cuya incidencia mundial post HAART ha decrecido notoriamente.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24272. ¿NEUMOPATIA AGUDA O CARDIOPATIA ISQUEMICA? ESTUDIO COMPARATIVO DE MORTALIDAD ALEJADA EN PACIENTES ANOSOS

Torres V, Prieto J, Lujambio A, Vaucher A, Sciuto J, Aiello G

Objetivos: comparar la mortalidad al año del egreso hospitalario de pacientes añosos que tuvieron NAC y aquellos con Cardiopatía isquémica severa.

Materiales y métodos: estudiamos los pacientes mayores de 65 años hospitalizados por NAC y por Cardiopatía isquémica severa entendiendo por tal Infarto agudo de miocardio (IAM) o Angor Inestable de Alto Riesgo (AIAR). Medimos la mortalidad al año y comparamos las condiciones comórbidas de pacientes vivos y fallecidos. Se estudiaron pacientes mayores de 65 años que habían egresado del Servicio de Medicina por NAC clase 2 y 3 ATS, y de la Unidad de Cuidados Cardiológicos (UCC) por IAM o AIAR; en el periodo 2004-2006. La muestra fue obtenida de la revisión de resúmenes de alta. Se realizó encuesta telefónica a familiar directo o paciente para determinar mortalidad al año de egresados. Se hizo un cohorte retrospectivo-prospectivo y un estudio analítico y observacional; con análisis univariado, bivariado y multivariado empleando el test de Student, Chi square, y un modelo de regresión logística con un intervalo de confianza de 95%.

Resultados: NAC n=78, X = 76,4 años, 41% sexo masculino, 37,4% había fallecido al año del egreso, 87,2% tenía al menos una comórbida: 28% neuropsiquiátrica, 54% cardiovascular, 42% respiratoria, 7,7% renal, 4% hepática, 14% diabetes y 13% cáncer. IAM o AIAR n = 57, X = 72,1 años, 65% sexo masculino, 47,4% había fallecido al año del egreso; 98,2% tenía al menos una comórbida: 12% neuropsiquiátrica, 86% cardiovascular, 51% respiratoria, 3,5% renal, ninguno hepática, 31,6% diabetes y 1,8% cáncer.

Las diferencias entre ambos grupos fueron significativas para las variables: edad ($p < 0,001$), sexo ($p = 0,006$), trastornos neuropsiquiátricos ($p = 0,026$), diabetes ($p = 0,015$), cáncer ($p = 0,02$).

El análisis multivariado indica que cuando la variable fallecimiento se considera el outcome del estudio, los predictores de mortalidad al año de evolución fueron: edad IC95% OR [1,023 - 1,14] $p = 0,006$, diabetes IC95%OR [1,1 - 7,94] $p = 0,031$ y la condición Cardiovascular IC95%OR [1,19 - 5,92] $p = 0,017$.

Conclusión: la mortalidad al año del egreso en ambos grupos NAC y Cardiopatía Isquémica fue elevada. La Cardiopatía isquémica, la edad y la diabetes se pueden considerar factores predictores de mortalidad independientes.

24281. NEUMONIA POR LEGIONELLA

González A, Sagardía J, Leistad E, Piezny D, Peluffo G, Monteverde A

La NAC por Legionella representa el 0.5-6% de los casos de neumonía que requieren internación. Sus factores de riesgo están relacionados con exposición, mayor edad y compromiso de la inmunidad celular. Los tests diagnósticos preferidos son la determinación de antígeno urinario y cultivo de secreciones respiratorias. El antígeno urinario es sólo diagnóstico para Legionella pneumophila tipo 1, que es la especie y el serotipo más frecuente de la NAC, con elevada sensibilidad y especificidad.

Paciente masculino, de 48 años, con diagnóstico de LES en el 2002, vive en Misiones, en tratamiento irregular con AINES y metprednisona 8 mg/día desde hace 1 mes e HTA.

Consulta por cuadro de 3 días de evolución de tos con expectoración hemoptoica, disnea progresiva a clase funcional IV, fiebre y deterioro del estado general. Ingresa a Guardia con mala mecánica ventilatoria, taquipnea, tiraje generalizado, HTA e hipoxemia, se realiza intubación endotraqueal e ingresa a UTI.

Exámenes físico: regular entrada de aire, crepitantes en ambas bases.

Laboratorio: Hto 41%, Leucocitos 7400/mm³, glucosa 0,96g/L, urea 0,80 g/L, creatinina 1,7mg/dL, ionograma 129/5,4/93 mmol/L, CK 78 U/L, lactato 2,4mmol/L, sedimento de orina: leucocitos 15-20, hematíes 10-15, cilindros granulosos, proteínas ++++. EAB: 7,41/32/70/19,6/-3,1/93,8

Rx tórax: infiltrado alveolar difuso que compromete todo el pulmón derecho.

Se realizan hemocultivos x 2, aspirado traqueal, urocultivo y comienza tratamiento con ampicilina-sulbactam y claritromicina con diagnóstico de NAC grave. Resultados de los cultivos negativos.

Se realiza BAL, durante el mismo presenta desaturación e hipertensión con injuria subepicárdica. Se realiza determinación de antígeno urinario para neumococo y legionella, con resultado positivo para este último germen. Evolucionó a las pocas horas con shock y en el transcurso del día fallece.

Conclusión: la búsqueda de Legionella es apropiada en pacientes con NAC suficientemente severa que requiere hospitalización en UTI, en huésped inmunocomprometidos y falla de respuesta al tratamiento con beta lactámicos. Es importante incorporar en la evaluación de las neumonías graves todos los métodos diagnósticos disponibles, incluyendo los test de detección de antígenos en orina, y la terapéutica combinada de beta lactámicos y macrólidos tal como lo recomiendan las guías nacionales e internacionales.

24282. LEPTOSPIROSIS: SERIE DE CASOS

González A, Sagardía J, Fielli M, Caminos JP, Farache MI, Monteverde A

Objetivos: evaluar las características clínicas, radiológicas, bioquímicas y evolutivas de los pacientes con diagnóstico de leptospirosis.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo del 2002 al 2008. Se evaluaron las historias clínicas de 24 pacientes adultos con sospecha clínica de leptospirosis, y sólo se incluyeron en este estudio aquellos con diagnóstico confirmado por serología. Se analizaron las variables: edad, sexo, cuadro clínico al ingreso, presentación radiológica, datos de laboratorio, necesidad de ARM, días de interacción y mortalidad.

Resultados: el total de pacientes fue de 13, la edad promedio 33 años (entre 18-38), todos hombres; antecedentes epidemiológicos en 8 pacientes, habían realizado consulta previa 8 y tratamiento adecuado en 4. Cuadro clínico: fiebre presente en el 100% casos, disnea 31%, mialgias 69%, cefalea 54%, inyección conjuntival 46%, hemoptisis en 2 pacientes (15%), asociado a hemorragia alveolar. La presentación radiológica más frecuente fue bilateral y con predominio de patrón intersticial. Laboratorio: los valores promedios fueron Hto 35%, plaquetas 175.000/mm³ (42-527.000) y en 6 de ellos < de 100000/mm³, CPK 848 UI/L (49-4367), alteraciones hepáticas en 12/13 pacientes, con bilirrubina total 3.3 mg%, transaminasas TGO 98 UI/L y TGP 87UI/L; falla renal en 8/13 pacientes con valores promedio de urea 0.68 g/L y creatinina 1.8 mg/dl; los valores promedio de PO2 69 mmHg (47-107), PAFi 265 (79-509), 2 pacientes con SDRA y 4 con injuria pulmonar. Requiritieron ARM 4 pacientes. El promedio de días de internación fue de 10. Sólo falleció un paciente.

Conclusión: en nuestro grupo los pacientes eran jóvenes, todos de sexo masculino, la mayoría con antecedentes epidemiológicos y habían consultado previamente pero sin diagnóstico correcto y con tratamiento inadecuado. La fiebre, cefalea y mialgias fueron los síntomas más frecuentes. Las manifestaciones radiológicas fueron en su mayoría bilaterales con patrón reticular. La insuficiencia respiratoria fue hallada en el 50 % de los pacientes y 4 requirieron ARM. Las alteraciones hepáticas y renales se encontraron en la mayoría de los pacientes, al igual que la elevación de CPK. La mayoría fueron casos severos con compromiso multiorgánico, por lo tanto la sospecha clínica de leptospirosis debe ser incorporada en neumonías severas de la comunidad.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24305. ASPERGILOMA PUMONAR Y QUISTE HIDATÍDICO DIAGNOSTICADOS POR PUNCIÓN CON TOMOGRAFIA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Penizzotto M, Retegui M, Arrien Zucco MF, Defelitto CO, Pasetto S

Sanatorio San Roque – Curuzú Cuatiá

Objetivos: presentar el caso de un paciente al que se le diagnosticó una aspergilosis pulmonar dentro de un quiste hidatídico por punción-aspiración con aguja fina dirigida con control tomográfico.

Materiales y métodos: se presenta el caso de un paciente masculino, de 27 años, trabajador rural, que consultó por hemoptisis. Al momento de la consulta cumplía un mes de tratamiento para TBC indicado en otro centro. Se le realizó radiografía de tórax y luego una TAC, que demostraron una masa en el lóbulo superior izquierdo. Los análisis dieron una VSG aumentada y el resto normal. La FBC mostró sangrado activo en el LSI con citología negativa. Se decidió una punción-aspiración con aguja fina bajo control tomográfico pensando que se trataba de un tumor pulmonar u otro proceso infeccioso, pero ésta reveló

en la anatómopatología inmediata la presencia de abundantes *Aspergillus* sp. y membranas hidatídicas. Se le indicó la extirpación de la masa. En el resultado anatomopatológico definitivo se confirmó el diagnóstico de aspergilosis e hidatidosis. Fue tratado con itraconazol y albendazol con excelente respuesta. Se exponen los estudios efectuados para llegar al diagnóstico como así también una breve revisión de esta asociación.

Resultados: se distinguen tres tipos de aspergilosis humana: alérgica, invasiva, y colonizante. El aspergiloma implica el crecimiento del hongo en cavidades pulmonares con mínima o nula invasión de los tejidos, habitualmente en cavidades de procesos preexistentes. En este caso un aspergiloma dentro de un quiste hidatídico complicado, asociación muy poco hallada en la literatura y creemos que el primero que se diagnostica de esta forma.

Conclusión: la asociación entre hidatidosis y aspergilosis es muy rara; existen menos de diez casos publicados en la bibliografía, pero debido a que es el segundo caso diagnosticado por nosotros, creemos que en pacientes con epidemiología positiva para hidatidosis se debería pensar como unos de los diagnósticos en un paciente con hemoptisis y una masa pulmonar. Si bien en este caso la punción dirigida bajo TAC con aguja fina no tuvo complicaciones y fue útil para realizar el diagnóstico, no hay suficiente evidencia para recomendarla si se sospecha esta asociación.

24315. FACTORES ASOCIADOS A CURSO CLÍNICO PROLONGADO EN NEUMONÍA GRAVE

Chirino Navarta A, Rodríguez F, González A, Bocklet ML

Objetivos: describir factores asociados a fallo o demora en lograr la estabilización clínica en pacientes con neumonía de la comunidad (NAC) grave.

Materiales y métodos: se pesquizó casos de NAC grave entre 170 pacientes admitidos por NAC. Se definió gravedad según el índice de Fine clase III ó IV. Se estudiaron variables demográficas, clínicas, de laboratorio y radiología al ingreso. Se siguió a los pacientes diariamente consignando datos clínicos, bacteriológicos y de laboratorio durante la evolución. Se utilizó una variable de evolución denominada cura precoz (CP), definida como normalización de signos y síntomas ó alta médica al 5to día. Se separó a los paciente según presentaron o no CP y se compararon ambas poblaciones. Se realizó un análisis multivariado con variables elegidas a priori para determinar factores asociados a fallo en lograr la CP.

Resultados: se incluyeron 52 pacientes con NAC grave. De ellos, 21 (40,4%) no alcanzaron la CP (grupo nCP). No hubo diferencia entre ambos grupos en cuanto a presentación clínico-radiológica, exámenes de laboratorio, bacteriología, APACHE II, o comorbilidades. Los pacientes en el grupo nCP tuvieron significativamente mayor estadía hospitalaria ($10,6 \pm 4$ vs. $7,5 \pm 3$ días, $p < 0.01$). El fallo en lograr la CP identificó a todos los pacientes que tuvieron fallo terapéutico. La VSG fue significativamente mayor en el grupo nCP (88 ± 22 vs 52 ± 22 mm/h; $p < 0.0001$). En el análisis multivariado sólo la VSG se asoció a mayor riesgo de no alcanzar la CP (OR: 1.06; IC95% 1.01-1.12)

Conclusión: la estabilización clínica al día 5to permitió identificar pacientes con NAC grave que tendrán mayor estadía hospitalaria y fallo terapéutico. Sólo la VSG acelerada se asoció al fallo en lograr la estabilización clínica precoz. En el análisis multivariado confirmó un riesgo del 6% por cada punto de incremento. Estos datos ponen de manifiesto la importancia de la magnitud de la respuesta inflamatoria en la evolución de la NAC grave. La VSG es un sencillo método que puede ayudar al clínico a predecir la evolución de la NAC grave.

24330. SÍNDROME DE HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES STERCORALIS

Daldin J, Sagardia J, Torres R, Setien D, Monteverde A

Objetivos: describir un caso fatal de Síndrome de hiperinfección por *Strongyloides stercoralis*.

Método: reporte de caso.

Resultados: paciente femenina de 36 años, con pénfigo foliáceo tratado con glucocorticoides y azatioprina por consulta por cuadro de 15 días de evolución caracterizado por dolor abdominal, vómitos biliosos, astenia y somnolencia.

Al ingreso al servicio de emergencias se encontraba estuporosa e hipotensa.

EAB (0.21): 7.44/26/81/17.5/-4.8/96.2% - Acidosis metabólica con anión GAP aumentado- ionograma 102/3.5/71; calcio iónico: 0.94; Hto 37%; Rto de GB 11700. Función renal normal. Hiponatremia severa con LEC disminuido. Recibe reposición de sodio y calcio.

Se toman hemocultivos (HC) e inicia cefalotina-ciprofloxacina. Evolucionan con episodio de taquipnea, taquicardia, broncoespasmo y dificultad respiratoria que se interpreta como edema agudo de pulmón. Laboratorio: EAB 7.42/22/153/13.9/-8.1/99% (0.5). Ingresó a terapia intermedia. Requiere VNI. Mala evolución: fiebre, leucocitosis en ascenso (Rto de GB16900), hipoxemia, oliguria e ileo. Ionograma 115/1.8/85. Frotis de sangre periférica: 82% segmentados con granulaciones tóxicas. HIV -.

Rx de tórax: opacidades parcheadas bilaterales. Requiere ARM invasiva. Se toma muestra de aspirado traqueal (AT) y HC. Examen directo de AT larvas de *S. stercoralis*. HC 2/2 Pseudomona aeruginosa.

Se rotan antibióticos a piperacilina-tazobactam e ivermectina. Presenta shock séptico, severo SDRA con hipoxemia refractaria (incluso a la ventilación en decúbito prono) e insuficiencia renal aguda. Fallece.

Conclusión: la infección subclínica con este nematodo puede persistir por décadas a través de un ciclo de autoinfección (tracto gastrointestinal-migración hematogena- PULMONES-tracto gastrointestinal). Cuando el paciente con infección latente por *S. stercoralis* recibe corticoides puede evolucionar con un severo síndrome de hiperinfección que compromete la vida y que con frecuencia se asocia a sepsis por GRAM negativos secundaria a traslocación bacteriana intestinal. La presencia de larvas filariformes visibles en el tracto respiratorio es una manifestación de infección diseminada. Los pacientes en riesgo de adquirir infección por *S. stercoralis* deben ser sometidos a estudios a fin de descartar patología subclínica antes de iniciar tratamiento con corticoides.

24333. CULTIVO RUTINARIO DE ASPIRADO ENDOTRAQUEAL (AET) PARA ELEGIR UN ANTIBIÓTICO APROPIADO EN NEUMONÍA ASOCIADA AL RESPIRADOR (NAR). ¿ES PARA TODOS?

Sarquís S, Sosa A, Aruj P, Otaola M, Baillieu N, Muñoz J, Guzman G, Famiglietti A, Vay C, Luna CM, Capdevila A

Introducción: tópicos importantes acerca del tratamiento antibiótico de la NAR incluyen elección de agente apropiado, administración a tiempo y evitar inducir el desarrollo de resistencias.

Objetivo: evaluar prospectivamente si la práctica de cultivos de rutina del AET en pacientes ventilados permite predecir el desarrollo de NAR, su etiología y seleccionar el tratamiento antimicrobiano apropiado.

Materiales y métodos: estudio de cohorte, observacional prospectivo llevado a cabo en la Unidad de terapia Intensiva de un Hospital Universitario durante 24 meses (Octubre de 2005 a Septiembre de 2007). Se incluyeron pacientes ≥ 18 años, duración estimada de la ARM > 72 horas; se excluyeron

pacientes con SIDA o neutropenia ($< 500/\text{mm}^3$). Se realizaron cultivo de AET (≥ 10 (6) ufc/ml) lunes y jueves. Diariamente se evaluaron criterios de NAR, parámetros de ARM, CPIS y datos del tratamiento. En pacientes con diagnóstico clínico de NAR se realizó cultivo del LBA (≥ 10 (4) ufc/ml confirmatorio), el estudio terminó cuando el paciente se extubó.

Resultados: durante 2 años se evaluaron 272 pacientes. Se sospechó NAR en 73 que desarrollaron 106 episodios, clínicamente definidos. El LBA confirmó 50 casos en 37 pacientes, presentando 71 microorganismos a una concentración ≥ 104 ufc/ml de al menos 1 patógeno (1.42 microorganismos por episodio); en 36 episodios correspondió a la primera neumonía y en 14 a un episodio ulterior. En el 1er episodio el cultivo de AET realizado 4 o 3 días antes predijo la etiología de 12/26 (46.2%); cuando se realizó 1 o 2 días antes de la NAR el AET predijo la etiología para 17/26 patógenos (65.4%). Durante un episodio ulterior de NAR el AET realizado 4 o 3 días previos a la NAR predijo la etiología para 5/9 patógenos (55.5%), cuando se realizó 1 o 2 días antes, predijo la etiología para 8/10 patógenos (80.0%). La frecuencia de los distintos patógenos difirió entre primer episodio y episodios ulteriores.

Conclusión: el cultivo rutinario de AET es un modesto predictor de la etiología de la NAR. Solo si es realizado 1 o 2 días antes del comienzo de la misma, la realización de estos cultivos se justificaría luego de una primera NAR.

24337. MASA PULMONAR CAVITADA. UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE HIDATIDOSIS PULMONAR

Avila CA, Barrientos ML, Díaz R, Velasques E, Guggiari A, Goffredo DH

Paciente sexo masculino de 53 años con antecedentes de DBT tipo2, HTA, exTBQ 5 p/y. Refiere episodio de Neumonía hace un año para lo cual es tratado con antibióticos. Es derivado a la consulta por cuadro de tos con abundante expectoración mucopurulenta fétida, equivalentes febriles, astenia, adinamia y pérdida de 10kg de peso en los últimos 5 meses. En la Rx tórax presenta una masa redondeada de aprox 9 cm en base izq. con nivel hidroaéreo. En la TC de tórax se evidencia una masa con contenido heterogeneo, nivel hidroaéreo y avensamiento bronquial en Lob.Inf.Izq.; con engrosamiento pleural, sin adenopatías hiliares ni mediastinales. Se realiza broncoscopia en la cual no se evidencian lesiones endobronquiales, no se evidencian atipias celulares en la BTB y los cultivos son negativos para gérmenes comunes, Koch y hongos. Se decide realizar abordaje quirúrgico con biopsia intraoperatoria y eventual resección. Al abordar la masa se evidencian múltiples vesículas hidatídicas y se realiza operación de Mabipz con diagnóstico de Hidatidosis Pulmonar. No se evidenció compromiso por hidatidosis en ningún otro órgano.

Conclusión: a Hidatidosis Pulmonar puede presentarse como una masa pulmonar con nivel hidroaéreo.

24340. ACCIÓN ANTIMICROBIANA Y ANTIINFLAMATORIA DE UN EXTRACTO ETANÓLICO DE ROMERO Y DEL ACIDO CARNÓSCICO. PERSPECTIVA HACIA LA FIBROSIS QUÍSTICA

Mengoni ES, Figueroa JM, Pivetta OH, Vojnov AA

Introducción: la infección crónica, principalmente causada por *Pseudomonas aeruginosa* (PA), y la inflamación persistente son las causas fundamentales del daño pulmonar en la fibrosis quística (FQ). El desarrollo de fármacos que reúnan actividad antimicrobiana y antiinflamatoria puede abrir nuevos caminos en el tratamiento de esta patología. El estudio de compuestos utilizados en medicina tradicional o nutrición humana resulta de interés por la presunción de no toxicidad. En algunos trabajos experimentales se ha descrito la actividad antimicrobiana, antioxidante, y antiinflamatoria de extractos

de las hojas del romero. Sin embargo hasta el momento no se han realizado estudios enfocados al potencial tratamiento de la FQ.

Objetivos: evaluar la actividad antimicrobiana y antiinflamatoria de un extracto etanólico de romero (ER) obtenido en el laboratorio y de uno de sus principales componentes, el ac. carnósico (AC), en modelos orientados hacia la enfermedad fibroquística.

Metodología: se evaluó ER y AC en el rango de 0 a 1mg/ml sobre 6 aislados clínicos de PA de pacientes con FQ, PA (ATCC 27853), *S. aureus* (ATCC 27923), y *B. Cepacia*, y el potencial sinergismo con tobramicina (0 a 5 $\mu\text{g}/\text{ml}$) frente a PA. Se estudió el efecto de ambos sobre los movimientos de «swimming», «swarming» y «twitching», implicados en el desarrollo del biofilm. El efecto sobre la liberación de óxido nítrico (ON) por macrófagos estimulados con lipopolisacárido (LPS) de PA, se valoró por Griess. Se evaluó «in vivo», por histopatología, la inhibición del edema inducido por PMA en epidermis murina. **Resultados:** ER y el AC ejercieron efecto antimicrobiano frente a todas las cepas evaluadas, potenciando además la acción de la tobramicina frente a PA. Ambos compuestos inhibieron la motilidad de PA asociada a la producción del biofilm. También disminuyeron la liberación de ON por macrófagos estimulados por LPS y la infiltración de leucocitos en la epidermis inflamada, ambas acciones en forma dosis dependiente.

Conclusión: ER y AC mostraron actividad antibacteriana frente a los gérmenes típicos de la FQ, y actividad antiinflamatoria «in Vitro» e «in Vivo». Estos resultados alientan a continuar estudios dirigidos a la eventual aplicación del ER y el AC en el tratamiento de la enfermedad fibroquística.

MARTES 18 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24348. NEUMONÍA Y SINDROME DE DISTRES RESPIRATORIO AGUDO (SDRA) POR VIRUS VARICELA ZOSTER

Sagardía J, Leistad E, Piezny d, Villarejo F, Lloria M

Introducción: la varicela es una enfermedad que en los países desarrollados afecta generalmente a niños, ocurriendo en adultos en menos del 5% de los casos.

La neumonía es la complicación más grave y frecuente en el adulto.

Objetivos: describir un caso poco frecuente de neumonía y SDRA.

Método: reporte de caso.

Resultados: paciente de 28 años de edad con antecedente de tabaquismo y embarazo de 23 semanas de gestación que ingresa a terapia intensiva por insuficiencia respiratoria hipoxémica. Los síntomas respiratorios habían comenzado 12 días previos a la consulta cuando presentaba lesiones cutáneas compatibles con varicela. Al ingreso a terapia se encontraba en período costroso.

Rx de tórax: infiltrado intersticioalveolar bilateral.

EAB con máscara reservorio: 7,41-27-219-16,4-6-5-99,7%. PAFI 219.

HIV -. Resto del laboratorio sp.

Hemocultivos, aspirado traqueal y urocultivo sin aislamiento bacteriológico.

Requiere asistencia respiratoria mecánica y vasopresores.

Evoluciona con SDRA sin respuesta a las maniobras de reclutamiento (compliance estática 25 ml/ cmH2O). EAB (0,65): 7,30-42-93-20- -5,9-95,9%. PAFI: 155.

TAC de tórax: imagen de condensación en cuatro cuadrantes con compromiso intersticial y derrame pleural bilateral.

El cuadro se interpreta como neumonitis viral por varicela y SDRA. Cumplió 14 días de tratamiento con aciclovir. Buena evolución materna y fetal. Alta hospitalaria.

Conclusión: la neumonía varicelosa es la complicación más frecuente en adultos. Su clínica puede oscilar entre formas poco sintomáticas o llegar a comprometer la vida por fracaso respiratorio (injuria pulmonar-SDRA), con una tasa de mortalidad de hasta un 50%.

El patrón radiológico más común es una neumonitis nodular o intersticial.

El embarazo se asocia con alta mortalidad materno-fetal. Se considera, al igual que el hábito de fumar, factor de riesgo para sufrir neumonía por varicela.

Entre la 5^ª y 24^ª semanas de gestación puede ocurrir el Síndrome de varicela congénito.

Si la madre desarrolla la enfermedad 5 días antes o 2 días después del parto existe riesgo de varicela neonatal diseminada que puede comprometer la vida del recién nacido.

El tratamiento de la neumonía es aciclovir endovenoso (5-10 mg/kg/8 horas) junto con medidas de soporte cardiorrespiratorio en los casos graves.

24358. ABSCESO PULMONAR

Mercado SH, Douglas G, Strasorier C, Simes E

Paciente de 78 años con antecedente de asma desde la infancia con corticoterapia inhalatoria y oral, anticoagulado por trombosis venosa profunda que presentó hematoma de 2x2 cm de diametro en tercio inferior de MMII izquierdo, con posterior signos de flogosis por lo que se inicia tratamiento por vía oral con ciprofloxacina y clindamicina sin buena respuesta al mismo, presentando aumento de la superficie afectada, con zona de necrosis que abarca casi la totalidad de anteroexterna de pierna y dorso de pie.

Se decide pasar el tratamiento a vía ev con Cefotaxima y Vancomicina. Posteriormente comienza con síntomas respiratorios de tos y expectoración amarillenta de moderada cantidad, disnea y fiebre con ascenso de VSG y Glóbulos Blancos con neutrofilia.

El examen físico: roncus y silbilancias bilaterales con hipoventilación bibasal.

Se solicita Rx de tórax: se observó infiltrado en hemitorax izquierdo, esputo para BAAR negativo y germen comunes, se observó cocos gram positivos, cultivo negativo.

Se decide realizar Tac de Torax donde se observa imagen compatible con absceso. Además se realiza ecocardiograma transtorácico sin objetivarse lesiones valvulares ni verrugas. Se al esquema Rifampicina.

El paciente continúa con febrículas y tos con expectoración abundante, presentando un acceso de tos acompañado de una vomica importante de unos 300 cm³ purulenta. Posteriormente el paciente presentó disminución de la tos y la expectoración, con buena evolución clínica, laboratorio y afebril con tolerancia buena al atb.

En MMII la lesión se limitó con una costra negrusca que la cubría en su totalidad con secreción seropurulenta por lo que se decide realizar toilette de la misma dejando un lecho eritematoso y sangrante de bordes irregulares.

Completo tratamiento ev por 45 días y se paso a vía oral con TMP-SMX.

Se solicitó Tac de Torax de control donde no se evidencia absceso.

Actualmente se encuentra sin sintomatología respiratoria con corticoides inhalatorios, curaciones diarias de MMII y nutrición parenteral.

Conclusión: se presenta el caso por la evolución torpida que tubo la lesión en MMII con absceso en pulmón por que se interpretó al paciente como inmunocomprometido.

24365. EFECTO DE VANCOMICINA, TEICOPLANINA Y LINEZOLID EN UN MODELO PORCINO DE NEUMONÍA GRAVE POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A METICILINA

Didier B, García Morato J, Mann K, Sagardía J, Riso Patrón J, Absi R, García Bottino M, Marchetti D, Baleztena M, Biancolini C, Luna C

Antecedentes: la neumonía asociada a respirador (NAR) es una causa frecuente de mortalidad nosocomial siendo el *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SAMR) una etiología frecuente con incidencia en aumento.

Objetivos: investigar si comparado con los glucopeptidos, el tratamiento antibiótico (ATB) con linezolid (LZD) podría mejorar el outcome en un modelo experimental de neumonía por SAMR en cerdos con ventilación mecánica (VM)

Métodos: SAMR con una concentración inhibitoria mínima (CIM) =0.5 para vancomicina (VAN); 0.25 para teicoplanina (TEI) y 2.0mcg/mL para LZD fue inoculado mediante un broncofibroscopio en cerdos Largewhite-Landrace divididos en 5 grupos. Un grupo (N=6) no recibió MV ni ATB. Los restantes recibieron VM y ya sea: VAN(n=9), TEI(n=7), LZD(n=9), o ningún ATB(n=7). Las concentraciones de TNF- α , IL-6 y proteína C reactiva (PCR) en plasma y BAL, anatomía patológica del pulmón post-mortem, cultivos (pulmón, sangre, BAL y bazo) y las concentraciones en plasma, epithelial lining fluid (ELF) y en pulmón de los distintos ATB fueron evaluados. **Resultados:** todos los cerdos desarrollaron neumonía; el grado histopatológico de lesión pulmonar fue menor con LZD vs. glucopeptidos (p=0.049) y vs. sin ATB (p=0.037). Las concentraciones séricas y en BAL de PCR y de las citocinas aumentó pero no hubo diferencias entre los diferentes grupos. 13 cerdos murieron espontáneamente a las 44.4 \pm 16.8h; los 25 cerdos restantes fueron humanamente sacrificados a las 72 o 96hs. Las concentraciones de ATB fueron evaluadas en 15 cerdos y fueron mayores a la CIM con los tres ATB utilizados en el pico y valle plasmático, ELF y muestras de tejido pulmonar.

Conclusión: la inoculación produjo neumonía severa por SAMR semejando los hallazgos en humanos con NAR. El tratamiento con LZD se asoció a un menor grado histopatológico de neumonía, mayor sobrevida y una tendencia a un mayor aclaramiento bacteriano del SAMR, no atribuible exclusivamente a razones farmacocinéticas o farmacodinámicas, asumiendo el LZD un probable rol como agente inmunomodulador.

24387. PROCALCITONINA Y PROTEÍNA C REACTIVA COMO MARCADORES EVOLUTIVOS EN PATOLOGÍA INFECCIOSA PULMONAR

Martínez Cortizas MA, Pereiro MP, Artana CN, Scarimbolo JJ, Falasco V, Pistillo N

Introducción: la procalcitonina (PCT) demostró ser un marcador útil para identificar patologías de origen bacteriano. La proteína C reactiva (PCR) es un reactante de fase aguda de probada utilidad como marcador de inflamación.

Objetivos: evaluar la utilidad de la medición de PCT y PCR en pacientes con requerimiento de internación y diagnóstico presuntivo de neumonía, antes y 24 hs después del tratamiento empírico inicial.

Materiales y métodos: se tomaron muestras para PCR y PCT en el momento de la internación, previo a la evaluación radiológica. Luego de 24 hs. de la administración empírica de ATB, se repitieron las mediciones. Los resultados se expresaron como promedio y DS. Las comparaciones se hicieron por test de student y chi cuadrado. Se consideró significativo p<0.05. **Resultados:** ingresaron 94 pacientes, 64 de Clínica Médica (CM) y 30 de UTI. La PCR basal fue: CM 11.49 \pm 12.3 mg% y UTI

12.8 ± 11.73 mg% (p=0.34). La PCT basal fue: CM 3.23 ± 7.57 ng/ml y en UTI 7.6 ± 6.8 ng/ml (p<0.05). En el 32.3% se logró rescate bacteriológico. El 4.1% tuvo cultivo negativo con serología positiva para Mycoplasma pn. o Chlamydia pn., mostrando valores de PCT positivos bajos, sin descensos significativos a las 24 -48 hs. El 56.4% de los pacientes con PCT positiva (>0.1 ng/ml), mostró cultivo positivo. Ningún paciente con PCT negativa tuvo cultivo positivo; pero en el 25.6% de los pacientes con PCT positiva se registraron cultivos negativos. Los valores de PCT positiva se asociaron con PCR más altas (16.4 ± 13.21 mg%) a diferencia de los que tuvieron PCT negativa (5,1 ± 5.8 mg%) p<0.01. La disminución de PCT a las 24 hs. del tratamiento predijo buena evolución, r: 0.39 p =0.01. En un 16.7% de los pacientes los valores de PCT no descendieron. Un 32.3% de pacientes, mostró a su ingreso valores bajos de PCT, no constatándose en ellos imagen radiológica típica de neumonía, mostrando antecedentes de otras patologías respiratorias.

Conclusión: la PCR no sirvió como predictor de evolución, ni para identificar etiología bacteriana. Se observó una asociación significativa entre los valores de PCT, la gravedad y el rescate bacteriano. Valores iniciales bajos de PCT y su descenso se asociaron a buena evolución. La persistencia de PCT elevada, obliga a reevaluar la terapéutica ATB.

24379. NEUMONIA POR RHODOCOCUS EQUI EN UN PACIENTE CON SIDA: UNA ASOCIACIÓN INFRECUENTE

Lodigiani MJ, Mathurin S, Presteria J, Dascani N, Demergasso M, Alba S, Chiorra C

Paciente masculino de 38 años VIH (+) desde hace 4 años sin TAAR, tabaquista y etilista, secular de TBC pulmonar con tto incompleto (julio de 2006), meningitis por criptococo (septiembre de 2007), ingresa a clínica médica por cuadro de 3 meses de evolución de pérdida de peso, disnea, astenia y tos con expectoración hemoptoica.

Examen físico: normotenso, afebril, taquipneico. Aucultación: murmullo vesicular disminuido generalizado con escasos rales crepitantes en base izquierda y hemitórax anterior izquierdo. Palidez cutáneo-mucosa generalizada. Adenopatías laterocervicales, duroelásticas, móviles. Muguet. Laboratorio: Hto 25%, Hb 8 g/dl, plaquetas 52000/mm³, GB 17600/mm³ (PMN 89%), FAL 675 mUI/ml, VES 90 mm 1Hora. EAB: pH: 7.4, pO₂:68, pCO₂:33, HCO₃:24, Sat: 95%.

Rx de Tórax: radiopacidad en vértice derecho y base izquierda. Comienza tratamiento con Ceftriaxona y Clindamicina EV en forma empírica para NAC.

Cultivo de esputo: R. Equi. Hemocultivo: R. Equi, sensible a doxiciclina, eritromicina, rifampicina, vancomicina, imipenem, minociclina.

Por el rescate del hemocultivo se cambia ATB a eritromicina, rifampicina y vancomicina ev.

Se realizan 3 días de tto, luego el paciente se fuga. Ingres a los 4 meses a otro nosocomio por empeoramiento de su cuadro clínico, donde obita.

Conclusión: R. Equi, bacilo gram + pleomórfico, intracelular facultativo, débilmente ácido alcohol resistente, no fastidioso. Hasta 1986 se habían descrito 22 casos, debido al VIH hasta el 2002 hubo 183 casos reportados.

La Infección pulmonar es la presentación mas frecuente en inmunodeprimidos (66- 84 %). La localización habitual es el lóbulo superior del pulmón. La bacteriemia es más frecuente en VIH (+).

El aislamiento se puede efectuar en medios comunes no selectivos.

Por ser un microorganismo intracelular, la infección es difícil de erradicar, requiriendo ATB combinados durante largo tiempo. Las pautas recomendadas incluyen un macrólido asociado

a vancomicina o rifampicina. La mortalidad es del 11 % en inmunocompetentes, 50-55 % en pacientes con SIDA y del 20-25% en inmunodeprimidos no VIH.

A pesar de la alta incidencia de neumonías en pacientes VIH (+) en nuestro servicio, tuvimos 1 sólo caso con rescate de R. equi, reafirmando la baja frecuencia de este géren.

MARTES 18 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24398. CRIPTOCOCOCIS PULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Wainstein E, Las Heras M, De la Canal A, Rodríguez Giménez J, Precerutti J, Svetliza G, Dubra C, Viudes J

Presentación del caso: paciente de 27 años de edad sin antecedentes patológicos que consulta con tos, fiebre y expectoración hemoptoica, radiografía de tórax que evidencia nódulo en lóbulo inferior del pulmón izquierdo, recibiendo tratamiento empírico con levofloxacina por una semana. Persistencia de los síntomas luego de tratamiento inicial, se realiza fibrobroncoscopia con lavado bronquioalveolar sin rescate microbiológico. Serología para HIV -. Análisis de rutina normal. Latex +

Se realiza biopsia bajo Tomografía Computada: Anatomía patológica informa la presencia de hongos redondeados de cápsula gruesa con coloraciones de Pas y Grocott compatible con criptococos. Se realiza punción lumbar que descarta enfermedad micótica en sistema nervioso central y se instaura tratamiento con fluconazol 200 mgr/día. El paciente evolucionó favorablemente.

Comentario: la criptococosis es una infección micótica sistémica causada por el cryptococcus, aunque existen 37 especies dentro del género cryptococcus, muchas de las enfermedades en los humanos ocurren por la especie Neoformans en sus tres variedades: Neoformans (Serotipo D, AD), grubii (Serotipo A), gattii (Serótipos B y C). La variedad neoformans y grubii son las más universales, afecta a individuos inmunosuprimidos, la variedad gattii está limitada a ciertas áreas tropicales. El microorganismo está ampliamente distribuido en el suelo, especialmente en excrementos de paloma. También se lo encuentra en los palomares y en los nidos ubicados en las ventanas de los edificios urbanos. Se transmite por inhalación. Esta última provoca inicialmente la infección de los pulmones y muchas veces no sobrepasa esta fase. Puede diseminarse al torrente sanguíneo a otras partes del cuerpo, en sujetos inmunosuprimidos, como el cerebro y las meninges. La tasa de mortalidad puede acercarse al 30%.

Conclusión: se presenta este caso de Criptococosis pulmonar por la poca incidencia de esta enfermedad en paciente inmunocompetente.

24403. UTILIDAD DE LA BRONCOSCOPÍA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA NEUMONÍA EN PACIENTES CRÍTICAMENTE ENFERMOS

Torres R, Sagardia J, Redondo A, Bigot M, Garcia A, Monteverde A, Del Valle E

Objetivos: 1- Analizar los cambios en la terapéutica antibiótica (descalamiento) en pacientes internados en UTI con sospecha de neumonía en quienes se efectuó FBC con BAL. 2. Describir las indicaciones de FBC y los gérenes aislados.

Métodos: se realizó la revisión de las historias clínicas de los pacientes internados en UTI a quienes se efectuó FBC con BAL

para diagnóstico de neumonía desde noviembre de 2005 a junio de 2007.

Resultados: se realizaron 99 procedimientos por sospecha de neumonía en 86 pacientes. Se obtuvieron los datos completos de 81 procedimientos (63 pacientes).

En la Tabla 1 se muestran las indicaciones de la FBC.

Los gérmenes aislados fueron:

ABA:9, PSA:6, SAMS:4,SAMR:4, H. influenzae:3, PCP:3, FPM:3,OTROS:3, CMV:2 y ZN:2. En el

En la Tabla 2 se expresa cómo el tratamiento antibiótico (ATB) al momento de realizar el estudio influyó en el aislamiento bacteriológico con mayor rescate en el grupo sin antibióticos ($p = 0,045$).

La Tabla 3 muestra el % de cambio en la terapéutica de acuerdo al resultado del BAL.

*En los 15 restantes no se modificó el antibiótico empírico debido a: tratamiento correcto n:4, presencia de otro foco n:2, gravedad del paciente n:2, flora polimicrobiana: 3. En 4 casos el tratamiento fue iniciado al tener el resultado del BAL.

En el subgrupo de pacientes HIV+ (n: 16) el BAL determinó cambio en la mitad de los casos.

Tabla 1. Indicaciones del BAL		n=81	
Neumonía asociada al respirador	Temprana	12	
	Tardía	39	
Neumonía en paciente inmunocomprometido		11	
Neumonía intrahospitalaria		10	
Neumonía adquirida de la comunidad		4	
TBC Tuberculosis		2	
Neumonía intrahospitalaria en paciente inmunocomprometido		2	
Tabla 2. Influencia de ATB al momento de realizar el BAL			
81 Procedimientos			
49 con ATB		32 sin ATB	
BAL + 10	BAL - 31	BAL + 19	BAL - 13
$p = 0,045$			
Tabla 3. Cambio en la terapéutica de acuerdo al resultado del BAL			
BAL	Desplazamiento	p	
POSITIVO (n:37)*	22 (59,45%)	0,0008	
NEGATIVO(n:44)	10 (22,7%)		

Conclusión: la indicación más frecuente fue la sospecha de NAR. Los gérmenes aislados fueron en primer lugar los GRAM - (ABA y PSA) y en segundo lugar los COCOS + (SAMS-SAMR).

La broncoscopia con BAL permitió cambiar la conducta con respecto a los tratamientos empíricos en 39,50% de los casos. En 18,51%, con aislamiento bacteriológico, no se modificó el tratamiento por causas justificadas.

El alto porcentaje de negatividad en los aislamientos se correlacionó con el hecho de que la obtención de la muestra se realizó en pacientes con tratamiento antibiótico al momento del estudio.

24411. ASPERGILOSIS NECROTIZANTE CRÓNICA

Vazquez de Argiro N, Amaya R, Fabio S, Naval N, Sosa M, Bueno P

Paciente de sexo masculino, de 68 años, trabajador de la construcción, desocupado.

Motivo de Consulta: tos con expectoración purulenta de 7 días de evolución. Disnea progresiva desde hace un año. Antec. personales: Etilista. Tabaquista Pack/year: 84. Colopatía diverticular. Tatuajes.

Lúcido, afebril. Adelgazado. Taquicárdico. FR: 28/min, tiraje supraclavicular; MV disminuido. Rales subcrepitantes, sibilancias bilaterales. Saturación: 94%

Diagnóstico presuntivo: EPOC reagudizada por infección respiratoria baja. Se solicita: Laboratorio, ECG, Rx tórax, Cultivo de esputo. BAAR. Ecopleura. Inicia: Ampicilina - Sulbactam. Claritromicina.

04/07/08 Rx tórax: infiltrado alveolar en vértice izq. Seno costodiafrágico izq. Obliterado. GB 11.300 (Ns 77%/ Li 14%); VSG 67 mm. Proteínas totales: 5.20. Albúmina: 2.90. pH 7.45; PCO2 33; PO2 65; Sat 93%; HCO3 22; EB - 1. Ecopleura: derrame pleural izq. Escaso. Cultivo de esputo: No BAAR. Pseudomona, inicia Ciprofloxacina. Serología HIV (-). 22/07/08 TAC Tórax: menor volumen de campo pulmonar izq. Opacidades irregulares de aspecto secular asociadas a bronquiectasias en lóbulo superior apical izq. Más tracción pleural e inclusiones cálcicas. Imagen irregular en segmento basal posterior lóbulo inf. Izq. 25/07/08 FBC: Tráquea: triangular. Pérdida de estructura cartilaginosa. Carina: articulada. Arbol B.D. colapso espiratorio. Arbol B. I. colapso inspiratorio y espiratorio. Broncorrea. Se realiza BAL selectivo y cepillado. Se reinterroga al paciente: refiere haber padecido TBC hace 30 años.

Persiste con broncoespasmo y secreciones. GB 25.200, Hipokalemia. Lavado bronquial: Klebsiella (s) Acinetobacter baumannii (R). Inicia Imipenem y Colistin. Cepillado bronquial: no conclusivo para células neoplásicas.

31/07/08 BAL: hifas hialinas tabicadas compatibles con Aspergillus. Se indica Anfotericina 50 mg/d. Serología (+) para Aspergillus fumigatus. Ig E Total: 300 UI/l.

Paciente que realizó Anfotericina 275 mg debido a fracaso renal. Se indica Itraconazol.

Conclusión: se observa en personas de edad avanzada con enfermedad pulmonar subyacente como TBC inactiva, EPOC, bronquiectasias, sarcoidosis. Muchas tienen compromiso de su estado inmune (etilistas, diabéticos, tratamiento esteroideo prolongado o HIV). La sintomatología es inespecífica. Radiológicamente, infiltrados crónicos en lóbulos superiores asociados a engrosamiento pleural.

24418. IMPACTO DEL TRATAMIENTO PREVIO CON ANTIBIÓTICOS SOBRE LOS NIVELES DE MULTI RESISTENCIA (MR) EN NEUMONÍA ASOCIADA AL RESPIRADOR

Bailleau N, Otaola M, Sarquis S, Sosa A, Aruj P, Muñoz J, Guzman G, Vay C, Famiglietti A, Irrazabal C, Capdevila A, Luna CM

Introducción: la neumonía asociada al respirador (NAR) es segunda en frecuencia como causa de infección intrahospitalaria en terapia intensiva pero la primera como causa de muerte entre. La hospitalización prolongada y el uso previo de antibióticos son reconocidos como los factores que promueven el desarrollo de estas resistencias.

Objetivos: evaluar el impacto de los días previos de antibióticoterapia sobre el desarrollo de resistencias de los gérmenes potencialmente multi resistentes más comunes en la Unidad de Terapia Intensiva de un Hospital Universitario.

Métodos: análisis secundario de una base de datos de pacientes internados en la unidad de Terapia Intensiva (UTI) del Hospital de Clínicas, sometidos a ventilación mecánica por = 72 hrs evaluados en forma sistemática respecto a colonización de la vía aérea superior y desarrollo de neumonía, durante un período de 2 años. Se evaluaron los niveles de resistencia correlacionándolos con el tiempo transcurrido desde la internación y el número de los distintos antibióticos recibidos y el tiempo durante el cual lo recibieron estos pacientes.

Resultados: treinta y cinco pacientes desarrollaron 50 episodios de NAR debidos a 71 patógenos, confirmados por LBA. Se analizó lo ocurrido en relación a 18 aislamientos de P. aeruginosa (PA), 22 de Acinetobacter spp (A) y 12 de Staphylococcus aureus resistente a meticilina (SAMR). Los días de internación y cantidad de ATBs usados fueron $20,2 \pm 18,7$ vs $5,3 \pm 7,1$ ($p = 0,033$) para PA; $14,5 \pm 22$ vs $2,7 \pm 2,3$ ($p = NS$) para A y $18,7 \pm 37,9$ vs $8,7 \pm 11,2$ para SAMR ($p = NS$).

Conclusión: los niveles de resistencia encontrados en las NAR tendieron a correlacionar los días de internación y con la can-

tividad de ATBs administrados previo al desarrollo de la neumonía. Diferencia significativas para PA.

24423. NEUMONÍA ASOCIADA A LA VENTILACIÓN MECÁNICA: DESCRIPCIÓN DE UNA COHORTE DE 106 PACIENTES

Sagardía J, Loiacono F, Daldin J, Torres R, Serrano Moscoso R, Monteverde E

La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) es la infección nosocomial más frecuentemente hallada en los pacientes en terapia intensiva.

Este término debe aplicarse a los episodios de neumonía que se desarrollan en pacientes a partir de las 48 horas de VM.

Objetivos: 1. Describir la incidencia de NAV; 2. Comparar las poblaciones con y sin neumonía en términos de sus características demográficas, días de internación en UTI, días de ARM y mortalidad; 3. Describir los gérmenes aislados.

Métodos: estudio descriptivo de una cohorte de pacientes ingresados en forma consecutiva al servicio de terapia intensiva del Hospital Posadas, en un periodo de 3 meses, con más de 48 horas de internación.

Resultados: durante el período de estudio 106 pacientes cumplieron criterios de inclusión: 41 pacientes desarrollaron neumonía (criterios clínicos y radiológicos). En 4 de estos no se realizó cultivos. Hubo 65 pacientes sin neumonía.

Analizamos las características de los 37 pacientes que tuvieron cultivo de muestra respiratoria (aspirado traqueal/cepillo protegido a ciegas) y hemocultivos. Hubo 50 episodios de neumonía en 37 pacientes lo que determina una incidencia de 47%. En cuanto a las características demográficas: no hubo diferencias significativas en cuanto sexo y edad. El tipo de internación en el grupo neumonía fue de causa médica en un número significativo (p:0,0062). El score APACHE II fue mayor en los pacientes con neumonía (p: 0,00001). Hubo diferencias significativas en los días de internación en UTI (p:0,00001), días de internación hospitalaria (p:0,0036) y mortalidad hospitalaria (p:0,0019) con valores mayores en los pacientes con neumonía. Los gérmenes más frecuentes fueron los GRAM negativos (ABA: 21, PSA: 12, H influenzae: 6 y otros:4).

Conclusión: la incidencia de NAV en nuestra población es alta y se asocia a mayor estadía hospitalaria y mortalidad. Los pacientes internados por causa médica presentan este evento adverso con más frecuencia que los pacientes quirúrgicos. Al igual que en otras series las bacterias GRAM negativas predominan como agentes causales.

Domingo 16 de Noviembre
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

Epidemiología de las enfermedades respiratorias

23857. MYCOBACTERIUM BOVIS, EN MATERIAL DE NECROPSIA PERTENECIENTES A COATÍES DEL ZOOLOGICO DE MENDOZA

Rousselle HL, Duarte A, Olguin J

Objetivos: evaluación clínica – bacteriológica de animales en cautiverio (coatíes).

Método: las muestras de necropsia (pulmón, ganglios y material de punción), se le realizó Ziehl-Nielsen y fueron tratadas para su siembra previamente con NaOH al 4% dependiendo el tiempo de exposición, de las características de las muestras. Los medios de cultivo fueron Lowenstein-Jensen y Bactec TB-460.

Conclusión: El M. bovis puede infectar a seres humanos causando una enfermedad clínica y radiológicamente indistinguible del M. tuberculosis.

El M. bovis trasmisible principalmente a través de la vía respiratoria para bovinos y en la leche y derivados crudos para personas.

La presencia de personas inmunosuprimidas, en dicho paseo causa preocupación, no solo por la presencia de dicha mycobacteria, sino también por M: Atípicas, como sucedió con el brote de mycobacteriosis debido al complejo MAI, en el mismo zoo, presentado en Mayo 18 de 1998, en Boston. El diagnóstico de TBC en coatíes (Nasua nasua), demuestra la importancia que representa para la salud pública y animal en especies silvestres en cautiverio y su rol epidemiológico.

24316. MORBIMORTALIDAD POR TBC EN EL PERIODO 1997-2007. HOSPITAL F. J. MUÑIZ - DIVISION PROMOCIÓN Y PROTECCIÓN DE LA SALUD

Romano ML, Cuasmano LG, Falcone C, Lista N, Zarra JA, Ruano SM

Introducción: apesar de contar en la actualidad con tratamientos eficaces para el control de la Tuberculosis(TBC), esta patología continúa siendo una amenaza grave para la Salud Pública Ya que la epidemia mundial del virus de la inmunodeficiencia humana tipo-1(HIV-1) cambió su perfil epidemiológico, clínico y biológico, complejizando a esta patología. El presente estudio caracteriza el perfil epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de TBC, asistidos en este Hospital durante el período 1997–2007.

Materiales y métodos: se analizaron los registros de todos los enfermos que egresaron con diagnóstico de TBC en el Hospital F.J.Muñiz, durante el período 1997-2007. Se realizó un estudio descriptivo, evaluando las variables epidemiológicas: sexo, edad, procedencia, coinfección HIV-1, y tasa de letalidad.

Resultados: se evaluaron 9346 historias clínicas de pacientes que egresaron con diagnóstico de TBC, en período 1997–2007. Durante período hubo un total de 6050 varones internados y 3296 mujeres, con una relación hombre /mujer de 1.8. Con respecto al lugar de residencia, 68% correspondió a la Provincia de Buenos Aires, y el 32% a Ciudad de Buenos Aires. La edad promedio fue de 33 años y el grupo de edad más afectado el comprendido entre los 22 a 39 años. En relación con las formas clínicas, se observó que la localización pulmonar resultó ser la más frecuente en el 70% de los casos, siguiendo la extrapulmonar en un 11% y la diseminada en 19%. El 47.03% de los pacientes presentaron coinfección con HIV-1. Los casos de coinfección HIV-1/TBC mantuvieron una relación de 2.1 casos +/- . La letalidad por TBC en estos 10 años fue de 13.6%, con un máximo del 19% en el año 1997 para decrecer hasta el 10% en los últimos tres años, manteniéndose en el 14% durante los años 2000-2001-2002.

Conclusión: la Tuberculosis fue la principal causa de internación en nuestro hospital en el período en estudio. Casi la mitad de los pacientes presentó coinfección con HIV-1. La forma pulmonar fue la más frecuente, constituyendo aún un grave peligro para la Salud Pública.

24319. TABAQUISMO EN UNA COMUNIDAD INDÍGENA

Alchapar R, Villegas R

El tabaquismo fue definido como pandemia por la OMS, siendo nuestro país uno de los que se ubica en un lugar preferencial en ésta adicción.

Objetivos: evaluar el tabaquismo en la comunidad de base genética Huarpe, que habita una extensa región del desierto Lavallino, en el norte de Mendoza. Encargados de la crianza de ganado menor y tareas rurales.

Materiales y métodos: el trabajo se realizó a través de una encuesta, entregada para ser llenada por quienes la aceptaron (98,91%) .Los entrevistados se encontraban en centros de salud de la zona, tanto trabajadores de los mismos, como pacientes y acompañantes. El trabajo se llevó a cabo durante los meses de Junio, Julio y Agosto del 2.008.

Resultados: se encuestaron 91 personas, 62 femeninas y 29 masculinos, con edad promedio de 31,66% (14-65). Nivel bajo de instrucción, 13,04% con secundaria completa. Fumadores actuales: 45,92%, consignándose que el 74,72% habían tenido contacto con el tabaco. Se fuma en el 74% de las casas de los encuestados. El 96,59% lo consideran perjudicial para la salud y el 78,65% saben de una ley regulatoria al respecto. El 41% ha cesado por más de un año, y el 72,72% de los fumadores piensan en dejar de fumar.

Conclusión: el tabaquismo activo en ésta población, es muy superior a la de la población ciudadana de Mendoza, que es del 35%, en oposición a la creencia de que en las ciudades el impacto de la adicción es superior. Cierto es, que en algunos bolsones laborales públicos por nuestro grupo estudiado, las cifras superan el 50%, como son un municipalidad metropolitana, y en empleados administrativos y de enfermería de dos Hospitales Públicos de Mendoza.

MARTES 18 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24413. POLUCIÓN EN TUCUMÁN, RELACIÓN ENTRE SALUD DEL APARATO RESPIRATORIO Y LA POLUCIÓN EN VILLA LA TRINIDAD

Vazquez de Argiro N, Martínez M, Tolero R, González F, Del Río R, Santana M, Castillo C, Cortéz D, Chico G, Triguero F, Fernández R, Casal M

Tucumán presenta en época de zafra altos niveles de polución, ocasionada por las chimeneas de los ingenios carentes de filtro y la quema de la caña de azúcar. Se diseñó un proyecto para evaluar la repercusión de la polución agroindustrial en la salud pulmonar, realizando una encuesta en una muestra aleatorizada de la población de Villa La Trinidad, seleccionada debido a ostentar las cifras de contaminación más elevadas según mediciones realizadas por la Universidad Nacional de Córdoba en el 2007 (700 de PST).

Previo consentimiento informado, se realizaron además espirometrías, de los pacientes no fumadores que aceptaron. Los principales resultados obtenidos fueron los siguientes: El 56 % referían tos; el 47% flemas; el 28% sibilancias el 25% falta de aire.

Se determinó tomar como obstrucción FEV1 / FVC igual o menor de 70.

2 pacientes se negaron a realizar espirometría 1 no pudo realizar la maniobra satisfactoriamente. Se encontró un 12% de obstruidos, no fumadores en la población encuestada.

Conclusión: el porcentaje de obstruidos no fumadores encontrados en la muestra resulta superior a lo esperable según bibliografía.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

Neumonología Clínica y Crítica

24076. MICROTROMBOEMBOLISMO TUMORAL: PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

Villagómez R, Wall D, Chertcoff M, Venditti J, Bosio M, Borsini E, Quadrelli S, Chertcoff J

La presencia de disnea e hipoxemia en los pacientes con cáncer pueden tener varios orígenes: infección, tromboembolismo, metástasis o lesión pulmonar por drogas.

<Casos clínicos:> Paciente 1: Femenina de 47 años con antecedentes de cáncer de mama. Consulta por disnea progresiva y astenia de un mes de evolución. Se constata insuficiencia respiratoria y anemia hemolítica microangiopática. RX tórax: normal. Eco Doppler de Miembros Inferiores (MMII): normal. Centellograma V/Q pulmonar: alta probabilidad de tromboembolismo (TEP) con defecto de perfusión subsegmentario bilateral (imagen 1), Angiotomografía helicoidal de tórax (ATCH) con protocolo para TEP: Normal. Cateterismo derecho (CD): Presión Arterial Pulmonar (PAP): 59/25 mm Hg, Presión media pulmonar (PMAP): 35 mm de Hg., Presión enclavada (PW): 10 mm Hg, Resistencia vascular pulmonar (RVP): 400 dynas. Frotis de sangre venosa mixta enclavada: negativo para células neoplásicas. Por la tricitemia marcada se realiza: punción de médula ósea donde se observan acúmulos celulares atípicos tipo «colgajos» que corresponden a secundarismo tumoral.

Paciente 2: masculino de 70 años con antecedentes de carcinoma indiferenciado de vejiga y adenocarcinoma de próstata tratado con cistoprostatectomía radical 2 años antes. Ingresó por disnea clase funcional III y dolor abdominal. Ecodoppler de MMII: normal. Rx de tórax: Normal. Se efectúa ATCH con protocolo para TEP negativa. Evoluciona con disnea progresiva y requiere asistencia respiratoria mecánica. Se realiza Eco cardiograma doppler que evidencia: insuficiencia tricúspide moderada, hipertensión pulmonar sistólica de 78 mm Hg. CD: PAP: 48/20, PMAP: 29 mm de Hg. PW: 8 mm. de Hg. RVP: 352 dynas. El paciente fallece. La biopsia pulmonar postmortem muestra colgajos de células atípicas en el lecho vascular pulmonar (Imagen 2).

Conclusión: el microtromboembolismo tumoral debe ser sospechada en pacientes con antecedentes de cáncer y disnea de rápida instalación con o sin hipertensión pulmonar y/o sospecha de embolia donde no se puede confirmar su origen trombótico. La suma de la sospecha clínica más un centellograma pulmonar característicos pueden orientar y el mismo si bien puede ser confirmado por citología vascular y/o biopsia de pulmón su diagnóstico a veces es solo de exclusión.

24094. EFECTO PROTECTIVO DE LA VENTILACION NO INVASIVA A DOBLE NIVEL DE PRESION POSITIVA (VNIDNPP) SOBRE EL DETERIORO VENTILATORIO EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA)

Barth M, Sivori M, Rodríguez C, Sicca R, Pascansky D, Sáenz C

Existe poca evidencia en la disminución de la mortalidad de pacientes con ELA y ventilación no invasiva con BIPAP. Nuestro grupo comunicó en 2005 la serie más grande de seguimiento de pacientes con ELA ventilados con VNIDNPP, demostrando la disminución de la mortalidad. No existe comunicación que la VNIDNPP en pacientes con ELA disminuya la velocidad de pérdida de función pulmonar y fuerza muscular respiratoria.

Objetivos: determinar la velocidad anual de declinación en la FVC y Pmax/Pimax en pacientes ventilados con VNIDNPP y compararlo con aquéllos que teniendo criterio, no la han recibido por falta del sistema financiador.

Material y métodos: pacientes con ELA (criterios de El Escorial) seguidos durante en período 1999 y 2008. Cada tres meses se evaluaron con presiones bucales estáticas máximas (Pmax y Pimax) y espirometría independientemente si obtenían VNI (GRUPO I) o no (GRUPO II control). La definición de ventilación no invasiva se hizo por los criterios del CADITELA y según técnica estándar con máscara nasal y nocturna.

Resultados: 190 pacientes con ELA (edad 55,09 ± 12,5 años; sexo masc. 58,3%) fueron seguidos. Se indicó la VNI a 64 pacientes (34,2% de total). De ellos, 50 pacientes constituyeron el GRU-

PO I y 14 pacientes el GRUPO II. La media de seguimiento fue $16,51 \pm 14,16$ meses. Nueve pacientes del GRUPO I recibieron ventilación entre 2 y 3 años, y 3 pacientes más de 3 años. A los 3 años, la pérdida para cada variable fue:

	FVC (ml/mes)	FVC (%/mes)	PEF (ml/s/mes)	Pemax (cmH ₂ O/mes)	Pimax (cmH ₂ O/mes)
GRUPO I (VNI)	-11.21±54.8	-0.7±0.22	-12.02±59.43	-0.207±1.26	+0.161±1.33
GRUPO II (Control)	-26.14±15.23	-2.15±0.09	-36.01±40.2	-1.4±0.96	+0.76±0.35
P	NS	0.01	NS	NS	NS

Conclusión: se observó en los pacientes que recibieron VNI una significativa menor velocidad de pérdida de FVC evaluada en porcentaje del predicho (%FVC) a 3 años en seguimiento en comparación al grupo control. Este es el primer estudio en demostrar un efecto «protectivo» de la VNI sobre la progresión del deterioro ventilatorio.

24095. DECLINACION DE LA FUNCION PULMONAR Y DE LA FUERZA MUSCULAR RESPIRATORIA EN PACIENTES CON ESCLEROSIS LATERAL AMIOTROFICA (ELA)

Sivori M, Bartj M, Rodríguez C, Sicca R, Pascansky D, Sáenz C

Existe escasa evidencia en la velocidad de declinación de la función pulmonar y fuerza muscular respiratoria en pacientes con ELA, y las comunicaciones existentes son de seguimiento por corto período de tiempo y pequeño número de pacientes.

Objetivos: determinar la velocidad mensual de declinación en la capacidad vital forzada (FVC), pico flujo espiratorio (PEF), y de la fuerza muscular respiratoria espiratoria (Pemax) e inspiratoria (Pimax) en pacientes con ELA que no hayan recibido ningún tipo de apoyo ventilatorio.

Material y métodos: de la cohorte de pacientes con ELA (criterios de El Escorial) seguidos durante el período 1999 a 2008, se tomaron para análisis sólo aquellos que no recibieron ningún tipo de apoyo ventilatorio. Cada tres meses se evaluaron con presiones bucales estáticas máximas (Pemax y Pimax) y espirometría. Se usaron técnicas estadísticas convencionales.

Resultados: de los 190 pacientes totales con ELA, se descartaron 51 pacientes (26,8%) por haber recibido algún tipo de apoyo ventilatorio. De los 149 pacientes restantes, presenron una media de edad $55,09 \pm 12,5$ años; sexo masc. 58,3%, y fueron seguidos con una media de seguimiento $12,7 \pm 13,9$ meses.

A los 3 años, la declinación mensual para cada variable fue:

FVC (ml/mes): $-97 \pm 15,23$

FVC (%pred./mes): $-2,5 \pm 2,32$

PEF (ml/seg/mes): $-36,01 \pm 40,2$

Pemax (cmH₂O/mes): $-1,4 \pm 0,96$

Pimax (cmH₂O/mes): $+0,76 \pm 0,35$

Conclusión: se observó una menor tasa de declinación de la FVC y presiones bucales estáticas máximas a la reportada en la literatura, seguramente por presentar diferentes poblaciones de pacientes, con distintos estadios de severidad al inicio del seguimiento.

24099. PROGRAMA PROVINCIAL DE OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA DE LA PROVINCIA DE MENDOZA (PPOCDM): CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN A 20 MESES DE SU INICIO

Salvioli D, Saez Scherbovsky P, Hilbing E

Introducción: en septiembre de 2006 se dio inicio al PPOCDM. La finalidad del mismo es brindar buen servicio, cubrir la demanda, realizar seguimiento prospectivo, estandarizar criterios y generar una administración única.

Objetivos: determinar las características de la población del PPOCDM en cuanto a edad, sexo, lugar de residencia, hospitales de procedencia, patologías que llevaron a indicar

oxígeno terapia, tiempo transcurrido desde el diagnóstico de la enfermedad hasta el inicio de la oxigenoterapia, valores promedio de PO₂, PCO₂, FVC, FEV₁ y hematocrito al ingreso al programa.

Material y métodos: análisis retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes del PPOCD en un período de 20,5 meses. Se utilizó base de datos Excel.

Resultados: se incluyeron 125 pacientes, 86 (68,8%) hombres y 39 (31,2%) mujeres.

Edad promedio global 61,8 años ($\pm 10,6$), hombres 63,2 ($\pm 9,44$) y mujeres 59 (± 12).

El 84% de los pacientes se encuentra en un radio de 30 Km de la ciudad capital, el 16% restante vive en departamentos alejados.

EPOC es la enfermedad predominante (68% de los pacientes), con un promedio de $4,84 (\pm 4,19)$ años desde el diagnóstico hasta el inicio de la oxigenoterapia. Le sigue Fibrosis pulmonar en 12,8%

El 80,8% de las derivaciones provienen de los 3 hospitales de mayor complejidad.

Promedios al ingreso de PO₂: $49,18 (\pm 8,51)$, PCO₂: $47,75 (\pm 12,14)$, FEV₁: $0,98 (\pm 0,62)$, FVC: $1,76 (\pm 0,76)$, Hematocrito $48,57 (\pm 7,64)$.

De 125 pacientes, 40(32%) no tienen espirometría y 47(37,6%) no tienen hematocrito.

En los pacientes EPOC 22 (25,88%) no tienen espirometría y 32 (37,64%) no tienen dato de hematocrito.

Conclusión: la distribución de sexos muestra un predominio masculino. La edad de inicio es semejante a otras publicaciones. La procedencia de pacientes, se corresponde con las zonas de mayor densidad poblacional. Falta información y derivación de pacientes desde centros periféricos.

El promedio de PCO₂ elevado evidencia la fase tardía de la enfermedad y la necesidad de controles más frecuente en este grupo.

En los valores espirométricos observamos VEF₁ promedio menor al litro con FVC también disminuida. Llama la atención la ausencia de este estudio en los pacientes EPOC en estado avanzado de enfermedad, con la importancia diagnóstica y pronóstica que brindan.

24126. ENFERMEDAD DE RENDU-OSLER-WEBER IMPORTANCIA DE LA DETECCIÓN PRECOZ DE MAVP. CLÍNICA NEUMOLÓGICA, HOSPITAL MACIEL. UDELAR, MONTEVIDEO, URUGUAY

Salisbury JP, Bozzola J, San Martin A, Rodríguez Flores C, Bizzino I, Piñeyro L

Las malformaciones arteriovenosas pulmonares (MAVP) son comunicaciones anormales entre el sistema arterial y venoso sin desarrollo capilar. Habitualmente son congénitas de etiología desconocida. En más del 70% se relacionan con la telangiectasia hemorrágica heredo familiar (THH) o síndrome de Rendu-Osler-Weber.

Las MAVP constituyen una entidad sub-diagnosticada que clínicamente pueden manifestarse por disnea, cianosis, y baja saturación de oxígeno en el reposo. Pueden ser causa de complicaciones severas como hemoptisis masiva, hemotórax, y complicaciones neurológicas que incluyen accidentes isquémicos transitorios, stroke, y abscesos cerebrales. Estas complicaciones son más frecuentes y deben tratarse, independientemente de los síntomas que produzcan, cuando la arteria involucrada excede los 3 mm de diámetro. **Material y Método:** Se presentan dos casos clínicos Caso 1: Mujer 53 años AP de epistaxis reiteradas destacándose del examen físico múltiples telangiectasias mucocutáneas. Radiografía de tórax muestra nódulos pulmonares bilaterales. Angiotomografía confirmó la presencia de MAVP bilaterales. Se realizó tratamiento de embolización con «coils» fibrilares. Caso 2: Mujer 73 años AF

de THH, AP de epistaxis y hemoptisis reiteradas, accidente isquémico transitorio. Ingresa por hemoptisis amenazante. Gasometría arterial PaO₂: 65 mmHg, PCO₂: 38 mmHg SatO₂: 92%. Angiotomografía confirmó el diagnóstico de múltiples MAVP. Se realizó embolización con «coils» fibrilares de malformación predominante con buena evolución.

Conclusión: presentamos dos casos con historias clínicas orientadoras de la enfermedad THH y sin estudios previos de screening para identificar MAVP. Los mismos constituyen dos ejemplos de la evolución natural de la enfermedad con complicaciones evitables. En ambos casos la embolización, fue una muy buena resolución terapéutica

Debido a la baja sospecha clínica de THH, su elevada incidencia de complicaciones, las cuales a su vez frecuentemente suelen ser la forma de debut de la enfermedad, estamos obligados a realizar un diagnóstico precoz, y un screening de MAVP para disminuir la elevada morbi-mortalidad que presentan estos pacientes.

24127. NEUMONÍA INTERSTICIAL DESCAMATIVA ASOCIADA A CÁNCER DE PULMÓN

Vallone T, Abrate V, Blua A, Pérez J, Casas JP, López AM

Se presenta un paciente en el que la coexistencia de Neumonía Intersticial Descamativa (DIP) con un adenocarcinoma de pulmón produjo dos planteos diagnósticos y terapéuticos simultáneos. En este caso y en los publicados, el carcinoma se detectó incidentalmente en la TAC de Tórax realizada en la evaluación diagnóstica de la enfermedad intersticial sospechada clínica y radiográficamente. Ambas patologías tienen un fuerte nexo epidemiológico con el tabaquismo, pero su asociación se ha reportado aisladamente en la literatura.

Caso: Hombre, 63 años, metalúrgico (pintor de fábrica de aviones). Antecedentes: tabaquista 120 paq/año, enolista >80 g/d por 30 años, HTA y pielonefritis derecha. Consulta por disnea al caminar 400 – 500 mts de 3 meses de evolución, tos con escasa expectoración blanquecina. Examen: clubbing digital, crepitantes bibasales. SatHb 96 % AA. Espirometría: FVC 2,58 (76 %); FEV1 2,54 (93 %); FEV1 / CVF 85 %. Rx de tórax: Reducción volumétrica bilateral, infiltrado intersticial reticulonodular bilateral, predominio en campos inferiores. HRCT: panal de abeja bibasal, vidrio esmerilado en tercios inferiores y medios, nódulo de 1 cm, con bordes espiculados periférico en LSI. Punción aspirativa biópsica pulmonar: adenocarcinoma primario de pulmón. Se realiza Lobectomía superior izquierda, cuya AP mostró luces alveolares ocupadas por abundantes macrófagos, algunos repletos de pigmento parduzco, inflamación y fibrosis difusa moderada. Estadificación postoperatoria: pT1 – pN2 – M0. Se indica Quimioterapia adyuvante con Cisplatino y Vinorelbina, cese TBQ y esteroides sistémicos. Mejoría clínica e imagenológica de la enfermedad pulmonar

Conclusión: en pacientes fumadores con una enfermedad intersticial incluida en el espectro de las relacionadas al tabaquismo, se debe considerar su coexistencia con carcinoma pulmonar que puede pasar inadvertido entre las lesiones intersticiales.

24128. NEUMONÍA ORGANIZANTE CRIPTOGENICA IDIOPÁTICA UNILATERAL: UNA PRESENTACIÓN INFRECUENTE

Abrate V, Vallone T, Blua A, Pérez J, Casas JP, López AM

El síndrome clínico de neumonía organizante criptogénica (COP) debe ser considerado en pacientes con una enfermedad tipo gripal, de evolución aguda o subaguda, estertores crepitantes finos y radiografía con infiltrados bilaterales en parches y sin respuesta antibióticos previos. El patrón, típico y ampliamente descrito, de tomografía computada de tórax de alta resolución, consiste en consolidaciones periféricas con broncograma aéreo rodeados o no de vidrio esmerilado.

Describimos dos pacientes con insuficiencia respiratoria hipoxémica atribuida a COP idiopático unilateral, un patrón tomográfico atípico y menos frecuente.

Caso 1: hombre. de 60 años con disnea y fiebre de 7 días de evolución e hipoxemia: PaO₂ 50 mmHg AA. Rx de tórax: infiltrado alveolar extenso en LSD y LID. Diagnóstico inicial de neumonía bacteriana. Por falta de respuesta a ATB se realizó broncofibroscopia (FBC) que no fue diagnóstica; debido al deterioro clínico y del intercambio gaseoso se realiza biopsia pulmonar a cielo abierto que mostró bronquiolos y espacios aéreos con tejido conectivo laxo intraluminal rodeados de tejido inflamatorio (COP idiopático). Remisión completa a los 6 meses de corticoterapia.

Caso 2: hombre, 76 años, HTA, DBT, tabaquista 46 paq/ año. Afebril, con astenia, anorexia y pérdida de 5 kg en 3 semanas. Examen: normal SatHb 89% AA. Eritrosedimentación 120 mmHg, leucocitos 10.800.

Rx de tórax: vidrio esmerilado en LSD y patrón alveolointersticial basal derecho. TAC de tórax de alta resolución: enfisema paraseptal y vidrio esmerilado difuso predominante en LSD y región inferior de LID. Espirometría: FVC 2,93 (78 %); FEV1 2,31 (94 %); FEV1 / CVF 79 %. Se realiza FBC: BAL: macrófagos 55%, Eo 0%, Li 44%, CD4/CD8 0.52. Biopsia transbronquial: luces alveolares ocupadas por tapones fibroblásticos en matriz mixoide, en otras abundantes histiocitos; fibrosis e inflamación mononuclear moderada. Se inicia tratamiento con corticoesteroides con mejoría clínica e imagenológica. **Conclusión:** en pacientes con síndrome clínico sugestivo de COP, pueden presentarse formas radiológicas diferentes, entre ellas, enfermedad unilateral, a veces acompañado de insuficiencia respiratoria. Es fundamental la confirmación diagnóstica, excluyendo COP secundario asociado a otras enfermedades. La biopsia quirúrgica no siempre es necesaria

24129. GRANULOMATOSIS BRONCOCÉNTRICA: PRESENTACIÓN INUSUAL DE TBC

Vallone T, Abrate V, Casas JP, Blua A, Pérez J, López AM

La granulomatosis broncocéntrica (GB) es un proceso granulomatoso inflamatorio necrotizante bronco y bronquiolocéntrico, poco frecuente, con reemplazo total de la pared de la vía aérea por tejido granulomatoso y ocupación de la luz por histiocitos en empalizada rodeando detritus necróticos. Estos hallazgos morfológicos reflejan una respuesta de la vía aérea a una variedad de injurias, como aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), infecciones (mycobacterias, hongos y parásitos) y enfermedades autoinmunes (granulomatosis de Wegener, artritis reumatoidea y síndrome de Churg-Strauss).

Presentamos un caso en el que tardíamente, sólo con el cultivo de la biopsia quirúrgica, se obtuvo el diagnóstico definitivo.

Caso: Mujer, 59 años, tabaquista 14 p/año, asmática que presentó cuadros reiterativos de neumonías y bronquitis recurrentes acompañadas de broncoespasmo con respuesta parcial a antibióticos y esteroides en un período de 3 años. Laboratorio: sin eosinofilia periférica, gamaglobulinas normales, reiterados cultivos de esputo negativos para gérmenes comunes, BAAR y hongos (aspergilosis).

Rx tórax: consolidación paracardiaca y basal inferior derecha. TAC de alta resolución tórax (HRCT): nódulos confluentes en segmento anterior de LID. Broncofibroscopia: biopsia transbronquial (BTB) compatible con COP idiopático, iniciando tratamiento con meprednisona 40 mg/día.

A los 6 meses Rx de tórax: infiltrados alveolares focales en tercio medio derecho e izquierdo y basal derecho. HRCT: bronquiectasias y árbol en brote en lóbulos inferiores. Por deterioro clínico y aparición en HRCT de consolidación en parche en lingula y LID se decide realizar biopsia a cielo abierto. Los hallazgos AP fueron compatibles con GB, que se interpre-

tó como idiopática por la negatividad de los estudios histológicos y microbiológicos.

Al los 60 días de realizada la biopsia, se informa el desarrollo en el cultivo de mycobacterium tuberculosis. Se inicia tratamiento antibacilar con muy buena respuesta.

Conclusión: en todos los pacientes con biopsia pulmonar, el diagnóstico de Granulomatosis Broncocéntrica idiopática es posible sólo después de excluir cuidadosamente la etiología infecciosa. Se deben esperar los resultados del cultivo del tejido pulmonar, ya que aún las coloraciones especiales microbiológicas pueden ser negativas.

24138. ALVEOLITIS ALÉRGICA EXTRÍNSECA: DOS DIFERENTES PRESENTACIONES Y PRONÓSTICOS

Abrate V, Blua A, Vallone T, Casas JP, Pérez J, López AM

La Alveolitis Alérgica Extrínseca también llamada Neumonitis por Hipersensibilidad, es un síndrome complejo con presentación clínica e historia natural muy variable. La AEA aguda es más reconocible y se confunde con una neumopatía aguda. Presentamos dos pacientes, uno con AAE aguda y el segundo con AAE crónica, en ambos secundaria a exposición laboral. Caso 1: hombre, 35 años, tabaquista de 15 paq/año. Disnea y tos seca, en accesos de minutos de duración, luego de exposición laboral a heno, tuvo un episodio de disnea súbita, broncoespasmo intenso y lipotimia en relación a exposición masiva. Examen normal. Sat Hb 97% AA. TAC tórax alta resolución (HRCT): vidrio esmerilado difuso bilateral. Espirometría: FVC 4.31 (79.9%). Se realiza Broncofibroscopia (BF) con biopsia transbronquial: granulomas no caseosos, fibrosis e infiltrado inflamatorio granulomatoso intersticial. Inicia tratamiento con corticoides sistémicos, con mejoría clínica y radiológica en 2 semanas.

Caso 2: hombre, 61 años, hipotiroideo. Empleado de mantenimiento en planta procesadora de maíz por 25 años, hasta hace 3 años. Disnea grado III, progresiva, de 6 meses de evolución, tos en accesos y expectoración mucosa. Examen: palidez generalizada, desnutrido (IMC 17.7); FC 95; FR 28, crepitanes bibasales. Rx de tórax: desplazamiento traqueal derecho, retracción de lóbulos superiores e hilar bilateral, con patrón reticulonodular predominante en campos superiores y medios. HRCT: engrosamiento pleural biapical, imágenes quísticas en lóbulos superiores, panal de abeja periférico en LM y llingula, bronquioloectasias de tracción y líneas irregulares de fibrosis. Nódulos difusos bilaterales mal definidos. Espirometría: severa restricción: FVC 1.04 (27%). Test caminata de 6 min: Sat Hb basal 93%, caída de 4 puntos a los 2 min.

Diagnóstico de probable AAE crónica, con una prolongada etapa subclínica. BF no diagnóstica. Inicia tratamiento con corticoides sistémicos, sin cambios en el control a los 2 meses. **Conclusión:** es importante destacar el valor de la sospecha clínica de AAE ya que es clave la remoción precoz de la exposición laboral al antígeno desencadenante. Esto no sólo produce mejoría clínica, sino que también previene el desarrollo de las formas subagudas y crónicas que pueden producir daño pulmonar progresivo e irreversible.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24141. LEIOMIOMA METASTATIZANTE BENIGNO COMO CAUSA DE NODULO PULMONAR SOLITARIO PRESENTACIÓN DE UN CASO

Tabaj G, Grodnitzky ML, Pérez Petit M, Elsner B, Castiglioni T, Guzman M

Paciente femenina de 49 años oriunda de Chaco, no tabaquista, histerectomizada en el 2000 por miomatosis uterina que pre-

senta Rx Tx (catastro) con nódulo pulmonar en LID. Se le realiza HRCT: imagen nodular LID de bordes definidos de 2.1 x 1 cm.

Se solicita perfil inmunológico, inmunodifusión para hongos, esputo GC BAAR y Mico NEGATIVOS. Se repite HRCT a los seis meses sin cambios.

Se realiza biopsia pulmonar por VATS: Leiomioma Metastatizante Benigno.

El leiomioma metastatizante benigno es una rara entidad con aproximadamente 75 casos documentados. En general, son mujeres que han sido sometidas a una histerectomía por miomas, con un hallazgo incidental en una radiografía de tórax. El pulmón es el sitio de afectación más frecuente. Se presenta radiológicamente como nódulos que pueden aparecer de 3 meses a 20 años luego de una histerectomía. El curso clínico es indolente. Los hallazgos radiológicos incluyen: nódulos pulmonares, en general múltiples, que pueden medir desde unos milímetros hasta varios centímetros. Típicamente los nódulos no están calcificados y no realzan con la administración de contraste. A pesar de la alta frecuencia de miomas uterinos en la población general, las metástasis pulmonares son raras. Distintos mecanismos de diseminación han sido teorizados, se ha propuesto una diseminación muscular lisa benigna a los pulmones; luego de extensión uterina a los canales venosos pélvicos, alternativamente las neoplasias musculares lisas pueden originarse directamente desde las paredes de los vasos sanguíneos. Otros proponen que el tumor accede al torrente sanguíneo a partir del trauma quirúrgico durante la histerectomía (aunque hay casos de nódulos antes de la cirugía).

Conclusión: en resumen, el leiomioma metastatizante benigno es una rara entidad que afecta usualmente mujeres que han sido sometidas a histerectomía por miomatosis uterina. En general, las lesiones son indolentes y se identifican incidentalmente. El pulmón es el sitio más común de metástasis. En las imágenes se pueden ver múltiples nódulos o masas. El leiomioma debe ser tendido en cuenta como un diagnóstico en una paciente asintomática con nódulos múltiples e historia de miomatosis uterina.

24152. NEUMONÍA POR HERPES SIMPLEX EN PACIENTE CON TRASPLANTE PULMONAR

Ossés JM, Wagner G, Ahumada R, Cáneva J, Bertolotti A, González P, Vigliano C, Favalloro R

Introducción: la infección pulmonar por Herpes virus afortunadamente es infrecuente en trasplantados pulmonares y pueden presentarse como traqueobronquitis o neumonía, pudiendo generar estas últimas mortalidad o pérdida temporal o permanente de la función del injerto

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 48 años de edad portador de enfisema, trasplantado unipulmonar derecho en mayo de 2007.

Inmunosuprimido con deltisona, everolimus y azatioprina.

Evoluciona en clase funcional I, espirometrías estables con un FEV1 2.82(70%) y FVC 3.71(74%) hasta abril del corriente año en que presenta deterioro de su clase funcional, astenia, artralgias, registros subfebriles de 10 días de evolución y desaturación arterial.

Rx de tórax: infiltrados en lóbulo medio e inferior derecho (LM y LID).

TAC de tórax: infiltrados intersticioalveolares y consolidación en LM y LID.

Fibrobroncoscopia (FBC) con biopsia transbronquial (BTB): Anatomía patológica: sin rechazo celular agudo; células binucleadas con probable acción citopática viral, infiltrados intersticiales linfocitarios y daño alveolar difuso, cuadro compatible con neumonitis herpética, lo cual fue corroborado con inmunohistoquímica. Cultivos del BAL negativos.

Completó 15 días de de tratamiento con Aciclovir EV.

El paciente evolucionó con clase funcional III, requerimientos de oxigenoterapia y con severa obstrucción de la vía aérea: FEV1 1.34(34%), FVC 2.73(55%).

Conclusión: se presenta una forma infrecuente de neumonía por Herpes simplex en un paciente trasplantado pulmonar, con pérdida persistente de la función del injerto a pesar del diagnóstico precoz y de tratamiento adecuado.

24162. ENDOFTALMITIS BILATERAL POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA EN PACIENTE CON TRASPLANTE PULMONAR

Ossés JM, Ahumada R, Wagner G, Bertolotti A, Cáneva J, Favalaro R

Introducción: la *Pseudomonas aeruginosa* (Pa) comúnmente coloniza la vía aérea de pacientes con Fibrosis Quística (FQ). En el contexto del trasplante pulmonar, la importancia clínica de bacteriemias por Pa en pacientes con FQ es desconocida. Presentamos un caso de endoftalmitis endógena bilateral por Pa en un paciente trasplantado bipulmonar por FQ, sin bacteriemia documentada.

Caso Clínico

Paciente de 21 años con diagnóstico de FQ desde los 6 años de edad, colonizado con Pa, multisensible y *Staphylococcus aureus* (Sa) meticilino resistente e insuficiencia respiratoria crónica, motivo por el cual en julio de 2007 se realiza trasplante bipulmonar.

A los sesenta días post trasplante presenta: inyección conjuntival, dolor y pérdida progresiva de la visión en ambos ojos, evaluado por oftalmología se diagnosticó endoftalmitis. Se realiza Vitrectomía bilateral con colocación introcular de vancomicina/ ceftazidime y anfotericina. Cultivo del material extraído positivo para Pa. Se agrega cefepime y ciprofloxacina endovenosa. Hemocultivos negativos.

Ecocardiograma Y Tomografía Computada (TC) de cerebro sin alteraciones. TC de senos paranasales y órbita con evidencia de sinusitis crónica, asimetría en la morfología del globo ocular izquierdo, el globo ocular derecho presenta morfología y tamaño normales.

Evoluciona con celulitis palpebral izquierda, supuración y proptosis homolateral con aumento del tamaño del globo ocular, sin poder diferenciarse macroscópicamente estructuras TAC de orbitas y cerebro descartan absceso retroorbitario con celulitis pre septal y franco aumento del tamaño del ojo izquierdo.

Debido a la mala evolución se realiza enucleación del ojo izquierdo.

Cultivo de material ocular: *Pseudomonas* sensible a: aminoglucocidos, colistina y ciprofloxacina.

Evoluciona con recuperación progresiva de la visión del ojo derecho.

Conclusión: la endoftalmitis endógena por Pa es una complicación rara en pacientes con FQ o en pacientes trasplantados por esta enfermedad, es importante el tratamiento combinado, antibiótico y quirúrgico debido a la agresividad de la Pa, con pérdida completa la visión. Se debe tener presente este diagnóstico en pacientes con síntomas oculares agudos.

24167. CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DE FUNCIÓN PULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EVALUADOS PARA TRASPLANTE PULMONAR

Ossés JM, Ahumada R, Wagner G, Bertolotti A, Cáneva J, Favalaro R

Objetivos: analizar las características clínicas y funcionales de los pacientes con diagnóstico de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) evaluados para trasplantes pulmonar.

Materiales y métodos: se analizaron retrospectivamente los datos de la evaluación pre trasplante pulmonar en potenciales

candidatos, realizados en nuestra institución, durante el período comprendido entre enero de 2000 y junio de 2008, analizándose parámetros de función pulmonar, intercambio gaseoso, clase funcional, comorbilidades y evolución en lista de espera.

Resultados: durante este período fueron evaluados 321 pacientes, de los cuales 102 (31%) tenían enfisema: 63 hombres (62%) y 39 mujeres (38%) con edad promedio de 51 años, rango de 37 a 67 años.

8 pacientes (7.8%) tenían diagnóstico de déficit de alfa 1 antitripsina (6 mujeres y 2 hombres).

Los valores del flujo espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) al momento de la evaluación fueron: < 20% 62 pacientes (60%); 20-30% 30 pacientes (29.4%); > 30 % 10 pacientes (9.8%).

La presión parcial de dióxido de carbono (PCO2) promedio fue de 54 mmHg (mínima 37 mm Hg – máxima 90 mmHg). PO2 (mínima 37- max 77 mmHg)

41 ptes se encontraban en clase funcional (CF) IV; 56 ptes en CF III y 6 ptes en CF II.

30 pacientes (29%) presentaban hipertensión pulmonar (HTP) de los cuales en 25 ptes el grado de HTP era leve (PMAP 25-34 mmHg) y en 5 moderada (PMAP 34-44 mmHg). 3 ptes tenían deterioro severo de la función sistólica del ventrículo derecho. Las comorbilidades más frecuentemente observadas fueron: hipertensión arterial (HTA) 34 ptes (33%), osteoporosis 15 ptes (14%); cardiopatía isquémica 7 ptes (6.8%), diabetes 1 pte (0.9%) 40 pacientes fueron trasplantados (39%). El tiempo promedio de espera desde la evaluación hasta el trasplante fue de 18,7 meses. 15 pacientes fallecieron en la lista de espera (14.7%) 32 pacientes (31%) permanecen actualmente en lista.

Conclusión: la principal razón de derivación para trasplante pulmonar en nuestra institución es el enfisema, los cuales presentan frecuentes comorbilidades, fundamentalmente cardiovasculares

24171. PARÁMETROS FUNCIONALES RESPIRATORIOS Y ENFERMEDAD HEPÁTICA CRÓNICA EN ETAPA PRETRASPLANTE

Vanoni S, Mottino L, García González J, Nevado A

Servicio de Neumología Sanatorio Allende. Córdoba – Argentina

Las hepatopatías crónicas pueden asociarse a manifestaciones pulmonares diversas con detrimento de los parámetros funcionales respiratorios.

El objetivo de este trabajo fue evaluar la relación existente entre las modificaciones de la función pulmonar con la etiología de la enfermedad hepática crónica en pacientes en etapa pretrasplante hepático.

Este trabajo incluyó 27 pacientes derivados al Servicio de Neumología del Sanatorio Allende desde agosto de 2006 hasta agosto de 2007 para evaluación mediante pruebas funcionales. Se excluyeron aquellos con enfermedad pulmonar previa o tabaquismo superior a 10 paq/año.

Se discute sólo la evaluación funcional. De las pruebas efectuadas se seleccionaron para análisis la espirometría y la capacidad de difusión (DLco) que permitieron obtener como parámetros funcionales la capacidad vital forzada (CVF), el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1), la relación VEF1/CVF, la DLco. Todos fueron expresados en valor porcentual en relación al teórico establecido de acuerdo a talla, género y peso. Por la pequeña casuística en el período, no se establecieron patrones funcionales y se consideró la normalidad o deterioro de las pruebas. Para el análisis estadístico se utilizó el SPSS10.0. Se aplicó la Prueba de X2 con un valor de p= 0.05.

La edad media fue 57,63 ± 8,92. Diecisiete (63%) hombres y 10 (37%) mujeres. La media de los valores de función pulmonar

expresados en porcentaje fue: $CVF=89,85 \pm 21,57$; $VEF1=92,57 \pm 21,53$; $VEF1/CVF=84,96 \pm 10,11$ y $DLco=77,65 \pm 20,67$. Siendo éste último el parámetro que disminuyó con mayor frecuencia (53,8% de los casos). Al evaluar globalmente la modificación de la función pulmonar el 66.7% de los pacientes presentó reducido alguno de los criterios seleccionados. La etiología más frecuente de hepatopatía fue infecciosa (37%). Este origen incluyó el mayor número de sujetos con alteraciones funcionales (80%) pero no pudo obtenerse un valor significativo de p.

Conclusión: no fue posible demostrar relación entre deterioro respiratorio y etiología de la hepatopatía. La alteración más frecuente le correspondió a la DLco sustentando como hipótesis la presencia de síndrome hepatopulmonar. La etiología infecciosa pareció presentar mayor repercusión funcional.

24189. RETRASPLANTE PULMONAR EN PACIENTE CON RECHAZO CRÓNICO

Ossés JM, Ahumada R, Wagner G, Bertolotti A, Cánavea J, Favalaro R.

Introducción: el retrasplante, es siempre una difícil decisión, debido a que el número de donantes es muy limitado. No obstante sigue siendo la única opción terapéutica en pacientes con fallo primario del injerto o con deterioro tardío por Bronquiolitis Obliterante (Rechazo Crónico)

Caso clínico: paciente de 65 años de edad sometida a trasplante unipulmonar izquierdo en mayo de 2006 por fibrosis pulmonar. Recibió triple esquema inmunosupresor con deltisona, azatioprina y tacrolimus.

Post trasplante temprano evolucionó sin rechazo celular agudo y sin complicaciones infectológicas, con mejoría progresiva de su clase funcional. Espirometría de los 90 días post trasplante: Capacidad vital forzada (FVC) 2.31 (77%); Volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) 1.90 (82%). A los seis meses post trasplante presenta disnea progresiva hasta CF III, hipoxemia y descenso en la espirometría, antigenemia para CMV positiva, Biopsia trasbronquial (BTB) sin rechazo celular agudo, neumonía severa por citomegalovirus (CMV). Recibió 4 semanas de tratamiento con Ganciclovir endovenoso. Persiste con insuficiencia respiratoria progresiva, estudios de función pulmonar sin recuperación de los valores previos: FVC 1.23 (42%); FEV 1 0.98 (43); Gases arteriales $Fi O_2$ 0.21%; pH 7.45; PC O_2 38; PO₂ 47; HCO₃ 27; sat O_2 88%. Se realiza BTB la cual pone en evidencia daño alveolar en etapa reparativa. Signos de bronquiolitis obliterante.

En enero de 2008 se evalúa para retrasplante pulmonar. Es internada en febrero en CF IV, insuficiencia respiratoria, interpretándose como progresión de rechazo crónico. Requerimiento de ventilación no invasiva, es inscrita en lista e urgencia para trasplante. El 27 de febrero de 2008 se realiza trasplante pulmonar derecho y re trasplante pulmonar izquierdo. En el post trasplante inmediato no presento complicaciones. Sin rechazo celular agudo en los controles de vigilancias, mejoría de su clase funcional y espirométrica.

Espirometría a los seis meses post re trasplante: FVC 1.94 (66%); FEV 1 1.73 (75%)

Conclusión: en pacientes con pérdida de la función del injerto por rechazo crónico, el retrasplante pulmonar es una opción terapéutica válida en pacientes adecuadamente seleccionados a pesar del limitado número de donantes en nuestro medio.

24198. RECEPTORA DE TRASPLANTE PULMONAR DE DONANTE TRASPLANTADO CARDIACO

Ossés JM, Wagner G, Ahumada R, Bertolotti A, Favalaro R

Introducción: el tiempo en lista de espera para trasplante pulmonar en nuestro país es prolongado (promedio 18 meses); motivo por el cual la procuración de órganos no es adecuada al número de potenciales receptores.

Se presenta un caso clínico de trasplante pulmonar de donante trasplantado cardíaco.

Caso clínico: paciente de 24 años de edad portadora de fibrosis quística con insuficiencia pancreática exócrina diagnosticada en la infancia. Colonizada con *Pseudomona aeruginosa* y *Stafilococo aureus*.

Clase funcional habitual III, con oxigenoterapia ambulatoria e internaciones frecuentes en el último año por reagudizaciones infecciosas y neumotórax.

Tratamiento habitual: enzimas pancreáticas, broncodilatadores y azitromicina 250 mg 3 veces por semana.

El 18 de octubre de 2007 se realiza trasplante bipulmonar secuencial, cuyo donante fue un paciente masculino de 27 años de edad trasplantado cardíaco en el año 2000 por miocardiopatía dilatada idiopática, quien fallece por hemorragia subaracnoidea. En el posoperatorio evolucionó sin injuria de reperfusión, permaneciendo en asistencia respiratoria mecánica durante 36 horas y recibiendo como prevención de rechazo triple esquema de inmunosupresión con tacrolimus, micofenolato y deltisona.

Conclusión: se presenta un caso inusual de trasplante pulmonar con donante trasplantado cardíaco, con aceptable evolución posoperatoria.

24215. HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA

Gastenevay RM, Márquez S, Rodríguez AN, Vicens M, Curro MF, Gómez C

Introducción: la hemorragia alveolar difusa es causada por un grupo heterogéneo de desórdenes y caracterizada clínicamente por presentarse con disnea, hemoptisis e infiltrados alveolares difusos bilaterales en la Rx de tórax y anemia.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino, de 56 años de edad que consulta por tos con expectoración hemoptoica. Comenzó 6 días previos a la consulta, en forma brusca con escalofríos y cefalea. Se automedicó con aspirina y al 3º día se agrega tos con expectoración hemoptoica y dolor abdominal. No refiere disnea. Se realiza Rx de tórax evidenciándose opacidad en tercio medio e inferior de hemitórax izquierdo. Se interpreta como neumonía aguda de la comunidad, se interna, se toman hemocultivos y muestras de esputo. Se medica con AMS 1.5g/6hs. Laboratorio de ingreso: leucocitos 14400 (segmentados 78%); GR 3.94; Hb 11.5, Hto 34%, Plaquetas 282.000, ERS 110, Orina: proteínas 2.08, Hb trazas, hematíes escasos, cilindros granulosos escasos. Al 6to día de internación el paciente no muestra mejoría clínica. Se solicita nueva Rx de tórax que muestra compromiso pulmonar bilateral; laboratorio: Leucocitos 7400, GR 3.55, Hb 9.9, Hto 30%, ERS 110. FAN, Ac anti MBG negativos, FR no reactivo y ANCA (pendiente). Orina de 24hs: dentro de rangos normales. Se inicia tratamiento con meprednisona 80mg/día. Al 4º día el paciente evidencia mejoría clínica y radiológica. Nuevo laboratorio: Hb 11.4, Hto 34.5%. Alta hospitalaria. Seguimiento por consultorio externo.

Conclusión: en pacientes inmunocompetentes que ingresan con características clásicas de neumonía adquirida en la comunidad la respuesta tórpida al tratamiento antibiótico instaurado es el principal determinante para sospechar etiologías no infecciosas de síndrome neumónico agudo y solicitar estudios adicionales. Muchos de estos desórdenes son de naturaleza rápidamente progresiva y fulminantes, de allí su importancia para realizar un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno.

24220. CORRELACION ENTRE LA PRESENCIA DE MICROANGIOPATIA RENAL Y RETINIANA CON LA CAPACIDAD DE DIFUSION PULMONAR EN DIABETICOS

García González J, Pozzi J, Waitman J, Mottino L, Barzon S, Nevado A, Vanoni

La capacidad de difusión (DLco), según Hughes y Pride, es una ventana a la microcirculación. La diabetes mellitus puede com-

prometer en su evolución la microvasculatura de múltiples órganos, entre ellos el riñón y la retina. El pulmón posee la red capilar más extensa por lo cual podría considerarse como otro órgano blanco para la detección precoz y seguimiento.

El objetivo fue establecer si la DLco presenta correlación con la microangiopatía renal y retiniana en pacientes diabéticos. Se incluyeron 51 pacientes diabéticos ambulatorios. Se descartó la presencia de otras enfermedades capaces de provocar microangiopatía o comprometer la DLco. La presencia de retinopatía se estableció por fondo de ojo (FO). La microangiopatía renal, valorada por microalbuminuria (MAU), se consideró positiva o negativa con un punto de corte en 20 mg /24 hs. La DLco fue considerada normal con valores superiores al 80% del valor teórico. Todos los pacientes tuvieron espirometrías normales. Para la concordancia entre las distintas variables se utilizó el coeficiente de concordancia kappa (concordancia perfecta kappa =1).

Al establecer el coeficiente de concordancia kappa entre las variables analizadas se obtuvieron los siguientes resultados: MAU y FO con kappa = 0,6 fue considerado bueno. MAU y DLco (%) con kappa = 0,02 – malo. FO y DLco (%) con kappa = 0,12 – malo. Los resultados obtenidos mostraron concordancia entre la presencia de microalbuminuria y la retinopatía. La DLco no tuvo relación con la presencia de microangiopatía. **Conclusión:** la disminución de la DLco, avalando el concepto del pulmón como órgano blanco, ha sido correlacionada con la prevalencia y/o severidad de la retinopatía y microangiopatía renal en pacientes con diabetes. En el trabajo se observó una buena concordancia entre MAU y FO, mientras que no se registró ninguna concordancia entre DLco <80 % con relación a MAU y FO. Por lo tanto, nuestros resultados discrepan con publicaciones que observaron correlación entre el compromiso de la DLco, retinopatía y microalbuminuria en pacientes con diabetes mellitus tipo 1 y 2.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24239. VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES NEUROMUSCULARES Y PATOLOGÍAS DE LA PARED TORACICA UCI. NUESTRA EXPERIENCIA

Coronel M, Espeche MM, Destefani Villafañe N, Pérez Renfiges A, Ávila J

Introducción: la Ventilación No Invasiva (VNI) en patologías neuromuscular y de la pared torácica, ha demostrado su eficacia en la insuficiencia respiratoria aguda, pero también tiene efecto terapéutico en la Insuficiencia respiratoria crónica y crónica reagudizada. Esto último está relacionado con la disminución de la carga de los músculos respiratorios, su mejoría en el reposo y posible reversión de la fatiga con reducción de la hipercapnia.

Objetivos: General: evaluar los resultados obtenidos con el uso de VNI en pacientes con patologías neuromuscular y de la pared torácica en UCI. Específicos: 1-Evaluar éxitos o fracasos (necesidad de intubación y ARM) 2-Identificar causas de fracaso 3-Evaluar las complicaciones más frecuentes.

Material y Métodos: se incluyeron 16 pacientes internados entre el Julio del 2000 a Julio 2008 en UR y Medicina del Sueño H. Padilla de San Miguel de Tucumán con diagnóstico de Insuficiencia respiratoria Aguda (IRA), crónica (IRC) o crónica agudizada (IRCA), que requerían VNI. Estudio analítico descriptivo de corte transversal.

Resultados: se estudiaron 16 pacientes entre 20 y 60 años (con una edad media de 38 años), el 56% de sexo femenino. Del total

de pacientes el 50% (8) ingresaron con diagnóstico de Miastenia Gravis y Polineuropatía Idiopática, otras etiologías fueron ELA, Distrofia Muscular de Duchene, Patología de la pared torácica y Síndrome de Guillen Barre. En su mayoría el motivo de ingreso fue por IRA 69% (11) Requiritieron intubación endotraqueal el 69% (11). La causa más frecuente de intubación fue la progresión de la enfermedad en 37% de los pacientes (6). El 62% (10) de los pacientes no presentó complicaciones, de los que si presentaron las más frecuentes fueron lesiones cutáneas secundarias a las interfases y distensión abdominal. **Conclusión:** la VNI en pacientes con patologías Neuromuscular y de la pared torácica suele ser una modalidad terapéutica exitosa, no obstante en nuestra pequeña muestra no se pudo tener esos resultados debido que en un 69 % de los pacientes se llegó a la intubación endotraqueal por progresión de la enfermedad. Entre las complicaciones la más frecuente fue la lesión cutánea secundaria a interfases.

24242. 5 CASOS DE MALFORMACIONES ARTERIOVENOSAS PULMONARES. REVISIÓN DEL TEMA

Salisbury JP

Las malformaciones arteriovenosas pulmonares (MAVP) con una incidencia de 2-3 casos/100.000 habitantes, son comunicaciones anormales entre el sistema arterial y venoso carentes de filtro capilar pulmonar. Son propensas a complicaciones como: stroke, AIT, abscesos cerebrales e hipoxemia. Su ruptura puede provocar hemoptisis y hemotórax particularmente durante el embarazo. Mas del 50% de los sujetos con diagnóstico de MAVP son portadores de la enfermedad de Rendu-Osler-Weber (ROW), pero sólo un 20 - 30% de éstos presentan MAVP. Si no reciben tratamiento, mas del 50 % de los pacientes presentaran alguna de estas complicaciones. Su diagnóstico requiere un alto índice de sospecha clínica, apoyándose en métodos no invasivos como la radiografía de tórax, gasometría arterial, ecocardiograma contrastado, o técnicas de imágenes como la angiografía (angio-TC). El método de diagnóstico y tratamiento de elección es la arteriografía pulmonar con embolización, ya que valora el número, topografía así como el diámetro de arteria aferente en vistas al tratamiento. La embolización con espirales metálicas (coils), balones o microesferas es un abordaje eficaz con mínima morbimortalidad y escaso sacrificio de parénquima pulmonar funcional. La cirugía se reserva para aquellos casos de MAVP únicas, de gran tamaño, o en las que fracasa la embolización.

Objetivos: descripción de 5 casos clínicos y Revisión sistemática del tema MAVP

Material y métodos: se presentan 5 casos de MAVS con formas clínicas diferentes. El primer caso, una paciente con el antecedente de herida de arma de fuego en el tórax confirmándose el diagnóstico de MAVP traumática. El siguiente caso se trata de un hallazgo radiológico en paciente asintomática. El tercer caso se trata de un paciente joven con historia previa prolongada de epistaxis, disnea, cianosis e hipocratismo digital. El cuarto caso, una paciente con antecedentes familiares de ROW, que se presenta con hemoptisis amenazante. El quinto caso, una paciente joven con diagnóstico previo de MAVP no tratada, que ingresa cursando gestación de 30 semanas con absceso cerebral. **Conclusión:** presentamos 5 casos de MAVP de diferentes etiologías con formas clínicas diferentes. En todos los casos el diagnóstico se confirmó mediante angio TC. El tratamiento de elección fue la arteriografía con embolización con buena evolución inmediata.

24259. CAPILARITIS PULMONAR AISLADA CON PRESENTACIÓN ATÍPICA

Caro F, Fernandez M, Alaimo D, Irusta MJ, Poleri C, Menga G

Hombre de 27 años que consultó por hemoptisis masiva y disnea CFIII.

Ex Físico: taquipnea, disminución del MV en base pulmonar derecha, SO₂ 78 % (0.21) sin otros hallazgos clínicos.

Rx de Tórax: infiltrado alveolar en lóbulo inferior derecho.

Perfil inmunológico: ANCA-c, ANCA-p, FAN, Anti ADN, Anti MB negativos. C3 C4 normales.

Drogas: cocaína (-).

Serologías: HIV, HBV, HCV (-)

FBC: sangrado masivo del Árbol Bronquial derecho requiriendo ARM.

Angiografía Pulmonar: sin sangrado activo.

A las 24hs presentó nuevamente hemoptisis masiva decidiéndose cirugía de rescate con realización de lobectomía inferior derecha. Evolución con mejoría clínica y sin ARM. A los 7 días presentó infiltrados alveolares bilaterales.

El estudio anatomopatológico del LID no presentaba lesiones endoluminales. El parénquima pulmonar estaba difusamente comprometido por hemorragia y edema alveolar, infiltrado inflamatorio con neutrófilos y linfocitos en capilares, vénulas y arteriolas, necrosis fibrinoide de paredes vasculares y algunos trombos de fibrina.

Se interpretó como una Hemorragia Alveolar Difusa secundaria a Capilaritis Pulmonar Aislada en remisión. Se inició tratamiento de mantenimiento con Prednisona 0,5 mg/kg/día, Azatioprina 3 mg/kg/día (dosis crecientes).

El paciente continuó con dicho tratamiento sin presentar recaídas ni manifestaciones de otra enfermedad sistémica.

Discusión: la capilaritis Pulmonar Aislada es una Vasculitis de pequeños vasos pauciinmune limitada al pulmón sin indicios sistémicos ni serológicos de otra patología. Este paciente reúne todos estos criterios. Destacamos la hemoptisis masiva localizada como una presentación atípica de esta entidad, lo que condujo posteriormente a la cirugía de rescate. Los hallazgos histopatológicos, los datos clínicos y su evolución permitieron orientar el diagnóstico y los estudios de laboratorio. Su tratamiento es similar al de otras Vasculitis Sistémicas. En este caso se inició tratamiento de mantenimiento y no inducción con metilprednisolona EV y ciclofosfamida ya que el paciente se encontraba en remisión y estable al diagnóstico.

Conclusión: la Capilaritis Pulmonar Aislada debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de Hemorragia alveolar Difusa.

Además debe ser interpretada como una entidad nosológica única y no una manifestación precoz de otra enfermedad sistémica.

24285. POLIANGÉITIS MICROSCÓPICA: REPORTE DE UN CASO

Fernandez M, Caro F, Alaimo F, Irusta M, Poleri C, Menga G

Hombre de 61 años de edad consulta por pérdida de peso, fiebre, hemoptisis leve, disnea CF II

Ex Físico: taquipneico, omalgia derecha, hipoxemia, inyección conjuntival der

Rx Tórax: infiltrados alveolares bilaterales a predominio campo superior der, BAAR x3, cultivo de esputo negativos, se indica antibioterapia y control en 48hs

Concorre a los 7 días con hemoptisis masiva, insuficiencia renal aguda, insuficiencia respiratoria, requiere ARM, BAAR x3 y cultivos negativos, Rx Tórax: infiltrados alveolares bilaterales. Serología Hantavirus/Leptospira (-).

Sedimento Urinario: Proteinuria + Hemoglobinuria +++ Microhematuria.

Aspirado traqueal, lavado bronquial negativos para cultivo y células atípicas.

Se solicita perfil inmunológico, interpretando como síndrome pulmo-renal se trata empíricamente con 3 pulsos de Metilprednisolona 15mg/kg y Ciclofosfamida 0,75gr/m² y Prednisona 1mg/kg/día.

Lab. Inmunológico: ANCA p++++.

Evoluciona con mejoría clínica-radiológica, función renal estabilizada, requiriendo ARM por 20 días, se desteta sin complicaciones, 24 horas post-extubación reitera hemoptisis masiva, insuficiencia respiratoria, requiere IOT y ARM, reinicia tratamiento con 3 pulsos de Metilprednisolona y Ciclofosfamida y Prednisona a iguales dosis.

Evolución favorable es extubado a los 5 días.

Biopsia renal: glomerulonefritis pauciinmune.

Continuó con Prednisona 1mg/kg/día y pulsos de Ciclofosfamida mensual, sin presentar recaídas ni otras manifestaciones.

Discusión: la poliangeítis microscópica es una vasculitis sistémica que afecta a la microvasculatura, con una prevalencia poblacional de 2,4 casos por millón de habitantes.

Este es un caso de poliangeítis microscópica presentada en un paciente con omalgia, fiebre y hemoptisis leve como manifestaciones iniciales. El diagnóstico se realizó retrospectivamente gracias al perfil inmunológico, anatomopatología y manifestaciones clínicas. No se realizó biopsia pulmonar debido al riesgo asociado.

Conclusión: la Poliangeítis Microscópica es una de las causas de hemorragia alveolar difusa.

Si bien inicialmente fue reconocida como un tipo particular de poliarteritis nodosa, sus diferencias se basan en la presencia de inflamación de los pequeños vasos sanguíneos y a diferencia de otras vasculitis de pequeños vasos como Granulomatosis de Wegener y Churg-Strauss, la PAM carece de granulomas en la anatomopatología.

24287. FACTOR ESTIMULANTE DE COLONIAS COMO FACTOR PREDISPONENTE DE SDRA, REPORTE DE UN CASO

Manrique E, Huppi P, Brizuela M, Monllau Grima M, Cepeda G, Ahumada C, Kevorkof G

Objetivos: reportar un caso de Síndrome de Distress Respiratorio del Adulto (SDRA) asociado al uso de Factor Estimulante de Colonias (FEC). *Materiales y Métodos:* Paciente masculino, 53 años, con diagnóstico de Síndrome Mielodisplásico (SMD), consultó por fiebre, hematomas y petequias. Examen físico: T° 39°C, palidez, petequias. Laboratorio: pancitopenia. Rx de tórax: normal. Fue internado, se tomaron hemocultivos y urocultivo. Se administró ceftazidima, amikacina y vancomicina. Se transfundieron glóbulos rojos (2 U) y plaquetas (7 U), y se indicó FEC. Al 7º día, cultivos sin desarrollo, comenzó con disnea, a la auscultación rales subcrepitantes bilaterales, hipoxemia leve e hipocapnia. Rx de tórax: infiltrados alveolares parahiliares bilaterales, se realizaron nuevos cultivos. En el 9º día, insuficiencia respiratoria aguda, pasa a UTI. Ingresó afebril, TA 220/100 mmHg, FC 130 lpm, FR 40 rpm, somnoliento, en anasarca, con rales crepitantes y sibilancias difusas e hipoxemia severa. Laboratorio: Hto 19% Hb 6,2 gr/dl, GB 1000 (Blastos 90%), Plaquetas 3000/mm³, GOT 22, GPT 51, FAL 268, Bilirrubina Total 3,37, pH 7,53/pO₂ 60/pCO₂ 29/HCO₃ 24,4/EB 2,8/SatO₂ 70%, PAFI 60. Rx de tórax: progresión de los infiltrados alveolointersticiales difusos y bilaterales. Se diagnosticó SDRA, requirió ARM, infusión de diuréticos, se rotó a piperacilina tazobactam, vancomicina, anfotericina B y TMP-SMX, se realizaron glóbulos rojos (2 U) y plaquetas (5 U), y continuó con el del FEC. Día 2 presentó fusión de edemas, descenso de TA, afebril, sin mejoría de PAFI ni radiológica, cultivos sin desarrollo. Día 3 evolución desfavorable con FMO y muerte. Resultados: El FEC es utilizado en estados neutropénicos congénitos como SMD. Exhibe efectos sobre la función de los neutrófilos e incrementa la síntesis de interleucinas (IL-1 IL-6 IL-8) y TNF. Pocos estudios describen el desarrollo de ALI en pacientes neutropénicos con SMD luego de la administración de FEC. Se observó asociación con el sistema HLA.

Conclusión: consideramos que el FEC fue un factor predisponente para el desarrollo del SDRA en nuestro pacien-

te debido a la falta de otros factores desencadenantes, al igual que en los casos descritos en la bibliografía.

24290. 8 AÑOS DE ARM EN TERAPIA INTENSIVA, REPORTE EPIDEMIOLOGICO

Nunes V, Schmidt A, Canedo E, Slipak E, Velluso C, Deheza M

Objetivos: describir el requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) en nuestra Unidad de Terapia Intensiva (UCI) desde febrero de 2000 a febrero de 2008.

Materiales y métodos: pacientes ingresados en dicho periodo que requirieron ARM por más de 24 hs, donde se consignaron edad, sexo, APACHE II, SAPS II, motivo de internación, discriminando en grupo médico o quirúrgico, motivo para realizar ARM, PAFI de ingreso a la ARM, días de internación y la mortalidad. Los resultados se expresaron en promedio y desvío estándar.

Resultados: ingresaron un total de 2684 pacientes, 1463 pacientes de sexo masculino (54,5%); edad promedio 52 años (18-99 años), APACHE II promedio grupo quirúrgico 15 ± 7 y del médico 23 ± 4 , SAPS II promedio para todos los grupos de 35 ± 14 . 1011 pacientes fueron quirúrgicos (37,6%) y el grupo médico estuvo constituido por 1673 pacientes (62,4%).

Requirieron ARM un total de 1236 pacientes (46%), 659 mujeres y 577 varones, presentando 1388 episodios de ARM. Realizaron ventilación no invasiva (VNI) 135 pacientes (9%).

APACHE II promedio de 19, edad promedio de 62 ± 6 años. Motivo de ingreso a ARM, insuficiencia respiratoria aguda 439 pacientes (35,5%), insuficiencia respiratoria aguda sobre patología pulmonar previa 365 pacientes (29,5%), posquirúrgicos 296 pacientes (24%), deterioro del sensorio 116 pacientes (9%), trauma 20 pacientes (2%).

PAFI promedio de ingreso grupo médico 149 y grupo quirúrgico 251.

Duración de la ARM 6,5 días para grupo médico y 3,2 para los quirúrgicos, siendo los pacientes destetados con prueba de ventilación espontánea con tubo en T o bajo presión de soporte. Estadía media grupo médico 12 días y grupo quirúrgico 6 días. Complicaciones reportadas barotrauma 4%, neumonía asociada a ventilador 5% (4 episodios cada 1000 días de ARM, autoextubaciones 2%. Mortalidad del grupo ARM 29% (n=358). Se reportaron 7% (n=86) de necesidad de ARM prolongadas y se traqueostomizó al 27% (n=334) pacientes.

Conclusión: la utilización de la ARM se halla en aumento en relación con el incremento de edad de la población y la mayor incidencia de patologías crónicas.

En nuestra casuística hallamos gran utilidad en la ARM, con baja incidencia de complicaciones.

24294. 8 AÑOS DE ARM EN POBLACION AÑOSA EN TERAPIA INTENSIVA, REPORTE EPIDEMIOLOGICO

Nunes V, Schmidt A, Canedo E, Slipak E, Velluso C, Deheza M

Objetivos: describir el requerimiento de asistencia respiratoria mecánica (ARM) en población añosa en nuestra Unidad de Terapia Intensiva (UCI) desde febrero de 2000 a febrero de 2008.

Materiales y métodos: pacientes ingresados que requirieron ARM, donde se agruparon de acuerdo a edad, grupo1= menores de 65, grupo2= entre 65 y 75, grupo3= entre 75 y 85, grupo4= mayores de 85 años, sexo, APACHE II, motivo de internación, discriminando en grupo médico o quirúrgico, motivo para realizar ARM, días de internación y la mortalidad. Los resultados se expresaron en promedio y desvío estándar.

Resultados: ingresaron un total de 2684 pacientes (P) grupo1= 1419 edad promedio (EP) 46 años, APACHE II 13 ± 5 , grupo2= 697 pacientes, EP 69 años, APACHE II 15 ± 6 , grupo3= 322, EP 82 años, APACHE II 18 ± 4 , grupo4= 246 EP 88 años, APACHE II 21 ± 7 .

Requirieron ARM un total de 1236 pacientes (46%), 659 mujeres y 577 varones, presentando 1388 episodios de ARM. Realizaron ventilación no invasiva (VNI) 135 pacientes (9%).

Motivo de ingreso a ARM: A, insuficiencia respiratoria aguda (IRA) 439 pacientes (35,5%), B, insuficiencia respiratoria aguda sobre patología pulmonar previa 365 pacientes (29,5%), C, posquirúrgicos 296 pacientes (24%), D deterioro del sensorio 116 pacientes (9%), T trauma 20 pacientes (2%).

Grupo 1= 593 P A=242 B=121 C=177 D=53 E=18

Grupo 2= 275 P A=65 B=119 C=42 D=29 E=2

Grupo 3= 248 P A=89 B=74 C=65 D=20 E=0

Grupo 4= 120 P A=43 B=51 C=12 D=14 E=0

Duración de la ARM 6,5 días promedio (1=4,9- 2= 7,3- 3=5,8- 4=7,2) siendo los pacientes destetados con prueba de ventilación espontánea con tubo en T o bajo presión de soporte.

Estadía media 13 días (3-45).

Complicaciones reportadas barotrauma 4%, neumonía asociada a ventilador 5% (4 episodios cada 1000 días de ARM, autoextubaciones 2%. Mortalidad del grupo ARM 29% (n=358), divididas en

Grupo 1= 52 P (9%), Grupo 2= 107 P (39%), Grupo 3=105 P (42%), Grupo 4=94 P (78%).

Se reportaron 7% (n=86) necesidad de ARM prolongadas y se traqueostomizó al 27% (n=334).

Conclusión: en pacientes menores de 65 la insuficiencia respiratoria aguda, los cuadros posquirúrgicos y los traumas tienen mayor incidencia, en tanto que en los mayores se hace prevalente la patología crónica, mayor necesidad de ARM y mayor mortalidad.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Galería del Mar - 14:30 a 18:00 horas

24303. USO DE CPAP EN PACIENTE CON TRAQUEOMALACIA, A PROPÓSITO DE UN CASO INSTITUTO DE INVESTIGACIONES RESPIRATORIAS

Lisanti R, Lisanti G

Se presenta un paciente de sexo masculino, de 68 años de edad. Refiere desde joven episodios de dificultad respiratoria, que se intensifican en invierno y primavera, dicha molestia se incrementan en los últimos 5 años, presentando en los eventos de exacerbación, incremento de la disnea con dificultad espiratoria, y todo seco, con estridor inspiratorio marcado, sobre todo en la posición de decúbito dorsal, usando en dichos periodos broncodilatadores y corticoides sistémicos con resultados mínimos.

Espirometría con limitación ventilatoria obstructiva leve sin respuesta al Broncodilatador, y sin grandes alteraciones de la curva flujo volumen fuera de la exacerbación.

Se realiza TAC de tórax y fibrobroncoscopia que confirma el diagnóstico de Traqueobroncomalacia.

No tiene antecedentes patológicos que puedan relacionarse con la patología.

Ante la no respuesta a la medicación en los eventos de exacerbación, se comienza con la utilización de CPAP en dichas situaciones con una titulación de 9 cm de agua, mostrando una marcada mejoría sintomática.

24311. LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS

Stok A, Altieri HH, Perpignat L, Mendez L, Amenábar A, Leguina E, Pascualini R, Willis M, Vega N, Antelo L, Tarcic A, Decima D, Rojas MV, Núñez PE

Paciente de sexo femenino de 45 años de edad, que en Noviembre de 2007 presentó

Neumotórax derecho espontáneo grado 2. En Mayo de 2008 reingresa por neumotórax espontáneo izquierdo de igual grado. Se colocó tubo de drenaje pleural con mala resolución. TAC de tórax de alta resolución: atelectasia de pulmón izquierdo, parénquima pulmonar con volúmenes conservados e imágenes quísticas y áreas de enfisema pulmonar bilateral. Se realizó Videotoracoscopia con biopsia pleuropulmonar. El diagnóstico fue realizado por anatomía patológica: Linfangioleiomiomatosis.

Conclusión: se destaca la importancia de la sospecha de esta enfermedad en toda paciente mujer en edad fértil que debute con neumotórax recidivantes a fin de realizar el diagnóstico lo más precozmente.

24320. ¿HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA POR POLIANGITIS MICROSCOPICA?

Garofoli A, Velazquez M, Nacussi M, Agostini C, Simancas S, Montoya P, Astiz E

La Polianguitis Microscópica (PAM) es una vasculitis necrotizante no granulomatosa que afecta principalmente los pequeños vasos (arteriolas, vénulas y capilares). La edad promedio de aparición es alrededor de 50 años, y tiene predilección por el sexo masculino. Se manifiesta generalmente con glomerulonefritis en el 90% de los casos, y puede acompañarse de capilaritis pulmonar en el 10-30% de los casos cuya expresión clínica es la hemorragia alveolar difusa. Presenta síntomas sistémicos de astenia, poliartalgias, pérdida de peso.

Entre las causas del Sd. Pulmón - Riñón: debemos considerar la PAM, Granulomatosis de Wegener, Púrpura de Henoch-Schönlein, LES, vasculitis por drogas, Enf. De Behcet, Sd. Antifosfolípido, y crioglobulinemia.

Presentamos un paciente de sexo masculino, 58 años que consultó por disnea de reposo de 72 hs de evolución. Fiebre 38°C y hematuria de 48 hs. Además refirió poliartalgias, astenia, pérdida de peso (10 kg en 3 meses).

AP: TBQ 80p/y, Bronquitis Crónica. HTA.

Al examen físico: palidez cutaneomucosa, franca hematuria y oliguria.

FR: 30/min, FC: 80/min, normotenso, SpO₂: 79% (0,21), SpO₂ 95% (0,35).

Murmullo vesicular conservado sin ruidos agregados.

Lab: Hto 28% (previo de 42% de 10 días atrás), GB: 6400 (fórmula normal), VSG 110, Uremia 2,90 gr/l, Creatinina:10,5 mg%ml, K 6 mEq/l, Orina: más de 50 hematíes por campo.

Rx de Tórax: Proceso parenquimatoso difuso bilateral, perihiliar.

Gases: pH 7,41, pCO₂: 21,2, pO₂: 62,1, HCO₃: 13,2, BE: -8,8.

Ante la sospecha de Sd Pulmón- Riñón se intentó realizar DLco sin lograr el paciente realizar una correcta maniobra.

Examen funcional respiratorio: Restricción severa.

Evolución: Mala, ARM (sangre en vía aérea), hemodiálisis.

Pulsos de corticoides y ciclofosfamida. Mejoría parcial. Resolución notable de infiltrados pulmonares.

Anti-MBG: negativos (2).

ANCA C: positivo.

Posteriormente presentó neumonía asociada al ventilador con aislamiento de SAMR. Fallece por sepsis y atelectasia del lóbulo inferior derecho.

Biopsia postmortem: vasculitis necrotizante no granulomatosa.

Conclusión: la PAM es una vasculitis de escasa prevalencia, frecuentemente ANCA +; que requiere de un exhaustivo diagnóstico diferencial. La evolución con hemorragia alveolar y/o ANCA C + generalmente es de evolución fatal.

24341. SHRINKING LUNG SYNDROME. PRESENTACION DE UN CASO

Marchese ML, Princz M, Sevilla S

Objetivos: describir una manifestación clínica respiratoria poco frecuente en pacientes con LES.

Materiales y métodos: presentación de un Caso Clínico

Caso: paciente de sexo masculino, 34 años, con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico en 2002 tratado con Meprednisona, Síndrome antifosfolípido, TBQ leve. Consultó por disnea progresiva a CF IV y 48hs de fiebre. SV: TA 120/80, FC 120 lpm, FR 28 x/min, Sat 90% a FIO₂ 0,21. Examen físico: hipoventilación bibasal, ulcera crónica en maléolo izquierdo. Laboratorio: gb 4000/mm³, Hto 34%, LDH 500, ESD 50 mm. Gases 7.35/30/60/22/90% a FIO₂ 0,21. Rx de tórax: sin imágenes patológicas. TC de tórax protocolo TEP: leve enfisema paraseptal. Se realizaron HC y BAL con directos negativos y se inició tratamiento con Piperacilina/tazobactam y TMS+SMX durante 7 días, hidrocortisona 100mg/8hs. En ½ HC se aisló un estafilococo coagulasa negativo interpretado como contaminante. Espirometría: CVF 30%/VEF1 28%/IT 80%. PiMAX -60/PeMAX +58. Radioscopia: elevación diafragmática bilateral, excursión disminuida. Diagnóstico: pulmón encogido, Infección viral.

Discusión: la etiología del pulmón encogido lúpico no es clara. Es una manifestación poco frecuente que se debe sospechar en pacientes con disnea y dolor pleurítico. El diagnóstico incluye la restricción pulmonar y alteración de la fuerza diafragmática. El tratamiento propuesto es la inmunosupresión, no se dispone de evidencia sobre tiempo o droga más efectiva.

	TEORICO	PRE. BD	PRE. BD%	POST. BD	POST. BD%	% CAMBIO
CVF	5.27	1.47	28%	1.48	28%	0%
VEF1	5.09	1.10	27%	1.18	29%	7%
VEF1/CVF	77.00	75.00		80		
FMF	4.27	0.86	20%	1.28	30%	48%
PEFR	9.53	4.04	42%	3.91	41%	-3%

Conclusión: el pulmón encogido es una entidad potencialmente limitante y riesgosa que suele responder a tratamiento inmunosupresor adecuado, por este motivo debe ser incluida entre las posibles causas de compromiso respiratorio en el LES.

MARTES 18 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24352. ANÁLISIS DE LAS REGLAS DE PREDICCIÓN CLÍNICA EN EL TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN

Villagómez R, Borsini e, Salvado A, Soloaga E, Blasco M, Quadrelli S, Chertcoff J

Objetivos: analizar el valor de las reglas de predicción clínica en un grupo de enfermos con tromboembolismo de pulmón (TEP) confirmados internados en una unidad de terapia intensiva.

Materiales y métodos: se analizaron retrospectivamente 35 enfermos (Edad promedio: 63 (25-85) años con el diagnóstico de TEP. internados entre mayo de 2004 y junio 2008.

En todos se calculó el score de Wells y el Wells modificado, en 21 pudimos realizar además el score de Wickli simple o modificado. **Resultados:** el score de Wells reveló baja, mediana o alta probabilidad clínica en el 29, 54 y 17 % respectivamente de los enfermos, el score modificado reveló alta probabilidad en el 60% y baja en el 40 %.

El score de Wickli simple mostró alta, mediana o baja probabilidad clínica en el 14, 72 y 14 %, y el modificado 19, 62 y 19 % respectivamente.

Ningún paciente con un score de Wells modificado de alta probabilidad (21/35) mostró un Wells clásico de baja probabilidad. La prevalencia de un Wells modificado de baja probabilidad (14/35) no fue diferente que la de un Wells clásico de baja pro-

babilidad (10/35) ($p = 0.449$). La proporción de pacientes con un score de Géneva clásico de baja probabilidad (3/19) no fue diferente de la de un score de Wells modificado (14/35) ($p = 0.1278$).

Conclusión: los scores de probabilidad clínica se han desarrollado para su uso en la sala de emergencias, tienen en general valor para excluir enfermos con TEP. En el área de terapia intensiva no demuestran capacidad para diferenciar enfermos con alta o baja probabilidad clínica.

24357. VALOR DE LA ECOGRAFÍA EN EL DIAGNÓSTICO DE TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN EN TERAPIA INTENSIVA

Villagomez R, Blasco M, Smith R, Borsini E, Ubaldini J, Quadrelli S, Chertcoff J

Objetivos: evaluar el valor de los estudios ecográficos: ecografía venosa de miembros inferiores (EcoMMII) y el ecocardiograma doppler (EcoD) en un grupo de pacientes con tromboembolismo de pulmón internados en una unidad de Terapia Intensiva.

Materiales y métodos: se analizaron retrospectivamente 35 enfermos (Edad promedio: 63 (25-85) años con el diagnóstico de TEP. internados entre mayo de 2004 y junio 2008. El diagnóstico de TEP se realizó con Angiotomografía helicoidal en 27 (77%) pacientes, por EcoMMII mas signos clínicos en 7 pacientes (20%) y centellograma de alta probabilidad mas tromboembolismo venoso clínica en un paciente (3%).

En todos los pacientes se realizó al menos un estudio ecográfico, 34 pacientes realizaron EcoMMII, 31 EcoCC. y en 30 ambos estudios.

Resultados: los estudios ecográficos mostraron resultados diagnósticos o compatibles con el, en el 94,2% de los pacientes (33/35%), la EcoMMII sumada a la presencia de síntomas pulmonares permitió el diagnóstico de TEP en el 20% (7/35), y fue el único test positivo en el 61,7% (21/34). El EcoD mostró signos de hipertensión pulmonar o sobrecarga derecha en 67% de los pacientes (21/31).

En los pacientes que realizaron ambos estudios alguno fue positivo en el 93% de los mismos (28/30), el EcoMMII en el 64% (18/28), el EcoD en el 35% (10/28) y ambos en el 39% (11/28).

Solo en dos pacientes los estudios ecocardiográficos no orientaron al diagnóstico, un paciente con ambos estudios negativos y otro en que solo se realizó el EcoD., que resultó también negativa.

Conclusión: en nuestra serie la ecografía realizada en terapia intensiva permitió el diagnóstico en el 20% de los casos y fue orientadora de la presencia de TEP en el 94,2% de los mismos.

24369. DISFUNCIÓN MIOCARDICA REVERSIBLE EN AGUDIZACIÓN DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Tosti R, Bono M, Cannessa C, Arista E, Tiribelli N, Grieco L, Marino A, Sánchez R, Varela D

Introducción: la presencia de hipotensión arterial en la agudización de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) habitualmente se relaciona con hiperinsuflación dinámica. Se ha descrito una entidad clínica en relación a esta patología, caracterizada por la disfunción miocárdica reversible del VI que podría provocar hipotensión arterial.

Objetivos: presentar el caso de un paciente con agudización de EPOC y disfunción miocárdica reversible.

Materiales y métodos: paciente de 73 años EPOC (VEF1:37%). Consultó por progresión de disnea CF I-II a III-IV, fiebre, aumento en la cantidad de secreciones bronquiales, de 4 días de evolución, sin respuesta al tratamiento con Levofloxacina. La radiografía de tórax mostró radiopacidad en base derecha. Se inició tratamiento con broncodilatadores, hidrocortisona, amikacina y continuó con Levofloxacina. Evolucionó con mala mecánica ventilatoria, mala perfusión periférica e insuficiencia respiratoria tipo I (pH:7.24; PO2:92; PCO2:79.9; HCO3:34;

EB:3.5; Sat O2:99%) e ingresa a terapia intensiva (TI), donde inicia ventilación no invasiva (VNI) con buena respuesta. El electrocardiograma mostró ritmo sinusal y trastornos en la conducción de rama derecha.

A las 36 Hs presentó dolor precordial, mala perfusión periférica, hipoxemia, hipercapnia (pCO2: 140 mmHg), mala mecánica ventilatoria, deterioro del sensorio; por lo que se conecta a ARM (PEEPi: 6 cmH2O). Evolucionó con patrón de shock cardiogénico (IC: 1.8 L/min/m2; PCP: 30 mmHg) iniciando tratamiento con drogas vasoactivas. El ECG mostró una prolongación del intervalo QT, inversión de la onda T en aVL y extrasístoles ventriculares frecuentes. CPK total:703 U/L y troponina I: 2,1 ng/ml. Ecocardiograma: hipokinesia septal anterior, basal, medial, apical y deterioro leve de la función del VI. A las 48 Hs se retiran vasopresores y ARM; con desaparición de los cambios en ECG. A los 7 días el ecocardiograma evidenció buena función del VI sin alteración de la motilidad. Luego de 10 días pasa a sala general

Conclusión: en pacientes que presentan reagudizaciones de EPOC e hipotensión arterial la etiología de la misma no siempre obedece a la presencia de hiperinsuflación dinámica, sino que también podría deberse a la presencia de disfunción VI reversible lo que obliga a un tratamiento específico de dicho cuadro.

24372. HEMORRAGIA PULMONAR POR LEPTOSPIROSIS

Turano SG, Manti A, Orellano C

Objetivo: describir un caso de leptospirosis con hemorragia pulmonar

Materiales y métodos: se analiza y se describe en forma retrospectiva un caso de síndrome de hemorragia pulmonar por leptospirosis con evolución clínica fatal, con compromiso pulmonar puro y S.D.R.A.

Paciente masculino de 21 años recolector de residuos y radicado en zona suburbana, que comienza 5 días previos a la internación en U.T.I con SRG, mialgias intensas a predominio de pantorrillas y fiebre, recibiendo tratamiento sintomático en forma ambulatoria, agregándose disnea cf II-III, tos y expectoración hemoptoica y Rx tx con infiltrados alveolares en campos medios e inferiores bilaterales, indicándose atb que no cumple. Ingresa derivado de hta de origen a UTI 24 hs. más tarde con parámetros clínicos y gasométricos de I.R.A y hemoptisis franca.

Se realiza H.C. completa, Rx Tx, lab, ecocardiograma, ecografía abdominal, serologías para micoplasma clamidias, hanta virus, leptospirosis, H.I.V, hisopado faríngeo para virus respiratorios, hemocultivos, urocultivo, hematológico periférico, coagulograma y procalcitonina. Estudios tales como TACAR de tórax y broncoscopia no pueden realizarse por la hipoxemia severa, el alto soporte ventilatorio y el requerimiento de drogas vasoactivas del pte.

Resultados: evoluciona desfavorablemente con progresión radiográfica bilateral, hemoptisis masiva y S.D.R.A con hipoxemia refractaria sin respuesta a antibioticoterapia, a ventilación protectora y maniobras de reclutamiento (decúbito supino y prono)

Se recibe resultado 1era muestra de ingreso para leptospirosis (MAT): no reactiva; 2da muestra a los 3 días: reactivo L.icterohaemorrhagiae 1/100 y L.pomona 1/100; 3ra muestra a los 7 días: reactivo L.ballum 1/200 L.canicola 1/200 L.grppotyphosa 1/100 L.icterohaemorrhagiae 1/200 L.pomona 1/200 L.tarassovi 1/100

Conclusión: paciente con epidemiología para leptospirosis, que presenta únicamente compromiso pulmonar hemorrágico y que evoluciona con S.D.R.A.e hipoxemia refractaria que lo lleva al óbito.

24375. PATRÓN CLÍNICO Y MORFOLÓGICO DE LA HEMORRAGIA ALVEOLAR ASOCIADA AL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

Suárez JP, Arce S, Álvarez C, Paz L, Sobrino E, Molinari L, Quadrelli S

Introducción: existen discrepancias sobre el patrón anatomopatológico subyacente a la hemorragia alveolar difusa (HAD) en el LES y el impacto real sobre la mortalidad. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia e histopatología de la HAD en pacientes fallecidos con LES.

Materiales y métodos: se revisaron los estudios completos de necropsia y las historias clínicas de 90 pacientes con LES (1958-2004). Se constituyeron dos grupos: pacientes con y sin signos de hemorragia alveolar difusa (HAD).

Resultados: veintitrés pacientes (25.6%) mostraron HAD. Solamente en 3 el patrón histológico correspondía a capilaritis (13% de las HAD). Todos eran de sexo femenino, y tenían un tiempo de evolución de enfermedad inferior a 4 años. Se asociaron edema y congestión en una paciente, neumonía lobar en la segunda e infección por aspergillus y CMV en la tercera. Dos de las 3 tenían nefropatía lúpica. Dos tenían diagnóstico pre-mortem y había sido tratadas con plasmaféresis durante la última internación. Todas las pacientes mostraban FAN positivo y látex negativo. Sólo en una de las pacientes la hemorragia alveolar era masiva y fue considerada causa de muerte. De los 20 pacientes con HAD sin capilaritis 11 mostraban infección bacteriana. Los pacientes con y sin HAD no fueron diferentes en cuanto a porcentaje de pacientes con evolución del LES superior a 5 años (71. vs. 42,8, p = 0.5847), presencia de hipertensión pulmonar primaria (HTPP) (0 vs. 8,3%, p = 0.3153), o porcentaje de pacientes en diálisis crónica (30 vs. 12,5 %, p = 0.1590). Tampoco el grupo de pacientes con capilaritis (n = 3) fue diferente en cuanto a evolución del LES, prevalencia de HTPP, prevalencia de glomerulonefritis lúpica, anti-DNA positivo o hipocomplementemia.

Conclusión: la HAD en la etapa final del LES es un evento frecuente (25.5%) pero (a diferencia de otras series que incluyen pacientes con vasculitis y enfermedad antimembrana basal gomerular) pocas veces es debida a capilaritis (3.3% del total). No hay elementos clínicos o inmunológicos que permitan predecir qué pacientes presentarán capilaritis. En solamente un tercio de los pacientes con capilaritis la HAD fue masiva. La causa más frecuente de HAD terminal en el LES es la infección pulmonar bacteriana.

24380. INFLUENCIA DEL SEXO EN LA PERCEPCIÓN DE SÍNTOMAS DURANTE LA BRONCOCONSTRICCIÓN INDUCIDA POR METACOLINA: ROL DEL NIVEL DE OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL

Nigro CA, Alais ME, Varela B, Malnis S, Rhodius EE

Servicio de Neumología – Hospital Alemán de Buenos Aires

Antecedentes: durante la broncoconstricción las mujeres perciben más la disnea que los hombres.

Objetivos: evaluar si la calidad de la disnea durante la broncoconstricción fue diferente en mujeres y hombres 2) evaluar si la diferencia en la percepción de la disnea entre mujeres y hombres podría relacionarse al nivel de broncoconstricción.

Métodos: 457 sujetos (257 mujeres/200 varones) inhalaron metacolina hasta un 20% de caída del FEV1 basal o 32 MG. / ML. Disnea fue evaluada usando la escala de Borg modificada y una lista de expresiones de disnea. El puntaje del Borg fue registrado antes de la broncoprovocación y con el máximo descenso del FEV1. Resultados: la prevalencia de descriptores de disnea reportada por mujeres y hombres fue similar. La disnea fue relacionada en forma independiente al grado de broncoconstricción (?FEV1: OR 1.05, CI95% 1.01-1.09, p 0.0095), sexo femenino (OR 2.90, CI95% 1.33-6.33, p 0.0072),

edad (OR 0.93, CI95% 0.89-0.97, p 0.0013) e índice de masa corporal (IMC) (OR 1.11, CI95% 1.01-1.23, p 0.023). Cuando el FEV1 cayó menos del 20% del basal, solo el ?FEV1 estuvo asociado significativamente con la presencia de disnea (?FEV1: OR 1.15, CI95% 1.07-1.24, p 0.0002). En tanto que si el FEV1 descendió = 20%, la presencia de disnea se relacionó al grado de broncoconstricción (?FEV1: OR 1.04, CI95% 1.01-1.09, p 0.0187), sexo femenino (OR 3.02, CI95% 1.36-6.72, p 0.0067), edad (OR 0.92, CI95% 0.88-0.96, p 0.0007) e IMC (OR 1.12, CI95% 1.01-1.23, p 0.023).

Conclusión: la calidad de la disnea durante la prueba de metacolina fue similar en ambos sexos; las mujeres mostraron una mayor percepción de disnea que los varones solo cuando el FEV1 descendió más del 20% del basal.

MARTES 18 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24392. HIPERTENSIÓN PULMONAR EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: SERIE DE AUTOPSIAS

Arce S¹, Álvarez C², Quadrelli SA¹, Paz L², Sarano J³

¹Servicio de Neumología; ²Servicio de Patología y ³Servicio de Inmunología – Instituto de Investigaciones médicas «A. Lanari»

Introducción: la hipertensión pulmonar (HTP) en el lupus eritematosos sistémico (LES), puede ser por compromiso vascular directo o asociada a otras complicaciones de la enfermedad, incluyendo enfermedad intersticial, hemorragia alveolar difusa, alteraciones de la vía aérea o enfermedad tromboembólica. Las series que buscaron HTP primaria o secundaria tienen el sesgo de no contar en su mayoría con anatomía patológica.

Objetivos: describir los rasgos histopatológicos y clínicos en una serie de autopsias de pacientes con LES e HTP.

Métodos: se revisaron todas las autopsias efectuadas en el IDIM entre los años 1958 y 2007, en busca de pacientes con LES e HTP. Se tomaron pacientes con signos histopatológicos directos (cambios en arteria pulmonar) e indirectos (hipertrofia y dilatación de cavidades cardíacas derechas). Cuando se hallaron disponibles, se recabaron datos clínicos, ecocardiográficos y de laboratorio inmunológico, así como mediciones invasivas de PAP mediante catéter de Swan-Ganz.

Resultados: hallamos 10 pacientes con HTP. Cuatro de ellos, de sexo femenino, tenían HTP primaria. La lesión histopatológica correspondía a arteriopatía plexogénica. Las edades eran de 37,3 ± 4,2 años, con un tiempo de evolución de 18 ± 3,5 años. Se acompañaban de fenómeno de Raynaud, artritis y eritema malar como manifestaciones clínicas. El laboratorio mostró FR y anticuerpos anti-DNA (-) y FAN (+). Uno de los pacientes tenía anticuerpos anticardiolipinas (+). Dos de ellas tenían hiperplasia nodular benigna regenerativa hepática. Ninguno tenía lesiones parenquimatosas pulmonares. Otros 4 pacientes tenían TEP recurrente, la mitad de sexo masculino. La edad era de 47 ± 3,7 años. El tiempo de evolución fue variable entre 6 meses y 27 años. El laboratorio mostró FR (-) y FAN (+). Uno de los pacientes tenía anticuerpos anticardiolipinas (+) y extensas lesiones cicatrizales en pulmón derecho.

Finalmente, las restantes 2 pacientes tenían foramen oval permeable, una de ellas debido a situs inversus totalis.

Conclusión: las principales causas halladas de HTP en pacientes con LES fueron la arteriopatía plexogénica (primaria) y el TEP recurrente.

24396. REINTUBACIÓN Y MORTALIDAD, SU RELACION LOS TURNOS DE ENFERMERIA DE LAS UNIDADES DE CIUDADOS CRITICOS

Violi D, Pereyra C, Lugaro M, Díaz G, Cichero H, Barrozo E, Benito Mori L

Introducción: la decisión de una desvinculación rápida y seguida de una posterior extubación por un correcto juicio medico es evaluado por la tasa de reintubación, aunque es un tema en los últimos tiempos en evaluación permanente no se tiene datos precisos acerca en que momento del día ocurre la reintubación y si esto influye en la mortalidad de los pacientes.

Objetivos: observar la mortalidad en el fallo de extubación en los diferentes turnos de cuidados críticos.

Materiales y métodos: durante 10 meses (Octubre 2007-Julio 2008) fueron evaluados para seguimiento de extubación a los paciente que recibieron VM en una UCI. Estos debían cumplir 48 hs de VM y no estar dentro de los criterios de exclusión (decisión de no reanimar o perdidos en el seguimiento). Estudio, prospectivo, observacional. Los datos incluidos fueron edad, APACHE II de ingreso, días de destete, extubación y reintubación, turnos donde se realizaron (mañana 7- 14 hs, tarde 14- 21 hs y noche 21-7 hs), PaFi, volumen corriente, frecuencia respiratoria, motivo de internación designado como medico, quirúrgico o neuroquirúrgico. Analisis estadísticos con CHi al cuadrado valor de $p = < 0.05$. La variables continuas se presentario como media y/o mediana con rango y las variables discretas en porcentajes.

Resultados: 79 pacientes con edad 49(17-89) Apache II 21(12-34) PaFi 300(150-528)Vt 493 (269-900)Fr 21(10-35)Tiempo de Destete 5(2-18)Tiempo de extubación 1(0-9)Motivo Medico 22/79 (27%)Quirúrgico 22/79 (27%)Neuroquirúrgico 35/79 (46%)Se reintubaron 12 de 79 pacientes(15%) 4 pacientes en el turno mañana(horario de Planta) mortalidad nula y 8 pacientes en los turnos tarde y noche con 50% de mortalidad cruda. Valor de p no significativa.

Conclusión: nosotros observados una mayor tendencia de mortalidad cuando la reintubación sucede durante la guardia de UCI (turno tarde y noche de enfermería) comparada cuando se realiza por los médicos de planta durante el turno de la mañana. Creemos que debido a la pequeña muestra la diferencia no fue estadísticamente significativa

Un estudio con mayor numero de pacientes podría hallar los factores de riesgo y/o motivos de este resultados.

24397. CARCINOIDE BRONQUIAL Y FIBROSIS PULMONAR: REPORTE DE UN CASO

Arce S¹, Landi P², Alvarez C³, De Vito E¹

¹Servicio de Neumonología; ²Servicio de Patología y ³Servicio de Inmunología – Instituto de Investigaciones médicas «A. Lanari»

Introducción: los tumores neuroendócrinos son capaces de generar proliferación fibroblástica. Se ha reportado fibrosis en retroperitoneo, válvula tricúspide y pleura. Se ha postulado que la serotonina puede ser el mediador de estos cambios. La asociación entre carcinoide y fibrosis pulmonar (neumonía intersticial usual - NIU) no ha sido reportada.

Objetivos: reportar la coexistencia de carcinoide pulmonar y NIU. **Caso:** paciente masculino, 73 años, no tabaquista, presentó radiografía y TAC de tórax con imagen de ocupación alveolar irregular, en topografía de lóbulo medio. Se realizó FBC que mostró lesión ovoidea rojiza que obliteraba 70% de la luz del bronquio intermedio, citología (+) para células neoplásicas. Se efectuó lobectomía media e inferior derecha, sin complicaciones.

El estudio anatomopatológico informó carcinoide bronquial atípico. Como hallazgo, el lóbulo inferior tenía patrón compatible con NIU. A 5 meses el paciente continúa en seguimiento, con EFR estable y sin disnea.

Discusión: existen diversas hipótesis que pueden explicar la coexistencia de carcinoide y NIU: 1) La NIU se encuentra

causalmente relacionada con el tumor carcinoide. Los hallazgos del efecto fibrosante de la serotonina sobre otros territorios apoyan esta hipótesis. 2) El tumor carcinoide apareció sobre un pulmón previamente dañado por la NIU, en forma similar al tumor de cicatriz. No había evidencias tomográficas de enfermedad intersticial del pulmón. 3) Independientemente de la aparición cronológica de una u otra, su relación es casual. En la población general, la incidencia de carcinoide bronquial es de 0,2 a 2/100.000 y la de NIU es de 7 a 16/100.000. Estos datos sugieren que la asociación casual de ambas entidades es altamente improbable.

Se desconoce la evolución de la fibrosis de los órganos descriptos (tricúspide, retroperitoneo, pleura) y de nuestro caso luego de la resección del tumor carcinoide.

Conclusión: hasta nuestro conocimiento este es el primer reporte de la coexistencia de carcinoide bronquial y NIU. Por lo previamente discutido, consideramos que esta asociación no es meramente casual sino que probablemente existió una relación de causalidad de la NIU respecto del carcinoide.

24406. BRONQUIECTASIAS CONGÉNITAS: REPORTE DE UN CASO

Rodríguez D, Paz Wasiuchnik V, Donoso M

Introducción: las bronquiectasias congénitas son un proceso poco frecuente en el que la falta de desarrollo de la periferia pulmonar provoca la aparición de una dilatación quística de los bronquios. Reportamos el caso de un paciente con diagnóstico de bronquiectasias congénitas.

Objetivo: Reportar el caso de un paciente internado en nuestro centro con diagnóstico de Bronquiectasias congénitas.

Caso clínico: paciente de 24 años de edad con diagnóstico de bronquiectasias a los 20 días de vida, que cursó múltiples internaciones desde esa edad hasta la fecha por cuadros interpretados como bronquitis obstructiva recurrente y bronquiectasias infectadas. Se realizó TAC de tórax que informó «Patrón en mosaico en ambos campos pulmonares, se observan bronquiectasias en lóbulo superior derecho a nivel del vértice, se observan bronquiectasias en ambos sectores basales pulmonares a predominio derecho, y en el lóbulo medio y sectores proximales de la lingula». Es paciente presentaba ya a los dos años de vida Rx de tórax que mostraba patrón arrosariado compatible con Bronquiectasias a nivel de campo superior derecho y bibasales. Se realizó test del sudor descartándose Fibrosis quística; no presentando el paciente otra sintomatología fuera de su cuadro respiratorio.

Se realizó espirometría que informó: «muy severa alteración obstructiva con PBD no significativa»; el paciente presentaba una espirometría a los 9 años que informaba CVF 40%, VEF 34%, así mismo, el examen físico en esa época refería uñas en vidrio de reloj, tos y catarro habitual, espiración prolongada, subcrepitanes generalizados.

Debido a los hallazgos clínicos y radiológicos, y por la evolución del cuadro del paciente, se llegó al diagnóstico de bronquiectasias congénitas.

Conclusión: las bronquiectasias congénitas son una entidad rara, cuyo diagnóstico diferencial es extenso, incluyendo otras causas de bronquiectasias como la Fibrosis quística, el síndrome de Young, el síndrome de Mournier-Kuhn y el síndrome de McLeod. Este paciente no presentaba rasgos de otras patologías, y debido al inicio temprano de su enfermedad se llegó al diagnóstico de Bronquiectasias congénitas.

24419. ¿EL TABACO ES UN FACTOR DE RIESGO PARA NAVM POR GERMENES MULTIRESISTENTES?

Pereyra C, Violi D, Díaz G, Cichero H, Lugaro M, Barrozo E, Benito Mori L

Objetivo: analizar los factores de riesgo involucrados en el desarrollo de neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAV) por gérmenes multiresistentes.

Materiales y métodos: análisis retrospectivo basado en datos prospectivos de vigilancia epidemiológica, casos y controles, por un período de 15 meses (Enero 2007 - Marzo 2008). Se incluyó todo episodio de NAVM con confirmación bacteriológica y pruebas de sensibilidad antibiótica con más de 48 hs de ARM. Se definió NAVM por persistencia o aparición de nuevos infiltrados junto con 2 o más de los siguientes criterios: Temperatura $> 38.3^{\circ}\text{C}$ o $< 36^{\circ}\text{C}$, leucocitosis ($> 14 \times 10^3/\text{mm}^3$) o leucopenia ($< 4 \times 10^3/\text{mm}^3$) y/o desviación a la izquierda, secreciones purulentas, y confirmada por cultivo cuantitativo (aspirado bronquial con rto > 105 UFC/ml o BAL con rto > 104 UFC/ml) Se definió germen multiresistente al aislamiento de S.aureus meticilino resistente; A. baumannii y P. aeruginosa con resistencia in vitro a por lo menos 2 de los siguientes antibióticos: Cefalosp. antipseudomónicos, Carbapenemes, B-lactámicos con inhibidores de beta lactamasas, Fluoroquinolonas y Aminoglucósidos I y Enterobacterias con confirmación de beta lactamasa de espectro extendido (BLEE). Las variables continuas se presentaron como media y/o mediana con rango y las variables discretas en porcentajes. Las comparaciones se efectuaron utilizando el software (Statistix 7.0) con test T o tabla 2x2 según corresponda. Se consideró significativa $p < 0.05$

Resultados: de un total de 257 ptes con ARM > 48 hs, 75 desarrollaron un total de 85 episodios de NAVM de los cuales 11 (13%) fueron sin rescate de germen. Se analizaron 74 episodios divididos en grupo sensible (GS) 31 (42%) y grupo resistente (GR) 43 (58%). Población estudiada: Edad GS 47(18-77) GR 56(16-84) Apache II de ingreso GS 19(8-32) GR 20(8-34) Dias de ARM GS 5(2-17) GR 13(1-44) Factores de riesgo significativo Tabaco GS 6% GR 30% ATB GS 10% GR 76% internación previa GS 64% GR 98%.

Conclusión: los días de ARM previo, como el uso de antibiotico y la internación previa, son factores descriptos en la bibliografía. El tabaquismo como factor de riesgo resultaría una alternativa precoz para evidenciar alteraciones pulmonares que predispongan a infecciones por germen multiresistentes.

24427. EDUCACIÓN DE PACIENTES CON ILOPROST INHALADO EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP)

Di Loretto M, Olivera C, Gimenez Karina, Ramos Paula, Osses J, Cánavea J

Fundación Favaloro

Introducción: los tratamientos inhalatorios en general responden a la necesidad de aplicar drogas que tengan acción directa sobre las distintas estructuras pulmonares con el fin de optimizar la llegada de las mismas y minimizar los efectos colaterales sistémicos cuando se utilizan otras vías de administración. El iloprost inhalado es la primera droga en el tratamiento inhalatorio de HAP.

Objetivos: entrenar adecuadamente a los pacientes en esta terapia inhalatoria.

Evaluar los resultados del aprendizaje. Evaluar los efectos adversos in situ en el inicio de esta terapéutica. Controlar y comparar comportamiento hemodinámica y oximétrico pre y posinhalación.

Material y métodos: se educaron pacientes portadores de HAP con indicación de tratamiento inhalatorio en el Laboratorio de Función Pulmonar de la Fundación Favaloro desde Abril del 2007 hasta julio del 2008.

Se utilizó 1 ampolla de iloprost (Ventavis®, 2ml; 10µg/ml) + 2,5 ml de solución fisiológica, con un nebulizador portátil SAN UP (3023 Handy neb). La nebulización se realizó con pipeta bucal. Tiempo de nebulización: 10 a 12min. Todo resto de medicación fue desechado.

Se controló tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación arterial de oxígeno inicial y posnebulización, como así también rubor, calor, tos, disfonía, mareos, comezón de garganta y visión borrosa.

En septiembre de 2008 se realizó una encuesta de satisfacción por vía telefónica.

Resultados: se educaron 22 pacientes, 21 adultos y 1 niño, 6 hombres (28.5 %) y 15 mujeres (71.5%) en un rango de edad entre 47 a 83 años con edad promedio 49.6 ± 11.3 .

En el caso del niño, fue educada la madre en cuanto a la técnica de nebulización.

Dos (9.09%) pacientes presentaron visión borrosa y solo 1 (4.5%) mareos luego de primera la nebulización

La encuesta telefónica de satisfacción realizada, puso en evidencia que 5 (22.7%) pacientes fallecieron, 16 (72.7 %) respondieron y 1 (4.5%) no respondió la encuesta.

Consideraron positiva la educación todos los que respondieron la encuesta. Quince pacientes afirmaron que no hubieran podido aprender solos y sólo uno manifestó que no fue imprescindible la misma.

Conclusión: la educación del paciente en la administración de fármacos por vía inhalatoria, en este caso iloprost es fundamental en el éxito de la terapéutica de la HAP.

24428. PERCEPCION SUBJETIVA Y OBJETIVA ACERCA DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE PULMON

Martinez L, Moscoloni S, Osses J, Ahumada R, Wagner G, Ibáñez T, Valero E, Bertolotti A, Favaloro R

División Trasplante Pulmonar – Fundación Favaloro

Introducción: la calidad de vida representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento produce en el paciente. Su resultado se mide desde un enfoque objetivo, que realiza el equipo medico y desde un enfoque subjetivo, que realiza el paciente según su percepción del grado de bienestar y de su evaluación general de vida.

Objetivos: la percepción de los pacientes y del equipo medico de la calidad de vida y -Observar relaciones entre la percepción del medico y la del paciente.

Material y métodos: durante el año 2007/8 se distribuyeron 52 cuestionarios cerrados y autoadministrables a todos los pacientes trasplantados pulmonares (uni y bilateral) de la Institución mayores de 18 años, y con mas de 6 meses de trasplante. 3 pacientes no respondieron al mismo El cuestionario abordo variables psicológicas, sociales y físicas. Se agruparon los pacientes en cuatro categorías, según sus respuestas, para medir la percepción del paciente y se utilizaron los criterios de clase funcional para conocer la percepción del equipo medico. **Resultados:** Categorías: 1: mejor calidad de vida: 30 (61,2%); 2: buena: 15 (30,6%); 3: regular: 4 (8,1%); 4 Mala: 0 Clase funcional 1: 30 (61,2%); 2: 11 (22,4%); 3: 7 (14,2%); 4: 1 (2%)

Total 49	PACIENTES
Tiempo de recuperación	32 (menor a 6 meses)65,3%
Dificultades administrativas	17(34,6%)
Dificultades de traslado	20 (40,8%)
No cumplen la dieta	13 (26,5%)
Buen estado anímico	42 (85%)
Síntomas psíquicos	20 ansiedad; 13 irritabilidad
No disminuyeron sus limitaciones físicas	20 (24,4%)
Reinició su actividad sexual antes de los 6 meses	29 (59%)
No tuvieron dificultades en la reinserción familiar	36 (73,4%)
Trabajan	20 (40,8%)
No trabajan	31 (20 por jub/pens; 3 por estudiar; 2 por ama de casa)
Peor situación económica	9 (18,3%)
Calidad de vida post(1a 10)	42 = < 7 (85,7%)
Lo beneficio el tx	47 (96%)

Conclusión: se observa que existe una coincidencia entre ambas percepciones en un 77,5%. Las no coincidencias (11 ptes) se dieron en los siguientes casos: 4/11 valoraron en una categoría inferior a su clase funcional y 7/11 valoraron en una categoría superior a su clase funcional.

Si bien no se pudo establecer la existencia de una relación significativa entre ambas percepciones, si se puede observar una tendencia clara de relación entre el diagnóstico médico y la sensación del paciente.

Este cuestionario permitirá pasar del modelo biomédico, que apunta fundamentalmente a los aspectos biológicos de la enfermedad a un modelo bio-psico-social, que además de tomar en cuenta todos los aspectos clínicos relevantes, agregue la consideración de los factores psicosociales, a través de intervenciones que apuntando a mejorar el soporte social y mejorar los mecanismos de afrontamiento, permitan promover la mejor calidad de vida posible.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

Rehabilitación respiratoria

24096. ESTUDIO COMPARATIVO DE ENTRENAMIENTO AMBULATORIO HOSPITALARIO VS. DOMICILIARIO EN PACIENTES CON EPOC

Jolly E, Sivorì M, Villareal S, Almeida M.

No existe en nuestro país experiencia publicada sobre el impacto del entrenamiento en domicilio en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) en relación al ambulatorio hospitalario.

Objetivos: comparar si una estrategia de entrenamiento domiciliario (rD) puede impactar sobre pruebas de ejercicio, escalas de disnea y calidad de vida, similar al entrenamiento con base en el hospital ambulatorio (rH).

Material y métodos: los pacientes fueron evaluados a ciegas de la rama de intervención. Se les realizó antes y después del entrenamiento espirometría, gases en sangre arterial, escalas de disnea (MRC, Borg y Mahler), calidad de vida (St. George y SF-36), y pruebas de ejercicio submáximas (prueba de 6 minutos, shuttle endurance y prueba de resistencia en cicloergómetro Tlim-), y pruebas máximas (shuttle test y con medición de consumo de oxígeno). Ambas ramas entrenaron 24 sesiones en 8 semanas. La rH entrenó con ejercicios aeróbicos y de fuerza para miembros inferiores (MI) y superiores (MS) en gimnasio hospitalario. La rD entrenó con caminatas al 70% de la velocidad alcanzada en el shuttle test, y complementó con ejercicios de fuerza de MI y MS.

Resultados: se incluyeron 62 pacientes con EPOC estable, descartándose 12. 50 fueron aleatorizados: 25 a la rH y 25 a la rD. Abandonaron 12 pacientes: 5 rH (20%) y 8 rD (32%) (p=NS). La condición basal fue similar en ambos grupos. Las variables primarias evaluadas aumentaron significativamente en ambos grupos. El Tlim creció de 6,67 a 15,07 minutos (+125%, p<0,001) en el grupo rH y de 9,15 a 12,9 minutos (+63%, p<0,001) en el grupo rD. La distancia recorrida en el shuttle endurance aumentó 77% (775 a 1375 metros, p<0,05) en el grupo rH y 79% (856 a 1529 metros, p<0,02) en el grupo rD. La prueba de 6 minutos aumentó 12% en el rD (p<0,01). Se observaron cambios significativos en la carga máxima (de 37,5 a 46,6 Watts en el grupo rH - p<0,005) y el consumo pico de oxígeno en el grupo rD (de 10,1 a 11 ml/Kg/min - p<0,02).

La calidad de vida por el cuestionario de St George mostró una reducción significativa sólo en grupo rH. En el grupo rD abandonaron 32% vs. 20 en el rH (p=NS)

Conclusión: el entrenamiento domiciliario con mínimo control resultó tan eficaz como el realizado en medio hospitalario, aunque se advirtió mayor tendencia al abandono.

24097. ESTUDIO RE3: CONSUMO DE RECURSOS DE SALUD POR EXACERBACIONES POR EPOC EN EL AÑO PREVIO AL INGRESO AL ESTUDIO

Sección Rehabilitación Respiratoria de la AAMR

No existe información en nuestro país que vincule el impacto de la Rehabilitación Respiratoria (RR) a la reducción de las exacerbaciones por EPOC, y el consumo de recursos de salud que ellas generan.

Objetivos: describir el consumo de los recursos de salud vinculado a exacerbaciones por EPOC en el año previo al enrolamiento de los pacientes con EPOC incluidos en el Estudio Re3.

Material y métodos: estudio multicéntrico (13 centros en todo el país), prospectivo, controlado y observacional de pacientes con EPOC (definición GOLD) en estabilidad clínica a los que se les indicó RR, y siguió por 24 meses determinando impactos funcionales, disnea, calidad de vida, ejercicio y cantidad de exacerbaciones/ hospitalizaciones y el consumo de recursos de salud (visitas ambulatorias, a guardia, sólo por causa respiratoria). Las definiciones usadas para cada una de ellas, son las internacionalmente más referenciadas. Los pacientes fueron enrolados entre Marzo de 2005 y Marzo 2007.

Se informan el reporte al ingreso al estudio en referencia a los 12 meses previo el enrolamiento.

Resultados: Se enrolaron 180 pacientes con EPOC. Se detallan los principales indicadores promedio por paciente por año en el año previo al ingreso al estudio:

Nº exacerbaciones: 3,87 ± 4,25; Nº hospitalizaciones: 0,72 ± 1,34; Días totales de exacerbaciones: 20,16 ± 28,36; Días totales de hospitalizaciones: 5,39 ± 10,38; Nº visitas a guardia: 3,28 ± 13,99; Nº visitas ambulatorias a c.externo: 7,43 ± 11,39; Nº visitas domiciliarias: 0,61 ± 3,79.

Conclusión: por primera vez un estudio multicéntrico en nuestro país, revela en pacientes con EPOC estable, el consumo de recursos de salud, vinculado a exacerbaciones por EPOC. La población ingresada al estudio, presenta un patrón de consumo similar al promedio reportado en otros estudios a nivel internacional. Estas variables serán evaluadas a lo largo de dos años, estudiando el impacto de la Rehabilitación Respiratoria sobre ellas.

24098. ESTUDIO RE3 (REDUCCIÓN DE LAS EXACERBACIONES DE EPOC POR REHABILITACIÓN RESPIRATORIA): POBLACIÓN ENROLADA

Sección Rehabilitación Respiratoria de la AAMR

No existe información en nuestro país que vincule el impacto de la Rehabilitación Respiratoria (RR) a la reducción de las exacerbaciones por EPOC, y el consumo de recursos de salud que ellas generan.

Objetivos: describir las características demográficas y funcionales de los pacientes con EPOC enrolados en el Estudio Re3.

Material y métodos: estudio multicéntrico (13 centros en todo el país), prospectivo, controlado y observacional de pacientes con EPOC (definición GOLD) en estabilidad clínica a los que se les indicó RR, y siguió por 24 meses determinando impactos funcionales, disnea, calidad de vida, ejercicio y cantidad de exacerbaciones/ hospitalizaciones y el consumo de recursos de salud (visitas ambulatorias, a centros de salud). Las definiciones usadas para cada una de ellas, son las internacionalmente más referenciadas. Los pacientes fueron enrolados entre Marzo de 2005 y Marzo 2007.

Resultados: se enrolaron 180 pacientes. Se detallan las principales características de la población ingresada (media y desvío estándar): Edad: $65,76 \pm 9,17$ (años); sexo masc. 63,6 (%); ex-tabaquismo: 83,33% ($48,5 \pm 24$ paq.-año); FVC: $65,88 \pm 18,88$ (%pred.); FEV1: $42,85 \pm 18,3$ (%pred.); FEV1/FVC: $49,49 \pm 14,95$; PaO₂: $72,91 \pm 11,73$ mmHg; PaCO₂: $39,34 \pm 6,89$ mmHg; BODE: $4,65 \pm 2,27$; Prueba de 6 minutos: $314 \pm 143,8$ m; BDI (Mahler): $5,52 \pm 2,17$; Calidad de Vida (SGRQ total): $48,87 \pm 17,05$; Índice peso-talla: $26,14 \pm 5,6$; Escala de disnea (MRC): $2,43 \pm 0,92$.

Conclusión: la población ingresada de pacientes con EPOC al Estudio Re3 presenta como características representativas generales, estadio severo de obstrucción al flujo aéreo, hipoxemia leve, sobrepeso, disnea marcada, calidad de vida y tolerancia al ejercicio disminuidas. Esta cohorte de pacientes que ingresan a rehabilitación respiratoria es representativa de la población general de pacientes con EPOC que es atendida ambulatoriamente por neumólogos.

24100. ESTUDIO RE3: ANÁLISIS PRELIMINAR DEL IMPACTO DE LA REHABILITACION RESPIRATORIA SOBRE LAS EXACERBACIONES POR EPOC Y CONSUMO DE RECURSOS DE SALUD

Sección Rehabilitación Respiratoria de la AAMR

No existe información en nuestro país que vincule el impacto de la Rehabilitación Respiratoria (RR) a la reducción de las exacerbaciones por EPOC, y el consumo de recursos de salud que ellas generan.

Objetivos: evaluar el impacto de la RR sobre las exacerbaciones por EPOC en pacientes seguidos por dos años, comparando con el año previo al enrolamiento según hayan o no abandonado.

Material y métodos: estudio multicéntrico (13 centros en todo el país), prospectivo, controlado y observacional de pacientes con EPOC (definición GOLD) en estabilidad clínica a los que se les indicó RR, y siguió cada seis por 24 meses determinando impactos funcionales, disnea, calidad de vida, ejercicio y consumo de recursos de salud (visitas ambulatorias, N°exacerbaciones y hospitalizaciones por exacerbaciones). Las definiciones usadas para cada una de ellas, son las internacionalmente más referenciadas. Los pacientes fueron enrolados entre Marzo de 2005 y Marzo 2007. Se presenta el análisis preliminar a Junio de 2008 comparando los que han continuado la RR y abandonado. El estudio finaliza en Marzo de 2009.

Resultados: se enrolaron 180 pacientes con EPOC. Se informan sólo los resultados de los 2 años, aunque ya a los seis meses se observaron impactos significativos en el BODE ($p < 0.001$); T6M ($p < 0.000003$) y doce meses también en exacerbaciones ($p < 0.00027$) y hospitalizaciones ($p < 0.00076$).

A los 2 años	Continuaron RR (N=45)	Abandonaron RR (N=30)	p
BODE	3.42 ± 1.64	4.03 ± 2.42	NS
T6M	425.06 ± 123.21	314.63 ± 38.97	0.00055
N°cons-amb.tot.	2 ± 2.27	4.13 ± 4.55	0.0089
N°exacerb.	1.17 ± 1.41	2.26 ± 3.51	NS(0.06)
N°hospitalizaciones	0	0.13 ± 0.34	0.011

Conclusión: por primera vez un estudio multicéntrico de RR en nuestro país revela en pacientes con EPOC estable, el impacto beneficioso de la RR a largo plazo sobre el consumo de recursos de salud, vinculado a exacerbaciones por EPOC, la disnea, la tolerancia al ejercicio y calidad de vida, y remarca la importancia que los pacientes continúen haciendo ejercicio.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24251. REHABILITACIÓN ACUÁTICA Y TEST DE MARCHA DE 6 MINUTOS

Gorvein D, Diego J, Turza SC, Dávalos A, Lukach CA, Della Bianca ML, Romero HD

Objetivos: describir la evolución de la tolerancia al esfuerzo físico, reflejada por medio del test de marcha de 6 minutos (6MWT) en pacientes con EPOC severo sometidos a un programa de rehabilitación acuática.

Materiales y métodos: se ingresaron pacientes al programa de rehabilitación Pulmonar del Hospital de Alta Complejidad «Pte. Juan Domingo Perón» (HAC) con diagnóstico de EPOC según normativa GOLD 2006, los mismos fueron evaluados al inicio y al fin del programa, mediante examen físico, laboratorio de rutina, radiografía de tórax, estudio funcional respiratorio, cuestionario de calidad de vida y test de marcha de 6 minutos. El periodo de evaluación comprendió Diciembre de 2007 a Marzo de 2008.

Se utilizaron espirómetro marca MIR modelo Spirobank G con software WinspiroPro 2.2; Cuestionario de Calidad de Vida Saint George, Protocolo de test de marcha del HAC (según normativas nacionales e internacionales) y programa de Rehabilitación Acuático diseñado por el Servicio de Kinesiología del HAC.

Resultados: se incluyeron 20 (veinte) pacientes con EPOC severo, de sexo masculino, cuyas edades fluctuaron entre los 35 y los 65 años; luego de realizada la evaluación inicial, se los incluyó en un programa de rehabilitación acuática en pileta, en donde se enfatizó en ejercicios de miembros inferiores, acompañado de ejercicios respiratorios y caminatas incentivadas por pileta. Al concluir las 12 sesiones programadas se reevaluó a los pacientes en donde se evidenció una mejoría significativa de los parámetros medidos en primera instancia.

Conclusión: los pacientes con EPOC sufren un deterioro que se ve reflejado en la tolerancia al esfuerzo físico, lo cual se ve demostrado en el test de marcha de 6 minutos, en la espirometría y en la calidad de vida. Debido a las características térmicas de nuestra Provincia, la inclusión en un programa de rehabilitación acuático evidenció un mayor índice de cumplimiento al número de sesiones programadas y provocó interés en los pacientes llegando al punto de no tener deserciones. En la evaluación final se ha demostrado una mayor tolerancia al esfuerzo físico, mejoría en el 6MWT, mejoría espirométrica y en la calidad de vida de los participantes.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

Enfermedades del intersticio pulmonar

24104. SÍNDROME DE PULMONES PEQUEÑOS (SPP)

Basilo Vigil H, Derqui RE, González JA, De Salvo MC

Introducción: el Síndrome de pulmones pequeños es una complicación pleuro-pulmonar poco frecuente siendo descripta como manifestación pulmonar en pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico.

La Rx de tórax evidencia pulmones disminuidos de tamaño con elevación diafragmática, disnea de causa desconocida, sin evidencia de enfermedad pleural o intersticial, asociado a patrón restrictivo en la espirometría.

Caso Clínico: Paciente de 29 años, que es internada por astenia, pérdida de peso, mialgias sin debilidad muscular de tres meses de evolución, disnea progresiva CF IV, sudoración nocturna, escalofríos y tos productiva en las dos últimas semanas. El exámen físico presentaba mialgias proximales y distales en miembros inferiores, sin artritis ni artralgias, ortopnea, taquipnea utilización de músculos accesorios, sonoridad de ambas playas pulmonares hasta D9, hipoventilación bibasal con escasos rales crepitantes. Lab: Hb. 10 mg%; Hto 30%, G B: 5000, Neutrofilos 75, VSG 76, PCR 7 mg%, CPK 50 UI/l, LDH 427 U/l, pO₂ 66.4, SO₂ 96.7 %

(FIO 0.21%), Serología HIV(-), HcX 2 (-), BAAR (-), Espudo GC (-). Rx Tórax: playas pulmonares disminuidas de tamaño, opacidad difusa en campo inferior izquierdo. Espirometría: Patrón restrictivo severo que empeora con el decúbito, PIMax -30 cmH₂O; Radioscopia: motilidad disminuida de ambas cúpulas diafragmáticas; Ecocardiograma: derrame laminar sin compromiso hemodinámico; Acs anti DNAdc: positivo (> 1000 UI/ml), FAN (Hep2): 1/1280 homogéneo, ENAc: positivo (anti-Ro y anti-La). Se interpreta como Síndrome de Pulmones Pequeños iniciándose tratamiento con Metilprednisona 60 mg/día, VO. Evolución: Buena respuesta al tto, afebril, con disminución de la disnea. Al mes afebril, asintomática respiratoria, VSG 41 mm y AntiDNA 91 UI/ml, PiMáx normal y Espirometría compatible con patrón restrictivo moderado

Conclusión: 1) SPP es una entidad poco frecuente, con un pronóstico potencialmente limitante respondiendo al tratamiento con corticoides, debiendo pensarse como diagnóstico diferencial en pacientes con LES que presentan disnea inexplicable, con el objeto de plantearse el inicio o intensificación del tratamiento inmunodepresor.

2) Hasta 1997 fueron reportados 2 casos en que el SPP fue la característica de presentación del LES.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24186. NEUMONÍA EOSINÓFILA AGUDA

Márquez SE, Gasteneguy R, Gómez C, Rodríguez A, Vicens M, Curro MF

Introducción: las eosinofilia pulmonares representan un grupo de enfermedades de etiologías diversas. La neumonía eosinófila aguda es una enfermedad febril rara, que se presenta de forma abrupta, con disnea, tos, fiebre, infiltrados difusos en la radiografía de tórax, hipoxemia y eosinofilia. Presentamos un paciente con diagnóstico de neumonía eosinófila aguda diagnosticado en nuestro servicio.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino, de 32 años, derivado otro hospital, donde cursó 17 días de internación, por presentar disnea, sudoración nocturna, fiebre y tos.

Allí le indicaron tratamiento antibiótico ambulatorio (Amoxicilina 1g c/8hs VO).

Realizó 8 días de tratamiento, sin presentar mejoría clínica, progresando su disnea.

Consulta nuevamente. Se le solicitó Rx de tórax y laboratorio en sangre y orina

Laboratorio: Rto GB: 20.700/mm³ (80% de granulocitos). Aumento de TGO, TGP y FAL. Internación sala general. Tratamiento con O₂, NBZ, Ampicilina Sulbactam 1.5g/6hs.

Al 8vo día se constata empeoramiento clínico radiológico. Derivación a UTI sin asistencia respiratoria mecánica. Se realizó

fibrobroncoscopia con lavado bronquial con muestras para gérmenes comunes, BAAR, parásitos y hongos. Se instauró tratamiento empírico con Imipenem 500mg/6h, Tuberculostáticos (HRZE) y Meprednisona 50mg/d.

Evolución desfavorable. Se deriva a nuestro hospital.

Al ingreso paciente lúcido, en regular estado general, adelgazado. TA 120/80mmHg, FC 100 l/m, FR 22 p/m, T^o 37.3°C. Escasos roncus y sibilancias. Tos seca. Laboratorio: Leucocitos 30.300/mm³, Hb 11g/dl, Eosinófilos 15%, Rto plaquetas 658.000 mm³; ERS 120mm, TGO, TGP y FAL aumentadas, PO₂ 58 mmHg., Rx de tórax radiopacidades bilaterales difusas.

Conducta terapéutica: NBZ, O₂, Meprednisona 60mg/d, suspensión de tuberculostáticos.

Se solicitó Ecocardiograma, Coproparasitológico, Serología para micosis y estudio hematológico (Rto de blancos 22.000/mm³, Eosinófilos 12%).

Evolucionó con mejoría clínica, radiológica y hematológica. Se decide alta hospitalaria y seguimiento por consultorio externo.

Conclusión: en pacientes inmunocompetentes que ingresan con características clásicas de neumonía adquirida en la comunidad, la respuesta tórpida al tratamiento instaurado es el principal determinante para sospechar etiologías no infecciosas de síndrome neumónico agudo.

24187. EVOLUCION DE LA FUNCION PULMONAR CON GNRH, PROGESTERONA Y RALOXIFENO EN LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS A CINCO AÑOS

Delgadillo F, Barth M, Sáenz C, Sivori M

Paciente de 32 años, sexo femenino, que al hacerse una ecografía abdominal, se diagnostica derrame pleural derecho. Asintomática respiratoria.

Antecedentes:

Hipotiroidismo: Tiroiditis de Hashimoto en terapia sustitutiva con levotiroxina

Ginecológico: Menarca 13 años, ritmo menstrual irregular

No tabaquista. HIV negativo.

Toracocentesis: quilotórax. Cultivos y citológicos negativos.

Se realiza TAC: Se observan imágenes quísticas en campos medios y superiores de ambos pulmones, no adenomagalias, extenso derrame pleural derecho y atelectasia de lóbulo inferior derecho.

Se realiza videotoroscopia (VATS). Diagnóstico: Linfangioleiomiomatosis.

Comienza tratamiento con progesterona, decapeptyl (agonista de GnRh) y raloxifeno en forma conjunta desde julio de 2002 hasta junio de 2003 y luego continua con raloxifeno hasta 2005. Se informa la evolución de función pulmonar:

	Agosto 2002	Febrero 2004	Febrero 2006
FVC %	71	144	122
FEV1/FVC	0.89	0.85	0.81
DLCO %	44	74	72
DLCO/VA L (%)	3.08 (51)	3.48 (58)	3.28 (55)
CI %	57	65	103

Conclusión: se presenta la evolución a largo plazo de una paciente con linfangioleiomiomatosis que fue tratada con GnRH, progesterona y raloxifeno, con mejoría de su función pulmonar. Esto está escasamente reportado en la literatura internacional.

24188. RELACIÓN ENTRE LOS DIAGNÓSTICOS SOCIALES Y PSICOLÓGICOS EN EVALUACIONES PARA TX INTRATORACICO

González de Moscoloni S, Martínez L, Ossés JM, Bertolotti A, Favaloro R

Introducción: la evaluación psicológica y social forman parte de los estudios interdisciplinarios a que son sometidos los pacientes posibles candidatos a trasplante intratorácico. Nues-

tra experiencia nos ha demostrado que una evaluación psicológica y/o social aislada, dicotomiza la realidad del paciente y ofrece una perspectiva parcializada de su situación. **Objetivos:** Observar si existe dependencia entre el diagnóstico psicológico y social en las evaluaciones de trasplante y analizar si las variables sociales condicionan las psicológicas o viceversa. **Material y método:** Desde el 2/1/01 al 1/3/05 fueron analizadas 165 evaluaciones psicológicas y sociales para trasplante pulmonar. Las mismas se realizaron a través de entrevistas individuales semiestructuradas, familiares y domiciliarias. Se administraron test de depresión de Zung y de ansiedad STAI. Los diagnósticos sociales y psicológicos se dividieron en las siguientes categorías: Apto(A); Apto condicional (AC); Riesgo Social (RS); No Apto Temporario (NAT) y C1 Sin contraindicación; C2 Necesita Seguimiento psicológico.; C2 (HPR) Alto Riesgo Psicológico.; C3 No se recomienda su ingreso. **RESULTADOS:** diagnósticos sociales: A: 96 (58%); AC: 48 (29%); RS: 16 (9%); NAT: 5(3%). diagnósticos psicológico C1: 33 (20%); C2: 103 (62 %); C2 HPR: 20 (12%); C3: 9(5 %). De las 165 evaluaciones: 50% de los pacientes RS, eran C2 HPR o C3; el 40% de los pacientes NAT eran C2 (HPR) o C3; EL 44,4% de los pacientes C3 eran RS o NAT; el 30% de los pacientes C2 (HPR) eran RS; el 85,4 % de los pacientes presentaron dificultades sociales y/o psicológicas. Fueron trasplantados 50(30%) pacientes de los cuales fallecieron 25 (50%). De los 25 fallecidos, 24 (96%) presentaban dificultades sociales y/o psicológicas. **Conclusión:** las dificultades psicosociales serían una variable condicionante del pronóstico y la supervivencia del paciente. Asimismo se observó interdependencia dinámica entre las variables psicológicas y sociales. Intentar un abordaje conjunto psicosocial permitiría obtener mejores respuestas adaptativas a los requerimientos del trasplante sin dejar de mantener la especificidad de cada disciplina.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24244. NEUMONIA LIPOIDEA: UNA CAUSA INFRECUENTE DE HEMOPTISIS MASIVA Y ASMA GRAVE

Aiello G, Stratta A

La Neumonía Lipoidea Exógena (NLE) es un raro padecimiento pulmonar que resulta, en su forma exógena, de la aspiración de material oleoso y su depósito en el pulmón. Presentamos el caso de una forma crónica de NLE, complicada en su evolución de asma bronquial y hemoptisis masiva, que requirió embolización de las arterias bronquiales.

Introducción: la NLE, se debe a la aspiración de material lipídico lo cual provoca lesiones pulmonares inflamatorias alveolares e intersticiales que pueden generar hipervascularización pulmonar con participación del sistema arterial bronquial por lo que pueden llevar a ésta grave complicación.

Las anomalías radiológicas son inespecíficas en la radiografía simple, siendo la Tomografía Computada de gran ayuda diagnóstica

Caso clínico: Hombre de 56 años de edad con historia de rinitis estacional desde la adolescencia en tratamiento con gotas nasales oleosas. Asociaba cuadros frecuentes de disnea sibilante y tos de muchos años de evolución. Se realizaron diversos estudios además de biopsia pulmonar, comprobando infiltrado celular inespecífico de mononucleares y macrófagos vacuolados.

Radiología del tórax con opacidad heterogénea de región parahiliar derecha límites mal definidos. TAC de tórax, con zona

de ocupación del espacio aéreo en el lóbulo inferior izquierdo, en la gotera costo-vertebral desde el segmento dorsal hasta el basal posterior de densidad grasa, con broncograma aéreo. El estudio funcional respiratorio comprobó una obstrucción bronquial de grado muy severo: FEV1 33%, FEV1/CVF 45%, con respuesta no significativa a Salbutamol.

Ingresa al Servicio de urgencias, presentando un cuadro de hemoptisis en curso, de entidad masiva. El estudio endoscópico comprobó sangrado activo a través del bronquio lobar inferior derecho.

Seguidamente se realizó un estudio angiográfico selectivo de las arterias bronquiales. Se procede entonces a la embolización. El procedimiento fue satisfactorio tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico, deteniéndose el sangrado.

Conclusión: La NLE es un raro trastorno pulmonar de muy difícil diagnóstico clínico. El asma bronquial severa y la hemoptisis masiva como complicación de ésta enfermedad pulmonar, son absolutamente infrecuentes. Destacamos la importancia de la arteriografía selectiva bronquial en el diagnóstico y en el tratamiento, sobre todo cuando hay sangrado activo.

24245. FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA FAMILIAR PRESENTACION DE DOS FAMILIAS

Tabaj G, Molinari L, Chertcoff J, Salvado A, Quadrelli S

Caso 1: Paciente femenina de 70 años sin antecedentes de relevancia, que consulta por tos y disnea progresiva de 1 año de evolución hasta MRC 2-3.

Refiere 2 hermanos con diagnóstico de fibrosis pulmonar, uno fallecido.

HRCT: En la periferia de ambos campos pulmonares, a predominio de las bases, se observa engrosamiento de los septos interlobulillares, áreas en VE asociado a bronquiectasias.

FVC 1.77 (77%) VEF1 1.47 (97%) DLCO 10.9 (54%) kCO 4.3 (117%)

6MWT SpO2 basal 95% mínima 93% Distancia: 480 m

Se revisan las tomografías de sus hermanos: ambos presentan hallazgos de Neumonía Intersticial Usual.

Caso 2: Paciente masculino de 64 años con diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática desde el 2004 (biopsia pulmonar con UIP), que consulta por disnea de 10 días de evolución, progresiva, hasta clase 4 MRC. Presentó al ingreso insuficiencia respiratoria hipoxémica con requerimientos de oxigenoterapia a alto flujo (máscara con reservorio).

Presentaba una HRCT de 2004 con engrosamiento de los septos interlobulillares, escaso vidrio esmerilado y áreas de panalización. Se repite HRCT 6 meses previos a la consulta, con aumento de los espacios aéreos quísticos, a predominio de las bases y áreas parcheadas en vidrio esmerilado. En el momento de la internación, se realiza HRCT que evidencia aumento significativo del vidrio esmerilado con persistencia de las lesiones quísticas en panel de abejas. Se inicia esquema antibiótico de amplio espectro y, ante la falta de mejoría, se decide realizar pulsos de metilprednisolona 1g x3, interpretando el cuadro como una exacerbación de FPI.

Como antecedentes familiares, el paciente refiere que su madre ha fallecido a los 52 años a causa de una fibrosis pulmonar, y dos hermanas presentan también diagnóstico de fibrosis pulmonar.

Se evalúa la TC de una de las hermanas: engrosamiento de los septos, bronquiectasias por tracción, panalización de localización bibasal y subpleural.

Conclusión: la FPI familiar se define como aquella que ocurre en 2 o más miembros de una familia, su incidencia es 0,5 a 2,2% de todas las FPI.

Representa un fenotipo molecular extremo del mismo proceso patológico que la FPI esporádica, y se presenta clínica, funcional, tomográfica e histológicamente igual.

El pronóstico es peor cuánto mayor sea el número de sujetos afectados en la misma familia.

24279. EXACERBACIÓN AGUDA DE NID TRAS BIOPSIA PULMONAR POR VATS

Hasner C, Baldi M,

Sanatorio del Carmen - Salta

Varón 36 años se interna para biopsia pulmonar por VATS, con diagnóstico de Enfermedad Pulmonar Intersticial en estudio. AP: TBQ activo (40 paq/año) y pasivo (trabaja desde hace 2 años en un casino, 8 hs/día).

AEA: Consultó a su médico clínico por disnea CFII y dedos en palillo de tambor de aprox. 8 meses de evolución. En la evaluación que se le realizó:

- Ecocardiograma con doppler PSAP 35 mmHg.
- RX TX F: opacidades interst. RN bilaterales
- TACAR opacidades interst. difusas bilaterales tipo vidrio esmerilado (> compromiso llingula y LII).
- EAB: (21%) 7.35/39/101/20/97%.
- EFR normal con morfología de curva F/V restrictiva.

Examen físico: Hipocratismo digital.

Se realiza biopsia lóbulo llingula y LII con buena tolerancia. A las 72 hs, evoluciona con registros febriles aislados, tos con expectoración MP y crepitantes base dcha.

RX TX F: consolidación con broncograma LID por lo que se HC e inicia tto empírico ATB con Ceftriaxona EV.

TAC TX: progresión opacidades interst., atelectasia y consolidación LID con broncograma.

Posteriormente presenta episodio de disnea súbita, taquicardia, taquipnea y desaturación por lo que pasa a UTI con alta sospecha clínica de TEP, iniciando anticoagulación con heparina.

Laboratorio: HTO: 35% GB: 9000 EAB: 7.47/32/58/24/80% (0.21).

Ecocardiograma: IT leve, PSAP: 40 mmHg. Ecodoppler MMII: negativo para TVP.

TAC Helicoidal: sin trombos arteriales, opacidades interst. en parches difusas bilaterales.

Evoluciona tórpidamente con MMV y deterioro del sensorio, por lo que se conecta a ARM y se inician pulsos de prednisona EV.

Biopsia: (informe) cuadro vinculable con NID (Neumonía Intersticial Descamativa) asociada a bronquiolititis focal.

A las 48hs de recibir pulsos de prednisona presenta franca mejoría clínica, Rx y gasométrica por lo que se inicia destete y se extuba a las 24 hs.

Tratamiento al alta: Meprednisona 80 mg/ día - Omeprazol - Isoniacida profiláctica - OCD - Cesación TBQ.

Conclusión: si bien la NID se relaciona con el TBQ, se conoce poco acerca de su patogenia.

En nuestro caso se presenta una exacerbación aguda de la enfermedad relacionada directamente con la VATS, ya que fue posterior a la intervención y sin mediar complicaciones quirúrgicas. Revisando la literatura, encontramos un solo caso similar, también NID agravada tras la práctica de VATS. Queremos destacar que la NID se puede exacerbar bruscamente tras un severo insulto pulmonar.

24289. DAÑO PULMONAR INDUCIDO POR RADIACION: BRONQUIOLITIS OBLITERANTE CON NEUMONIA ORGANIZATIVA

Goffredo DH, Senetiner FS, Barrientos ML, Quintero J, Lutteral MA, Avila C, Olmedo G

La radioterapia (RT) es tratamiento habitual luego de la cirugía por carcinoma de mama. La afección pulmonar por RT puede tener varias manifestaciones. Presentamos dos pacientes con Ca de mama que desarrollaron Bronquiolititis Obliterante con Neumonía Organizativa (BOOP) luego de RT.

Caso 1: Mujer de 62 años. En 09/2006 diagnóstico de Ca. Ductal infiltrante de Mama derecha EI (T1 N0). Cirugía y RT en 01/2007. En 08/2007 comienza con sime consuntivo, disnea progresiva y tos seca. En Rx tórax presenta infiltrado consolidativo en Lob. Inf. Der. Recibe tratamiento antibiótico y ante la falta de respuesta se realiza broncoscopia que descarta infecciones por gérmenes comunes, Koch y hongos, sin evidencia de atipia celular. Evoluciona con resolución parcial del infiltrado. En 10/2007 reaparecen los síntomas con deterioro progresivo. En Rx infiltrado en Lob. Inf. Izq, con mejoría del infiltrado derecho. Nuevamente se descartan infecciones por gérmenes comunes, Koch y hongos. Evoluciona con deterioro progresivo por lo que se realiza biopsia pulmonar (VATS) con diagnóstico de neumonía en organización. Se instaura tratamiento con corticoides a altas dosis con lo que revierte la insuficiencia respiratoria y resuelve los infiltrados pulmonares.

Caso 2: Mujer de 58 años. En 08/2006 Ca. de Mama izquierda EI (T1 N0), cirugía y RT en 01/2007. En 06/2007 comienza con tos con escasa expectoración, sin fiebre. En Rx infiltrado en Lób. Sup. Izq, por lo que recibe tratamiento antibiótico con claritromicina. En TC 07/2007 persiste consolidación en Lob. Sup. Izq. Se realiza PPD (-), esputo para gérmenes comunes y BAAR negativo. Se mantiene conducta expectante y control con nueva TC en 10/2007 con resolución del infiltrado en Lob. Sup. Izq. y presencia de un infiltrado con broncograma aéreo en Lób. Inf. Izq, sin signos clínicos de infección. Ante la falta de evidencia de infección y la sospecha de BOOP por RT se inicia tratamiento con corticoides. Evoluciona con mejoría clínica y resolución del infiltrado.

Conclusión: la presencia de infiltrados consolidativos y migratorios luego de RT puede deberse a Bronquiolititis Obliterante con Neumonía Organizativa (BOOP). Se debe tener en cuenta esta entidad dentro del diagnóstico diferencial de lesiones pulmonares en pacientes oncológicos.

MARTES 18 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24362. NEUMONIA EN ORGANIZACIÓN ASOCIADA A PSORIASIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Penizzotto M¹, Arrien Zucco MF¹, Gimmarayz M¹, Prato A¹, Toledo R¹, Retegui M¹, Falcof N²

¹Sanatorio San Roque (Curuzú Cuatiá) y ²Hospital B. Houssay (Vicente López)

Objetivos: presentar un caso de Neumonía en Organización (antes llamada BOOP) asociada a psoriasis.

Materiales y métodos: mujer de 51 años con antecedente de psoriasis, que comenzó un mes previo con tos seca, disnea, fiebre y exacerbación de la psoriasis. Fue tratada como neumonía con tres esquemas de ATB sin respuesta. Al ingreso se halló una paciente taquipneica, febril, con sat. O₂ de 82%. Laboratorio con VSG de 110, GB de 7900, PO₂ de 48 y el resto normal. La Rx tórax mostró infiltrados mixtos a predominio de LI. Una TACar evidenció extensas zonas parcheadas de consolidación del espacio aéreo con áreas de vidrio esmerilado a nivel de ambos lóbulos inferiores y otras con broncograma aéreo. En UTI se inició tratamiento con VNI, O₂ y corticoides. Se le realizó una FBC y BTB con buena tolerancia de la misma. La paciente evolucionó de manera excelente en 48 hs., pasó a piso y luego fue dada de alta con 1 mg/kg de meprednisona. Antes se le realizó un EFR que mostró una CVF de 58%. Fue controlada por consultorio evidenciando una mejora progresiva. Al mes la TACar mostró franca atenuación de las lesiones, la saturación de O₂ fue de 95% y la CVF de 71%. A los cuatro

meses se hallaba asintomática con TACar prácticamente normal, sat.O₂ de 99% y CVF de 91%. Se exponen los estudios diagnósticos y luego del tratamiento como así también una breve revisión de la asociación entre psoriasis y patología pulmonar.

Resultados: la neumonía en Organización (COP) es un síndrome clínico-patológico más o menos característico conformado por un proceso reparador incompleto del pulmón, ante injurias diversas, con inflamación alveolar y en menor medida de los bronquiolos distales. El término COP reemplaza al de BOOP donde se veía afectado el flujo aéreo. En este caso se produce una afectación restrictiva. Puede darse en forma idiopática o secundariamente a diversas enfermedades.

Conclusión: hay escasos reportes de afectación pulmonar en la psoriasis, generalmente con cuadros de SDRA, secundarios a neumonía intersticial aguda. En este caso hallamos que el compromiso del intersticio pulmonar fue una Neumonía en Organización confirmada por anatomía patológica.

24386. BRONQUIOLITIS CONSTRICTIVA IDIOPÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO

De la Canal A, Viudes JM, Preccerutti J, Ruso P, Svetliza G, Dubra C, Rodríguez J, Las Heras M, Waistein E

Mujer de 59 años, con antecedentes de asma bronquial desde la adolescencia.

2005: internación por crisis asmática severa que requirió ARM. Neumonía asociada a respirador

2006: comienza tratamiento con salmeterol/fluticasona 25/250mcg, c12h

Agosto 2007: internación por crisis asmática que No requirió ARM. Alta con salmeterol/fluticasona/ Oxígeno domiciliario.

EL 4/11/2007 se interna por presentar: disnea progresiva de clase funcional IV con tos y expectoración amarillenta 39 grados axilar sat 80% aire ambiente, crepitantes húmedos y rales a burbuja bilaterales. Se inicio tratamiento con ampicilina/sulbactam y corticoides sistémicos, rx torax intersticiopatía bisasal.

Sin anemia sin eosinofilia. Eritro 50, HC NEGATIVOS
Espu to significativo y negativo para bacterias, hongos y BAAR.
HIV negativo

FAN, ANCA, ANTIsc70 negativo

TAC, TX: Patrón en mosaico con áreas con aumento en la atenuación (vidrio esmerilado) en forma difusa en ambos campos pulmonares alternando con sectores con disminución en la atenuación pulmonar. Estas últimas se acompañan de disminución también de la vascularización, hallazgo que puede estar vinculado a sectores con compromiso de la vía aérea distal y fenómenos de vaso constricción refleja por hipoxia alveolar.

Se decidió Bx pulmonar quirúrgica: Dilatación bronquiolar y ectasia mucoides

Focos de bronquiolitis constrictiva inicial

Daño alveolar distal con hiperplasia de neumonocitos

Leve proliferación fibroblástica septal, diagnóstico AP: BRONQUIOLITIS CONSTRICTIVA.

La paciente cumplió 10 días de tratamiento con ampicilina/sulbactam, afebril y sin hipoxemia,

2 semanas de deltisona 60 mg día con mejoría clínica por lo que se da de alta y se baja dosis en forma pausada hasta llegar a 10 mg, 4 meses más tarde se realiza nueva tac que demostro una mejoría clara de las imagenes, concordantes con la mejoría clínica de la paciente.

Conclusión: la bronquiolitis constrictiva es una enfermedad poco frecuente, menos de 1 por millon de habitantes, más frecuente en mujeres, Tiende a ser una enfermedad progresiva que responde pobremente a los corticoides, con empeoramiento progresivo. Mejor pronóstico en los casos no asociados con

colagenopatias, sin embargo este caso tuvo una respuesta favorable tanto clínica como radiológica.

MARTES 18 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24393. ENFERMEDADES DIFUSAS INTERSTICIALES DE PULMON ESTUDIO RETROSPECTIVO DE UN CENTRO NEUMONOLÓGICO DE CÓRDOBA-ARGENTINA

Ferreira L, Salcedo E, Olguin J, Bermúdez A, Uribe Echevarría EM

Servicio de Neumología – Instituto de Fisiopatología Torácica – Hospital Italiano

Objetivos: analizar la población en sus características epidemiológicas y clínicas; la evolución de la enfermedad y sobrevida.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo de historias clínicas con diagnóstico de enfermedad intersticial pulmonar de la base de datos de nuestro centro. Se analizaron datos demográficos y año de consulta; antecedentes patológicos y de exposición; síntomas, radiografía de tórax (RX TX), tomografía axial computada de alta resolución (TACAR), pruebas funcionales respiratorias (PFR) (espirometría y test de la marcha), tratamiento y evolución. Estas variables se analizaron utilizando datos categorizados, análisis multivariado y curvas sobrevida de Kaplan-Meier.

Resultados: Se analizaron 64 historias clínicas correspondientes a un periodo de 16 años. El 46% fueron diagnosticados antes del 2005 y el número de casos se elevó un 120% a partir de ese año, coincidente con la admisión a la institución de pacientes de servicios sociales para jubilados y pensionados. El 43% eran mayores a 60 años. Los diagnósticos etiológicos fueron, exposición a agentes orgánicos e inorgánicos (36%), enfermedades sistémicas (27%), idiopáticas (20%), enfermedades del colágeno (17%). El análisis multivariado demostró que la mejor evolución la presentaban los varones mayores de 60 años con exposición laboral positiva con síntoma de tos y los que recibieron tratamiento convencional. Tuvieron peor evolución mujeres menores de 60 años con síntoma de disnea; con etiología 2° a enfermedades sistémicas y los casos de fibrosis pulmonar idiopática. Los patrones de RX TX, TACAR y PFR que se relacionaron con evolución favorable fueron el patrón reticular, espirometría restrictiva una escala de Borg menor de 4 y más de 200 mts recorridos con saturación mayor de 90% respectivamente. La sobrevida fue mayor en el sexo masculino, no habiendo diferencias estadísticamente significativas con las otras variables analizadas.

Conclusión: hay alta incidencia de la enfermedad en personas mayores de 60 años. Las patologías por exposición son las predominantes y revelan una peor evolución las mujeres con enfermedades sistémicas y compromiso pulmonar.

24402. CASO CLINICO NEUMONIA LIPOIDEA

Baena Cagnani R, Kevorkof G, Najó MA

Objetivos: diagnosticar una imagen radioopaca de límites no bien definidos en pulmón derecho en un paciente de 56 años

Materiales y métodos: paciente se presenta con tos seca, pérdida de peso, sudoración profusa nocturna, no presenta APP (no tabaquista), LBT muestra VSG de 114, Hb de 10 e Hipoxemia. Examen físico resp. normal. Se inicia tratamiento con doble esquema antibiótico y se solicitan: Rx de tórax, Eco abdominal, Espirometría, Fibrobroncoscopia con BAL y BTB y TAC de tórax de alta resolución con contraste, Marcadores tumorales (PSA, CEA y CA 19.9) y Punción Transtorácica.

Resultados: Rx. de tórax imagen radioopaca de límites no definidos que afecta el 1/3 superior y medio del pulmón derecho e imágenes radioopacas no homogéneas en pulmón izquierdo: Eco abdominal normal; Espirometría sugiere patrón restrictivo; FBC normal; TAC de tórax área de consolidación importante en LSD, irregular, pequeñas áreas de consolidación irregulares en periferia del LID y segmento inferior y lingula del PI. Imágenes parcheadas tipo vidrio esmerilado bilateral sugestivo de neumonitis. Imágenes nodulares en mediastino en región retrocavopretaraqueal.

Punción Transtorácica normal. Marcadores tumorales normales.

Biopsia pulmonar a cielo abierto: Parénquima pulmonar con dilatación de la luz alveolar, hiperplasia de los neumocitos tipo II y estructura microvacuolares a nivel intraluminal. Septos alveolares marcadamente engrosados con estructura macro y micronodulares, acúmulos nodulares de linfocitos y células gigante tipo cuerpo extraño. Áreas fibrociatrazales con colapso de las luces alveolares.

Diagnostico de cuña de parénquima pulmonar con un cuadro de neumonía lipoidea crónica cuya profusión de imágenes macro y micronodulares sugieren una modalidad exógena.

Conclusión: la neumonía lipoidea exógena es una patología poco frecuente y probablemente subdiagnosticada, producida por la aspiración o inhalación repetida de material graso, que puede ser de origen animal, vegetal o mineral.

Fue descrita por primera vez por Laughlin en 1935, como causa frecuente de infiltrados pulmonares en pacientes que utilizaban gotas nasales basadas en aceites.

El diagnóstico de certeza requiere de la demostración de macrófagos cargados de lípidos en el esputo, lavado broncoalveolar (LBA), punción aspirativa-transtorácica con aguja fina, biopsia transbronquial o biopsia pulmonar.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

Cirugía torácica

23985. CANDIDIASIS PLEURAL. PRESENTACIÓN EXCEPCIONAL DE UNA MICOSIS OPORTUNISTA

Barrionuevo Bustos OM, Torres RCA, Sarquis JL, Panero M

Antecedentes: las micosis pulmonares son infecciones reemergentes en nuestros días, en relación con el creciente número de pacientes inmunocomprometidos. Los pulmones son los órganos que principalmente están afectados en las micosis profundas y constituyen el punto de partida para la diseminación a otros sitios. Los hongos son responsables de tan sólo el 1% del total de los derrames pleurales.

Lugar de aplicación: clínica privada.

Objetivos: presentación de un raro caso de derrame pleural.

Material y métodos: paciente de 21 años de edad, cocainómano, HIV (+), consulta por disnea, fiebre, tos y expectoración purulenta de 10 días de evolución. Rx de Tórax F y P y ECO pleural muestran neumopatía con derrame pleural derecho. Pleurocentesis que evidencia líquido purulento. Drenaje pleural con resolución parcial del derrame pleural. TAC de Tórax que muestra un derrame pleural tabicado y organizado, con un pulmón encarcerado y peel pleural evidente. Se decide toracotomía exploradora para toilette y decorticación.

Resultados: toracotomía posterolateral: cavidad empiemática con peel pleural, destacando la presencia de una formación

ovoidea de 8 x 4 cm, flácida, de coloración amarillenta, superficie lisa y suave. La Anatomía Patológica informa un micetoma y en el líquido pleural abundante cantidad de hifas. Si inicia tratamiento con antimicóticos y antibióticos sistémicos con buena evolución.

Conclusión: si bien este tipo de infecciones oportunistas son de presentación excepcional, seguramente se verá en años venideros un incremento sostenido de este tipo de patologías en relación directa con el aumento de pacientes con cuadros de inmunosupresión, aparición de patologías cada vez más complejas y mayor cantidad de enfermos de edades avanzadas.

23986. ANGIOSARCOMA GIGANTE DE PARED TORÁCICA

Barrionuevo Bustos OM, Torres RCA, Sarquis, JL, Panero M, Meyer HR

Antecedentes: los tumores de la pared torácica son raros y constituyen menos del 1% de todas las neoplasias del organismo. En su mayor parte son de origen osteocartilaginoso, con un pequeño porcentaje de tumores de origen vascular. Los tumores de origen vascular se pueden clasificar en tumores benignos y malignos sin embargo esta clasificación como otras son variables y controvertidas. Los más frecuentes son los hemangiomas. Los hemangiendotelomas se consideran tumores de malignidad intermedia y los angiosarcomas son las verdaderas neoplasias malignas de naturaleza vascular.

Lugar de aplicación: hospital regional del valle de traslasierra en la provincia de Córdoba.

Objetivos: presentación de un tumor de marcada rareza.

Material y métodos: paciente de 68 años de edad que presenta una tumoración gigante en región pectoral izquierda de unos 25x15x20 cm, de aproximadamente 3 meses de evolución, no dolorosa, de consistencia blanda esponjosa, la cual había se había intentado reseca bajo anestesia local por su médico de cabecera. El paciente había presentado episodios de disnea y disfagia. Se realiza Rx de Tórax Fy P, TAC de Tórax con contraste y RMN: tumoración de tamaño considerable con compromiso de pared torácica, del parénquima pulmonar y del mediastino el cual comprime e infiltra. Biopsia incisional (+) para angiosarcoma. Lesión de aspecto vascular, muy sangrante al corte, con restos de coágulos y tejido friable. Por los hallazgos imagenológicos, paciente lejos de posibilidades quirúrgicas (irreseccable).

Resultados: paciente con rápido y progresivo deterioro de su performan status, disfagia y disnea marcada, fallece 3 meses después del diagnóstico sin chances de tratamiento.

Conclusión: la excepcional presentación de estos tumores y sobre todo por el tamaño del mismo justifican su publicación. Si bien la resección amplia y agresiva de la pared torácica con reconstrucción de la misma, constituyen el tratamiento de elección, en este caso, las dimensiones y la invasión tumoral extensa que afectaba en profundidad a distintos órganos incluyendo el mediastino, sumado al deterioro progresivo del paciente, lo alejaban de la chance quirúrgica. La combinación de la agresividad de la lesión junto con una consulta tardía permitió solo el diagnóstico y la documentación del caso.

24121. COMPRESION DE TRAQUEA TORACICA POR CONDROSARCOMA DE CUERPO VERTEBRAL DORSAL

Cejas CA, Ortiz Nareto A, Camacho R, Araujo S, Audagna C

Antecedentes: el condrosarcoma originado en cuerpo vertebral es infrecuente. Que sea la compresión severa de la traquea torácica la forma de presentación es aún mas infrecuente. Es este el motivo en que cabe realizar todos los diagnóstico diferenciales de otras etiologías probables.

Objetivos: mostración de caso clínico vinculado a esta patología.

Material y métodos: paciente de 20 años, sin antecedentes patológicos, presenta disnea progresiva de tipo obstructiva. En

estudios radiológicos Rx y TAC se demuestra ensanchamiento mediastinal simétrico y posterior con severa compresión del 90 % de la tráquea en su cara posterior por masa de aspecto «quístico», sospecha de quiste broncogénico. Se realizó broncoscopia rígida, punción transtraqueal con extracción de escasa cantidad de líquido, se dilató y se colocó Stent tipo Dumon recto consiguiendo mantener expedita la vía aérea. Objetivando mejoría de la obstrucción se decidió exploración quirúrgica una semana después. Con intubación simple, bajo control endoscópico se realizó toracotomía derecha anterolateral, resección amplia, no completa pero fragmentada de tumor sólido originado en el cuerpo vertebral de D4. Se pudo descomprimir totalmente la tráquea. No se pudo definir la histopatología durante el acto quirúrgico.

El estudio diferido determinó CONDROSARCOMA DE BAJO GRADO, originado en el cuerpo vertebral. El paciente tuvo buena evolución, sin disnea obteniendo el alta a la semana de la cirugía. El control radiológico posterior demostró ausencia de tumor residual.

Conclusión: se trata de un caso infrecuente de compresión severa traqueal con síntomas obstructivos por un tumor originado en cuerpo vertebral. Los condrosarcomas de cuerpo vertebral con excepcionales.

Se priorizó la obstrucción traqueal con colocación de Stent y luego se efectuó la resección del tumor que fue incompleta. Se trató de un condrosarcoma vertebral de bajo grado. Dado el tipo de tumor y la resección incompleta la probabilidad de recidiva es elevada y el paciente debe ser controlado en forma rigurosa.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24149. PREDICTORES CLINICOS DE METASTASIS MADIASTINICAS EN PACIENTES CON CANCER PULMONAR DE CELULAS NO PEQUEÑAS RESECADO QUIRURGICAMENTE

Quadrelli S, Lyons G, Jordan P, Chimondeguy D, Silva C

Centro de Oncología Torácica – Hospital Británico de Buenos Aires

Objetivos: en este estudio retrospectivo identificamos predictores clínicos de metástasis N2 para definir un subconjunto de pacientes que deben recibir una evaluación más extensa del mediastino antes de definir un tratamiento quirúrgico.

Material y Métodos: Se incluyeron pacientes con NSCLC que fueron sometidos a resección quirúrgica con intento curativo. Se analizaron los hallazgos clínicos y patológicos de cada paciente para identificar factores pronósticos potenciales. Durante la cirugía, diferentes ganglios linfáticos fueron muestreados sistemáticamente.

Resultados: 414 pacientes fueron incluidos (hombres, 74.3%, edad promedio 61.2 ± 9.8 años). No hubo diferencias con respecto a la distribución de edad y sexo entre pacientes con ganglios patológicos positivos N2 (n = 89) y aquellos con ganglios negativos para células neoplásicas. Los pacientes con enfermedad positiva N2 tuvieron un tamaño tumoral significativamente mayor (5.1 ± 0.2 vs. 3.9 ± 0.1 cm, $p < 0.001$) pero no fue diferente en cuanto a la distribución histológica. La tomografía computada (TAC) preoperatoria anormal fue el criterio de mayor valor predictivo para demostrar metástasis en el grupo de pacientes con sospecha de ganglios N2 positivos (38.2% vs. 2.4%, $p < 0.0001$).

El análisis univariado identificó a dos predictores significativos de enfermedad N2: un tumor mayor a 3cm en la exploración tomográfica y una sospecha clínica de metástasis mediastínicas

(cN2). Al utilizar el análisis multivariado, ambos predictores de enfermedad pN2 permanecieron como significativos.

Conclusión: nuestros resultados sugieren el valor predictivo del tamaño tumoral, y las TAC sospechosas de enfermedad N2, especialmente para aquellos pacientes con enfermedad Estadio I. Estos resultados pueden ayudar a determinar qué pacientes deben ser sometidos a una estadificación mediastínica invasiva. No parece estar justificado el uso rutinario de la mediastinoscopia en pacientes cN0 con tumores pequeños debido a la baja incidencia de enfermedad N2 oculta.

24188. RELACIÓN ENTRE LOS DIAGNÓSTICOS SOCIALES Y PSICOLÓGICOS EN EVALUACIONES PARA TX INTRATORACICO

González de Moscoloni S, Martínez L, Ossés JM, Bertolotti A, Favalaro R

Introducción: la evaluación psicológica y social forman parte de los estudios interdisciplinarios a que son sometidos los pacientes posibles candidatos a trasplante intratoracico. Nuestra experiencia nos ha demostrado que una evaluación psicológica y/o social aislada, dicotomiza la realidad del paciente y ofrece una perspectiva parcializada de su situación. **OBJETIVOS:**

Observar si existe dependencia entre el diagnóstico psicológico y social en las evaluaciones de trasplante y analizar si las variables sociales condicionan las psicológicas o viceversa. **MATERIAL Y METODO:** Desde el 2/1/01 al 1/3/05 fueron analizadas 165 evaluaciones psicológicas y sociales para trasplante pulmonar. Las mismas se realizaron a través de entrevistas individuales semiestructuradas, familiares y domiciliarias. Se administraron test de depresión de Zung y de ansiedad STAI. Los diagnósticos sociales y psicológicos se dividieron en las siguientes categorías: Apto(A); Apto condicional (AC); Riesgo Social (RS); No Apto Temporario (NAT) y C1 Sin contraindicación; C2 Necesita Seguimiento psicológico.; C2 (HPR) Alto Riesgo Psicológico.; C3 No se recomienda su ingreso. **RESULTADOS:** diagnósticos sociales: A: 96 (58%); AC: 48 (29%); RS: 16 (9%); NAT: 5(3%). diagnósticos psicológico C1: 33 (20%); C2: 103 (62 %); C2 HPR: 20 (12%); C3: 9(5 %). De las 165 evaluaciones: 50% de los pacientes RS, eran C2 HPR o C3; el 40% de los pacientes NAT eran C2 (HPR) o C3; EL 44,4% de los pacientes C3 eran RS o NAT; el 30% de los pacientes C2 (HPR) eran RS; el 85,4 % de los pacientes presentaron dificultades sociales y/o psicológicas. Fueron trasplantados 50(30%) pacientes de los cuales fallecieron 25 (50%). De los 25 fallecidos, 24 (96%) presentaban dificultades sociales y/o psicológicas

Conclusión: las dificultades psicosociales serían una variable condicionante del pronóstico y la sobrevida del paciente. Asimismo se observó interdependencia dinámica entre las variables psicológicas y sociales. Intentar un abordaje conjunto psicosocial permitiría obtener mejores respuestas adaptativas a los requerimientos del trasplante sin dejar de mantener la especificidad de cada disciplina.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24248. CARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR: DIFERENTES MODALIDADES DE PRESENTACIÓN Y PRONÓSTICO

Vozzi JM, Berduc A, Otero W, Desiderio A, García A, Rugna D **Antecedentes:** el carcinoma de pulmón es la primera causa de muerte por cáncer. Actualmente el adenocarcinoma es el tipo histológico más frecuente. Dentro de este grupo se encuentra el carcinoma bronquioloalveolar (CBA) cuya incidencia parece

haber aumentado en los últimos años y representa el 2 a 5% de todos los tumores primarios de pulmón. La primera descripción fue realizada en 1876 por Malassez, considerándolo un tumor multicéntrico de mal pronóstico. Existen 3 formas de presentación radiológicas: Nódulo pulmonar solitario, consolidación del espacio alveolar y enfermedad multicéntrica o difusa en forma de nódulos múltiples.

Objetivos: evaluar formas de presentación y su evolución pronóstica.

Material y métodos: entre marzo 2004 y abril 2008 se analizaron 12 pacientes tratados con diagnóstico de CBA. Se trata de 8 mujeres y 4 hombres de edades comprendidas entre 39 y 71 años con una media de 59,7 años. Se analizaron datos clínicos, formas de presentación, metodología diagnóstica, tratamiento, mortalidad y sobrevida. Análisis descriptivo observacional. **Conclusión:** la clasificación realizada por el grupo en LOCALIZADA: Tipo 1: Nódulo pulmonar solitario (NPS), Tipo 2A: Infiltrado localizado en un lóbulo pulmonar y DIFUSA: Tipo 2B: Infiltrado que compromete más de un lóbulo y Tipo 3: Nodular múltiple, nos fue muy útil para la evaluación del pronóstico de los pacientes. La cirugía es la mejor chance de tratamiento en las formas localizadas luego de una correcta estadificación. Existe una fuerte asociación entre la forma de presentación y el pronóstico de los pacientes. Los pacientes con enfermedad difusa tienen mal pronóstico y los pacientes con enfermedad localizada TIPO 1 y 2A tienen mejor pronóstico. De los pacientes que se realizaron resecciones pulmonares mayores, con histología mixta con adenocarcinoma, bien diferenciados y sin invasión ganglionar mediastinal tienen mejor pronóstico.

24266. ESTENOSIS TRAQUEAL BENIGNA. SU TTO QUIRURGICO. EXPERIENCIA INICIAL. SERVICIOS DE CIRUGIA, ENDOSCOPIA PER-ORAL Y ANESTESIOLOGIA – HOSPITAL DE INFECCIOSAS F.J. MUÑIZ
Aizenscher GD, Morales A, Arévalo Olmedo J, Duré R, Hardie F

Se comenzó a realizar un trabajo cooperativo en el Htal de Infecciosas F.J. Muñiz, entre el Servicio de Cirugía (Torácica) y el Servicio de Endoscopia Per-Oral. Comenzaron a realizarse el tratamiento conjunto de la patología estenótica benigna de tráquea. Se operaron veinte pacientes entre Marzo del 2006 y Agosto del 2008. con la siguiente distribución de casos 4, en el 2006, 7 en el 2007 y 9 en lo que va del 2008. Dicho crecimiento es atribuible a la resolución de dicha patología en el hospital que es centro de referencia endoscópica en la ciudad de Bs As. De los 20 casos, fueron 8 del sexo femenino y 12 del masculino. La edad fué desde los 17 a los 68 años, con una media de 42,5 años. Dos casos correspondieron a fistula traqueoesofágicas, una de las cuales presentaba estenosis traqueal concomitante. De las 18 restantes, 16 fueron altas, una de las cuales llevaba 10 años de evolución y otro caso tenía colocado un stem desde 2 años a la fecha; y una baja. Todas fueron abodadas y resueltas por vía cervical, excepto la baja, que necesitó una ampliación inferior con esternotomía mediana parcial superior, con resección de entre 1 y 6 anillos, con anastomosis t-t con PDS 4 y 3-0. La evolución postoperatoria fué favorable, con alta promedio al 4to día postoperatorio. No tuvimos complicaciones postoperatorias y la evolución en todos los casos fué favorable.

Conclusión: la estenosis benigna traqueal es una patología en constante aumento. En el Htal Muñiz, dada la gran afluencia de pacientes al Servicio de Endoscopia Per-oral se ha comenzado a trabajar conjuntamente con el Servicio de Cirugía. Esto ha dado buenos resultados, logrando resolver toda la patología que está ingresando al Htal, lo que explica el importante aumento de la cantidad de Cirugías realizadas en este último año. Creemos que el tratamiento quirúrgico de la patología estenótica benigna de la tráquea es la mejor conducta y ésta es solo posible con un trabajo conjunto y comprometido de ambos Servicios. Es nuestra intención presentar ésta, nuestra prime-

ra serie, que arroja resultados terapéuticos similares a las series de los Servicios referentes.

MARTES 18 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24389. SINDROME DE SWYER-MACLEOD. REVISIÓN A PROPÓSITO DE UN CASO

Rodríguez F, Chirino Navarta A, Mondini M, Aragon A, Barbaro L, Bocklet ML

Objetivos: presentar un caso de síndrome de Swyer-Macleod o hiperclaridad pulmonar unilateral y realizar una revisión de dicha patología.

Caso: se presenta un caso de un varón de 29 años, con antecedentes de enfermedad bullosa unipulmonar descubierta en 2004 durante un screening laboral. El paciente consulta en 2007 por disnea de esfuerzo clase funcional II-III. No refiere antecedentes patológicos relevantes, excepto tabaquismo de 20 py que abandona hace 4 años. Tiene 3 hermanos sanos. Trabajó en pintura de autos y actualmente en metalurgia. Sin tratamiento actual. Se le realizan exámenes complementarios. **Espirometría:** FVC 1,28 L (29% pred) FEV1 0,99 L (27% pred) FEV1% 77%. Sin cambios post BD y sin cambios con respecto a previa de 2004. 6MWD 450 m. a1 AT: 146,8 mg% (VN 121-244). Resto de anafítica normal.

TACAR de 2007: Acentuado enfisema bulloso derecho con neumatocele y herniación hacia hemitórax izquierdo con compresión del parénquima izquierdo. Sin cambios significativos con respecto a TACAR de 2004.

Centellograma de ventilación perfusión que informa ausencia de perfusión y ventilación en pulmón derecho.

Arteriografía pulmonar: Dilatación marcada de VD, tronco pulmonar y arteria pulmonar izquierda. PSP: 43 mmHg.

Test de ejercicio: Consumo O2: 23 ml/kg/min.

Debido al deterioro de la clase funcional en un periodo de 6 meses se le ofrece al paciente realizar una neumonectomía derecha. Durante la inducción anestésica el paciente no tolera la ventilación selectiva del pulmón izquierdo, desarrollando Acidosis respiratoria con hipercapnia por lo que se suspende el procedimiento. Se plantea la posibilidad de trasplante pulmonar, en evaluación.

Conclusión: este es uno de los infrecuentes casos de Síndrome de Swyer-Macleod o hiperclaridad pulmonar unilateral. De causa desconocida, se supone que infecciones repetidas en la infancia dan lugar a una obliteración bronquial progresiva con atrapamiento aéreo e hiperinsuflación. En general asintomático, este trastorno puede ser de curso complicado cuando es severo y cuando se agregan infecciones pulmonares recurrentes. La cirugía de reducción de volumen y la neumonectomía han sido planteadas en casos seleccionados, con respuesta clínica aceptable.

MARTES 18 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24407. LOBECTOMIA VIDEOTORACOSCOPICA POR CANCER DE PULMON, EXPERIENCIA INICIAL

Cejas CA, Portas T, Camacho R, Alsinet J, Avagnina A

Antecedentes: la cirugía videotoracoscópica ha ampliado su espectro en la práctica cotidiana de la cirugía torácica. Desde

hace varios años se realizan resecciones pulmonares regladas por cáncer con similares resultados en los aspectos técnicos y oncológicos a los obtenidos con la cirugía abierta, pero con los beneficios que ofrecen las pequeñas toracotomías como menor dolor y reducción de los tiempos de internación.

Objetivos: mostrar nuestra experiencia inicial con cuatro casos operados en el ámbito privado

Materiales y métodos: entre setiembre de 2007 y el julio de 2008, fueron operados cuatro paciente, tres mujeres y un hombre, entre 50 y 73 años, media 49. Se estadificaron en forma habitual y se incluyó mediastinoscopia en todos. En un caso se realizó diagnóstico previo con punción, en otro se punzó durante la cirugía y en los dos restantes se efectuó la lobectomía sin diagnóstico histológico previo. Los funcionales respiratorios fueron normales. Se efectuó lobectomía videotoracoscópica «pura» por una toracotomía de 4 cm. sin separador intercostal y dos o tres trocars. Con muestreo ganglionar mediastinal. Se utilizó sutura mecánica endoscópica para los vasos, cisura y bronquio en los primeros dos casos y en los dos últimos se realizó ligadura de los vasos en forma manual endoscópica con dispositivo especial, dejando la mecánica para la cisura y el bronquio. Se efectuaron dos lobectomías inferiores izquierdas, una superior derecha y una inferior derecha.

Resultados: no hubo conversión, accidentes operatorios ni mortalidad. Una paciente presentó enfisema subcutáneo que resolvió espontáneamente. El tiempo operatorio promedio fue 150 minutos, y de internación 4 días. El número de suturas mecánicas utilizadas fueron 6 de máxima y 2 de mínima, promedio 4. Las lesiones fueron todos adenocarcinomas periféricos, T1N0M0 en el estudio patológico final.

Conclusión: la lobectomía videotoracoscópica en manos entrenadas es técnicamente segura y oncológicamente similar a la abierta. Está indicada en los T1N0M0. Insume mayor tiempo quirúrgico que disminuye con el entrenamiento. Pueden utilizarse menos suturas mecánicas realizando la ligadura interna de los vasos. Hay beneficio demostrado en cuanto al dolor y al tiempo de internación.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

Oncología pulmonar

24122. PRESENTACION INUSUAL DE ADENOCARCINOMA

Chávez MF, Iruستا MJ, Menga G, Poleri C

La presentación más frecuente del adenocarcinoma de pulmón es un nódulo periférico, aunque otras formas de localización simulan diversas entidades clínicas.

Objetivos: presentar los hallazgos clínicos, radiológicos e histopatológicos de un paciente con adenocarcinoma de pulmón, destacando el inusual patrón radiológico nodulillar, y su diagnóstico diferencial con otras lesiones pulmonares.

Caso Clínico: hombre de 39 años, sin antecedentes patológicos, ex tbq 10paq/año, trabajó con exposición al polipropileno con máscara de protección. Consulta por dolor en puntada de costado en hemitórax derecho, tos seca y sudoración nocturna de 1 mes de evolución. Rx de Tórax: infiltrado intersticial bibasal, velamiento de seno costofrénico derecho. Análisis clínicos, alfa-fetoproteína, T3, T4 y TSH dentro de valores normales .PPD negativa. Seriado para BAAR negativo. Ecopleura pequeño derrame pleural, no punzable. Eco Abdominal: normal. TAC de Tórax: patrón nodulillar difuso con imágenes nodulares de

tamaño variable, y derrame pleural derecho. BTB y BAL: no se observaron células neoplásicas ni se obtuvo desarrollo bacteriológico. El paciente evoluciona con progresión de derrame pleural que requiere evacuación. El estudio citológico del líquido pleural informa: Adenocarcinoma con inmunofenotipo correspondiente a origen Pulmonar.

Conclusión: destacamos esta forma de presentación de un adenocarcinoma, para incluirlo entre los diagnósticos diferenciales de otras entidades con patrón tomográfico nodulillar: tuberculosis miliar, sarcoidosis, neumonía por hipersensibilidad, secundarismo y linfangitis carcinomatosa. La variabilidad del tamaño de los nódulos es la característica que sugiere con mayor probabilidad el origen neoplásico de la lesión.

24125. CARCINOMA BRONQUIOLOALVEOLAR, A PROPOSITO DE UN CASO

Irigoyen M, Canteros G, Benedetti D, González JA

Caso Clínico: paciente de 68 años, que ingresa por tos con expectoración mucosa abundante, disnea progresiva clase funcional II-III de 2 meses de evolución, pérdida de peso de 10 Kg aproximadamente. Previa a su internación había recibido múltiples esquemas antibióticos sin respuesta.

Nacida en Capital Federal, labores de tipo administrativo. Tabaquismo hasta la actualidad:

46 paqs. /año

Hipertensión arterial medicada con dieta hiposódica.

Apendicectomizada

Paciente lúcida, afebril, disnea de reposo, taquipneica, MV disminuido con estertores crepitantes en campos medios e inferiores, edemas bimaleolares 1/6

Análisis: GB 20600, Hto 47% Gluc 141

Gasometría: ph:7,43 Co2 31,8 O2 52.5 Saturación: 85% con Fio2 al 21 %.

Rx de tórax infiltrados de tipo algodinoso, opacidades nodulillares.

TC de torax: infiltrados intersticio alveolares bilaterales, sobre campos inferiores, con tendencia a la coalescencia y consolidación del espacio aéreo.

Se intentó FBC, que no se pudo realizar por desaturación de la paciente al introducir el fibrobroncoscopio.

Durante toda su internación fue llamativa la abundante broncorrea.

Dada la imposibilidad de realizar la FBC, se realizaron análisis citológicos de esputo que dieron como resultado: Carcinoma bronquiolo alveolar.

A pesar del tratamiento instituido con corticoides y antibióticos de amplio espectro evolucionó de forma tórpida falleciendo la paciente, por insuficiencia respiratoria.

Conclusión: el carcinoma bronquioloalveolar es una variante de adenocarcinoma cuya incidencia no está bien establecida, siendo más frecuente en hombres, distinguiéndose por crecimiento distal, con diseminación aérea y linfática, con citología bien definida, respetando en su crecimiento la arquitectura pulmonar, con septo pulmonar intacto.

Marcada vinculación con el habito tabaquico.

El diagnostico diferencial se efectúa con otras formas de adenocarcinoma, hiperplasia adenomatosa atípica, y metastasis de carcinoma primario de colon.

Para distinguirlo de otras formas de adenocarcinoma se necesita el uso de pruebas histoquímicas como citokeratinas 7 y 20. El cuadro clínico más representativo es la broncorrea más la hipoxemia.

El tratamiento de la broncorrea se realiza sobre la base de corticoides y antibióticos.

En cuanto a la terapia de fondo depende del estadio y en general responden a la quimioterapia combinada.

24135. CARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE BRONQUIAL EN PEDIATRÍA, PRESENTACIÓN DE UN CASO

Ruffolo V, Giordano P, Izaguirre C, Broglia B, Sclavo L, Bisero E, Verón D, Picón A

Introducción: los tumores primarios de pulmón son extremadamente raros en niños. Dentro de los mismos el carcinoma mucoepidermoide es uno de los menos frecuentes.

Suele manifestarse como neumonías recurrentes o atelectasias sin resolución.

Se clasifican en alto y bajo grado de malignidad, siendo esta última la forma de presentación de mayor prevalencia.

La resección quirúrgica es el tratamiento de elección.

Objetivos: Presentación de un caso clínico, de una patología excepcional en pediatría.

Caso clínico: Paciente BL, 11 años, sexo femenino, sin antecedentes patológicos de importancia, que consulta por tos y fiebre de 15 días de evolución.

Se realiza Rx de tórax: velamiento del hemitórax izquierdo, con signos de retracción, se interpreta como neumonía + atelectasia, se interna iniciando tratamiento con penicilina y kinesioterapia intensiva, sin respuesta clínica, ni radiológica al finalizar el mismo.

TAC de tórax: Atelectasia mayor al 90% del pulmón izquierdo con marcada desviación del mediastino hacia la izquierda, lesión densa que compromete el hilio pulmonar.

Fibrobroncoscopia: bronquio fuente izquierdo; se observa estructura endoluminal nacarada, que hace protrusión y obstruye la luz bronquial.

Se toma muestra de biopsia para cultivos, que fueron negativos y para anatomía patológica.

PET: Captación patológica en hilio pulmonar izquierdo.

Anatomía patológica:

Pared bronquial infiltrada por neoplasia de células poligonales de amplio citoplasma, pálido, vacuolado y núcleos irregulares, vesiculosos, formando nidos, rodeando estructuras conectivo vasculares.

Se realizan técnicas con PAS y Alcian Blue, positivos en el citoplasma de las células.

Fenotipo: vimentina -, TTF-1 -, CK +, CK 20 -, CK 7 +, CDX2 -.

Diagnóstico: ADENOCARCINOMA MUCOEPIDERMÓIDE DE BAJO GRADO DE MALIGNIDAD.

Se realiza neumonectomía izquierda. Adenopatías regionales, negativas.

Conclusión: la alta prevalencia de atelectasias en pediatría, obliga a remarcar la importancia de su seguimiento, y de la realización de la fibrobroncoscopia en caso de no resolución. La intención de la presentación de este caso clínico, es incluir dentro de los diagnósticos diferenciales, una patología excepcional en niños, como el adenocarcinoma bronquial.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24142. NSCLC EN MENORES DE 32 AÑOS: PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

Tabaj G, Rodríguez R, Lancellotti D, Torres R, Itcovici N, Zabert I, Grodnitzky L., Malamud P

Caso 1: Paciente masculino de 29 años TBQ 5 cig/día, que consulta por tos y pérdida de peso de un mes de evolución. Rx Tx: velamiento del hemitórax derecho. Se realiza FBC: carina fija y compresión extrínseca de BFD, con oclusión total de BI, mucosa infiltrada. Biopsia: carcinoma indiferenciado no célu-

las pequeñas. Evolucionan con SVCS, inicia tratamiento QMT con etopósido + cisplatino y fallece tres meses después.

Caso 2: Paciente masculino de 31 años TBQ 15 p/y que consulta por tos y toracodinia izquierda asociado a pérdida de peso de un mes de evolución. Rx Tx: velamiento de hemitórax izquierdo. Broncoscopia rígida: BFI ocluido en su totalidad por formación blanquecina vascularizada. Bp: Carcinoma indiferenciado no células pequeñas. TC cerebro: MTS cerebral temporoparietal. Evolucionan con SVCS. Realiza QMT. Fallece tres meses después.

Caso 3: Paciente masculino de 31 años TBQ 26 p/y consulta por disnea, tos productiva y toracodinia de 1 mes de evolución. RX TX: Atelectasia de LSD. FBC: carina fija gruesa BFI reducción del 50% de la luz por compresión extrínseca y BFD calibre reducido por compresión extrínseca. BLS: espólón grueso segmentos obstruidos por mucosa infiltrada y compresión extrínseca. Bp bronquial: carcinoma no células pequeñas. Se inicia tratamiento con QMT etopósido + platino. Vive a la fecha, luego de tres meses de la primera consulta.

Conclusión: el carcinoma broncogénico es la primera causa de muerte por cáncer en hombres adultos en el mundo occidental y, desde 1986, también lo es en mujeres norteamericanas.

El NSCLC representa el 80% de todos los cánceres de pulmón y tiene mal pronóstico, con una supervivencia global a 5 años de 10%. La incidencia es mayor entre la sexta y séptima década, solamente el 3% de los casos ocurren en personas menores de 45 años.

Ha sido reportado que los pacientes más jóvenes presentan una enfermedad más avanzada con un peor pronóstico que los sujetos mayores.

Los factores de riesgo para el desarrollo temprano del cáncer de pulmón permanecen relativamente desconocidos. Varios estudios han demostrado una mayor proporción en mujeres, con predominio de adenocarcinoma y una relación con el tabaco.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24278. MASA MEDIASTINAL EN PACIENTE CON NEUROFIBROMATOSIS

Cardozo R, Grabre P, Sussini M, Gromenida P, Arnica G, Roa A

Introducción: la enfermedad de Von Recklinghausen o Neurofibromatosis tipo 1 (NF-1) es un desorden autosómico dominante, caracterizado por neurofibromas múltiples, manchas café con leche, nódulos de Lisch y efélides, con una prevalencia de 1/3000. Dentro de las masas de Mediastino Posterior se encuentran los tumores de las vainas de los nervios; el 25-40% de estos pacientes tiene NF-1. Las transformaciones malignas (neurofibrosarcomas o schwannomas malignos) son raras, su incidencia es mayor en los que padecen esta rara afección neurológica (10-20%).

Caso clínico: masculino 29 años, consulta por dolor en hemitórax izquierdo de 4 meses de evolución, tipo puntada de costado que se exacerbaba con la tos e inspiración profunda, de intensidad progresiva, el cual cedía con reposo y decúbito lateral izq. A los 2 meses se agrega tos con expectoración mucosa, disnea CF I-II, cambios en la voz, astenia, adinamia y pérdida de peso. 1 mes después nódulos de 1-1,5 cm de diám. duro elásticos no adheridos a planos profundos no dolorosos sin signos de flogosis y máculas color café con leche generalizadas (+6-madre/hermano con iguales lesiones). Ex físico nódulos subcutáneos en cara, inyección conjuntival, edema bípalebral, ingurgitación

yugular 2/3 sin colapso inspiratorio, expansión de bases y vértices disminuidos, disminución de vibraciones vocales, matidez y rales en hemitórax izq, Sme Claude- Bernard- Horner izq, trast vegetativos, monoparesia e hipoestesia braquial izq.

Lab GB14400 Hto44% Pla50000 Glu84 U26 Cr0,99 FAL799 LDH843 VDRL(-) Liq pleural pH8,07 Rec.Cel 5/mm3 Glu53 Prot4,6 LDH208 Amarillo ligeramente turbio, regulares hematíes. EAB pH 7,41/PCO2 37,1/PO2 81/Bic 23,2/EB 0,6/Sat 96,6%. RX Tórax velamiento de hemitórax izq, desplazamiento de mediastino hacia la dcha. TC Tórax Masa homogénea que ocupa totalmente el hemitórax izq, derrame pleural homolateral importante. Impronta y PAAF hallazgos compatibles con Neurofibroma con cambios de malignidad (Sarcoma). Evoluciono con síndrome mediastinal, se inicia GCC, pleurocentesis evacuadoras y Radioterapia. Se plantea tto quirúrgico, negándose el paciente. Mala evolución con deterioro cardiorespiratorio, óbito.

Conclusión: los neurofibrosarcomas son localmente invasores, frecuentemente producen recurrencia local y metástasis lo que dificulta su reseccabilidad. Motiva la presentación de este caso lo inusual de la entidad clínica, así como su alta mortalidad.

24280. PACIENTE DE 63 AÑOS CON AMILOIDOSIS SISTÉMICA (AL) SECUNDARIA A MIELOMA MÚLTIPLE Y DERRAME PLEURAL PERSISTENTE

Bailleau N, Otaola M, Fernández S, Rossi G, Iermoli R, Luna C

La amiloidosis es un grupo heterogéneo de enfermedades causada por la sobre expresión y depósito de proteínas en el tejido extracelular. Se clasifica según la subunidad proteica que genera la fibra amiloide.

El derrame pleural es una complicación infrecuente de la amiloidosis AL. La cardiomiopatía y el síndrome nefrótico inducidos por amiloide, que acompañan el derrame, sugieren que la alteración en las fuerzas hidrostáticas podrían dar origen al mismo. Sin embargo, por la falta de respuesta al tratamiento diurético y la frecuencia de exudados se cree que la infiltración pleural de amiloide es responsable del desarrollo del derrame. Se describieron hasta en 2004 un total de 58 casos (27 biopsias) de derrame pleural como complicación de amiloidosis. Dada su relativa baja frecuencia creemos que resulta interesante contribuir con nuestra experiencia.

Caso clínico: paciente mujer de 63 años con antecedentes de amiloidosis AL desde el 2006 con infiltración de parótida, lengua, cuello e intestino y mieloma múltiple micromoleculas diagnosticado en el 2007. Recibió quimioterapia y realizó trasplante autólogo de médula ósea.

Ingresa a nuestra institución para estudio de derrame pleural persistente. Presenta hipoventilación a predominio izquierda, matidez a la percusión y ruidos cardíacos hipofonéticos. En el laboratorio se observa Hto 29%, plaq 54000, VSG 48. Rx tórax con cardiomegalia, velamiento de senos costofrénicos. La TAC de tórax informa derrame pleural bilateral con atelectasia pasiva y derrame pericárdico. Se punza el líquido pleural, compatible con un trasudado (LDH 210 (0,5), prot 2,7 (0,4)) y comienza tratamiento diurético. El ecocardiograma informa derrame pericárdico moderado, función sistólica conservada, sin infiltrado miocárdico. Por falta de resolución del derrame luego de 4Kg de balance negativo se realiza una punción biopsia pleural con aguja de Abrams. En anatomía patológica la tinción de rojo congo fue positiva.

Conclusión: si bien el derrame pleural no es una complicación frecuente en pacientes con diagnóstico de amiloidosis AL, ante la presencia de derrame pleural persistente se debe sospechar la infiltración amiloide de la pleura, diagnóstico que se accede con relativa facilidad por biopsia transcutánea y de importancia terapéutica y pronóstica.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24318. MARCADORES MOLECULARES EN CARCINOMA DE PULMÓN A CÉLULAS NO PEQUEÑAS (NSCLC) ESTADIO I Y II.

Smith D, Da Lozzo A, Dalurzo M, Puricelli L, Lastiri J, Pallotta G, Vassallo B

Antecedentes: a pesar de esfuerzos para reducir la mortalidad asociada al cáncer de pulmón, 20% de pacientes NSCLC EI y 30 % EII recidivan, y evolucionan al óbito.

Objetivo: Búsqueda de marcadores moleculares de utilidad clínica en pacientes NSCLC estadio bajo (NSCLC EB) para brindar mayores posibilidades curativas.

Lugar de aplicación: Hospital Privado Escuela.

Diseño: Observacional retrospectivo.

Población: 73 pacientes NSCLC EI y II.

Método: Análisis uni y multivariado de expresión de 12 moléculas relevantes, en cortes histológicos (de cirugías) de tumores primarios. Se asoció expresión molecular con características clínico-patológicas en uso en NSCLC, incluyendo supervivencia global (SVG). Mediana seguimiento: 48 (3-116) meses. Moléculas estudiadas: moléculas de adhesión (complejo E-Cadherina/ β -Catenina y NCAM, molécula de adhesión neuronal); receptores de membrana (EGFR o HER1) y T β RI, receptor I del factor de crecimiento transformante beta); receptores nucleares (estrogénicos α/β , progesterona y ácido retinoico α/β); otras (CRBP y p53). Se analizó inmunomarcación en localizaciones subcelulares.

Resultados: biomarcadores se expresaron en distintos porcentajes. 50 % perdió E-Cadherina/ β -Catenina; 22 % expresó NCAM; expresaron moléculas de vías de señalización de hormonas sexuales y ácido retinoico; 60 % expresó EGFR; 26%, T β RI; 33%, p53 mutado. Estudios de SVG: expresión alta de RAR α/β citoplasmático; pérdida de β -Catenina citoplasmática y EGFR se asocia independientemente a mal pronóstico. Pérdida de RE α/β nuclear se asoció a mal pronóstico (dependiente del tratamiento). Pérdida simultánea de RE α/β nuclear y EGFR predice mejor SVG que en forma separada. Doble negatividad (ER α/β - y EGFR-): peor supervivencia.

Conclusión: estudios de perfil molecular que incluyan β -Catenina, RAR β , RE β y EGFR, permitirán identificar pacientes NSCLC EB con mayor riesgo de mala evolución, logrando intervenciones terapéuticas más efectivas y tempranas, aumentando oportunidad de curación.

Pacientes NSCLC pueden ser potenciales candidatos para tratamientos anti-estrogénicos o con derivados de vitamina A, ya que poseen varios componentes de estas vías de señalización. Puede abrirse una nueva posibilidad terapéutica para pacientes NSCLC estadio bajo.

MARTES 18 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24354. SIGNIFICADO PRONÓSTICO DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y LA EXPRESIÓN DE EGFR Y BCL-2 EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DE PULMÓN EN ESTADIO I

Morero JL, Poleri C, Martín C, Vazquez MF, Cisilino V, Rosenberg M

NSCLC es un grupo heterogéneo de enfermedades que incluye pacientes con diferentes características clínicas, patológicas y moleculares. Conocer cuáles están asociadas a mayor riesgo de progresión permitiría personalizar el tratamiento.

Con ese objetivo estudiamos las características clínico-patológicas y expresión de marcadores, de 43 pacientes con resecciones completas de adenocarcinomas (A) y analizamos su valor pronóstico y comparamos los resultados con 34 pacientes con no adenocarcinomas (no A) de pulmón en igual estadio.

Realizamos inmunohistoquímica en muestras de tumor para detectar la expresión de proteínas de proliferación y muerte celulares: Ki67, Rb, EGFR, p53 y Bcl-2.

La mediana de tiempo de seguimiento fue de 59 meses y la supervivencia libre de enfermedad (DFS) de 63 % a los 5 años, para todo el grupo.

Los pacientes con A fueron 43/77 (56%), 11 (26 %) mujeres, 23 (53 %) menores de 65 años, 8 (21 %) no fumadores, 14 fallecieron y 16 progresaron; mediana de DFS: 108 meses. Los pacientes con No A fueron 34/77 (44 %), 2 (6%) mujeres, 20 (59 %) menores de 65 años, 100 % fumadores, 19 fallecieron y 11 progresaron; mediana de DFS: 65 meses. Los A fueron observados en mujeres y no fumadores con mayor frecuencia que en los No A ($p=0.031$; 0.006), y la expresión de bcl-2 se observó con mayor frecuencia en los NoA ($p=0.004$). Los 8 pacientes No fumadores tuvieron todos A EGFR (-).

El análisis univariado no mostró diferencias entre DFS de A y No A. Los pacientes con A que tuvieron menor DFS fueron los mayores de 65 años ($p=0.049$), fumadores ($p=0.018$), que tenían tumores que invadían la pleura visceral ($p=0.049$) y con expresión moderada o fuerte de EGFR ($p=0.022$). En los pacientes con No A sólo la ausencia de expresión de Rb estuvo asociada a menor DFS ($p=0.000$). Los pacientes con A y expresión de bcl-2 tuvieron menor OS ($p=0.039$) y progresaron antes ($p=0.042$).

Conclusión: nuestros resultados sugieren que es necesario considerar el tipo histológico en la selección de marcadores moleculares para evaluar el riesgo de recaída de los pacientes.

24385. DERRAME PLEURAL EN PACIENTE CON CONDROSARCOMA DE PARRILLA COSTAL. PRESENTACIÓN DE UN CASO

Lodigiani M, Jaimet M, Chapelet A, Bertollo N, Kuzmicz G, Ferrero M, Urteaga A, Schmidt S

Paciente de 22 años con legrado por huevo huero; consulta en forma ambulatoria por cuadro de 5 días de disnea, constatándose derrame pleural izquierdo indicándose claritromicina por NAC con derrame pleural. Por progresión de su disnea hasta hacerse de reposo, y agregar tos seca y dolor tipo puntada de costado en hemitórax izquierdo ingresa a nuestro servicio.

Examen físico TA 120/80 FC 106 Tª 37,5 °C FR24. Auscultación: murmullo vesicular disminuido en base y campo medio izquierdo, vibraciones vocales y expansión de bases disminuida en hemitórax izquierdo, matidez desplazable. Tumoración paravertebral izquierda de 12 por 10 cm duro-elástica, sin flogosis. Hto 33%, Hb 11 g/dl, GB 8900/mm³ (PMN 72%), FAL 187 mUI/ml, VES 60 mm 1Hora. LDH 372. EAB: pH: 7.54, pO₂:77, pCO₂:27, HCO₃:23, Sat: 97%, EB 2,7 (FIO₂ 21%). Líquido pleural: amarillo claro, pH 7,7; LDH480; glucosa 98; proteínas 4,7; alb 3,2; Rivalta +, directo y cultivo negativo. Anatomía patológica de LP: (2 muestras): 1) material hemático con escasos linfocitos, 2) abundantes linfocitos con escasas células mesoteliales de núcleo reactivo. Rx tórax F: radiopacidad en campo medio y base pulmonar izquierda.

TAC tórax –Abdomen: derrame pleural izquierdo moderado. En región paravertebral izquierda imagen heterogénea mixta a predominio sólido con área hipodensa en el centro compatible con necrosis, destrucción de la región costal adyacente a la vértebra, desplaza fascia pararenal posterior hacia delante comprimiendo y desplazando el riñón izquierdo hacia adelante. Biopsia bajo TAC: AP: condrosarcoma semidiferenciado grado nuclear II.

Conclusión: los tumores primarios de la pared torácica son raros, se destacan por su frecuencia los condrosarcomas. Representan 1/3 de las neoplasias costales primitivas, un 10% aparece después de otro tumor benigno.

Es habitual en menores de 20 o entre los 50-70 años; predomina en varones. La mayoría de los condrosarcomas de la pared torácica se manifiestan como masas con o sin dolor. Cuando afectan el pulmón, dan tos y dolor torácico.

El tto es dificultoso debido a la localización y su proximidad a estructuras neurovasculares.

Describimos este caso debido a que el derrame pleural es una presentación atípica del condrosarcoma y más aún en el sexo femenino.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

Neumonología pediátrica

24123. UTILIZACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL NIÑO CON ASMA

González NE, Pawluk V, Giorgetti M, Loor C, Giannotti L, Lerer C, Nobua O

Hospital de Niños Pedro Elizalde

En los últimos años se han registrado importantes avances en las técnicas y equipamiento de medición de función pulmonar, esto permite ofrecer a los niños con asma recursos para lograr un adecuado control de la enfermedad logrando una buena calidad de vida.

En el manejo del asma se describen cuatro pilares fundamentales; control ambiental, educación del paciente y su familia, tratamiento medicamentoso y mediciones objetivas de la función pulmonar. Así como no se concibe el seguimiento de un paciente hipertenso sin mediciones de tensión arterial, de la misma manera deben realizarse mediciones objetivas de la función pulmonar cuando se trata un niño con asma.

Objetivos: 1) Determinar el porcentaje de niños mayores de 6 años que llegan a nuestro Hospital con diagnóstico de asma a quienes se les realizó alguna espirometría para acceder al diagnóstico o controlar su evolución, 2) Características clínicas de estos pacientes.

Material y métodos: se encuestaron 157 madres de pacientes mayores de 6 años con diagnóstico de asma, que consultaron por primera vez en el Consultorio de Orientación Neumonología durante los meses de junio a diciembre de 2007.

Resultados: del total de pacientes encuestados a solo el 26% se le había realizado alguna espirometría. La Media del tiempo de tratamiento de los pacientes en la muestra fue de 19,7 meses y en el 64% de los niños con asma nunca se midió su función pulmonar.

La mayor proporción de los pacientes eran tratados por pediatras quienes utilizaron muy poco el estudio espirométrico para el diagnóstico o seguimiento de sus pacientes.

Conclusión: si bien el diagnóstico de asma es fundamentalmente clínico, es de suma importancia la medición objetiva de la función pulmonar en aquellos pacientes en los cuales se considere la posibilidad de este diagnóstico, como así también para la evaluación de respuesta al tratamiento y necesidad de modificarlo. Según la información obtenida concluimos que los profesionales médicos a cargo del tratamiento de pacientes con asma no utilizan este método de diagnóstico y seguimiento, y solo una pequeña proporción de los mismos indican este método no invasivo que actualmente se encuentra accesible en la gran mayoría de los casos.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24322. ROL DE LA TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTADA DE TORAX DE ALTA RESOLUCIÓN EN EL DIAGNOSTICO DE LA TUBERCULOSIS PULMONAR INFANTIL

Inwentarz S, Cragolini de Casado G, Estevan R, Natiello M, Capone L, Viña JL, Medin MI, Martínez D, Arrigone J, Annate E

Instituto de Tisieneumonología «Prof. Dr. Raúl Vaccarezza» - UBA

Objetivos: valor de la TAC convencional y con cortes de Alta Resolución c/s contraste en pacientes pediátricos con sospecha clínico/radiológica de tuberculosis pulmonar en los que el diagnóstico radiológico no es concluyente como para iniciar una terapéutica.

Materiales y métodos: estudio prospectivo observacional. RX de tórax observada por 3 especialistas. Sobre 238 ptes. que consultaron por control de contactos TBC en el período entre 01/01/07 al 31/07/08 presentaron RX de tórax patológica que permitió iniciar una terapéutica tuberculostática: 31(13,03%); Rx. aparentemente normal: 119 (50%) y RX dudosa: 88 pacientes (36.97%). En estos últimos, ante la imposibilidad de llegar a un diagnóstico preciso, se solicitó TAC pulm. de Alta Resolución c/s contraste. Se encontró patología pulmonar en 22 de esos 88 ptes, 25%(Yates: $p < 0.005$), 45%, correspondieron al sexo M, 55%, al sexo F; 40% a menores de 1 año; 36% entre 1-2 años; 27% de 3-4 años; 18% mayores de 4 años; 9% presentaron factor de riesgo para multiresistencia, siendo tratados como tales (2 ptes). 8 pacientes tenían PPD mayor/= a 10, 14 menor a 10 (5 =0 mm, 9 =6-mm). Entre los patrones compatibles, encontramos: Colapsos parenquimatosos, micro calcificaciones Peritraqueales, opacidades subpleurales y lobulares, adenopatías mediastinales pretraqueales, retrocavos, subcarinales y axilares, consolidaciones parenquimatosas sin y con cavitaciones, calcificaciones anulares y lineales, imágenes nodulares, Atelectasias segmentarias y subsegmentarias, tractos fibrocicatrízales, engrosamientos de paredes bronquiales, áreas de atrapamiento aéreo, colapso parenquimatoso, infiltrados acinares, derrames pleurales mínimos (no visibles en la Rx convencional) y engrosamientos septales.

Conclusión: la TAC Pulm. es un est. sencillo, minim. invasivo y de bajo costo actualmente. Si bien, no esta considerada un estudio de rutina para el dg de TBC, puede ser de utilidad en lesiones mínimas o inaparentes, permitiendo un diagnóstico y tratamiento precoz, evitando el desarrollo de enfermedad pulmonar grave y diseminada.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

Enfermedades obstructivas

24134. RELACIÓN ENTRE LOS NIVELES DE IGE SÉRICA TOTAL CON LAS MODIFICACIONES DE LA FUNCIÓN VENTILATORIA EVALUADA POR ESPIROMETRÍA EN PACIENTES ASMÁTICOS

Vanoni S¹, Carri J¹, Daniele J², Ponce C², Bocco G²

(1) Cátedra de Semiología. Hospital San Roque. Facultad de Ciencias Médicas. UNC. (2) Biocon laboratorio bioquímico de alta complejidad. Córdoba. Argentina

El asma bronquial es una enfermedad inflamatoria crónica de las vías aéreas caracterizada por obstrucción variable al flujo

aéreo. La inmunoglobulina E (IgE) parece cumplir un rol preponderante en su fisiopatogenia. El objetivo de este trabajo fue investigar si los niveles elevados de Ig E guardan relación con las modificaciones de la espirometría en pacientes adultos asmáticos.

Se estudiaron 63 pacientes adultos con asma bronquial sin factores diferentes del asma que pudieran alterar la espirometría. Se midieron los parámetros de función ventilatoria estableciéndose tres patrones: normal para aquellos pacientes sin modificación en la espirometría; obstructivo para quienes exhibieron un cociente volumen espiratorio forzado en el primer segundo/capacidad vital forzada (VEF1/ CVF) inferior al 70%, y restrictivo para aquellos con una capacidad vital forzada inferior al 80%; siempre y cuando, no fuera secundario a un aumento del volumen residual por obstrucción severa . Los niveles de Ig E sérica total se obtuvieron mediante inmunoradiometría. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS v10.0. Se aplicó la Prueba de X2 considerándose significativo $p = / < 0.05$.

Veinte pacientes fueron masculinos y 43 femeninos. La edad promedio se correspondió con $36,68 \pm 8,82$ años. En consideración a las limitaciones de la espirometría para diferenciar restrictivos puros o por aumento del volumen residual, la muestra se dividió en dos grupos. Al grupo con espirometría normal le correspondieron 36 (57%) pacientes y tuvieron alguna modificación ventilatoria 27 (43%) individuos. La Ig E mostró un valor mínimo de 15 UI/ml. Los valores mayores a 600 UI/ml fueron incluidos dentro del rango «aumentada». La media fue $297,6 \pm 211,66$ UI/ml. Estuvo dentro de valores normales en 18 (28,6 %) pacientes y aumentada en 45 (71,4 %).

Conclusión: aunque la Ig E sérica total exhibe, generalmente, valores elevados en los pacientes atópicos y en muchos asmáticos, no se pudo establecer en esta casuística relación entre su aumento y el deterioro de la función pulmonar mediado por espirometría ($p = ns$).

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24143. PREVALENCIA DE OBESIDAD EN PACIENTES EPOC

Aguilera E, Carbonari M, Buffarini MA

Introducción: la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es la cuarta causa mundial de muerte, comprende bronquitis crónica y enfisema considerandose a esta enfermedad como un proceso con implicancia sistémica. En lo que se refiere a la parte nutricional y metabólica el enfisema se asocia con pérdida de peso y disminución de masa muscular, a diferencia de la obesidad y el sobrepeso que se relaciona con la bronquitis crónica y menos frecuentemente con el enfisema. En nuestro trabajo se determina la prevalencia de la obesidad en pacientes EPOC ambulatorios. **Material y métodos:** Se estudiaron 32 pacientes cuyos datos fueron obtenidos de la base de datos de neumonología del Nuevo Hospital de Río Cuarto, todos mayores de edad sin diferenciación étnica, en un período comprendido entre enero y julio de 2008. Las variables utilizadas fueron la edad, sexo, estatura y peso al momento del estudio calculando el índice de masa corporal (IMC) clasificando además a los pacientes según los estadios de EPOC utilizando la estadiificación de GOLD con los resultados obtenidos de las espirometrías. **Resultados:** De los 32 pacientes estudiados, 21 (65.6%) fueron de sexo masculino y 11 (34.4%) fueron de sexo femenino, con un rango de edad que fue de entre 38 y 78 años con un promedio de 58 años. El promedio de peso para las mu-

jer es fue de 64.27 Kg. y para los hombres fue de 76.6 Kg., el promedio general de estatura fue de 166 cm siendo de 171.66 cm para hombres y de 156.8cm para las mujeres. El IMC promedio fue de 26.2 siendo el de las mujeres de 26.15 y el de los hombres de 26.1; del total, 17 pacientes entraron en la categoría de IMC mayor de 25, es decir una prevalencia de obesidad del 51% de los pacientes EPOC, siendo 11(34%) para sobrepeso, 3 de grado I ,2 de grado II y 1 grado III. En cuanto a la gravedad de EPOC 20 pacientes (62%) fueron clasificados como estadio IIA, 7 en estadio IIB ,3 en estadio III y 2 en estadio I. **Conclusión:** en nuestro estudio la prevalencia de sobrepeso u obesidad descripta es muy alta, lo que indicaría algún grado de relación entre EPOC y obesidad. La importancia es que en el inicio del diagnóstico de esta enfermedad además de la valoración clínica y de los estudios complementarios habituales como gasometría, espirometría, entre otros, se debe tener en cuenta la valoración nutricional desde el comienzo y un seguimiento periódico del estado nutricional.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24263. EPOC SECUNDARIO A DAAT

Cadamuro G, Di Fonzo P, Alvarez R, Pereyra B, Kevorkof G

Hospital San Roque y Hospital «Tránsito Cáceres» de Allende

Introducción: la AAT es una proteína sintetizada por el hígado que actúa previniendo los daños causados por las enzimas proteasas. La DAAT es un trastorno hereditario autosómico recesivo muy prevalente que se caracteriza por la producción anormal de la proteína AAT. La DAAT puede manifestarse en adultos como una enfermedad pulmonar crónica (enfisema, bronquitis crónica, EPOC, bronquiectasias y asma) tan precozmente como en la tercera década de la vida, especialmente en fumadores. La enfermedad hepática ocasionada por la DAAT puede manifestarse a cualquier edad.

Objetivos: plantear el diagnóstico de DAAT como causa precoz de enfisema.

Antecedentes: paciente de 56 años con antecedentes de asma tratada con inmunoterapia por aproximadamente 15 años en diferentes instituciones. Concorre a la consulta por disnea progresiva, tos crónica y exacerbaciones infecciosas frecuentes. Refiere antecedentes de tabaquismo de 0.3paq.years.

Examen físico: hipoventilación y roncus bibasales.

Laboratorio: normal, hepatograma: normal. EAB (AA): PH 7.42, PCO₂ 42, PO₂ 75,2, SAT. O₂ 95,3%. Rx de Torax: hiperinsuflación, aumento de la radiolucidez en segmentos basales, aplanamiento diafragmático. TAC de Torax: enfisema panlobulillar a predominio bibasal. Espirometría: FVC 0.92 L (33.6%), FEV₁ 0.56 L (24.1%), FEV₁/FVC 77.6%. Distancia TM6M (m): normal. Dosaje AAT: 1º: 27mg/dl, 2º: 29mg/dl para VN:93-224 mg/dl. Fenotipificación: Pi ZZ

Tratamiento: LABA +β2+ AC, esteroides VO en las exacerbaciones. Comienza además con concentrado de AAT a dosis de 180mg/kg c/21 días, por vía parenteral.

CONCLUSION: En todo paciente con EPOC debería determinarse una vez en su vida la concentración de AAT; en aquellos con concentraciones bajas (11μM) se debería conocer su fenotipo.

24276. EPOC: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS EN MENDOZA

Chirino Navarta A, Rodríguez D, Pina JM, Bocklet ML

Objetivos: estimar la prevalencia de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y factores asociados a la misma en la ciudad de Mendoza.

Materiales y métodos: se realizó una encuesta voluntaria y espirometría a 272 adultos en el marco de una campaña por la semana de la EPOC, consignando datos demográficos, exposición ambiental, síntomas, y diagnóstico de enfermedad pulmonar conocido. Se definió EPOC según el consenso GOLD, dividiéndose la muestra en 2 grupos (EPOC y no EPOC). Se compararon características de ambos grupos. Se realizó un estudio multivariado para encontrar variables asociadas a EPOC.

Resultados: 272 personas completaron la encuesta y la espirometría. Edad promedio 43,6 ± 15 años. El 81% tenían educación hasta el nivel medio y 47% tenían un trabajo estable. La prevalencia global de FEV₁% < 0,7 fue del 20,6 %. El 62% de la muestra fumaba o fumó en algún momento, 19,9% estuvo expuesto al humo de leña rutinariamente. Un 14% refería diagnóstico de enfermedad pulmonar, más frecuente asma. En 146 pacientes > 40 años de edad la prevalencia de EPOC fue del 45%. En este subgrupo el 64,4% fumaban o habían fumado. El 92% tenían un FEV₁ > 50% del valor predicho. El tabaquismo se asoció a mayor riesgo de EPOC (OR: 2,23, IC95%: 1,11-3,94). En el análisis multivariado el tabaquismo fue la única variable independiente asociada a mayor riesgo de tener EPOC (OR: 2,88; IC95%: 1,06-7,66) Otros factores como exposición a humo de leña o diagnóstico previo de enfermedad no se asociaron a EPOC en nuestra muestra.

Conclusión: se observó una alta prevalencia de obstrucción bronquial en la población estudiada, la mayoría sin diagnóstico previo. En los sujetos mayores de 40 años la prevalencia de EPOC fue del 45%, cifra destacable. Sólo el tabaquismo se asoció en forma independiente a mayor riesgo de presentar EPOC. No se encontró asociación con otros factores conocidos como exposición al humo de leña. Los autores consideran que estos resultados plantean un fuerte impacto de la enfermedad en la población de Mendoza y abren la puerta para un estudio poblacional de diseño aleatorizado

LUNES 17 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24334. DAÑO POR HUMO DE CIGARRILLO EN CULTIVOS DE UNA LÍNEA DE CÉLULAS BRONQUIALES HUMANAS: EFECTO DE N-ACETILCISTEÍNA, BUDESONIDE, Y LA COMBINACIÓN DE AMBOS

Dugour AV, Figueroa JM

Introducción: las células Calu-3 son una línea de células bronquiales humanas ya aceptada como modelo para estudios fisiológicos y farmacológicos. El humo del cigarrillo es la principal fuente exógena de patología respiratoria. No se han realizado estudios sobre el efecto del humo de cigarrillo ni su modulación por fármacos en esta línea celular.

Objetivos: 1) evaluar el efecto de un concentrado de humo de cigarrillo (CHC) sobre células Calu-3. 2) evaluar el efecto protector de N-acetilcisteína (NAC), budesonide (BUD), y la combinación de ambos sobre el daño por CHC; y 3) evaluar el efecto reparador de estos tratamientos sobre el daño por CHC.

Materiales y métodos: se cultivaron células Calu-3 en monocapa. Se obtuvo el CHC mediante una bomba de vacío conectada a través de una tubuladura a un recipiente con buffer fosfato.

Para evaluar el efecto del CHC se incubaron las células con el CHC a diferentes tiempos (1 a 24 hs). Para evaluar el efecto protector se incubaron las células durante 1 hora con CHC + NAC (0,1 a 30 mM), CHC + BUD (25 y 50 uM), y CHC + NAC (0,1 a 30 mM) + BUD (25 y 50 uM). Para evaluar el efecto

reparador se incubaron primero las células con el CHC durante una hora, luego se lo retiró y se las trató durante otra hora con los distintos fármacos. En todos estos grupos de células y en un grupo control se determinó la viabilidad celular mediante el bioensayo colorimétrico de MTT

Resultados y conclusiones: 1) el CHC disminuyó significativamente la viabilidad celular en aproximadamente el 68%. 2) la incubación simultánea con CHC y NAC (5 mM) tuvo un efecto protector sobre el daño provocado por el CHC (36%); no se observó efecto protector con BUD; la asociación de NAC (5 mM) + BUD (25 uM) tuvo un efecto sinérgico en la protección celular (50%). 3) el tratamiento con estas drogas luego de la incubación con CHC también tuvo un efecto reparador sobre la viabilidad celular.

El CHC produce un rápido y severo daño sobre células Calu 3. La incubación simultánea con CHC y NAC previene este daño; el BUD no brinda protección, y la asociación de ambos tiene un efecto sinérgico. El tratamiento con estos fármacos también revierte el efecto tóxico del CHC.

24339. EVALUACIÓN DE LA CAPTACIÓN, ACUMULACIÓN Y LIBERACIÓN DE BUDESONIDE EN UN MODELO «IN VITRO» DE EPITELIO BRONQUIAL (CALU-3) CULTIVADO EN MONOCAPA EN PRESENCIA DE ÁCIDOS GRASOS

Dugour AV, Figueroa JM

Introducción: los glucocorticoides tópicos son el tratamiento de elección para el asma. Se ha descrito que el budesonide (BUD) en una sola dosis diaria es igualmente efectivo que una dosis total equivalente administrada en dos aplicaciones. Se ha demostrado que el BUD se acumula dentro del epitelio respiratorio formando ésteres de BUD con ac. grasos, farmacológicamente inactivos. La disociación de estos ésteres libera lentamente al BUD que ejerce así su acción antiinflamatoria. La adición de ac. grasos con el BUD podría aumentar la incorporación y retención del BUD en el tejido bronquial, permitiendo aumentar la potencia antiinflamatoria, prolongar el intervalo entre dosis, y disminuir el pasaje hacia la circulación sistémica.

Objetivo: evaluar las modificaciones producidas por la adición de ac. grasos a una suspensión de BUD en la incorporación, acumulación y liberación del BUD en un modelo celular de epitelio bronquial.

Materiales y métodos: se cultivaron células Calu-3 en monocapa dispuesta entre una cámara apical (interfase aire/luz bronquial) y una basolateral (interfase líquida/circulación sistémica). Se trataron las células colocando BUD o BUD+ac. grasos en la cámara apical durante 4 hs. Se tomaron muestras seriadas del medio de cultivo de la cámara basolateral durante las 4 hs. y se valoró la concentración de BUD en ellas (transporte de BUD de la cámara apical hacia la basolateral). Al finalizar este tiempo se cuantificó el BUD no incorporado por las células. Luego de la incubación, ambas cámaras fueron lavadas colocándose medio de cultivo fresco solo en la cámara basolateral. Se tomaron muestras de este líquido en forma seriada a lo largo de 24 hs. (liberación de BUD). La cuantificación de BUD se realizó por cromatografía líquida de alta presión

Resultados y conclusiones: con la adición de ac. grasos: 1) disminuye el BUD transportado hacia la cámara basolateral durante el período de incubación; 2) disminuye el BUD restante en la cámara apical al finalizar la incubación; 3) disminuye el BUD liberado a la cámara basolateral durante las siguientes 24 hs. La adición de ac. grasos aumenta la incorporación, prolonga el tiempo de retención intracelular, y disminuye la liberación del BUD en este modelo de epitelio bronquial.

MARTES 18 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24347. MODELO CELULAR DE EPITELIO BRONQUIAL HUMANO PARA EL ESTUDIO «IN VITRO» DE FÁRMACOS

Dugour AV, Figueroa JM

Introducción: la línea celular Calu-3 es una línea de células epiteliales bronquiales humanas. En ciertas condiciones de cultivo simulan el epitelio bronquial y secretan mucus. Son células adherentes que crecen en monocapa y se pueden cultivar en interfase aire-líquido utilizando filtros permeables para polarización celular (transwells). Los transwells poseen un soporte que consiste en una membrana de policarbonato semipermeable y producen un ambiente celular muy similar al estado «in vivo» de las células permitiendo que las células polarizadas se alimenten basolateralmente realizando actividades metabólicas de una manera fisiológica. Se puede acceder al compartimento inferior mediante unas ventanas en la pared del inserto permitiendo el estudio de transporte de drogas a través de la monocapa de células formada. De esta forma se obtiene un modelo morfológicamente representativo del epitelio bronquial.

Materiales y métodos: se cultivaron células Calu-3 en monocapa, cuando alcanzaron la confluencia adecuada se sembraron las células en transwells. Estos fueron tratados previamente con una solución de colágeno (30 ug/ml). Las células se mantuvieron en cultivo en dichos transwells por 17 días renovando el medio de cultivo día por medio. El control del estado celular epitelial se realizó por: control visual a través del microscopio, observación del pasaje de medio de la cara basolateral a la apical y controles periódicos de la resistencia eléctrica transepitelial (TEER). El TEER generado por las capas de epitelio cultivado se utiliza para evaluar la confluencia y la integridad de la monocapa. Las mediciones se realizaron utilizando un voltímetro con electrodos (Millicell-ERS) introduciendo un electrodo en la cara apical y el otro en la basolateral a través de las ranuras que posee el Transwell

Resultados y conclusiones: los seguimientos a través de microscopía óptica y mediciones del TEER durante el crecimiento de estas células mostraron la obtención de una monocapa confluyente e íntegra de células calu-3 crecidas sobre transwells en interfase aire-líquido.

Logramos establecer un modelo celular representativo del epitelio respiratorio que permite el estudio, en un ambiente altamente controlado, de diferentes procesos biológicos vinculados a fármacos destinados al tratamiento de enfermedades respiratorias.

24355. ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN BUENOS AIRES

Engelmayer JJ, Papucci T, Palma I, Boyeras I, Sotelo f, Acuña S, Scrimini S, Antuni JD, Gene RJ

Introducción: la EPOC es una enfermedad con gran impacto en la salud pública, con índices crecientes de mortalidad, y un subdiagnóstico en sus estadios iniciales.

Objetivos: evaluar la incidencia y características específicas de la enfermedad en un grupo de pacientes de riesgo.

Métodos: se invitó a través de medios de comunicación masiva a personas de 40 años de edad o mayores, que fumen o hayan fumado al menos 10 años. Se les realizó una encuesta, una espirometría, y a los pacientes que consintieron se les tomó una muestra de sangre para medir PCR. **Resultados:** Se eva-

laron a 695 pacientes (p), se excluyeron 85 por no cumplir con los criterios de inclusión. De los 610 p. incluidos 336 (55%) eran hombres con una edad promedio de 64.04 ± 10.48 años, 274 eran mujeres (45%) y una edad promedio de 59.23 ± 9.72 años. De los 610 sujetos analizados, el 23.93 % (n= 146), cumplían criterios de EPOC (VEF/FVC1 < 0.70), 93 sujetos (63.7%) eran hombres y 53 eran mujeres (36.3%). Solamente el 28.85 % (n= 176) de los sujetos encuestados se había realizado una espirometría al menos una vez en su vida, en tanto que de aquellos que cumplían criterios de EPOC solo el 48.63% (n= 71) habían realizado espirometría previa. El 28 % (n= 42) correspondían al Estadio I del GOLD, 53.4 % (n= 78) al II, 13.3% (n= 20) al III y el 4.3% (n= 6) pertenecían al IV. De los 146 sujetos con EPOC solamente el 31.5 % (n= 46) tenían diagnóstico previo de enfermedad pulmonar. Los síntomas como disnea, tos, expectoración y sibilancias se incrementaron progresivamente del Estadio I al IV, al igual que el ausentismo laboral, las consultas de emergencia, las internaciones y los niveles de PCR. El 50,3% de los pacientes recibía tratamiento, en su mayoría SABA.

Conclusión: los síntomas, el impacto de la enfermedad, y los marcadores de inflamación sistémica se incrementan con el progreso de la enfermedad. Aún con síntomas específicos y atención médica, la espirometría se solicita solo en la mitad de los pacientes. Cerca del 50% de los pacientes con EPOC recibe tratamiento fundamentalmente con SABA.

24360. ¿LA OBESIDAD ESTA ASOCIADA A MAYOR SEVERIDAD EN EL ASMA BRONQUIAL?

Boyeras I, Franchi E, Aruj P, Giménez M, Logrado F, Yáñez A, Apelbaum G, Gene RJ

Antecedentes: desde hace años se señala que la obesidad se asocia con un incremento de la frecuencia de asma bronquial proponiéndose diversos factores para explicar el hecho. Más recientemente un importante estudio observó que también se asocia a mayor severidad del asma, en base a la evaluación de pacientes vía telefónica sin contar con mediciones objetivas de obstrucción al flujo aéreo ni medidas antropométricas de los encuestados asumiendo como válidos los datos aportados por los enfermos.

Objetivos: analizar la asociación entre mal control del asma y obesidad, en una población de pacientes asmáticos, no tabaquistas, mayores de 18 años.

Materiales y métodos: en mayo del 2006 evaluamos durante la Semana del Asma a pacientes con diagnóstico de asma, mediante un cuestionario registrando la presencia de asma nocturna y exacerbaciones en el último año, espirometría basal y cuestionario de control del asma (ACT). Se definió severidad por un VEF1 < 80% del predicho y falta de control como un puntaje de ACT ≤ 19 . Obesidad se definió como Índice de Masa Corporal (IMC) mayor a 30 kg/m². Se realizó un análisis de regresión logística multivariada utilizando el software STATA. Resultados: se evaluó un total de 635 pacientes, mediana de edad de 42 años (rango 26-58); de los cuales 403 eran de sexo femenino (65%). En el análisis se encontró que a mayor FEV1, tanto en valor absoluto como en porcentaje del valor teórico, se observa un mejor control del asma (OR: 1.02 IC 95%:1.01-1.03, $p < 0.001$) al igual que en el grupo de edad mayor de 65 años (OR: 2.67 IC95%1.69-4.62, $p < 0.0001$); mientras que las variables asociadas a menor control del asma fueron la presencia de síntomas nocturnos (OR 0.7; IC 95%: 0.49-0.99) y sibilancias en el último año (OR= 0.60 IC 95%:0.4- 0.88). La obesidad definida por un IMC ≥ 30 kg/m² no mostró asociación estadística con la falta de control del asma bronquial (OR= 0.91 IC 95%:0.61-1.34).

Conclusión: en nuestra experiencia con mediciones objetivas (espirometría, peso, altura y ACT) no encontramos asociación entre obesidad y mal control del asma bronquial.

24361. SUBDIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Papucci T, Enghelmayer JI, Palma I, Boyeras I, Davidovich A, Scrimini S, Apelbaum G, Gene RJ

La EPOC debe sospecharse por los síntomas de disnea progresiva, tos y expectoración en pacientes tabaquistas. El 15-20% de los fumadores pueden desarrollar la enfermedad. La espirometría, examen sencillo y de bajo costo, permite realizar el diagnóstico y su severidad. **Objetivos:** 1) Determinar la frecuencia de EPOC en una población tabaquista con síntomas respiratorios crónicos. 2) Evaluar el uso de espirometrías y otros exámenes en dicha población. **Métodos:** se invitó a personas mayores de 40 años y que fumen o hayan fumado por lo menos 10 años, excluyendo asmáticos o portadores de otra enfermedad pulmonar, citados por medios de comunicación en Noviembre de 2007, en el Hospital de Clínicas de la CABA. Se realizó un cuestionario y espirometría a todos los pacientes. Se definió EPOC por la presencia de FEV1/FVC = 70% asociado al hábito tabáquico; síntomas respiratorios crónicos se definieron por tos y expectoración más de 3 meses consecutivos. La disnea se evaluó según la escala de MRC. **Resultados:** se evaluaron a 695 pacientes y se excluyeron 85. De 610, el 23.93 % (n= 146), cumplían criterios de EPOC, 93 p. (63.7%) eran hombres y 53 eran mujeres (36.3%). De los 146 sujetos con EPOC solamente el 31.5% (n= 46) tenían diagnóstico previo de EPOC. Del total, 334 p. (53%) presentaron tos habitual, 275 p. (45%) expectoración crónica; y en 304 p. (49.8%) disnea. Los pacientes que presentaban tos y expectoración crónica pertenecían a los estadios iniciales de EPOC, contrariamente, la disnea se halló en los estadios avanzados. De los pacientes sintomáticos el 88% de ellos tenía Rx de tórax, el 9% TAC de tórax y sólo el 28% espirometría.

Pac. con VEF1/CVF < 70	con diagn. previo	sin diagn. Previo
Tos crónica= 90 p. 26.9%	36 p.- 40%	54 p.- 60%
Expectoración= 81 p. 29.4%	32 p.- 39.5%	49 p.- 60.5%
Disnea= 86 p. 28.2%	47 p.- 54.6%	39 p.- 45.3%

Conclusión: es evidente un subdiagnóstico de ésta enfermedad debido entre otras razones, a la baja realización de espirometrías en pacientes tabaquistas sintomáticos. Debería hacerse hincapié en uso sistemático de la espirometría en la atención primaria para lograr un diagnóstico precoz.

24367. MANEJO DE LAS PAUTAS DE ASMA BRONQUIAL POR LOS MÉDICOS URUGUAYOS. RESULTADOS DE UNA ENCUESTA

Bentancor C, Bozzola J, Arcos J, Piñeyro L, Arcaus M

Introducción: el asma es un problema de salud que determina elevados costos económicos. En nuestro país su prevalencia es elevada y aun no estamos logrando los objetivos definidos para su control.

El desarrollo de pautas en el manejo de la enfermedad busca disminuir la morbimortalidad del asma. El empleo de las mismas por parte de los médicos es un hecho no evaluado.

Objetivos: analizar el grado de adherencia a las nuevas recomendaciones de las guías GINA 2006 para el manejo de la enfermedad.

Métodos: se distribuyó una encuesta entre setiembre y diciembre de 2007 en ocasión de congresos de especialidades acerca del manejo de la enfermedad asmática, a 171 médicos (44 neumólogos,, 51 médicos internistas, 19 pediatras, 33 médicos generalistas 24 estudiantes de medicina). El mismo consistió en preguntas que abarcaron los criterios de clasificación según

las pautas (GINA), fisiopatología, farmacología, tratamiento y educación en asma

Resultados: el porcentaje promedio de respuestas correctas respecto a la clasificación del asma fue de 66,6% +/- 2,3% error estándar (EE), 49,3% +/- 1,8% para el área de farmacología, 51,5% +/- 3,8% para fisiopatología, 73,7% +/- 2,1% para educación y 59% +/- 1,6% para tratamiento

Se realizó la comparación del promedio de los porcentajes de resultados para cada grupo según ANOVA con la corrección post-hoc de Tukey. Los resultados obtenidos muestran que existen diferencias significativas entre los médicos de diferentes especialidades encuestados en cuanto a clasificación, farmacología y tratamiento de la enfermedad ($p < 0,05$). Sin embargo no se objetivaron diferencias en cuanto al conocimiento fisiopatológico y educación en asma.

Conclusión: la realización de la encuesta permitió objetivar adherencia a las pautas internacionales en las áreas de clasificación, y educación. La identificación de otras áreas con menor porcentaje de respuestas correctas, permitirá implementar intervenciones educativas específicas que mejoren el manejo de la enfermedad

24374. ALTERACIONES DEL INDICE DE MASA CORPORAL EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA

Boyeras I, Palma I, Ramírez M, Otaola M, Scrimini S, Giménez M, Carnevale L, Rivarola M, Apelbaum G, Gene RJ

Antecedentes: la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) presenta múltiples manifestaciones extrapulmonares; entre las cuales se han reportado anormalidades nutricionales en hasta 35% de los casos, el Índice de Masa Corporal (IMC) es un factor pronóstico establecido de mortalidad en esta población.

Objetivos: determinar la frecuencia de alteraciones en el IMC en una población de pacientes tabaquistas mayores de 40 años de la ciudad de Buenos Aires y analizar los factores asociados a las mismas en los pacientes EPOC.

Métodos: durante una semana se registraron características clínicas, epidemiológicas y espirométricas de pacientes >40 años, tabaquistas de > 10 años, convocados mediante medios masivos de comunicación. Se tomaron medidas antropométricas y se realizaron espirometrías a todos los pacientes. Se definió EPOC como $VEF1/FVC < 0.70$. Se dividió a los pacientes según el IMC en: bajo peso $< 20 \text{ kg/m}^2$, peso normal $20-24.9 \text{ kg/m}^2$, sobrepeso $25-29.9 \text{ kg/m}^2$ y obesidad $\geq 30 \text{ kg/m}^2$. Se realizó determinación en sangre de Proteína C reactiva.

Resultados: se evaluaron 610 pacientes con una edad promedio de 58.3 ± 10.48 años de los cuales 55% eran hombres. El 23.93% ($n=146$) eran EPOC. Se observó un total de 426 pacientes (69.8%) con trastornos del IMC, edad promedio de 56.5 ± 9.8 , 61% eran hombres. Dentro del grupo EPOC 65% presentaban alteraciones del IMC y 69% del grupo no EPOC ($OR=0.81, IC95\%: 0.54-1.2, p=0.17$). En el grupo EPOC 4.11% presentó bajo peso, un 20% obesidad y un 41% sobrepeso; mientras que en el grupo no EPOC ($n=464$) se observó 1.72% con $IMC < 20$ ($OR=1.94, IC95\%: 0.69-5.44, p=0.15$); 28% eran obesos ($OR=0.66, IC95\%: 0.42-1.04, p=0.04$); y 39.4% con sobrepeso ($OR=1.07, IC95\%: 0.73-1.56, p=0.39$). En el subgrupo EPOC con bajo peso se observó el menor valor promedio de PCR (1.5 ± 1.93 vs 4.34 ± 6.78) y el menor valor promedio de VEF1 (2.67 ± 3.04 versus 2.55 ± 0.83).

Conclusión: las alteraciones en el estado nutricional son muy frecuentes dentro de la población de pacientes EPOC, en mayor proporción en el sexo masculino, no observamos diferencias significativas con respecto al resto de los pacientes tabaquistas.

24388. CAMPAÑA DIA MUNDIAL DEL ASMA: CARACTERISTICA POBLACIONAL, CONTROL DEL ASMA BRONQUIAL Y UTILIDAD DE LA PRUEBA DE CONTROL DEL ASMA (ACT)

Bermúdez A, Olguín J, Ferreyra L, Salcedo E, Uribe Echevarría ME, Uribe Echevarría EM

Servicio de Neumonología – Hospital Italiano de Córdoba

Objetivos: analizar la campaña del día mundial del asma; las características poblacionales y el instrumento ACT (Asthma Control Test)

Materiales y métodos: estudio prospectivo con datos obtenidos a partir de un cuestionario propio y del ACT que valora el asma en las últimas 4 semanas. Ambos auto-responderos durante la campaña del día mundial del asma (DMA) 2008 en nuestro servicio. Se incluyeron pacientes asmáticos mayores o igual a 12 años, que asistieron voluntariamente convocados por medios publicitarios, transmisión interpersonal y los que concurren al consultorio externo.

Resultados: asistieron un total de 30 pacientes, 19 convocados por la campaña (CDMA) y 11 por consultorio externo (CE). La mayor difusión de la convocatoria se dio verbalmente interpersonal. Predominó la asistencia de amas de casa ($n=9$) seguido de estudiantes ($n=5$). El 67% eran mujeres, edad promedio de 49 años (12-78). La edad media de diagnóstico de asma fue a los 22 años (0-74). Los CDMA no consultaban regularmente al especialista y solo el 30% recibía tratamiento preventivo a diferencia del 100% de los CE. El 50% de los CDMA realizó alguna vez una espirometría y el 100% de los CE. El 45% de CE y el 72% de los CDMA tenían mal control de su enfermedad. En un análisis multivariado, la calificación de percepción de control por el paciente se correlacionaba estrechamente con el grado de control total en los CE a diferencia de los CDMA.

Conclusión: la concurrencia al DMA fue escasa debiendo optimizar la convocatoria en el futuro. EL ACT identificó las características de las dos poblaciones analizadas en su totalidad, sin embargo consideramos que la calificación del control no es bien interpretada por algunos pacientes.

MARTES 18 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24415. IMPACTO DE LA EDUCACIÓN, CALIDAD DE ATENCIÓN, DESTREZA PARA INHALAR MEDICACIÓN Y CONOCIMIENTOS DE LA ENFERMEDAD SOBRE EL CONTROL EN ASMA

Bergna M¹, Yañez A², Figueroa Casas JC³, Nannini L⁴, Soria M⁵, Uribe ME⁶, Scarinci M¹.

¹Hospital Cetrángolo, Vicente López. ²Hospital Aeronáutico, CABA. ³Hospital Centenario, Rosario. ⁴Hospital Gral Baigorria, Rosario ⁵Hospital Gutiérrez, La Plata. ⁶Hospital Italiano, Córdoba.

Introducción: las guías de tratamiento del Asma enfatizan que debe producirse una sociedad entre el paciente y el médico como camino para lograr mejorar el control de la enfermedad.

Entre los factores que afectan el control del asma, el nivel de educación y la calidad de la atención recibida, son aspectos importantes en el resultado final del cuidado de la persona asmática.

Objetivos: evaluar el nivel de conocimientos del paciente sobre el asma, la habilidad para efectuar el tratamiento inhalatorio, y vincularlo con el control medido por Test de Control del Asma.

Materiales y métodos: se evaluó mediante una encuesta, las características demográficas, la severidad, el nivel de conocimientos sobre la naturaleza de la enfermedad, la opinión so-

bre la atención médica que recibe, la conducta ante las crisis y el tratamiento. Se completó una lista de cotejo sobre la técnica de inhalación de aerosoles. Se efectuó una espirometría y el test de control del asma a pacientes consecutivos atendidos en forma ambulatoria con diagnóstico de asma siguiendo los criterios de la ATS. Se usó el test no paramétrico de Spearman para calcular el coeficiente de correlación y se tomó como significativa una p menor a 0,05.

Resultados: se evaluaron 115 pacientes, 68 mujeres, edad promedio 40,1 años, duración del asma promedio 17,5 años. El FEV1 promedio fue de 2,23 l. 76%. El 42% efectuó consultas no programadas, el 47% a guardia, el 10,2% fue internado, por asma en el último año, y el 8,6% en UTI alguna vez. El 8,1% fueron fumadores, y el 26,5 ex fumadores.

Las correlaciones significativas fueron entre:

Parámetro	R (Spearman)	P (<0,05)
Conocimientos de la enfermedad	0,30	0,001
Calidad de la atención médica	0,31	0,0007
Automanejo en las crisis	- 0,11	0,227
Destreza para inhalar aerosoles	0,30	0,0009

Conclusiones: el nivel los conocimientos de la enfermedad, la calidad de la atención médica, y la destreza para inhalar aerosoles, se correlacionaron positivamente con un mejor control del asma, medido por Test de Control del Asma, en esta muestra estudiada.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

Trastornos respiratorios durante el sueño

24140. MALFORMACIÓN DE ARNOLD CHIARI Y TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO. REPORTE DE UN CASO

Coronel MA, Espeche MV, Avila JA

Introducción: el Síndrome de Arnold Chiari es una malformación congénita que consiste en el descenso de las amígdalas cerebelosas a través del foramen magno dentro del canal espinal superior a veces acompañado de mielomeningocele (existen 3 tipos de este síndrome). Con frecuencia puede ser asintomático, pero puede presentar clínica por afectación del cerebelo, troncoencefálico, porción superior de médula espinal cervical y pares craneales bajos. Muchos autores describen Síndrome de apneas del sueño asociado a esta patología, más frecuente en el Arnold Chiari tipo II.

Caso clínico: paciente masculino 26 años ingresa a UCI por politraumatismo con múltiples fracturas e Insuficiencia Respiratoria crónica tipo II compensada: gases en sangre arterial PH7.39 PCO₂ 57 PO₂ 53 Bic.34 EB +7 Sat. 86%. Antecedentes: Síndrome A. Chiari II con cirugía neurológica hace 12 años y osteogénesis imperfecta. Ingresó Hipersomnolencia con ronquidos intensos y apneas prolongadas, con importante esfuerzo respiratorio. Se realiza oximetría de pulso nocturna se diagnostica Síndrome de apnea obstructiva del sueño inicia tratamiento con CPAP con buena tolerancia, mejoría clínica y normalización de gases sangre arterial.

Conclusión: se describe un paciente con Síndrome de Arnold Chiari II con severo trastorno respiratorio durante el sueño. En la literatura está descrito que los trastornos respiratorios durante el sueño se manifiestan en pacientes con malformación de la unión craneo cervical en 72 a 75 %, entre los se incluyen apneas obstructivas, centrales o mixtas. Por la prevalencia de Síndrome de

apneas del sueño en esta población, esta patología debe ser sistemáticamente buscada en pacientes con Síndrome Arnold Chiari.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24144. LA RESPIRACION DURANTE EL SUEÑO EN LA OBESIDAD

Franceschini C, Arata A, Ferrufino R, Hernández N, Silgueiro N, Kleinert M, Bertorello A, Wysocki M

Laboratorio de sueño del Hospital Argerich – GCBA

Objetivos: dado que la obesidad es una enfermedad con alta morbimortalidad y se comporta como factor de riesgo de diversas patologías respiratorias, hemos estudiado las características polisomnográficas de una población de obesos, con el objetivo de comprender la fisiología de los trastornos del intercambio gaseoso y de la ventilación de estos pacientes durante el sueño. **Material y métodos:** Desde mayo de 2004 a mayo de 2008 se estudiaron con polisomnografía, 168 pacientes obesos en el Laboratorio de Sueño y Respiración del Hospital Cosme Argerich del GCBA. La lectura e informe de las PSG se realizaron en pags de 30 seg por un médico neumonólogo entrenado en patología del sueño y la respiración. Se utilizó un equipo de poligrafía ATI con 3 canales de EEG 2 canales de EOG, 2 canales de EKG, 2 canales de EMG de mentón y piernas, canula de flujo-presión nasal y bandas de tórax y abdomen. La oximetría de pulso fue incluida.

Se realizó la estadística de todos los estudios de PSG en obesos, expresando los valores como medias para su análisis y evaluación.

IMC	n de mujeres 90 (53.5%)	n de hombres 78 (46.4%)
Ob.I (30-34.9)	23 (25.5%)	15 (19.2%)
Ob.II (35-39.9)	17 (18.8%)	19 (24.3%)
Ob.III (40-49.9)	41 (45.5%)	32 (41.2%)
Ob.IV(>50)	9 (10%)	12 (15.3%)

Conclusión: hemos concluido que a medida que aumenta el índice de masa corporal, aumentan el índice de apnea-hipopnea por hora de sueño y el índice de desaturación del O₂. Estas variables impactan directamente en el fraccionamiento del sueño y la producción de un hipnograma con poco o nada sueño de ondas lentas y predominio de sueño superficial, o sea que el sueño no es reparador y justifica la somnolencia y falta de alerta que refieren especialmente los hombres y el cansancio permanente que suelen referir las mujeres.

La prevalencia del síndrome de apnea-hipopnea obstructiva del sueño (SAHOS) fue del 83% en los hombres y del 68% en las mujeres. La prevalencia de síndrome de hipoventilación por obesidad fue de 14% en hombres y 8.5% en mujeres

24221. PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO PARA APNEA DEL SUEÑO EN CONDUCTORES DE MEDIANA Y LARGA DISTANCIA.

Abdala J, Barimboim E, Hatén Torres S, Spuches L

La apnea del sueño se considera un problema de salud pública de relevancia, que está relacionada con el 20-25% de los accidentes de tránsito. Los factores de riesgo en apneas del sueño son fundamentales en prevención.

Objetivos: determinar la prevalencia de factores de riesgo en apneas y analizar la ocurrencia de accidentes en choferes.

Material y métodos: estudio descriptivo, de corte transversal, mediante encuesta semi cerrada, a 91 conductores con una edad promedio de 46.3 años y 41 cónyuges.

Resultados: se encontró entre choferes un 45% de «roncadores», teniendo además otros factores de riesgo asociados, cifra que ascendió interrogando a sus esposas quienes conocerían e indicarían los hábitos del sueño y factores de riesgo con mayor precisión y veracidad. No pudo establecerse asociación con accidentes. Se propone incluir al cónyuge en la evaluación de los pacientes con probable trastornos del sueño.

Conclusión:- La frecuencia de accidentes de tránsito en roncadores fue mayor que en no roncadores, aunque no se pudo establecer relación entre estos y apnea del sueño.

- Se notó dificultad para describir las características del sueño en conductores.

-Se destaca una sobrecarga horaria en estos trabajadores.

-Existe desconocimiento por parte de los conductores sobre esta patología.

-Sugerimos incluir al cónyuge del conductor en la encuestas de screening de los trastornos del sueño.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24252. RELEVAMIENTO TELEFÓNICO DE PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEAS DE SUEÑO TRATADOS CON PRESIÓN POSITIVA EN LA VÍA AÉREA. EXPERIENCIA EN DOS AÑOS EN UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

Borsini E, Chertcoff J, Bosio M, Blasco M, Quadrelli S, Tabaj G

Análisis de encuesta telefónica estandarizada a pacientes derivados para presión positiva en la vía aérea (PPVA) al Hospital Británico, durante dos años.

Se interrogó acerca de SAS e indicación de PPVA, cumplimiento percibido subjetivo, tolerancia, abandono y motivos del mismo. Se recogieron datos de ocurrencia de accidentes de tránsito e internaciones.

Se incluyeron derivaciones desde julio de 2006 hasta julio de 2008. Se registraron 58 pacientes con SAS severo o moderado sintomático a quienes se indicó PPVA. Fue posible encuestar a 54 pacientes, 6 mujeres y 48 hombres (88.8%). La edad promedio fue de 54 años (rango entre 33 y 77 años) y el BMI promedio de 35.

El 93 % (n= 50) tenían Epworth mayor de 10 al momento de la derivación. La demora media entre diagnóstico e indicación de tratamiento fue de 2 meses (en 44 pacientes). Diez pacientes ya utilizaban PPVA al momento de la derivación, en ellos el diagnóstico de SAS se hizo en promedio 6 años antes, pero su BMI no fue diferente al de los pacientes con diagnóstico reciente (34.5 vs 35).

La encuesta telefónica mostró que el 25 % (14 pacientes) abandonaron el tratamiento. Los motivos fueron: indicación médica (n=2), intolerancia (n= 7), económicos (n = 4), tratamiento que no cumplió expectativas (n = 1) y mejoría de los síntomas diurnos (n = 1). El 70 % usaba máscara nasal, solo el 40 % conocía la presión de trabajo al momento de ser encuestado, dos pacientes usaban Bilevel y solo uno CPAP autoajutable. El 87 % refirió utilización de más de 4 hs/día. Los cinco pacientes con uso < 4 hs no reportaron accidentes de tránsito, hipersomnia al conducir o internaciones.

El 18 % (n=10) fueron internados (1 neumonía, 2 IAM, 2 agudizaciones de EPOC, 2 cirugías bariátricas y 1 cirugía ocular). El 11% del total (n=6) reportaron accidentes de tránsito desde el diagnóstico de SAS.

Siete pacientes refirieron hipersomnolencia al conducir de los cuales seis habían abandonado la PPVA previamente.

Conclusión: esta población representa un grupo de gran morbilidad con 18 % de internaciones en 2 años. El BMI del grupo con diagnóstico previo, no fue diferente que en el grupo diagnosticado en los últimos 2 años. Los que abandonan, reportan conducir con hipersomnia.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24300. 522 PACIENTES EN OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA, DESDE EL AÑO 2004. PROGRAMA DE LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS (OSEP) DE MENDOZA

Lisanti R, González L, Moreno G, Estrella A, Aguilar D

Introducción y antecedentes: en marzo del año 2004 se crea el Programa de Oxigenoterapia y VNI domiciliaria de la OSEP, llamando a licitación para la provisión de los equipos, y realizando un formulario de admisión que debe ser llenado por un Neumólogo.

Materiales y métodos: se evalúan los pacientes que ingresan al programa con solicitud de oxigenoterapia desde marzo 2004 al 30 de agosto 2008, según la condición de: 1-Permanentes: pacientes que reúnen criterios de Oxigenoterapia Crónica Domiciliaria (OCD). 2- Situaciones especiales: no reúnen criterio de OCD, pero presentan hipoxemia en determinadas situaciones clínicas (oncológicos, cardiovasculares) o para facilitar el alta precoz hospitalaria.

Resultados: en dicho periodo ingresan a Oxigenoterapia domiciliaria 522 pacientes, 306 hombres (58,6%) y 215 mujeres, con una edad de menos de 20 años: 21 pacientes, de 21 a 40 años: 12 pacientes, de 41 a 60 años: 103 pacientes, de 61 a 80 años: 300 pacientes (57,5%) y más de 81 años: 85 pacientes.

Los equipos suministrados, concentrador: 451 (86,4%), FreeLox 56 (10,7%) y tubo 15 (2,9%)

10 pacientes con uso simultaneo de Ventilación No Invasiva, 6 BiPAP y 4 CPAP, 5 hombres y 5 mujeres, con diagnóstico de EPOC 4 pacientes, Esclerosis lateral amiotrófica1, distrofia muscular 2, hipoventilación-obesidad 2, SAHOS 1.

Los diagnósticos de ingreso en el grupo 1 Permanentes, 352 pacientes (67,4%), EPOC: 245 pacientes, Enfermedades Intersticiales: 69 pacientes, Asma Crónico: 16 pacientes, Displasia pulmonar: 6 pacientes, Fibroquística: 3 pacientes, bronquiectasia: 2 pacientes, Hipertensión Pulmonar: 2 pacientes, otras: 9 pacientes.

Y los diagnósticos en el grupo 2 Situaciones Especiales, 170 pacientes (32,6%), Cáncer de Pulmón: 73 pacientes, Otros Cáncer: 45 pacientes, Enfermedades Cardiovasculares: 27 pacientes, Neumonía: 23 pacientes, otros: 2 pacientes.

Fueron dados de baja en dicho periodo 389 pacientes (74,5%), siendo la causa, óbito: 276 pacientes (71%), pedido médico: 82 pacientes, voluntario: 26 pacientes y otros: 5 pacientes.

Al 30 de agosto de 2008 se encuentran en el Programa 133 pacientes, 80 hombres y 52 mujeres, suministrado a través de concentrador en 103 pacientes, FreeLox en 28 pacientes y tubo en 2 pacientes.

24302. 79 PACIENTES EN VNI DOMICILIARIA (CPAP Y BiPAP) DESDE MARZO 2004 PROGRAMA DE LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS (OSEP) DE MENDOZA

Lisanti R, González L, Moreno G, Estrella A, Aguilar D

Objetivos: conocer las características de los pacientes que se encuentran en Ventilación no Invasiva (VNI) domiciliaria en el Programa de Oxigenoterapia y VNI de la OSEP, desde el 1

de marzo 2004 al 30 de agosto de 2008. La OSEP tiene en toda la provincia 350.000 afiliados, que pueden ser atendidos en efectores propios o por el sistema de libre elección. Todo el suministro de Oxígeno y VNI domiciliario se realiza a través del Programa.

Materiales y métodos: se evalúan los pacientes que ingresan al programa con solicitud de VNI domiciliaria desde 1 de marzo 2004 al 30 agosto de 2008.

Resultados: ingresaron al programa de oxigenoterapia y VNI 522 pacientes, 79 pacientes para VNI (15,1%), 53 hombres (67,1%) y 26 mujeres, 10 con uso simultaneo de oxígeno domiciliario (12,6%).

La edad: menor de 20 años: 1 paciente, de 21 a 40 años: 5 pacientes, de 41 a 60 años: 41 (51,9%) pacientes, de 61 a 80 años: 31 pacientes, más de 81: 1 paciente

Los equipos suministrados fueron: AutoCPAP: 1 paciente, CPAP: 56 pacientes (70,9%), BiPAP: 22 pacientes (27,8%)

Los diagnósticos de su indicación fueron: SAHOS: 60 pacientes, Esclerosis lateral amiotrófica: 2 pacientes, distrofia muscular: 3 pacientes, hipoventilación-Obesidad 10 pacientes, EPOC 4 pacientes

Fueron dados de baja 33 pacientes, 11 de BiPAP y 22 de CPAP, de los cuales 4 tenía también oxigenoterapia domiciliaria. La causa fue óbito: en 8 pacientes (7 BiPAP), pedido médico 7 pacientes y voluntario 18 pacientes.

Los pacientes con uso simultaneo de Oxigenoterapia domiciliaria, 6 BiPAP y 4 CPAP, 5 hombres y 5 mujeres, con diagnóstico de EPOC 4 pacientes, Esclerosis lateral amiotrófica, distrofia muscular 2, hipoventilación-obesidad 2, SAHOS 1.

Al 30 de agosto 2008 se encuentran en VNI domiciliaria 46 pacientes, 34 CPAP, 1 auto CPAP y 11 BiPAP, de los cuales se encuentran con uso simultaneo de oxígeno 6 pacientes, 3 BiPAP y 3 CPAP.

24304. ENCUESTA DE SATISFACCIÓN DE USUARIOS DEL PROGRAMA DE OXIGENOTERAPIA Y VNI OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS, MENDOZA (OSEP)

Lisanti R, Silva C, Poneis C

Introducción y objetivos: el Programa de Oxigenoterapia y VNI de la OSEP, funciona desde marzo 2004, teniendo ingresados al 30 de agosto de 2008, 591 pacientes, brindando el servicio a través de una licitación pública para el suministro de los equipos en domicilio de los pacientes (desde el inicio brindado por Airliquide SA), pero siendo el programa el que realiza la auditoría y control. Con el objetivo de conocer características de los usuarios consideradas de importancia por el Programa y Establecer el nivel de satisfacción con las prestaciones brindadas.

Metodología: encuesta telefónica sobre características del usuario, satisfacción con el servicio, y comentarios libres. En el momento de realizar la encuesta están en uso del programa 123 pacientes, 110 (89,4%) declara teléfono, pero se encuestó solo 68 casos (55% del total)

Resultados:

1) CARACTERÍSTICAS DE LOS USUARIOS

Economía familiar, vida cotidiana

La mitad son el principal sostén del hogar; 3 de cada 10 tienen una deuda del coseguro; 4 de cada 10 afirman que aumentó el consumo de energía eléctrica.

2) SATISFACCIÓN CON EL SERVICIO

2.1. Facilidad de los procedimientos para solicitar y renovar el servicio

¿Qué tan complicados resultan los trámites?

«Nada complicados»: 7 de cada 10; «Complicados»: solicitud 6% y renovación 15%; Sin inconvenientes: 9 de cada 10

2.2. Buen funcionamiento del equipo

¿Ha tenido inconvenientes?

¿Es controlado todos los meses?

Sin inconvenientes: 8 de cada 10; Control mensual de la empresa: 9 de cada 10

2.3. Cordialidad de la atención

¿Cómo es el trato que recibe?

Personal administrativo: Evaluación positiva: 95%; Médico auditor:

evaluación positiva: 82%; Representantes de la empresa proveedora:

evaluación positiva: 97%

2.4. Nivel de satisfacción

Satisfacción general: 95%; «Muy satisfactorio»: 8 de cada 10

Conclusiones:

Se destaca la importancia de la realización de estudios de control de Calidad, como manera de conocer la percepción por parte de los pacientes del servicio prestado y de esta manera realizar las correcciones posibles.

La satisfacción general fue muy satisfactoria.

Surge la importancia de reevaluar el pago de coseguro, ya que un porcentaje importante son el sustento familiar, se produce un incremento del consumo de energía y un 30 % tiene deuda de coseguro.

24342. CONCORDANCIA INTEROBSERVADOR ENTRE UN SCORER EXPERTO Y OTRO EN FORMACIÓN EN EL ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE POLIGRAFÍA CARDIO-RESPIRATORIA. EFECTOS DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE ENTRENAMIENTO

Nogueira JF, Micci P, Ibañez S, Simonelli G, Grandval S, De Luca M

Introducción: el uso de Poligrafía Cardio-Respiratoria (PCR) constituye una alternativa válida para evaluar pacientes con sospecha de SAHS. Objetivo: Describir la variabilidad interobservador entre un scorer experto y otro en formación en el análisis de PCR en pacientes con sospecha de SAHS. Evaluar los efectos de un programa de entrenamiento en scoring de PCR.

Métodos: 20 pacientes consecutivos >18 años, sospecha de SAHS estudiados con PCR nivel 3 (Stardust II, Respironics). Scoring realizado por un scorer experto (A) y un técnico en formación en la lectura de PSG (B), utilizando los criterios establecidos por Consenso (CATRVs). Los scorers fueron cegados de los datos de pacientes y los resultados del otro scorer. Completado el análisis inicial, el scorer B fue sometido a un entrenamiento específico en revisión de PCR a cargo de 2 médicos expertos. Luego de lo cual se repitieron los scoring de los estudios con una ventana temporal de 30 días. Se cegaron nuevamente los datos de los pacientes y de los resultados del otro scorer.

La severidad del SAHS fue establecida según el Índice de Perturbación Respiratoria (IPR), normal < 5 ev/h; leve 5-14.9 ev/h; moderado 15-29.9 ev/h, severo 30-49.9 ev/h y muy severo =50 ev/h. La variabilidad interobservador en el resultado diagnóstico fue valorada con el porcentaje de concordancia y el coeficiente kappa, un valor de kappa > 0.7 fue considerado aceptable. Se compararon las medias de diferencia en el IPR pre-post entrenamiento.

Resultados: 13/20 hombres; edad 48.1 +/- 17.3a; IMC 28.6 +/- 5. La diferencia media en el IPR para cada paciente entre scorers fue 4.82 +/- 5.55 ev/h. Al comparar los diagnósticos por paciente de cada observador el % de concordancia fue 55% y el kappa 0.42. En la evaluación post-entrenamiento la diferencia media en el IPR cayó a 2.03 +/- 2.40 (p=0.02), el % concordancia subió a 90% y el kappa a 0.87.

Conclusión: el nivel de concordancia en el diagnóstico de SHAS mediante PCR entre un scorer experto y otro en formación es bajo, pero mejora sustancialmente luego de un programa especializado de instrucción. La interpretación de estudios de PCR requiere entrenamiento específico.

MARTES 18 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24345. EVALUACIÓN DE UN SOFTWARE DE AUTOANÁLISIS DE POLIGRAFÍA CARDIO-RESPIRATORIA (PCR)

Nogueira JF, Ibañez S, Micci P, Simonelli G, Grandval S, De Luca M

Distintos soft de autoanálisis han sido desarrollados con el fin de simplificar y reducir tiempos en el análisis de estudios de sueño aunque no han podido reemplazar el scoring manual. Los estudios de PCR son una alternativa simplificada para evaluar determinados pacientes con sospecha de SAHS y su soft de autoanálisis no ha sido validado. Objetivo: Evaluar el nivel de concordancia entre los resultados de PCR obtenidos por autoanálisis del soft y los obtenidos luego de la revisión y corrección de 2 scorers expertos.

Métodos: 20 pac >18 años, sospecha de SAHS estudiados con PCR nivel 3 (Stardust II, Respiromics). Se analizaron resultados obtenidos por autoanálisis del software considerando los valores parciales y totales de los distintos eventos con su respectivo índice. Dos scorers expertos revisaron y corrigieron simultáneamente cada estudio, utilizando criterios establecidos por Consensos. Se evaluaron y compararon los resultados de esta corrección con los del autoanálisis.

La severidad del SAHS fue establecida según el Índice de Perturbación Respiratoria (IPR), normal < 5 ev/h; leve 5-15; moderado 15-30 y severo =30. El nivel de concordancia en la definición de cada evento y en el resultado diagnóstico final para cada estudio entre el soft y los revisores fue valorada con el % de concordancia y el coef kappa, un valor de kappa > 0.7 fue considerado aceptable.

Resultados: 14/20 hombres; edad 51.2 +/- 18.3 a; IMC 29.7 +/- 5.2. Se revisaron 7.222 horas de estudio. Fueron analizados 4.917 eventos respiratorios. La media de IPR obtenido por soft fue de 36.45 +/- 21.9 ev/h. El % de concordancia en la definición y clasificación de cada evento entre el soft y la corrección efectuada por los revisores fue de 32.38% y el kappa 0.05. El % de concordancia del diagnóstico y su severidad para cada paciente entre el soft y revisores fue 85% y el kappa 0.75.

Conclusión: si bien el grado de concordancia en la detección y clasificación de eventos entre el soft de autoanálisis del equipo y la corrección de los revisores expertos es baja, el IPR global obtenido por soft tiene un nivel de correlación aceptable con el alcanzado luego de la corrección, lo que permitiría un primer análisis rápido y bastante aproximado del estudio. No obstante ello no es recomendable obviar la corrección de cada trazado.

24353. VALIDACION DEL APNEALINK™ PARA EL DIAGNOSTICO SÍNDROME APNEA/HIPOPNEA DEL SUEÑO DEL ADULTO (SAHS)

Nigro C, Varela B, Berton R, Malnis S, Prieto EJ, Díaz ME, Rhodius EE

Servicio de Neumología – Hospital Alemán de Buenos Aires

Antecedentes: el ApneaLink™ mide flujo aéreo y ronquidos mediante presión nasal. Objetivo: Evaluar la capacidad diagnóstica del ApneaLink para el SAHS del adulto. Método: Se estudiaron simultáneamente mediante polisomnografía (método de referencia) y ApneaLink (método diagnóstico) 101 pacientes consecutivos con sospecha de SAHS. El análisis del ApneaLink se realizó en forma automática mediante un programa (versión 5.26) (apnea: descenso FA = 80% del basal = 10s; hipopnea: caída = 50% del basal = 10s) Se realizó análisis de las curvas ROC del IAH-AL y el indicador de riesgo (IAH-AL+respiraciones con limitación al flujo aéreo) para establecer cual era el punto de corte con mayor exactitud diagnóstica.

Resultados: Se evaluaron 23 mujeres y 78 varones con una edad media de 50 años (rango 21 a 78) y un IMC mediano de 29.3 Kg./m2 (rango 19 a 64). El IAH mediano fue de 15.1 (rango 0 a 103).

Conclusión: un apnealink positivo definido como un IAH-AL > 18 permitió identificar confiablemente a los pacientes con SAHS moderado a severo (especificidad del 97-98% y RV+ 27 - 38).

24359. CONCORDANCIA ENTRE OBSERVADORES EN LA IDENTIFICACION DE DE APNEAS E HIPOPNEAS EN PACIENTES CON SINDROME APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS)

Nigro c, Dibur E, Berton R, Varela B, Lamnis s, Rhodius EE

Antecedentes: pocos datos en la literatura han analizado la concordancia entre observadores en la identificación de apneas e hipopneas. Objetivo: Evaluar la concordancia interobservador para identificar apneas e hipopneas en la polisomnografía (PSG). Método: Se seleccionaron al azar de una base de datos 10 PSG. Dos observadores ciegos e independientes clasificaron los eventos respiratorios ya sea como apnea-reducción = 90% del basal en la señal de flujo aéreo = 10s e hipopnea-caída = al 30% en la señal respiratoria + descenso de la SO2 = 3% o arousal = 10s. Se calcularon los índices de apnea (IA), hipopnea (IH) e apnea-hipopnea (IAH). El grado de concordancia se evaluó mediante el coeficiente de correlación intraclase (CCI) y el kappa. **Resultados:** se estudiaron 3 mujeres y 7 hombres, edad media 54 años (rango 30-67), IMC medio 29 Kg./M2(rango 19-36), IAH medio observador A 27.1 (rango 6-61) e IAH medio observador B 27.6 (rango 5.1-62). El CCI para el IA, el IH y el IAH fueron de 0.57 (IC95% 0.06-0.85), 0.75 (IC95% 0.43-0.9) y 0.98 (IC95% 0.93-0.99) respectivamente. El acuerdo entre observadores para clasificar a los pacientes según el IAH (SAHS leve: IAH = 5 - <15; SAHS moderado: IAH = 15- < 30 y SAHS severo: IAH = 30) fue alto (kappa 0.89)

Conclusión: a pesar de que la variabilidad interobservador en la clasificación de los eventos respiratorios (apnea o hipopnea) fue significativa, hubo concordancia alta entre observadores en el número total de eventos respiratorios identificados y la severidad del SAHS. Estos datos indicarían que la discordancia observada en la identificación de apneas e hipopneas tendría poca importancia en la práctica clínica

24371. ¿CONDICIONA LA EDAD AVANZADA LA ACEPTACIÓN Y ADAPTACIÓN INICIAL AL TRATAMIENTO CON CPAP?

Nogueira F, Simonelli G, Ibañez S, Micci P, Grandval S, Rey R

Hemos demostrado que al someter a nuestra población de pacientes con SAHS a un programa de educación y seguimiento específicos, la compliance inicial de estos al tratamiento con CPAP supera el 80% en consonancia con la literatura.

Objetivos: evaluar si la edad avanzada influye negativamente en la adaptación al tratamiento en nuestra cohorte de pacientes.

Métodos: estudio de cohorte longitudinal prospectivo. Muestra consecutiva de pacientes adultos con diagnóstico reciente de SAHS moderado severo confirmado por PSG, con indicación de tratamiento con CPAP, sin experiencia previa en el uso de estos dispositivos, entre los meses de enero 2006 y diciembre de 2007.

Se tomó como indicador de adherencia la cantidad de horas de uso por noche, registrado mediante el reloj interno de cada equipo, considerando como valor óptimo un nivel = 5hs/noche. El dispositivo registra a su vez los niveles de presión de CPAP alcanzados.

Los pacientes fueron sometidos al PEES (Programa de Educación, Entrenamiento y Seguimiento) consistente en: a) entrevista informativa/educativa con el médico del equipo; b) sesión de prueba y entrenamiento en el uso de CPAP; c) selección de

la interfase más apropiada; d) utilización de un equipo de CPAP – Autoajustable en el domicilio del paciente durante una semana; e) apoyo y seguimiento técnico telefónico. Se utilizaron el t test y el chi cuadrado para las distintas comparaciones.

Resultados: se reclutaron 253 sujetos, 210 (83%) eran hombres, edad 55.04 ± 13.7 años; peso 98.3 ± 23.8 Kg.; IMC 33.6 ± 8.4 ; IPR 50.8 ± 22.9 ev/h. 39 pacientes tenían más de 70 años, utilizaron el CPAP 6.55 ± 0.2 hs/noche Vs 5.8 ± 0.1 los menores de 70 años ($p=0.001$), el 89% de los >70a usaron el CPAP +5hs/n vs el 77.6 de los <70 ($p=0.001$).

No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre ambas poblaciones de pacientes en lo que respecta a sexo, edad, IPR y nivel de presión requerida, salvo un menor peso entre mayores de 70 años (88.4 ± 17.5 vs 99.8 ± 24.2).

Conclusión: los pacientes con SAHS mayores de 70 años tendieron a utilizar el CPAP por más horas que los menores de 70 años en la población analizada. La edad avanzada no constituye un factor condicionante negativo del uso de CPAP.

24373. DETECCIÓN DE EVENTOS RESPIRATORIOS EN EL SÍNDROME APNEA-HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS) MEDIANTE TERMISTANCIA, BANDAS Y PRESIÓN NASAL

Nigro C, Dibur E, Berton R, Varela B, Malnis S, Rhodius EE

Servicio de Neumología – Hospital Alemán de Buenos Aires

Antecedentes: la presión nasal se recomienda para identificar los eventos respiratorios en la polisomnografía (PSG). Los trabajos publicados han usado transductores de presión muy precisos y hay pocos datos respecto a la precisión de los sensores de presión que se usan en los laboratorios de sueño.

Objetivos: evaluar la detección de apneas e hipopneas mediante termistancia, bandas toraco-abdominales y un sensor de presión nasal.

Método: se seleccionaron al azar de una base de datos 10 PSG. La señal respiratoria fue evaluada por termistores buco-nasales (TER), banda torácica / abdominal (BTA) y presión nasal (PN). Un observador experimentado identificó las apneas (reducción = 90% del basal en el flujo aéreo = 10 s) e hipopneas (caída = al 30% en la señal respiratoria + descenso de la SO_2 = 3% o arousal = 10 s).

Resultados: se estudiaron 3 mujeres y 7 hombres, edad media 54 años (rango 30-67), IMC medio 29 Kg./M²(rango 19-36), IAH medio 27.1 (rango 6-61). La TER y la BTA identificaron un 3.8% de hipopneas que no fueron detectadas por la PN. Un 40% de las hipopneas fueron clasificadas erróneamente como apneas por PN. Eventos respiratorios (apneas+hipopneas) n = 1572

Metodos	Eventos Resp Positivos	Eventos Resp Negativos
Termistores	1407 (89.5%)	165 (10.5%)
Bandas TA	1457 (93%)	115 (7%)
Presión nasal	1537 (98%)	35 (2%)

Conclusión: la presión nasal fue levemente superior a las bandas y la termistancia para identificar eventos respiratorios en pacientes con SAHS. Sin embargo, un 4% de las hipopneas no fueron identificadas por cánula nasal. Estos datos sugieren que deberían usarse las tres señales (TER, BTA y PN) para reconocer el mayor número de apneas/hipopneas.

24377. MONITOREO GRABADO DE OXIMETRÍA DE PULSO EN NIÑOS CON HIPERTROFIA ADENOIDEA/AMIGDALINA Y SOSPECHA DE SAOS

Figueroa JM, Mansilla E, Velasco Suárez C

Introducción: el método diagnóstico para el Síndrome de Apnea Obstruktiva del Sueño (SAOS) es la Polisomnografía (PSG).

Ella requiere equipamiento costoso, consumo de tiempo, y trabajo especializado. En adultos se utiliza la oximetría como aproximación diagnóstica. En pediatría se han publicado aislados trabajos.

Objetivos: 1) estimar el valor diagnóstico de la oximetría nocturna en relación a la PSG. 2) evaluar el efecto de los resultados de la oximetría en el manejo de niños con HAA y sospecha de SAOS.

Población: 1) niños con HAA y sospecha de SAOS derivados para PSG entre el 1/05/05 y 1/05/06. Se excluyeron los niños con otro diagnóstico asociado. 2) niños con HAA y sospecha de SAOS en quienes se realizó monitoreo domiciliario nocturno de oximetría, entre el 1/09/06 y el 1/09/08.

Métodos: 1) se realizó análisis visual (según un algoritmo propio) de la oximetría grabada simultáneamente con la PSG y se estimó el valor diagnóstico de la misma comparada con la PSG. Los análisis de los dos registros fueron realizados a ciegas y en orden aleatorio por dos médicos diferentes. 2) se analizaron los resultados de las oximetrías y los cambios en el manejo terapéutico derivados de estos resultados.

Resultados: 1) se revisaron 53 polisomnografías. 46 cumplían con los criterios de inclusión. 23 niños presentaban SAOS en la PSG y 23 ronquido simple. 22 oximetrías fueron, según nuestro algoritmo, patológicas y coincidieron con SAOS en la PSG; un niño con diagnóstico de SAOS leve en la PSG presentó una oximetría normal. La oximetría mostró una sensibilidad del 96% para detectar SAOS y una especificidad del 100%. El análisis de regresión logística mostró un coeficiente de 6.18 ± 1.44 ($p < 0.0001$). En el test de validación de instrumento (Mc Nemar) se observó una $P=1.00$, y en el análisis de concordancia entre ambos métodos un $kappa=0.91$ (IC95%:0.79-1.03) ($p > 0.0001$). 2) se realizaron 82 oximetrías: 7 (8%) no fueron valorables, 51 (62 %) presentó SAOS, en 34 (41%) se observaron desaturaciones por debajo del 80%. En 31 registros (38%) la gráfica no era compatible con SAOS, requiriéndose PSG para confirmar o descartar el diagnóstico.

Conclusión: el análisis del monitoreo grabado de oximetría durante el sueño resulta un elemento de gran utilidad para el diagnóstico y manejo de este tipo de pacientes

MARTES 18 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24424. ¿QUÉ PASA CON LOS PACIENTES CON SAHOS LUEGO DE QUE SE LES INDICA TRATAMIENTO CON CPAP?

Nogueira JF, Simonelli G, Micci P, Ibañez S, Grandval S, Rey R

Introducción: hemos detectado que en nuestra población de pacientes con diagnóstico de SAHOS e indicación de tratamiento el 48% no realiza tratamiento alguno y solo el 40% termina siendo tratado con CPAP nasal. La falta de indicación clara fue uno de los motivos principalmente referidos. El objetivo del presente estudio es evaluar el grado de utilización de las medidas terapéuticas necesarias, en pacientes con SAHOS a los que se les indicó tratamiento con CPAP y se les efectuó un estudio de titulación de presión efectiva.

Métodos: muestra consecutiva de pacientes con diagnóstico de SAHOS confirmado por PSG que concurren al Laboratorio de Sueño del IADIN entre los meses de enero y diciembre de 2007 inclusive, con la solicitud para realizar una Titulación de CPAP. Entre el 1 y el 15 de agosto de 2008 se les realizó una encuesta telefónica. Se recabaron datos referidos al cumplimiento del tratamiento, complicaciones y evolución de los síntomas. Se reportan las características de la muestra y se des-

criben las proporciones relacionadas con cada aspecto evaluado.

Resultados: N: 284 pacientes, de los cuales respondieron 213, tasa de respuesta 75%. 171 hombres (80%), edad 53.3 (\pm 13.5), peso 98.1 \pm 25.2. 54 pacientes (25.3%) no hicieron tratamiento alguno. 12 alegaron problemas con su cobertura, 2 que su médico no le indicó tratamiento, 10 refirieron que no consideraban importante el problema, 13 mejoraron los síntomas antes de iniciar el tratamiento, 9 no toleraron el mismo y 7 manifestaron otros motivos diferentes.

151 pacientes (70.9%) comenzaron tratamiento con CPAP nasal, de los cuales 32 lo suspendieron posteriormente. Solo el 56% de los pacientes se encuentran actualmente bajo tratamiento.

8 pacientes fueron sometidos a cirugía de VAS (1 UPPP). 2 pacientes utilizaron dispositivos de avance mandibular.

Conclusión: en la población de pacientes con SAHOS a los que se les indica el tratamiento y se procede a efectuar un estudio de titulación de CPAP el 70% de ellos inicia el mismo. De todos modos resulta aun baja la tasa de pacientes que con el tiempo resultan efectivamente tratados, por lo que es necesario implementar medidas adicionales que permitan lograr un cumplimiento y adaptación al tratamiento apropiado.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

Endoscopia torácica

24159. UTILIDAD DE LA BRONCOSCOPÍA EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

Vegetti L, Ballina A, Roselli R, González Varas R, Bergesio A.

Introducción: la broncofibroscopia (BFC) se ha convertido en un método útil de diagnóstico y tratamiento en pacientes con patología pulmonar. El uso de la BFC en UCI permitió mayor aproximación diagnóstica en las NAV, diagnóstico y eventual tratamiento (tto) de otras causas.

Objetivos: analizar la contribución de la BFC en el diagnóstico en pt críticos con patologías respiratorias.

Material y métodos: estudio retrospectivo, revisión de BFC desde diciembre de 2006 hasta julio de 2008. Se analizaron las indicaciones y las muestras de BAL.

Resultados: se realizaron 96 BFC en 92 pacientes; 95,6% en arm; 9 en traqueostomizados y 83 con tuboendotraqueal (86.5%); edad media 36.1 años; 85.1% varones; apache II: 16,8; media días internación 5.2 y 8.5 ds.

Indicaciones: 91.4% con diagnóstico presuntivo de patología infecciosa, 3 casos con contusión pulmonar grave, 3 atelectasias sin mejoría con kinesio, 1 hemoptisis, complicaciones arm (2 fistulas traqueoesofágicas), 1 vía aérea quemada. Se solicita el estudio con diagnóstico presuntivo de NAV con CPIS \geq 6 en un 74.3% de los casos y $<$ 6 en el 25.7% restante. El 69.5% no recibían antibióticos. En el 82.6% se evidenció cultivo positivo. Los gérmenes en frecuencia fueron *staphylococcus aureus* (26%), *acinetobacter baumannii* (19.3%), *haemophilus influenzae* (18.2%) en igual medida que gram negativos (18.1%) y *pseudomona aeruginosa* (12.5%); flora polimicrobiana en el 33%. En el 94% de los cultivos positivos el recuento de UFC fue $>$ 104.

El promedio de volumen instilado fue de 145ml con un 19,4% de volumen recuperado; la diferencia entre las proporciones de pt con cultivo positivo no resultó significativa entre aquellos con

volumen instilado mayor o igual a 180 y los de menor a 180ml. El lóbulo más frecuentemente lavado fue el inferior derecho (69.1%) y en segundo lugar el inferior izquierdo (17% de los casos). La complicación más común fue la desaturación durante el procedimiento en 16 casos (18%) y en 3 casos se evidenció aumento de pic, sin complicaciones en el 77.6%; no hubo mortalidad relacionada directamente con el procedimiento.

Conclusión: en nuestra UCI la indicación principal de la BFC fue para el diagnóstico de las NAV.

El porcentaje de complicaciones fue mayor a lo reportado en la literatura lo que podría relacionarse con la gravedad de las patologías de base.

24185. TRATAMIENTO DE ESTENOSIS TRAQUEAL POR PARACOCCIDIOMICOSIS CON STENT: A PROPOSITO DE UN CASO

Alonso M, García AO, Tohaig S, Barth MA, Martínez Fraga A, Sáenz CB, Jajati M, Delgadillo S, Afeltra J

Paciente masculino de 51 años, HIV negativo, ex-tabaquista, consulta por disminución de peso, tos y hemoptisis de 2 meses de evolución.

FBC diagnóstica: laringe normal, mucosa traqueal edematosa, congestiva, con múltiples lesiones granulomatosas sangrantes y colapso dinámico. **BAL:** micológico directo (Giemsa) elementos leucocitarios compatibles con *Paracoccidioides brasiliensis* (PB); Ziehl Neelsen positivo. Biopsia de lesiones traqueales: compatible con granuloma por PB.

Serología PB: inmunodifusión cuantitativa: 1/8. Test paracoccidioidina cutáneo: anergia.

Se inicia tratamiento antituberculostático y se indica Trimetoprima+Sulfametoxazol (160/800 mg). El paciente evoluciona favorablemente con BAAR de esputo negativo y es dado de alta con seguimiento ambulatorio y control ambulatorio con FBC.

Consulta nuevamente a los 2 meses del alta por disnea CF 3, expectoración hemoptoica y estridor laríngeo progresivo de 15 días de evolución. BAAR esputo negativo. FBC control: se observa estenosis traqueal compleja y extensa de 7 cm de longitud. **Espirometría:** curva FV obstrucción fija de la vía aérea «patrón en cajón».

Se decide como conducta terapéutica broncoscopia rígida para dilatación mecánica y colocación de Stent (endoprótesis de Dumon de 70 x14mm), sin complicaciones y con buena tolerancia al procedimiento.

Evolución clínica con franca mejoría de síntomas. Curva F/V dentro de parámetros normales

Seguimiento endoscópico: sin complicaciones asociadas al procedimiento

Conclusión: la estenosis traqueal es una complicación frecuente de la infección por *Paracoccidioidomycosis*, y el tratamiento muchas veces fracasa.

A propósito del caso presentado, concluimos que la endoscopia rígida con dilatación mecánica y colocación de endoprótesis es efectiva como tratamiento de la estenosis traqueal por *Paracoccidioidomycosis*.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24250. ADENOCARCINOMA Y BRONQUITIS PLÁSTICA

Chávez MF, Irusta MJ, Menga G, Grynblat P, Rojas O, Polero C

La bronquitis plástica (BP) es una manifestación rara caracterizada por cambios inflamatorios inespecíficos de la pared bronquial; consiste en la formación y expectoración de moldes bron-

quiales de material fibrinomucoide, que producen obstrucción de la vía aérea.

Objetivo: presentar la asociación entre la bronquitis plástica y el adenocarcinoma de pulmón, que hasta nuestro conocimiento no ha sido reportada.

Caso Clínico: hombre de 52 años, ex tbq 10p/a, antecedente de esclerosis múltiple recurrente-remiteante diagnosticada en 1987, en tto. durante 8 años con IFN beta 1A recombinante, tras haber recibido su tto. habitual, presenta hiporexia, disnea, fiebre y expectoración hemoptoica. Rx de Tórax: infiltrado parahiliar derecho, se interpreto el cuadro como NAC, siendo tratado con claritromicina. Consultó a la guardia y en Rx de tórax se observó atelectasia del LSD e infiltrados en campos medio e inferior. FBC: obstrucción completa de BFD por una masa blanquecina endoluminal que protruye hacia la carina. TAC de Tx: atelectasia del LSD con imagen endoluminal en el BFD e imágenes en dedo de guante en LID compatibles con impactación mucosa. Broncoscopia rígida: molde bronquial mucoide que ocluía el BFD y se extendía hasta carina. AP: molde fibrino-leucocitario. Se plantea diagnóstico de bronquitis plástica, inicia tto con N-acetilcisteína. El paciente evoluciona con atelectasia parcial y completa del pulmón derecho, en 4 oportunidades con un intervalo de 15 días cada una, requiriendo desobstrucción broncoscópica. AP: moldes fibrino-leucocitarios, observándose células sospechosas de ser neoplásicas en el material de la cuarta desobstrucción. Se realizó lobectomía superior y media derecha con sección del bronquio del LI y del BFD. Diagnóstico: Adenocarcinoma moderadamente diferenciado, con ganglios libres de metástasis.

Comentario: Se han descripto asociaciones de BP con asma, FQ, aspergilosis broncopulmonar, infecciones respiratorias, malformaciones linfáticas y en el postoperatorio de cirugía de Fontán, pero no se hallaron referencias en la literatura de asociaciones con enfermedades neoplásicas ni con esclerosis múltiple en tratamiento con IFN beta 1 A.

Conclusión: en las lesiones endobronquiales de crecimiento rápido considerar el diagnóstico de bronquitis plástica y la asociación con el adenocarcinoma de pulmón entre sus causas posibles.

24275. UTILIDAD DE LA FIBROBRONCOSCOPÍA DOMICILIARIA EN PACIENTES CON DIFICULTAD PARA SU TRASLADO AL HOSPITAL

Samolski D, Kamijo M, Dure R

Introducción: la Fibrobroncoscopia (FBC), técnica diagnóstica y terapéutica invasiva, es efectuada habitualmente dentro del ámbito nosocomial. En pacientes con extrema dificultad para su movilización fuera del domicilio, la realización del procedimiento podría realizarse en el propio hogar, al menos para técnicas que no presenten elevado riesgo de complicaciones (recambio de cánula de traqueostomía, visualización estructural y funcional de la vía aérea, aspiración de secreciones). **Objetivos:** evaluar si la realización de FBC en domicilio para los procedimientos citados es posible, efectiva y exenta de riesgos. **Materiales y métodos:** La FBC se realizó en domicilio conforme la dificultad para el desplazamiento del paciente al ámbito hospitalario (cuadruplejía, falta de disponibilidad de respirador mecánico portátil o con autonomía suficiente, negativa del paciente y/o familia a ser trasladado). Se realizaron 10 FBC en 8 pacientes: 2 con diagnóstico de atrofia muscular espinal y traqueostomía para asistencia respiratoria nocturna (ARM), 2 con diagnóstico de esclerosis lateral amiotrófica con traqueostomía para ARM 24 hs/día, 2 con encefalopatía anóxica con traqueostomía para acceso a la vía aérea y aspiración de secreciones y 2 con dificultad tusígena plurifactorial, sin traqueostomía. Previa anestesia tópica naso-faringo-laríngea

con lidocaína 2%, se realizó el procedimiento con un fibrobroncoscopio Pentax FB18X accediendo por vía nasal (2 FBC) y vía nasal y cánula de traqueotomía (8 FBC). **Resultados:** En los 10 procedimientos se realizó visualización estructural y funcional de la vía aérea, en 8 broncoaspiración terapéutica y en 2 de ellos se procedió al cambio de cánula de traqueostomía bajo control endoscópico. No se registraron complicaciones en ninguno de los procedimientos. La tolerancia al procedimiento fue buena en todos los casos.

Conclusión: la FBC en domicilio es una técnica útil, eficaz y exenta de riesgos en pacientes con dificultad para su movilización al ámbito hospitalario y para la realización de procedimientos técnicamente no complejos (broncoaspiración de secreciones traqueo-bronquiales, recambio de cánula de traqueostomía, visualización anatómo-funcional de la vía aérea).

MARTES 18 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24383. TUMOR TRAQUEAL: DIEZ AÑOS DE EVOLUCIÓN

Canavese H, Revel Chion P, Gómez ON, Perrone R
Hospital Aeronáutico Central y Hospital Español - Buenos Aires

Introducción: los tumores de traquea son infrecuentes (2 a 3 nuevos casos por millón de habitantes por año) constituyendo el adenoidequístico y el escamocelular las variantes más frecuentes.

Objetivo: analizar la evolución de un tumor traqueal no sometido a cirugía durante más de diez años.

Materiales y métodos: paciente de 82 años de edad con antecedentes de asma y neumonías a repetición que consulta a nuestro Servicio en Septiembre de 2007 por hemoptisis, disfonía intermitente y disnea clase funcional II. Se realiza Tomografía axial computada (TAC) de tórax que evidenció atelectasia parcial del LSD e imagen nodular a nivel de carina. En la fibrobroncoscopia se objetivó lesión endoluminal polilobulada de traquea distal que protruye hacia bronquio fuente derecho. La biopsia fue informada como células atípicas agrupadas, citoqueratina positiva. El esputo post FBC: células pavimentosas metaplásicas con caracteres displásicos. Citología clase III. Se deriva fuera del Hospital para tratamiento, realizándose broncoscopia rígida que evidenció tumor traqueal de pared posterolateral que ocluye el 90% de su luz y obstrucción casi total del bronquio fuente derecho. Se efectuó láser NODIMIO-YAG restituyendo el 80% de la luz traqueal y el 70% de la bronquial. Se indicó Radioterapia con acelerador lineal con buena tolerancia. La FBC de control mostró franca regresión lesional, manteniéndose sin cambios durante los años 1999 – 2006. Las sucesivas TAC se mantuvieron estables, solo evidenciando bronquiectasias cilíndricas y secuelas interpretadas como actínicas en el lóbulo superior derecho. Clínicamente presentó cuadros bronquiales a repetición que remitieron con tratamiento habitual. En el mes de Abril del año 2007 evolucionó con aumento de su disnea habitual y episodio de hemoptisis leve por lo que se le realizó FBC mostrando lesión tumoral y TAC que confirmó dicho hallazgo. Fue tratada endoscópicamente y con radioterapia posterior. La anatomía patológica demostró recidiva tumoral con infiltración de pared bronquial.

Conclusión: mostrar la buena evolución de un tumor maligno de traquea, desestimado para cirugía, que realizó solo tratamiento endoscópico (láser) y radioterapia.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

Fisiopatología respiratoria

24190. EFECTO DE LA VENTILACION NO INVASIVA A DOBLE NIVEL DE PRESION POSITIVA (VDNPP) EN EL EJERCICIO DE PACIENTES CON EPOC SEVERA

Martínez Fraga A, Delgadillo S, Barth M, Sivori M, Sáenz C

Existen muy pocos estudios sobre el efecto de la ventilación no invasiva a doble nivel de presión positiva (VDNPP) sobre el ejercicio en pacientes con EPOC severa.

Objetivos: evaluar el impacto de la VDNPP en la respuesta a ejercicios máximos y submáximos en pacientes con EPOC severa.

Material y métodos: en pacientes con EPOC severa (guías GOLD) se realizó prueba de 6 minutos (según ATS/ERS) y de escalera (protocolo Girish Chest 2001), escala de Borg de miembros inferiores y disnea. A través de máscara nasal, se adaptó VDNPP (IPAP 15 cmH₂O y EPAP 4 cmH₂O), repitiendo las pruebas.

Resultados: fueron evaluados 11 pacientes con EPOC (media edad: 69 ± 11,31 años, sexo masculino 72%, FVC: 65,29 ± 12,92%; FEV1: 40,8 ± 13,95; FEV1/FVC: 49 ± 10,78; paO₂: 68,6 ± 8mmHg; paCO₂: 39,9 ± 1,19mmHg).

	Basal	VDNPP	% cambio	p
Con test 6 min				
- metros	381,22±39,06	443±53,79		0,001
- velocidad m/seg	1,05±0,1	1,23±0,14		0,001
Con test escalera				
- altura metros	745,72±41,33	749,16±31		NS
- velocidad m/seg	20,48±4,65	22,9±5,98		0,05

Conclusión: se observó una significativa mejoría en las pruebas de ejercicio de campo submáximas y mayor velocidad de ascenso en la máxima. Es la primera comunicación del efecto de la VDNPP sobre las pruebas de escalera en pacientes con

24228. ¿ESTAMOS EVALUANDO LAS CONSECUENCIAS DE LA INHALACIÓN MASIVA DE HUMO?

Ortiz Naretto AE, Pereiro MP, Dure R, Artana CN, Conforti A

Antecedente: con posterioridad al desencadenamiento de un incendio en un local cerrado ornamentado con materiales inflamables y tóxicos, hubo una liberación masiva de productos de combustión con menor liberación de calor que la esperable (smoldering). Esto provocó en los pacientes el depósito de dichos productos en la mucosa bronquial y desencadenó una inflamación local persistente con participación neurogénica.

Objetivos: Evaluar al año y a 4 años del evento inicial, en 4 pacientes que inicialmente requirieron asistencia ventilatoria mecánica, la progresión del proceso inflamatorio persistente.

Material y métodos: al año, en 4 pacientes se realizaron fibrobronoscopías al mismo tiempo que se tomaron muestras de sangre (donde se evaluó inflamación sistémica y perfil inmunológico), lavado broncoalveolar y biopsias de espón bronquial, a los 4 años del evento inicial se los evaluó clínica y neumonológicamente y se repitieron los estudios del laboratorio.

Resultados: en los estudios realizados al año no se observaron alteraciones de la mucosa por FBC. La anatomía patológica mostró aumento de linfocitos T, células marcadas por

sinaptoficina y de CD34. El dosaje de IgAs fue indetectable, permaneciendo disminuída a los 4 años. Debido a la persistencia de síntomas clínicos de bronquitis crónica durante los 4 años se los trató con corticoides inhalados con β₂ de acción prolongada los primeros 3 años y luego con ciclesonide. La curva flujo volumen en cajón con respuesta paradójica, que desde el inicio la presentaba un solo paciente, en la actualidad hay dos de ellos que presentan esta característica. Los valores de IL8 plasmática estuvieron aumentados, más aún en la segunda medición.

Conclusión: el remodelamiento pulmonar evidenciado al año por la angiogénesis o la reparación pulmonar inducida por las células neuroendócrinas, podrían en el futuro desencadenar patologías como asma, EBOC o cáncer por esto el seguimiento de las secuelas inflamatorias debe hacerse de cerca. Dada la disminución de la IgAs creemos que es un grupo de enfermos con criterios de vacunación antigripal. La IL8 podría ser un marcador sistémico del proceso local en las vías aéreas. El seguimiento clínico neumonológico exhaustivo de las secuelas inflamatorias de estos pacientes es de gran importancia para prevenir el desarrollo de patologías más graves.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

24414. EXACTITUD DE LA OXIMETRIA DE PULSO Y EL MAL AGUDO DE MONTAÑA (MAM) EN EL ACONCAGUA

Garofoli A, Montoya P, Elias C, Maneschi E.

Objetivos: evaluar la desaturación durante mínimos esfuerzos como factor predictor de MAM severo.

Materiales y métodos: se analizaron las oximetrías de 63 adultos sanos con muy buen nivel de entrenamiento durante una expedición al Cerro Aconcagua.

Se utilizó un oxímetro NONIN 9500. Se registró la saturación de oxihemoglobina (SpO₂) y la frecuencia cardíaca en reposo y durante la caminata a diferentes alturas (770 msnm – Mendoza; 2700 msnm – Puente del Inca, y a 4300 msnm – Plaza de Mulass). Se registraron las determinaciones basales, 3^o minuto y 6^o minuto. Las pruebas se detuvieron con caídas > 10% SpO₂. La presión barométrica (Pb) se mantuvo cerca de los valores predichos para cada altura (700 – 544 - 401 mmHg respectivamente).

Se evaluaron los síntomas de MAM según escala de Lake - Louise en Plaza de Mulass, y se consideró la peor puntuación hasta llegar a la cumbre durante el ascenso.

Se definió MAM severo:

- >= 7 puntos en la escala de Lake Louise, o
- EAP (estertores nuevos y SpO₂ menor a la esperada), o
- Edema Cerebral.

Se consideró desaturación a una caída >= 5% desde el valor de reposo en SpO₂.

Resultados: se incluyeron 62 varones (98%) y 1 mujer (2%), edad media 34 años (18-50 años).

Residentes a 2700 msnm (G1, n=27), vivían entre 1000 – 2000 m (G2, n=21), y el resto de los sujetos lo hacían a menos de 1000 m (G3, n=15).

Población	Sensibilidad	Especificidad	VPP	VPN	RPP	RPN
	%	%				
Total	100	48	19	100	1,93	-
G1	100	33	16	100	1,50	-
G2	100	75	17	100	4,00	-
G3	100	79	33	100	4,75	-

Conclusión: la desaturación en sujetos sanos durante mínimos esfuerzos en las alturas constituye un excelente método de catastro para MAM severo. Las personas que no desaturan en estas condiciones no presentarían riesgo de desarrollar MAM severo.

24421. UTILIDAD DE LA OXIMETRIA DE PULSO COMO PREDICTOR DE EXITO EN ALCANZAR LA CUMBRE DEL ACONCAGUA

Garófoli A, Montoya P, Elías C, Maneschi E

Objetivos: evaluar si la desaturación durante la caminata en andinistas constituye un factor predictor de éxito en alcanzar la altas cumbres.

Materiales y métodos: se analizaron las oximetrías de 63 adultos sanos con muy buen nivel de entrenamiento durante una expedición al Cerro Aconcagua. Se utilizó un oxímetro NONIN 9500.

Se consideraron la saturación de oxihemoglobina y frecuencia cardíaca en reposo y durante la caminata a diferentes alturas (770 msnm – Mendoza; 2700 msnm – Puente del Inca, y a 4300 msnm – Plaza de Mulas).

La presión barométrica (Pb) se mantuvo cerca de los valores predichos para cada altura (700 – 544 - 401 mmHg respectivamente).

Se evaluaron los síntomas de MAM según escala de Lake Louise en Plaza de Mulas, y se consideró la peor puntuación hasta llegar a la cumbre durante el ascenso.

Se definió desaturación a la caída $\geq 5\%$ desde el valor de reposo en la SpO₂.

Resultados: se incluyeron 62 varones (98%) y 1 mujer (2%), edad media 34 años (18-50 años).

Residentes a 2700 msnm (G1, n=27), vivían entre 1000 – 2000 m (G2, n=21), y el resto de los sujetos lo hacían a menos de 1000 m (G3, n=15).

Todos intentaron llegar a la cumbre. Lo lograron: G1 21 (77%); G2 13 (61%) y G3 7 (46%).

No se les permitió continuar la marcha a las personas que presentaron signosintomatología de severidad: escala Lake - Louise >7 (n=7), y/o EAP (n=7), y/o Edema cerebral (n=2), y/o el criterio médico. Dos sujetos requirieron evacuación al hospital.

Población	Sensibilidad %	Especificidad %	VPP	VPN	RPP	RPN
Total	54	40	65	30	0,89	1,16
G1	68	40	83	22	1,14	0,80
G2	23	57	50	29	0,54	1,35
G3	71	25	45	50	0,95	1,14

Conclusión: la desaturación en sujetos sanos durante mínimos esfuerzos en las alturas no predice el éxito en alcanzar las grandes alturas.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

Enfermedades ocupacionales

24203. ENFERMEDAD RESPIRATORIA OCUPACIONAL EN TRABAJADORES EN INDUSTRIA DE ACERÍA

Zurbriggen R, Capone L

Introducción: el presente estudio surge ante las consultas de pacientes que manifiestan patología respiratoria con el sólo

hecho de pertenecer a un trabajo con exposición ambiental. No disponemos de estudios regionales que reporten cual es la patología respiratoria ocupacional prevalente en la industria de acería.

Objetivos: observar el nivel de patología que produce la exposición ambiental en individuos relacionados con la acería., los cambios de la función pulmonar y su relación con el test de la caminata. Describir hallazgos de radiografía y tomografía de tórax.

Material y métodos: se recogen datos en 34 individuos, elegidos al azar con exposición laboral en sectores de hornos laminación de hierro, trefilación (todos pertenecientes a la industria de acería). Se releva score de síntomas.

Se realizan estudios clínicos: espirometría, test de caminata, Rx de tórax, y TACAR sin contraste a partir del 14 de septiembre del 2006 hasta completar estudios en mayo del 2007.

		>20años exp.amb
hallazgos Xtacar	Normal	10(43.48)
	epoc(ocup/tbq)	6(26.09)
	asbestosis.enf	1(4.35)
	les.benigna.enf	1(4.35)
	solo les.benigna	4(17.39)
	tbc/bronquiectasia	1(4.35)

Conclusión: el relevamiento en este pequeño grupo de trabajadores nos hace sospechar una clara patología ocupacional respiratoria en el grupo expuesto por más de 20 años. No obstante los datos no alcanzan a ser representativos para sacar conclusiones, dado que tenemos una población estudiada muy pequeña y no es suficientemente representativa del universo de trabajadores presentes en acería. Se sugiere un seguimiento del grupo de pacientes con lesiones benignas por asbestosis, ya que amerita un control más estricto.

Futuros trabajos deben ser realizados en grupos más numerosos de individuos vinculados a esta exposición ocupacional.

DOMINGO 16 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

Laboratorio Pulmonar

24191. EL IMPACTO DE LA ELECCION DE LA TABLA DE PREDICTIVOS DE LA VENTILACION ALVEOLAR SOBRE LA CORRECCION DE KCO

Martínez Fraga A, Barth M, Delgadillo S, Sívori M, Sáenz C

La disminución del factor de transferencia de monóxido de carbono (TLCO) y de la Ventilación Alveolar (VA) no es uniforme. Los equipos computadorizados entregan un valor de Kco que no toma en cuenta este detalle. Este cálculo se hace tomando en cuenta el porcentaje de VA. Existen diferentes tablas de valores predictivos de VA y no está reportado el impacto que pudiera tener su elección en la estimación de la corrección de Kco.

Objetivos: realizar el cálculo de VA en porcentaje de predictivo por diferentes ecuaciones de predicción, y de la Kco a través de la corrección de Stam (J Apply Physiol 1994), comparando el impacto de la elección de cada tabla de valores normales de VA sobre el cálculo de Kco.

Material y métodos: fueron incluidos pacientes consecutivos derivados al Laboratorio Pulmonar de la Unidad para realizar una prueba de TLCO por diferentes razones clínicas entre

Enero y Junio de 2008. Se obtuvo la Kco según lo informa el software y luego se la recalculó corregida según Stam. Se usaron las ecuaciones de predicción para adultos de sexo masculino y femenino de las cuatro tablas de valores normales de VA existentes (Knudson, Collins, Miller y Roca).

Resultados: fueron evaluados 30 pacientes (media edad: 54,66 ± 13,49 años, sexo femenino 56,66%). La media de TLCO fue 18,21 ± 8,32ml/min/mmHg; VA: 4,51 ± 1,35L para toda la población. La media de Kco informada a través del software fue 4,1 ± 1,35, y la media de Kco corregida fue 3,76 ± 1,33ml/min/mmHg/L para toda la población.

Predictivos (Masc)	%VA	Kco corregida
Knudson	78,39 ± 19,4	3,74 ± 1,38
Roca	87,07 ± 22,93	3,86 ± 1,43

Predictivos (Fem)	%VA	Kco corregida
Knudson	80,97 ± 21,3	3,78 ± 1,32
Roca	91,14 ± 24,52	3,91 ± 1,36

Conclusión: a pesar que las tablas de valores predictivos de VA presentan hasta diferencias del 12%, el impacto de su elección sobre la corrección en la estimación de Kco parece ser despreciable.

24192. IMPORTANCIA EN LA CORRECCION DE LA KCO INFORMADA COMPUTADORIZADA EN PACIENTES CON VA DISMINUIDA

Martínez Fraga A, Barth M, Delgadoillo S, Sivori M, Sáenz C

La disminución del factor de transferencia de monóxido de carbono (TLCO) y de la Ventilación Alveolar (VA) no es uniforme. Los informes de los equipos computarizados entregan un valor de Kco que no toma en cuenta este detalle.

Objetivos: realizar el cálculo de Kco a través de la corrección de Stam (J Apply Physiol 1994) y compararlas con las informadas por el software de un equipo de laboratorio pulmonar computarizado reconocido (Collins).

Material y métodos: fueron incluidos pacientes consecutivos derivados al Laboratorio Pulmonar de la Unidad para realizar una prueba de TLCO por diferentes razones clínicas entre Enero y Junio de 2008. Se realizaron las pruebas según recomendaciones ATS/ERS por el método de respiración única y con el método de toma de muestra de Ogilvie. Se analizó la Kco según lo informa el software del equipo Collins Plus/SQL System (1995 Warren Collins), y luego se lo recalculó corregida según la ecuación de Stam (J Apply Physiol 1994).

Resultados: Fueron evaluados 30 pacientes (media edad: 54,66 ± 13,49 años, sexo femenino 56,66%). 22 pacientes presentaban enf.intersticial, 5 enfisema y 3 prequirúrgico.

La media de TLCO fue 18,21 ± 8,32ml/min y VA: 4,51 ± 1,35L (79,93 ± 20,91%).

La media de Kco informada a través del software fue 4,1 ± 1,35ml/min/mmHg/L. La media de Kco corregida fue 3,76 ± 1,33ml/min/mmHg/L. Por Kco informada se sobreestimó un 9,77 ± 13,71%. Ello se observó en el 73,33% de los casos.

Se observó una relación inversa entre el %VA y el delta de Kco estimada/informada.

(r = -0,8; y = -0,252x + 28,052; R² = 0,6343; p < 0,001)

Conclusión: cuando la VA está disminuída, se debe realizar la corrección del informe computarizado de la Kco, debido a que se observa una diferencia promedio del 9%, sobreestimando la real Kco del paciente.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE

Hotel Costa Galana

Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

Prevención y lucha antitabáquica

24306. EXPLORANDO MÉTODOS DE MOTIVACIÓN EN EL DIA MUNDIAL SIN TABACO: USO DE LA EDAD PULMONAR Y EL MONÓXIDO DE CARBONO EXHALADO

Videla A¹, Rey S², Casetta B³, Borrajo C⁴, Cortiñaz M², Peralta G², Bergna M¹, Pace S²

¹Hospital Universitario Austral; ²Hospital del Torax «Dr. Antonio Cetrángolo»; ³Programa Nac. De Control de Tabaco – Ministerio de Salud; ⁴Hospital Nuestra Señora de Luján

Introducción: se ha publicado que la espirometría informada como edad pulmonar sirve como incentivo para la cesación (Parkes et al, BMJ 2008). En el contexto del Día Mundial sin Tabaco y bajo el lema «Jóvenes Libres de Tabaco» se organizó una actividad de motivación con la participación de diversos equipos y profesionales, en la cual se realizó espirometría y medición de monóxido de carbono exhalado (COexh) como intervención mínima.

Materiales y métodos: las personas que concurren espontáneamente a esta actividad respondieron una encuesta que incluía status de fumador mediante preguntas core de la OMS, escala de dependencia de Fagerström y preguntas sobre actitudes. Se midieron COexh y espirometría como marcadores biológicos para concientizar a los fumadores. Todos los fumadores recibieron consejo antitabáquico, folletería y derivación a centros de cesación.

Resultados: se encuestaron 107 personas, edad media: 41,18 años, (± 16,28). Sexo femenino: 49,5%. 28,7% de los encuestados (n = 31) eran fumadores actuales, 49% diarios. 76,6 % de los respondedores consideraban que el humo de tabaco ambiental era perjudicial, opinión no influida por estatus de fumador (76,4% vs. 77,1%, p = 0,2). Edad media de inicio: 17,3 años (± 3,5). Mediana de escala de Fagerström: 2 (rango: 0- 8). La media de COexh fue mayor en fumadores diarios que en no fumadores (16,09 SD: 23 vs. 3,32, p < 0,001). La edad pulmonar sirvió para motivar en el 48% de los fumadores medidos mientras que el COexh fue útil en el 54,3% (p = 0,9). En 32% de los fumadores ambas mediciones dieron anormales. La espirometría del 44,8% de los fumadores tuvo valores de relación VEF1/FVC < 0,80.

Conclusión: el uso de marcadores biológicos sirvió para apoyar el consejo de cesación en aproximadamente la mitad de fumadores, sin ser ninguno comparativamente superior al otro. Ambas mediciones tienen utilidades potencialmente complementarias. La espirometría informada como edad pulmonar podría ser útil como herramienta motivacional.

24307. ENCUESTA A ASISTENTES AL CURSO DE TABAQUISMO 2007 DE LA PRÁCTICA FINAL OBLIGATORIA (INTERNADO) - FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS, UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

Lisanti R, Moreno G, Lisanti TR

Objetivos: evaluar las características y conocimientos previos, de los asistentes al curso de Tabaquismo, que se dicta en la Práctica Final Obligatoria de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Cuyo.

Introducción y antecedentes: desde el año 2004 y en forma anual se incorpora un Curso de Tabaquismo, optativo, en el programa de la Práctica Final Obligatoria (internado). Hasta el año 2007 realizaron el curso 109 alumnos.

El curso tiene una carga horaria de 10 hs, su contenido tiende a responder a las siguientes preguntas: Por que se fuma? Cuanto se fuma? Hace daño fumar? Como puede ser si los médicos fuman? Que podemos hacer? Incluyendo un desarrollo amplio de niveles de intervención (prevención, protección y cesación), e intenta generar líderes en el tema.

Materiales y métodos: se realiza una encuesta que responden los asistentes antes de iniciar el Curso, que incluye edad y sexo, condición de fumador, y preguntas sobre aspectos del tabaquismo y si han recibido información formal sobre el tema en la Facultad.

Resultados: en el año 2007, de un total de 150 internos, asistieron 21 al curso, 9 hombres (42,8%) y 12 mujeres (57,2%). Edad media de 27,4 años (23 a 40 años) Condición de fumador: Fumador 3 (14,3%), 2 mujeres y 1 hombre; Ex fumador 4 (19%), 2 mujeres y 2 hombres; Nunca fumo 14 (66,7%), 8 mujeres y 6 hombres.

Motivación para realizar el curso: en 19 (90,5%) interés por el tema

Preguntas sobre: tabaquismo generalidades, 21 correctas (100%); prevalencia de tabaquismo en la población, 10 correctas (47,6%); prevalencia de tabaquismo en los médicos, 12 correctas (57,1%); EPOC, 16 correctas (76,2%).

Ha tenido dentro del contenido curricular el tema Tabaquismo, si en 15 (71,4%), 14 en tercer año de la carrera.

Conclusión: se destaca la importancia de realizar este tipo de cursos en la etapa final de la formación médica, si bien el tema tabaquismo debe ser incorporado en los primeros años de la carrera médica, en nuestra Facultad en Tercer año en el módulo Respiratorio de Patología Básica Especial (PBE).

El conocimiento previo de temas de tabaquismo en distintas preguntas con un porcentaje de acierto del 47,6 al 100%. Y un 71,4% habían recibido contenido formal sobre el tema tabaquismo dentro de la Carrera,

24308. INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO EN UNIDADES CORONARIAS

Stok A, Rojas RA, Altieri HH, Tarcic A, Núñez PE, Rojas MV

La mayoría de las enfermedades cardiovasculares se relacionan fuertemente con factores modificables del estilo de vida, entre ellos el tabaquismo.

Todos los profesionales de la salud debemos tomar una conducta activa ante el avance de esta epidemia.

Objetivos: determinar la intervención en tabaquismo de los médicos en las Unidades Coronarias de centros asistenciales públicos y privados de nuestra provincia; conocer la prevalencia de tabaquismo en pacientes internados y médicos tratantes. El diseño fue descriptivo y asociativo de corte transversal. La población bajo estudio fueron pacientes internados y médicos tratantes. Se empleó una encuesta de respuestas múltiples cerradas, de carácter anónimo.

Resultados: se encuestaron a 39 médicos de las unidades coronarias y a 37 pacientes.

La prevalencia de médicos fumadores fue del 36% (14) y en los pacientes fue del 19% (7), con una prevalencia de ex fumadores de un 78% (29).

Solo el 20% (8) de los médicos conocía el programa de intervención breve antitabaquica.

El 79% (31) de los profesionales aplica medidas en tabaquismo en todos los pacientes, el 13% (5) lo hace a veces y el 8% (3) no lo hace.

El 81% (30) de los pacientes fue interrogado por su cardiólogo sobre tabaquismo en esta internación.

Conclusión: encontramos que menos del 80% de los médicos de las UCO refieren aplicar medidas de prevención y/o de cesa-

ción antitabaquica en todos sus pacientes y muy pocos conocen el programa de intervención breve antitabaquica.

24309. PREVALENCIA DE TABAQUISMO, CONOCIMIENTO Y ACEPTACIÓN DE LEY ANTITABACO EN ESCUELAS PRIMARIAS

Stok A, Rojas RA, Orellana MC, Altieri HH, Calli R, Tarcic A, Núñez PE, Rojas MV

Teniendo en cuenta estudios previos a la aplicación de la ley, observamos que el 15% de los niños tucumanos entre 8 y 12 años ya probó el cigarrillo y a su vez observamos una tendencia de comenzar a fumar cada vez más precoz. Nuestro objetivo fue determinar prevalencia actual de tabaquismo y medir conocimiento y aceptación de la ley en niños de escuelas primarias con el fin de diseñar nuevos programas preventivos antitabaquicos.

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, durante los meses de Julio, Agosto y Septiembre de 2007. Se encuestaron a 1337 niños entre 8 y 13 años de escuelas primarias públicas de S. M. De Tucumán. Se Utilizó una encuesta autoadministrada, validada, de opción múltiple cerrada.

Resultados: sexo masculino el 41% y femenino el 59%, Se encontró una prevalencia de tabaquismo de 4% (58). Los varones fuman mas que las mujeres (45% - 11% respectivamente); y la diferencia fue significativa ($p < 0,05$).

Un 91% conocían la imagen de la ley y un 79% la aceptaban.

Conclusión: a más de 1 año de aplicada la ley antitabaquico en Tucumán encontramos una disminución notable de la prevalencia en tabaquismo en niños de escuelas primarias con una alta aceptación y conocimiento de la imagen de la ley.

24335. IMPACTO DE LEY ANTITABACO EN HOSPITAL LENCINAS DE MENDOZA (HLM)

Mancinelli A, Alchapar R, Salvioi D, Ortíz G, Fabroni J

Objetivos: Evaluar el impacto del tabaquismo en el HLM luego de la aplicación de la Ley de ambientes libres de Humo de Tabaco N°7790, comparado con la encuesta del 2004

Materiales y métodos: se realizó encuesta, durante el período Junio/Agosto Año 2008. Los resultados se compararon con los obtenidos en 2004.

Resultados: población Año 2008 n:107. Sexo femenino 55% y masculino 45%. Edad promedio 46,01 años ($\pm 11,32$). Edad promedio de inicio tabaquismo 20,14 años ($\pm 6,84$). Han probado fumar 78% y el 57% ha fumado más de cinco paquetes en total. Promedio de cigarrillos consumidos 11,67 ($\pm 7,65$). Un 71% dijo querer seriamente dejar de fumar; el 47% en los próximos seis meses y el 24% restante en treinta días. Pasan más de sesenta minutos en prender el primer cigarrillo ($\pm 62\%$). En la familia del encuestado, el padre era el que más fumaba (37%). En la actualidad un 41% refiere que no se fuma en su casa y 28% en ciertas áreas de la misma. Están totalmente de acuerdo que dejar de fumar es una medida efectiva de prevención un 89% y el restante 11% solo de acuerdo.

Prevalencia de tabaquismo en nuestro hospital: 2008 32%, 2004 41%. Distribución del sexo en tabaquistas 2008 10% Masculino y 22% Femenino, 2004: 20% Masculino y 21% Femenino.

Manifestaron que fumar es perjudicial para la salud: 2008: 99%, 2004: 98%. Sobre el conocimiento de tabaquismo en 2004 refirieron 17% que es un hábito, 51% adicción, 26% ambos y no saben/no contesta el 6%. Para 2008, 20%, 43%, 36% y 1% respectivamente. Manifestaron que no fumará en los próximos cinco años: 2008: 44%, 2004 48%. Cuando se les preguntó si habían restricciones en sus lugares de trabajo, respondieron que SI: 2008: 94%, 2004: 75%; que NO: 2008: 6%, 2004: 18% y que NO SABE: solo en 2004: 7%.

Conclusión: la prevalencia de tabaquismo ha descendido un 9%. La población conoce y respeta las restricciones respecto a fu-

mar. Expresamos nuestra satisfacción de haber logrado disminuir los índices de tabaquismo y aumentar la concientización en colaboradores y/o compañeros, luego de un sistemático trabajo de nuestro grupo, fortalecido por la aprobación e implementación de la ley 7790 de ambientes libres de humo de tabaco

MARTES 18 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24426. TABAQUISMO: 2da INTERVENCIÓN EN EL COLEGIO PRIMARIO DIRIGIDA A LOS PADRES DE LOS ALUMNOS

Dí Loreto M, Olivera C, Giménez K, Ramos P, Wagner G, Medin M, Osses J, Cárvea J

Fundación Favaloro

Introducción: los niños son muy sensible a los efectos del tabaquismo pasivo, pulmones pequeños y mecanismos de defensa menos desarrollados los hacen especialmente vulnerables. Generar políticas antitabáquicas desde los colegios es una medida positiva para padres y niños.

Objetivos: determinar la prevalencia de tabaquismo y los conocimientos acerca del mismo en padres de los alumnos de un colegio primario.

Material y métodos: en junio del 2008 la cooperadora del colegio organizó una Jornada Libre de Humo invitando gratuitamente a los padres de los alumnos del colegio relacionado esto con que el año anterior se habían evaluados a los alumnos de 6º y 7º grado encontrando que un alto porcentaje de niños estaban expuestos al tabaco en el ámbito domiciliario, por lo que se sugirió incluir a los padres en la política antitabáquica. El colegio evaluado tiene una población de 900 alumnos, por lo tanto la estimación es de 1800 padres.

Se realizó medición de monóxido de carbono en aire espirado y cuestionario validado.

Resultados: fueron encuestados un total de 68 padres, lo cual representa un 3.7% del total, 33 (48,52%) eran varones y 35 (51,47%) mujeres; rango de edad entre 36 y 50 años, edad promedio 42.08; \pm 3.62.

Probó alguna vez: 68 padres (100%),

Fuman actualmente: 68 padres 100%

Edad de prueba: edad promedio 18, rango de edad min.14 a max. 26;

Factores de inicio: ejemplo de padres 13 (19.11%); deseo de parecer adulto 27 (39.7%); curiosidad 14 (20.58%); rebelión juvenil 9 (13.23%); propuesta de delgadez y/o éxito 4 (5.88%); status 5 (7.81%); otros 6 (8.82%);

Marcas de cigarrillo más consumidas: Marlboro (33.52%), Camel (20.18%), Jockey club (11%), otros: 35.3%

Intentaron dejar de fumar: Si 41 (60.29%) No intentaron 27 (39.70%).

Los métodos utilizados para dejar de fumar fueron: , 10 (24.39%) parches, 9 (21.95%) laser, 4 (9.75%) acupuntura, 4 (9.75%) odranal, 3 (7.31%) tto. psicológico; y 11 (26.82%) no utilizo ningún método .

Padecen alguna enfermedad: Si 17 (25%) (7 alergia, 3 DBT, 7 HTA);

Dicen no padecer ninguna enfermedad 51 (75%)

Antecedentes de tabaquismo: padres Si 38 (55.88), No 30 (44.11%); Madres: Si 23 (33.82%) No 45 (66.17). Cónyuge: Si 22 (32.35%), No 46 (67.64%)

Otro en su hogar Si 19 (27.94), No 49 (72.05%).

Fuman habitualmente en su casa: SI 40 (58.82%), NO 28 (41.17%), Está de acuerdo si su hijo fuma: Si 9 (13.23%), No 59 (86.76%).

Medición de CO : promedio 12,3ppm; máximo 59pp -min 8ppm
Conclusión: a través de este trabajo se pudo objetivar el escaso interés, debido a la escasa concurrencia de los padres, en relación a la problemática del tabaquismo de sus hijos.

Educación de pacientes con iloprost inhalado en el tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar (HAP).

LUNES 17 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 8:30 a 12:00 horas

Inmunología respiratoria

24284. FACTORES DE RIESGO EN EL DESARROLLO DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS (ER) EN DERMATITIS ATÓPICA (DA)

Serra MT, Menacho J, Feininger G, Dozo G

Cátedra de Alergia e Inmunología – HNC Córdoba

Antecedentes: la DA es una enfermedad común de la piel, se asocia a menudo con otros desórdenes atópicos, como rinitis y asma. Los trastornos en las funciones de la barrera epidérmica permite la sensibilización mediada por Inmunoglobulina E (Ig E) para alérgenos medio-ambientales que, junto con alimentos e infecciones actúan como activadores inmunológicos, dando mayor severidad a la enfermedad.

Objetivos: evaluar factores genéticos-ambientales en pacientes con DA y la secuencia de aparición de los síntomas dérmicos y respiratorios (marcha atópica) .

Materiales y métodos: se seleccionaron adultos y niños de ambos sexos, del Servicio de Alergia e Inmunología con diagnóstico de DA. Se realizó historia clínica, Prick Test (IgE específica) con aeroalérgenos y alimentos (Lab. Alergo Pharma).

Resultados: se estudiaron 15 niños y 41 adultos; edad promedio 6 y 26 años, respectivamente. Niños: 67% asociación con ER; 20% rinitis; 7% asma y 40% rinitis+asma. 80% mostró antecedentes familiares de atopía (AFA). El 67 % inicia los síntomas junto o después de la dermatitis. Los aeroalérgenos involucrados fueron polvo de casa y dermatofagoides. Entre los alimentos: tomate, chocolate, cítricos y huevos. El 27 % mostró infecciones dérmicas (ID). Adultos: 64% tenían ER: 34% rinitis y 30% rinitis+asma. El 61% tenía AFA. Sólo el 20% inicia la ER antes de los síntomas dérmicos. El total de los pacientes testificados resultaron positivos para uno o más aeroalérgenos siendo los principales dermatofagoides, pólenes y hongos anemófilos, 35% positivo a alimentos y 37% mostró ID.

Conclusión: la DA incrementa el riesgo de desarrollar asma y rinitis alérgica. Los factores genéticos, con AFA resultaron relevantes. La presencia de sensibilización con aeroalérgenos, alimentos e infecciones cutáneas recidivantes, afirman su rol como activadores inmunológicos y marcadores de la enfermedad. Los síntomas dérmicos precedieron en su mayoría a los síntomas respiratorios, avalando la hipótesis de que la sensibilización a los aeroalérgenos se inicia en la piel. Una prolífica historia clínica con métodos diagnósticos adecuados y detectar factores de riesgo tales como: genéticos, alérgenos asociados, mejorará la prevención y el tratamiento de las enfermedades respiratorias asociadas.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00 horas

24312. HEMORRAGIA ALVEOLAR (HA) EN PACIENTE CON
POLIANGIITIS MICROSCOPICA (PAM)

Gómez L, Ávalos S, Trejo M, Cucatto C, Zec Baskarad M, Martín V, Juárez M, Núñez N, Martín M, Martínez S, Maule G, Baqueiro B, Alepeggiani M, Errecart E, Moine R, Mulieri C

Objetivos: presentar un caso de una enfermedad rara, con una incidencia de 2.4 casos por millón/año, en la que la HA ocurre en un 12 a 29% de los pacientes y frecuentemente domina el cuadro siendo la presentación que conlleva más mortalidad. Mujer, 60 años, ex tabaquista, ingresa por disnea progresiva, fiebre, tos con expectoración hemoptoica y lesiones purpúricas infrapatelares de 2 semanas de evolución, rales bilaterales a predominio derecho, Rx de tórax infiltrados alveolointersticiales bilaterales en campos 1/2 e inferiores, y anemia (Hto 27). Inició Claritromicina IV (completó 14 días), por probable neumonía atípica, resultando serologías para M.pneumoniae, C.psitacci y crioprecipitinas (-), cultivos (-), TAC de tórax a nivel de ambos hemitórax y más en el derecho, ocupación alveolo intersticial en lóbulo medio e inferior y colagenograma negativo células LE, ANA, Ac antinucleolo, Ac antiribosoma, Ac antimitocondrial, Ac anticentrómero y anti DNA, PCR++ y látex para AR + 1/128 dils, VSG 125, coagulograma normal, anemia ferropénica, hepatitis B y C (-). FBC segmentación bronquial de ambos pulmones sin lesiones, LBA negativo para micobacterias, hongos y bacterias, ausencia de atipias, regular cantidad de macrófagos cargados con hemosiderina. EFR insuficiencia ventilatoria leve a moderada, restrictiva. Agrega polineuropatía sensitivomotora en MMII, falla renal con microhematuria y proteinuria. ANCAp (+), Ac anti MBG (-). Inicia corticoides y ciclofosfamida VO.

Intercurre a los 3 días con taquipnea, hemoptisis, desaturación, aumento de rales bilaterales y de infiltrados radiológicos, caída del hematocrito, indicándose pulsos de metilprednisolona IV 3 días, y aparición de nuevas lesiones purpúricas en miembros inferiores, se biopsian, resultando vasculitis leucocitoclástica de vasos de plexo superficial y profundo. Con diagnóstico de PAM continúa tratamiento VO, con buena respuesta hasta el alta.

Conclusión: es importante estar atentos a una patología que por su rareza hace que no la tengamos presente como diagnóstico probable cuando recibimos un paciente con tos, disnea e infiltrados pulmonares difusos, asociado o no a hemoptisis, prevaleciendo como diagnósticos presuntivos los infecciosos en la práctica diaria.

MARTES 18 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00hs

24404. GRANULOMATOSIS DE WEGENER

De la Canal A, Serra M, Wainstein E, Precerutti J, Svetliza G, Dubra C, Viudes J, Rodríguez Giménez J

Introducción: la Granulomatosis de Wegener (GW), es una enfermedad rara, 3/100.000 habitantes. Su presencia plantea diversos aspectos diagnósticos y terapéuticos complejos. La triada clásica: lesiones granulomatosas necrotizantes en el tracto respiratorio superior o inferior, vasculitis necrotizante focal casi siempre afectando a los pulmones y riñón. Hay formas completas de la enfermedad y más raramente formas

limitadas. Patrón radiológico pulmonar más frecuente: nódulos o infiltrados solitarios o múltiples, bilaterales, a veces transitorios. Frecuente se cavitan con pared delgada o gruesa. La presencia de los anticuerpos ANCAs (cANCAs), tiene una especificidad de 95% para el diagnóstico de la GW.

Caso 1: Paciente de 41 años de sexo femenino sin antecedentes previos que es derivada al

Hospital Italiano de Buenos Aires por fiebre y nódulos pulmonares cavitados bilaterales. Previamente gingivorragia. Evolucionó con fiebre, tos e infiltrado en lóbulo superior derecho. Recibe tratamiento ATB, con progresión y cavitación del infiltrado. Proteinuria ++ y hematuria microscópica. Biopsia pulmonar bajo TC: granulomas necrotizantes que comprometen los vasos. ANCA C positivo en título 1/80. Biopsia renal: glomerulonefritis segmentaria y focal con semilunas. Recibe pulso de metilprednisolona y ciclofosfamida con mejoría de la función renal y de la curva térmica.

Caso 2: Paciente de 75 años de sexo femenino con antecedente de polimialgia reumática. Recibió tratamiento corticoideo En 2006 tos, fiebre, hemoptisis dolores articulares, sinusitis, pérdida de peso. Rx de tórax con secuela en lóbulo superior derecho. Se realiza FBC con BAL: Pseudomona y Haemophilus. Mejora parcialmente. con ATB. Se agregan imágenes nodulares. luego se cavitan. Reaparece fiebre, se realiza BAL sin germen. Se cambian esquemas ATB, persiste febril. Biopsia pulmonar bajo TC: proceso inflamatorio ANCAc: +1/640. Otitis Función renal: normal. Se inicia tratamiento con 40 mg de meprednisona. Desaparece la fiebre, mejora su estado general. Se agrega 100 mg de Azatioprina. Actualmente asintomática, desapareció la anemia, ANCAc + 1/40, las lesiones nodulares cavitadas disminuyeron.

Conclusión: el motivo de esta presentación es el de presentar dos pacientes con Enfermedad de Wegener, uno de la forma completa y otra limitada.

LUNES 17 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00hs

Diagnóstico por imágenes

24331. NÓDULO PULMONAR SOLITARIO: ENFOQUE DIAGNÓSTICO

Rossi S, Volpacchio M, Montes F, Godino E, Franco V

Introducción: nódulo pulmonar solitario (NPS) se define como una opacidad < 3 cm de diámetro, rodeado de parénquima, sin adenopatías asociadas. Si bien los métodos de imágenes convencionales son de gran utilidad en la evaluación de NPS, el desarrollo de la tomografía por emisión de positrones fusionada con tomografía multicorte (PET-TC) es utilizado en NPS indeterminados.

Objetivos: demostrar a través de un ensayo iconográfico, la utilidad de PET-TC en la evaluación de nódulos pulmonares solitarios (NPS) y determinar su utilidad en el algoritmo diagnóstico.

Material y métodos: se analizaron tomografías multicorte de tórax de pacientes con diagnóstico de NPS remitidos para realización de PET-TC de cuerpo entero. Se procesaron los datos en estación de trabajo y se analizaron los resultados teniendo en cuenta las características morfológicas (tamaño, forma, bordes, densidad, patrón de calcificación) y el comportamiento metabólico de los hallazgos, tomando como valor de corte 2,5 SUV (Standard Unit Value).

Resultados: se demostró la utilidad del PET CT en el algoritmo de NPS indeterminados, destacándose su valor predictivo

negativo. En el presente ensayo iconográfico se demostrar la utilidad del método en la evaluación de NPS. Se evidencio la poca utilidad del método en aquellos NPS que se encuentran por debajo de la resolución del método (8 mm-1 cm.).

Conclusión: el uso de modalidades múltiples de imágenes permite no sólo identificar NPS sino caracterizarlos pudiendo en muchos de estos diferenciar benignos de malignos. Mediante el PET-CT corporal total se logra estadificar estos últimos.

Las nuevas modalidades diagnósticas entre las que se encuentra el PET-TC, siendo este un método no invasivo es una herramienta con gran valor predictivo negativo en NPS mayores a 8mm-1cm.

MARTES 18 DE NOVIEMBRE
Hotel Costa Galana
Galería del Mar – 14:30 a 18:00hs

24399. TOMOGRAFÍA MULTICORTE EN LA EVALUACIÓN DE NEUMONÍAS INTERSTICIALES IDIOPATICAS: ENSAYO ICONOGRÁFICO

Rossi S, Volpacchio M, Franco V, Godino E, Montes F

Introducción: la clasificación de neumonías intersticiales idiopaticas (NII) se basa en criterios histológicos. Sin embargo

los hallazgos tomográficos son de utilidad para realizar diagnósticos diferenciales. Con el avènement de la tomografía multicorte y su capacidad multiplanar permiten caracterizar con mayor criterio los hallazgos y distribución de las distintas entidades.

Objetivos: demostrar a través de un ensayo iconográfico los patrones característicos y distribución de las NII con especial énfasis en tomografía multicorte (TCMC)

Material y métodos: se analizaron tomografías multicorte de tórax de pacientes con diagnóstico de NII. Se procesaron los datos en estación de trabajo y se analizaron los resultados teniendo en cuenta los patrones característicos y la anatomía patológica cuando fuera disponible

Resultados: se demostraron los hallazgos tomográficos más característicos de las distintas entidades (NII), enunciando claves clínico – tomográficas de utilidad para establecer diagnóstico diferencial.

Conclusión: el correcto diagnóstico de las NII es un proceso dinámico, para el cual se necesitan integrar los antecedentes clínicos, hallazgos tomográficos y eventualmente en los casos que se considere necesario comprobación histológica. La tomografía multicorte de tórax es de gran utilidad para el radiólogo – neumonólogo en el estudio de las NII demostrando los patrones y distribución de las distintas entidades.