Oct. 2026 | Vol. 26 | Supl. 3 | 1-132

FUNDADA EN 2001
ISSN 1852-236

Revista Americana de Medicina Respiratoria

ramr

Revista Americana de Medicina Respiratoria
American Review of Respiratory Medicine

RESÚMENES TRABAJOS CIENTÍFICOS



www.ramr.org
revista@ramr.org

ramr
Revista Americana de Medicina Respiratoria

54° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

22 de octubre al 24 de octubre 2026

RESÚMENES TRABAJOS CIENTÍFICOS

ramr
Revista Americana de Medicina Respiratoria

Índice

Trabajos a Premio..... 1

Comunicaciones orales..... 40

Casos clínicos.....165

Fe de erratas.....342

ramr
Revista Americana de Medicina Respiratoria

Índice de título

Trabajos a Premio

TP 01 - EVALUACIÓN TOMOGRÁFICA DE TAPONES MUCOSOS EN ASMA MODERADA Y SEVERA: ¿UN NUEVO FENOTIPO?

TP 02 - ECOGRAFÍA DIAFRAGMÁTICA Y REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA: IMPACTO SOBRE LA EXCURSIÓN DIAFRAGMÁTICA Y VARIABLES FUNCIONALES. ESTUDIO PROSPECTIVO DE INTERVENCIÓN

TP 03 - CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN MÉDICOS DE GUARDIA: ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

TP 04 - IMPACTO EN LOS COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS DE UN CONSULTORIO ESPECIALIZADO EN ASMA GRAVE: COHORTE DE VIDA REAL

TP 05 - PERFIL DE LA HIPOXEMIA NOCTURNA BASADO EN OXIMETRÍA DE ALTA DEFINICIÓN EN PACIENTES CON SOSPECHA DE APNEAS DEL SUEÑO

TP 06 - DIFERENCIAS EN VALORES ESPIROMÉTRICOS EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS PRE-POST DECANULACIÓN

TP 07 - IDENTIFICACIÓN Y FENOTIPIFICACIÓN DEL ASMA EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE EL ASTHMAOPTIMISER Y PRUEBAS FUNCIONALES: EL ESTUDIO OPTIMAIR EN ARGENTINA

TP 08 - IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA ORGANIZADO DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE PULMÓN EN UN SISTEMA DE SALUD DE INGRESOS MEDIOS: UN ESTUDIO HÍBRIDO DE EFECTIVIDAD E IMPLEMENTACIÓN

TP 09 - PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO EN EL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS (2.161 PACIENTES): ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PERÍODOS PREPANDEMIA, PANDEMIA Y POSTPANDEMIA Y EL ROL DE LA PARTICIPACIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA

TP 10 - MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN EN ARGENTINA: ESTIMACIONES Y PROYECCIONES A 2100

TP 11 - CITOLOGÍA DEL LÍQUIDO PLEURAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS: COMPORTAMIENTO DE LAS CÉLULAS MESOTELIALES

TP 12 - EOSINÓFILOS: SERENDIPIA O QUIMERA? REPENSANDO UN BIOMARCADOR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

TP 13 - REMODELADO VASCULAR ACTIVO, NO RAREFACCIÓN: PRESERVACIÓN DE LA ARQUITECTURA VASCULAR PULMONAR A TRAVÉS DE FENOTIPOS FIBRÓTICOS Y ENFISEMATOSOS MEDIANTE ANÁLISIS TOPOLÓGICO CUANTITATIVO POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA

TP 14 - RENDIMIENTO DE HUMIDIFICADORES ACTIVOS EN VENTILACIÓN NO INVASIVA: ESTUDIO EXPERIMENTAL

TP 15 - "REFEB" REGISTRO INSTITUCIONAL DE BRONQUIECTASIAS HOSPITAL DE REHABILITACION RESPIRATORIA MARIA FERRER

TP 16 - EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA A BRONCODILATADORES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON BRONQUIOLITIS OBLITERANTE POSINFECCIOSA: COMPARACIÓN DE CUATRO CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

TP 17 - ARGENVENT: REGISTRO NACIONAL DE PACIENTES VENTILADOS EN DOMICILIO. PRINCIPALES APORTES

TP 18 - COBERTURA DE VACUNACIÓN REGISTRADA EN LOS SISTEMAS SISA Y SICAP EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL "DR. GUMERSINDO SAYAGO", EL LABORATORIO INDUSTRIAL FARMACÉUTICO (LIF) Y EL INER "EMILIO R. CONI". SANTA FE, 2026

TP 19 - LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DE VIDA REAL EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE CABA

TP 20 - ¿ESTAMOS LLEGANDO TARDE? LA LIMITACIÓN AL FLUJO AÉREO COMO DETERMINANTE DE LA REMISIÓN CLÍNICA CON TERAPIA BIOLÓGICA EN ASMA GRAVE: ANÁLISIS MULTICÉNTRICO ISAN

TP 21 - IMPACTO CLÍNICO SISTÉMICO DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA GRAVE POR EL VIRUS DE LA INFLUENZA EN ADULTOS HOSPITALIZADOS Y SU SEGUIMIENTO A UN AÑO DEL ALTA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: COHORTE INFLU-1 Y 2

TP 22 - MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS EN PACIENTES CON VIH NEGATIVO

TP 23 - EVALUACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD PULMONAR POST-TUBERCULOSA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

TP 25 - ABORDAJE GENÓMICO-TELOMÉRICO EN FIBROSIS PULMONAR FAMILIAR: PRIMERA COHORTE ARGENTINA

TP 26 - IMPACTO DE UNA RED PROVINCIAL DE CIRUGÍA TORÁCICA EN EL MANEJO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES DEL INTERIOR DE CORRIENTES: EXPERIENCIA DE LA RED DE TÓRAX

TP 27 - ¿INFLUYE LA HISTOLOGÍA EN EL RENDIMIENTO DEL PET PARA LA ESTADIFICACIÓN MEDIASTINAL DEL CÁNCER DE PULMÓN?

TP 28 - INICIO TEMPRANO DEL PROCESO DE DECANULACIÓN EN PACIENTES QUE INGRESAN CON VENTILACIÓN MECÁNICA A UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN

TP 29 - EVALUACIÓN DE LA FRAGILIDAD Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL RESPIRATORIA: ANÁLISIS EN UNA COHORTE MEXICANA DE ENVEJECIMIENTO

Comunicaciones orales

CO 01 - DEL CONTINUUM INTERSTICIAL AL CONTINUUM CUANTITATIVO: FENOTIPADO OBJETIVO DE 656 PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR MEDIANTE RATIO AÉREO-VASCULAR (RAV)

CO 02 - MONITORIZACIÓN DE LA HEMOSTASIA PERIOPERATORIA: NUEVOS ALGORITMOS DE CONTROL EN CIRUGÍAS TORÁCICAS

CO 03 - EL CORAZÓN DE LA MUJER: ¿UN FACTOR DE RIESGO?

CO 04 - ESTUDIO DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR: SU UTILIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA

CO 05 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN EL MUNDO REAL: EL PESO OCULTO DE LAS COMORBILIDADES

CO 06 - VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA EN ADULTOS EN ARGENTINA: CONSENSO DELPHI SOBRE PRÁCTICA CLÍNICA Y MODELO DE ATENCIÓN

CO 07 - SOBRECARGA VENTRICULAR DERECHA CASI UNIVERSAL EN FIBROSIS PULMONAR COMBINADA CON ENFISEMA: DISOCIACIÓN ENTRE MARCADORES CARDÍACOS COMO HERRAMIENTA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

CO 08 - REGISTRO NACIONAL DE SILICOSIS EN ARGENTINA (REARSI): RESULTADOS PRELIMINARES DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO FEDERAL

CO 09 - RECURSOS Y ESTRATEGIAS AMBULATORIAS DE DIAGNÓSTICO SIMPLIFICADO DE LA APNEA DEL SUEÑO: EXPERIENCIA EN 15 AÑOS DE UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

CO 10 - FENOTIPOS CLÍNICOS POR SEXO EN APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES HIPERTENSOS

CO 11 - TUBERCULOSIS PULMONAR FARMACORRESISTENTE PRIMARIA EN GUATEMALA: PREVALENCIA, PATRONES DE RESISTENCIA Y ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS EN UN CENTRO DE REFERENCIA, 2017-2024

CO 12 - ADHERENCIA A LARGO PLAZO AL TRATAMIENTO CON PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA: FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

CO 13 - DEMORA EN EL ACCESO A LA TERAPIA BIOLÓGICA Y SU IMPACTO SOBRE LA REMISIÓN CLÍNICA A 3 AÑOS EN ASMA GRAVE

CO 14 - COBERTURA SANITARIA Y DEMORA HASTA EL INICIO DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN ASMA GRAVE: UNA COHORTE DE VIDA REAL

CO 15 - LA POLIPOSIS NASAL IDENTIFICA UN PERFIL DE INFLAMACIÓN TIPO 2 EN ASMA GRAVE: ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE VIDA REAL

CO 16 - EVALUACIÓN COMPARATIVA IN VITRO DEL DESEMPEÑO AERODINÁMICO DE AEROCÁMARAS PEDIÁTRICAS UTILIZADAS CON INHALADORES DE SALBUTAMOL Y FLUTICASONA

CO 17 - EVALUACIÓN DEL RIESGO DE REQUERIR INTUBACIÓN TEMPRANA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOHEMATOLÓGICA: DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DE PREDICCIÓN PRELIMINAR

CO 18 - TRAYECTORIA LONGITUDINAL DE LAS EXACERBACIONES Y FUNCIÓN PULMONAR A 3 AÑOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ASMA GRAVE

CO 19 - DISOCIACIÓN ENTRE FUNCIÓN MOTORA Y FALLO VENTILATORIO EN ELA: ¿UN PERFIL CLÍNICO DIFERENTE?

CO 20 - INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE LA MANIOBRA DE APERTURA ALVEOLAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN VENTILACIÓN MECÁNICA CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO

CO 21 - DESENLACE CLÍNICO DE LOS PACIENTES QUE UTILIZARON VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN SALA GENERAL DE INTERNACIÓN: ESTUDIO DESCRIPTIVO

CO 22 - ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE SALUD RESPIRATORIA EN BOMBEROS DE ARGENTINA

CO 23 - ASMA GRAVE, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS BASALES

CO 24 - COHORTE ARAMIS: SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON AR-EPID EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA DE UN CONSULTORIO INTERDISCIPLINARIO NEUMONOLOGÍA-REUMATOLOGÍA ENTRE 2022-2026

CO 25 - FENOTIPIFICACIÓN INFLAMATORIA, BIOQUÍMICA Y TOMOGRÁFICA EN PACIENTES CON EPOC: EL ROL COMBINADO DE LA EOSINOFILIA PERIFÉRICA, LOS NIVELES SÉRICOS DE ALFA-1 ANTITRIPSINA Y LOS PATRONES DE ENFISEMA EN TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

CO 26 - EFECTO POBLACIONAL DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE PULMÓN SOBRE LA DETECCIÓN DE CASOS INCIDENTES: ANÁLISIS DE SERIES DE TIEMPO INTERRUMPIDAS, 2015-2026

CO 27 - COBERTURA DE REHABILITACIÓN PULMONAR Y CARGA DE EXACERBACIONES: TENDENCIAS NACIONALES EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO ECOLÓGICO DE ONCE AÑOS EN CHILE

CO 28 - IMPACTO DEL NADIR DE DESATURACIÓN EN POLIGRAFÍA RESPIRATORIA NOCTURNA Y SU ASOCIACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y CARDIOMETABÓLICA EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

CO 29 - SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN ARGENTINA, PERÍODO 1980-2025

CO 30 - PREVALENCIA DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES

CO 31 - UTILIDAD DE LA CAPACIDAD VITAL FORZADA Y EL VOLUMEN ALVEOLAR PARA EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON RESTRICCIÓN PULMONAR CONFIRMADA POR PLETISMOGRAFÍA

CO 32 - ¿QUIÉNES LLEGAN A LA REHABILITACIÓN?

CO 33 - IMPACTO DE LA CORRECCIÓN POR HEMOGLOBINA SOBRE LA INTERPRETACIÓN DE LA CAPACIDAD DE DIFUSIÓN PULMONAR DE MONÓXIDO DE CARBONO: ¿ES NECESARIO DISPONER SIEMPRE DE LA HEMOGLOBINA?

CO 34 - ANÁLISIS INTERINO: A 6 MESES DE INTERVENIR SOBRE EL ESTADO VACUNAL DE LOS PACIENTES EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL GOBIERNO LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: RED PREVENIR

CO 35 - APORTE DIAGNÓSTICO DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR EN PACIENTES CON SOSPECHA DE TUBERCULOSIS PULMONAR

CO 36 - SEVERIDAD Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL COMPARADAS CON INFLUENZA A/B EN ADULTOS HOSPITALIZADOS: COHORTE RETROSPECTIVA ARGENTINA

CO 37 - PACIENTES CON EXACERBACIÓN ASMÁTICA QUE REQUIRIERON INTERNACIÓN EN HOSPITAL MADARIAGA POSADAS - MISIONES

CO 38 - EFECTO DE UN PROGRAMA TEMPRANO DE REHABILITACIÓN PULMONAR EN PACIENTES EN FASE ACTIVA DE TUBERCULOSIS PULMONAR

CO 39 - EXPOSICIÓN MEDIO AMBIENTAL OCUPACIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL

CO 40 - ¿QUIÉN SE EXACERBA PRIMERO? PREDICTORES DEL TIEMPO HASTA LA PRIMERA EXACERBACIÓN EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: COHORTE PROSPECTIVA CON 12 MESES DE SEGUIMIENTO

CO 41 - EVOLUCIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL A 12 MESES EN UNA COHORTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA SEGUIDA EN UN CONSULTORIO ESPECIALIZADO

CO 42 - EOSINÓFILOS EN SANGRE PERIFÉRICA, CLASIFICACIÓN GOLD Y EXACERBACIONES EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: ANÁLISIS DE UNA COHORTE PROSPECTIVA ARGENTINA A 12 MESES

CO 43 - SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN ARGENTINA, 1980-2024

CO 44 - MORTALIDAD A 12 MESES EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: RELACIÓN CON LA CLASIFICACIÓN GOLD, EL RECUENTO DE EOSINÓFILOS, LA FUNCIÓN PULMONAR Y LA PRESIÓN SISTÓLICA DE LA ARTERIA PULMONAR EN UNA COHORTE ARGENTINA

CO 45 - MORTALIDAD POR ASMA EN PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS EN ARGENTINA. MAGNITUD EN 2024 Y TENDENCIA 1980-2024

CO 46 - COHORTE SANTO-EPOC: CARACTERÍSTICAS BASALES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN GOLD EN LA PRIMERA COHORTE PROSPECTIVA ARGENTINA DE EPOC

CO 47 - PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DEL ÍNDICE DE RESPIRACIÓN RÁPIDA Y SUPERFICIAL DIAFRAGMÁTICO EN LA EXTUBACIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CRÍTICOS

CO 48 - REGISTRO MULTICÉNTRICO DE PACIENTES CON PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

CO 49 - INTERNACIÓN PROLONGADA EN EXACERBACIONES AGUDAS DE EPOC: ASOCIACIÓN CON LA FUNCIÓN PULMONAR BASAL Y UN SCORE CLÍNICO SIMPLIFICADO AL INGRESO

CO 50 - PAPEL DE LA PRUEBA DE EJERCICIO CARDIOPULMONAR EN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO DE PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR. ESTUDIO COMPARATIVO CON SCORES DE RIESGO AL SEGUIMIENTO. EXTRAPOLACIÓN EN UNA COHORTE LOCAL

CO 51 - IMPACTO DE UN CONSULTORIO DE PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA CON ENFERMERA ESPECIALIZADA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS, ADHERENCIA INHALATORIA Y CONTROL CLÍNICO

CO 52 - FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. ESTUDIO RETROSPECTIVO

CO 53 - VALORES DE REFERENCIA PARA LA PRUEBA DE SENTARSE Y LEVANTARSE DE CINCO REPETICIONES EN ADULTOS ARGENTINOS

CO 54 - VALORES DE REFERENCIA Y REPRODUCIBILIDAD DE LA PRUEBA DE SENTARSE Y LEVANTARSE DE TREINTA SEGUNDOS EN ADULTOS ARGENTINOS

CO 55 - MÁS ALLÁ DE LA EPOC: DIVERSIDAD DE PATOLOGÍAS EN UN PROGRAMA AMBULATORIO DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA. CASUÍSTICA DE UN CENTRO ESPECIALIZADO EN MAR DEL PLATA

CO 56 - VALORES DE REFERENCIA DE FUERZA DE PRENSIÓN MANUAL EN ADULTOS ARGENTINOS Y SU ASOCIACIÓN CON LA ACTIVIDAD FÍSICA

CO 57 - PROBABILIDAD ECOCARDIOGRÁFICA Y CONFIRMACIÓN HEMODINÁMICA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA

CO 58 - VALIDACIÓN TRANSCULTURAL EN ARGENTINA DEL CUESTIONARIO ADHERENCE STARTS WITH KNOWLEDGE-12 PARA EVALUAR BARRERAS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INHALATORIO

CO 59 - ¿PODEMOS SOSPECHAR STAS ANTES DE LA CIRUGÍA? APLICACIÓN DE UN NOMOGRAMA TOMOGRÁFICO. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

CO 60 - VALORES OBSERVADOS DEL TEST DE CAMINATA DE 6 MINUTOS SEGÚN EDAD Y SEXO EN ADULTOS SANOS ARGENTINOS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO MIRECAM

CO 61 - EXPERIENCIA INICIAL CON CRIOSONDA EN ENDOSCOPÍA RESPIRATORIA PEDIÁTRICA: INDICACIONES, RESULTADOS Y SEGURIDAD EN UN CENTRO DE REFERENCIA

CO 62 - ¿CUÁNTO ENCONTRAMOS CUANDO BUSCAMOS TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN?

CO 63 - NEUMONITIS ASOCIADA A PEMBROLIZUMAB. ESTUDIO RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO DE EVENTOS ADVERSOS INMUNOMEDIADOS

CO 64 - ¿PUEDE OMITIRSE LA PRUEBA BRONCODILATADORA CUANDO LA ESPIROMETRÍA BASAL ES NORMAL?

CO 65 - BRONQUIECTASIAS NO ASOCIADAS A FIBROSIS QUÍSTICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ETIOLÓGICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE UN CENTRO DE REFERENCIA ARGENTINO

CO 66 - FACTIBILIDAD DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR PARA LA PESQUISA DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN ARTRITIS REUMATOIDE

CO 67 - LA EDAD COMO MODULADOR EN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN HIPERTENSIÓN PULMONAR: DISCORDANCIA ENTRE HERRAMIENTAS INVASIVAS Y NO INVASIVAS

CO 68 - CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR EN UN CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS EN TUCUMÁN-ARGENTINA

CO 69 - COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA LUEGO DE QUIMIOINMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULAS PEQUEÑAS RESECABLE: ANÁLISIS DE COHORTE PARCIAL DE PACIENTES

CO 70 - DISFAGIA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR POSOPERATORIO EN CIRUGÍA CARDÍACA: FRECUENCIA Y COMPLICACIONES ASOCIADAS

CO 71 - CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON EXACERBACIÓN DE EPOC EN UN CENTRO DE CÓRDOBA

CO 72 - ASMA GRAVE: FENOTIPOS DIFERENCIADOS O UN CONTINUO CLÍNICO? ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL REGISTRO ISAN

CO 73 - PÚBLICO VS. PRIVADO: DIFERENCIAS EN EL PERFIL DEL PACIENTE CON ASMA GRAVE Y DEMORA EN EL ACCESO AL TRATAMIENTO BIOLÓGICO. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ISAN

CO 74 - INERCIA TERAPÉUTICA Y PERSISTENCIA DE LA TRIPLE TERAPIA EN EPOC: SEGUIMIENTO PROSPECTIVO SEGÚN CLASIFICACIÓN GOLD

CO 75 - RECUENTO DE EOSINÓFILOS SANGUÍNEOS Y RELACIÓN CON LA GRAVEDAD DE LAS EXACERBACIONES DE EPOC EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA DURANTE EL AÑO 2025-2026

CO 76 - OPORTUNIDAD PERDIDA DE TAMIZAJE EN CÁNCER DE PULMÓN: ESTADIO AVANZADO EN PACIENTES ELEGIBLES

CO 77 - USO DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LA SUSCEPTIBILIDAD AL INICIO DEL TABAQUISMO EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS SECUNDARIAS DE SAN LUIS DEL PALMAR, CORRIENTES

CO 78 - MONITOREO DE LA EFICACIA DE LA TERAPIA CON CPAP UTILIZANDO OXIMETRÍA DE ALTA DEFINICIÓN

CO 79 - CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DEL DERRAME PLEURAL EN UN HOSPITAL MONOVALENTE DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

CO 80 - ¿QUIÉNES CONCURREN A UN PROGRAMA DE SCREENING DE CÁNCER DE PULMÓN? EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DEL CONSENSO ARGENTINO

CO 81 - LAVADO BRONCOALVEOLAR EN SOSPECHA DE TUBERCULOSIS PULMONAR: INTEGRACIÓN MICROBIOLÓGICA Y PATRONES TOMOGRÁFICOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

CO 82 - CUANDO EL ASMA AMENAZA: PERFIL CLÍNICO DEL ASMA CASI FATAL

CO 83 - COMORBILIDADES ASOCIADAS AL FENOTIPO EXACERBADOR EN PACIENTES CON EPOC: ANÁLISIS DE UNA COHORTE HOSPITALARIA

CO 84 - EVALUACIÓN DEL CONTROL DEL ASMA, LA FUNCIÓN PULMONAR Y EL RIESGO METABÓLICO EN PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

CO 85 - CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, TOMOGRÁFICA Y FUNCIONAL DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (EPI) Y SOSPECHA ECOCARDIOGRÁFICA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN EL HOSPITAL ITALIANO DE CÓRDOBA

CO 86 - ADHERENCIA Y DETERMINANTES DE ABANDONO EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR

CO 87 - CT90 COMO PREDICTOR DE COMORBILIDADES CARDIOVASCULARES EN LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (2023-2025)

CO 88 - ÍNDICES INFLAMATORIOS SISTÉMICOS Y FUNCIÓN PULMONAR EN ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL: RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA COHORTE ARGENTINA

CO 89 - ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN DEL SERVICIO DE SUEÑO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LA PLATA

CO 90 - PERFIL CLÍNICO-RADIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON Y SIN ENFERMEDAD REUMÁTICA AUTOINMUNE SISTÉMICA DEFINIDA

CO 91 - CONOCIMIENTO SOBRE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS EN PROFESIONALES DE LA SALUD: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA

CO 92 - LA ZONA GRIS DE LAS ESPIROMETRÍAS. ¿ESTAMOS INTERPRETANDO BIEN?

CO 93 - ECOBRONCOSCOPÍA LINEAL: EXPERIENCIA EN UN CENTRO RESPIRATORIO MONOVALENTE

CO 94 - FACTORES DETERMINANTES Y DESENLACES CLÍNICOS EN PACIENTES ASMÁTICOS GRAVES CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE VENTILATORIO EN UN CENTRO REGIONAL DE MENDOZA

CO 95 - EVALUACIÓN DEL REMODELADO REVERSO DE CAVIDADES DERECHAS EN PACIENTES CON HAP COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD A TRES AÑOS DE SEGUIMIENTO

CO 96 - EL NEUMONÓLOGO COMO PROMOTOR DE LA VACUNACIÓN: LA ASOCIACIÓN ENTRE LA INDICACIÓN ESPECIALIZADA Y LA COBERTURA VACUNAL

CO 97 - DESEMPEÑO DE LAS TÉCNICAS DE CULTIVO Y XPERT MTB/RIF ULTRA EN MATERIA FECAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS PULMONAR Y CONFIRMACIÓN BACTERIOLÓGICA DE COMPLEJO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (CMT) EN MUESTRAS RESPIRATORIAS

CO 98 - REHABILITACIÓN RESPIRATORIA INTERDISCIPLINARIA EN UN HOSPITAL PÚBLICO PROVINCIAL: MODELO DE ATENCIÓN SOSTENIDO EN EL TIEMPO

CO 99 - TRAYECTORIA DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DURANTE EL PRIMER AÑO TRAS EL ALTA DOMICILIARIA EN SOBREVIVIENTES DE UCI CON TRAQUEOTOMÍA ATENDIDOS EN UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN

CO 100 - CLASIFICACIÓN DE LAS EXACERBACIONES DE EPOC: UN ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PROPUESTA ROMA Y GOLD

CO 101 - PROGRAMA DE SCREENING DE CÁNCER DE PULMÓN EN EL HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

CO 102 - ACTIVIDAD DE LOS DÍAS DOMINGOS EN UN SERVICIO DE ENDOSCOPÍA RESPIRATORIA DE ALTA COMPLEJIDAD: EXPERIENCIA DE DOS AÑOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

CO 103 - TUBERCULOSIS EN NIÑOS CON DERRAME PLEURAL: EXPERIENCIA HOSPITALARIA 02/2022-05/2026

CO 104 - EXACERBACIONES DE EPOC: REGISTRO ANUAL EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA

CO 105 - BARRERAS DE ACCESO Y CONTINUIDAD TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE BUENOS AIRES

CO 106 - CORTICOSTEROIDES EN EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA: UNA REVISIÓN DE REVISIONES SISTEMÁTICAS Y METAANÁLISIS DE NOVO

CO 107 - REACCIONES ADVERSAS A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS SEGÚN LA PRESENTACIÓN DEL ESQUEMA: COMBINACIÓN A DOSIS FIJA VERSUS FÁRMACOS SEPARADOS. ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

Casos clínicos

CC 01 - SERIE DE CASOS: PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA (AR) EN TRATAMIENTO CON DROGAS MODULADORAS DE ENFERMEDAD BIOLOGICOS (DMARD B) QUE DESARROLLARON TUBERCULOSIS (TBC) Y ENFERMEDAD POR MICOBACTERIAS NO TBC

CC 02 - A PROPÓSITO DE UN CASO: CÁNULA NASAL DE ALTO FLUJO DOMICILIARIO EN DISPLASIA BRONCOPULMONAR SEVERA

CC 03 - EL GRAN SIMULADOR FÚNGICO

CC 04 - NÓDULOS PULMONARES QUE DESCONCIERTAN

CC 05 - SÍNDROME COMBINADO FIBROSIS-ENFISEMA ASOCIADA A POSITIVIDAD DE ANTICUERPOS RO60 Y RO52

CC 06 - ROL CRUCIAL DE LA PLEUROSCOPÍA MÉDICA EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DEL DERRAME PLEURAL EXUDATIVO: SERIE DE 4 CASOS

CC 07 - ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL COMO MANIFESTACIÓN PREDOMINANTE DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

CC 08 - ADENOCARCINOMA PULMONAR DE CRECIMIENTO LEPÍDICO EN PACIENTES JÓVENES: REPORTE DE DOS CASOS

CC 09 - PRIMEROS CASOS DE RESISTENCIA A BEDAQUILINA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

CC 10 - CUANDO LA EPID SE PRESENTA COMO UN SDRA: DEBUT DE UN SÍNDROME ANTISINTETASA

CC 11 - MANEJO DE COMPLICACIONES HEPÁTICAS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA BAJO TERAPIA MODULADORA EN UNA PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE FIBROSIS QUÍSTICA EN LA ADULTEZ. CENTRO DE FIBROSIS QUÍSTICA DE ADULTOS – EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO VACCAREZZA-MUÑIZ

CC 12 - ¿EVOLUCIÓN O SUPERPOSICIÓN DE PATRONES? CORRELACIÓN RADIOLÓGICA E HISTOPATOLÓGICA EN UN CASO DE NEUMONÍA INTERSTICIAL CON CARACTERÍSTICAS AUTOINMUNES (IPAF)

CC 13 - CUANDO EL LAVADO BRONCOALVEOLAR NO ALCANZA: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN EOSINOFILIA PULMONAR. SERIE DE CASOS

CC 14 - SECUESTRO PULMONAR INTRALOBAR EN ADULTA JOVEN CON TOS CRÓNICA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

CC 15 - COCCIDIOIDOMICOSIS EN HUÉSPED INMUNOCOMPETENTE

CC 16 - ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTE CON ESCLERODERMIA Y ENFERMEDAD POR IGG4. REPORTE DE UN CASO

CC 17 - COEXISTENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR Y CRIPTOCOCOSIS DISEMINADA CON COMPROMISO ÓSEO EN HUÉSPED INMUNOCOMPETENTE

CC 18 - CRÓNICA DE UNA MUERTE ANUNCIADA: EN EL SILENCIO DE LA MUCORMICOSIS PULMONAR

CC 19 - ASPERGILOSIS PULMONAR CON INVASIÓN PLEURAL EN UN PACIENTE CON ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS

CC 20 - CUANDO LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA SE PRESENTA COMO SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO AGUDO: DEBUT DE UN SÍNDROME ANTISINTETASA

CC 21 - COLECCIÓN PLEURO-SUBDIAFRAGMÁTICA PERSISTENTE TRAS COMPLETAR EL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS POR MYCOBACTERIUM BOVIS: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

CC 22 - TUBERCULOSIS: LA GRAN SIMULADORA. NUESTRA EXPERIENCIA DE LOS ÚLTIMOS AÑOS

CC 23 - CUANDO EL HUÉSPED FAVORECE AL HONGO

CC 24 - CAVIDAD PULMONAR SECUNDARIA A TRAUMATISMO TORÁCICO CERRADO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

CC 25 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES CARCINOIDES BRONCOPULMONARES: ACTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

CC 26 - EL GRAN SIMULADOR: PATRÓN MICRONODULILLAR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE HISTOPLASMOSIS PULMONAR EN UNA PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDA

CC 27 - NO TODO LO QUE CRECE ES CÁNCER: MASA TORACOABDOMINAL GIGANTE DE ORIGEN INCIERTO

CC 28 - LINFOMA MALT PRIMARIO DE TRÁQUEA EN UNA PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

CC 29 - BRONQUIECTASIAS E INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA POR ENTEROBACTERIAS: EXPLORANDO UNA ASOCIACIÓN POCO FRECUENTE

CC 30 - EL TRASPLANTE COMBINADO PULMÓN-RIÑÓN UNA ALTERNATIVA EXCEPCIONAL Y DESAFIANTE: REPORTE DE UN CASO

CC 31 - ACTINOMICOSIS PULMONAR: LA GRAN SIMULADORA. A PROPÓSITO DE UN CASO

CC 32 - BULLA GIGANTE DE RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA: REPORTE DE CASO

CC 33 - TUBERCULOSIS DISEMINADA EN PACIENTE CON INTERFERONOPATÍA TIPO I

CC 34 - TUBERCULOSIS DISEMINADA CON AFECTACIÓN PULMONAR Y OVÁRICA SIMULANDO UNA NEOPLASIA GINECOLÓGICA

CC 35 - ENFERMEDAD QUÍSTICA PULMONAR ASOCIADA AL TABACO: EXPERIENCIA DIAGNÓSTICA EN DOS CASOS CLÍNICOS

CC 36 - CUANDO EL NEUMOCOCO INVADE: MÁS ALLÁ DE LA NEUMONÍA

CC 37 - ADENOCARCINOMA PULMONAR NO MUCINOSO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN UN PACIENTE NO FUMADOR CON EXPOSICIÓN OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

CC 38 - CUANDO EL OXÍGENO NO ES SUFICIENTE: REPORTE DE TRES CASOS DE METAHEMOGLOBINEMIA ADQUIRIDA

CC 39 - SCHWANNOMA ENDOBRONQUIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

CC 40 - PLAQUETOPENIA SECUNDARIA A SOTATERCEPT EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

CC 41 - CUANDO UNA OTITIS CRÓNICA OCULTA UNA TUBERCULOSIS

CC 42 - CUANDO LA NEUMONÍA OCULTA UNA ZOONOSIS: SERIE DE CASOS DE NEUMONÍA POR CHLAMYDIA PSITTACI

CC 43 - SARCOMA MIELOIDE ENDOBRONQUIAL: UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MASA PULMONAR

CC 44 - SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA: ESTRATEGIAS DE SOPORTE VENTILATORIO EN UNA SERIE DE CASOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CORRIENTES CAPITAL

CC 45 - ESTENOSIS TRAQUEAL POSTRAUMÁTICA ASOCIADA A ACCIDENTE Y USO DE CINTURÓN DE SEGURIDAD

CC 46 - HIPOVENTILACIÓN ASOCIADA A PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA UNILATERAL

CC 47 - CUANDO NO TODO ES ASMA: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS DE LA DISNEA EN UNA UNIDAD DE ASMA

CC 48 - TRATAMIENTO DE ESTENOSIS SUBGLÓTICA COMPLEJA CON STENT SUBGLÓTICO ARTEMIC: REPORTE DE UN CASO

CC 49 - PRESENTACIÓN ATÍPICA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: EL DESAFÍO DE LA HIPOXEMIA FELIZ O SILENTE

CC 50 - GEPA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA PRIMER SERIE NACIONAL

CC 51 - ADENOPATÍAS MEDIASTINALES Y COMPROMISO BRONQUIAL: CUANDO NO TODO ES NEOPLASIA

CC 52 - COINFECCIÓN INFRECUENTE EN UN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO

CC 53 - LESIÓN PULMONAR CAVITADA: DE RÁPIDA PROGRESIÓN. DESAFÍO DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y MANEJO MULTIDISCIPLINARIO

CC 54 - ROL DEL KINESIÓLOGO EN EL MANEJO DE UNA PACIENTE CON PROTEINOSIS ALVEOLAR AUTOINMUNE SOMETIDA A LAVADO PULMONAR TOTAL: REPORTE DE CASO

CC 55 - SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: HETEROGENEIDAD FISIOPATOLÓGICA Y ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS BASADAS EN ENDOTIPOS

CC 56 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FUNCIONALES DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE PULMONAR

CC 57 - AMILOIDOSIS PULMONAR NODULAR ASOCIADA A SÍNDROME DE SJÖGREN: PRESENTACIÓN COMPARATIVA DE DOS CASOS CON COMPROMISO QUÍSTICO-INTERSTICIAL Y DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS

CC 58 - ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED PULMONAR: SERIE DE CASOS

CC 59 - UNA BOMBA DE TIEMPO EN EL TÓRAX: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO DE HIDATIDOSIS PULMONAR

CC 60 - ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4 CON COMPROMISO TORÁCICO: SERIE MULTICÉNTRICA DE 7 CASOS EN CÓRDOBA

CC 61 - NEUMONÍA LIPOIDEA EXÓGENA GRAVE TRATADA MEDIANTE LAVADO PULMONAR TOTAL BILATERAL

CC 62 - AISLAMIENTO RESPIRATORIO DE MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO RESPIRATORIO MONOVALENTE DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

CC 63 - ACTINOMICOSIS PULMONAR A PROPÓSITO DE UN CASO

CC 64 - NEUMONÍA NECROTIZANTE EN PEDIATRÍA: VARIABILIDAD EN LA PRESENTACIÓN Y EL MANEJO TERAPÉUTICO. SERIE DE CASOS

CC 65 - CUANDO LA RIFAMPICINA LESIONA EL RIÑÓN: NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL AGUDA CONFIRMADA POR BIOPSIA EN TUBERCULOSIS PULMONAR

CC 66 - NEUMOPATÍA INTERSTICIAL RÁPIDAMENTE PROGRESIVA ASOCIADA A DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA

CC 67 - CUANDO LA TUBERCULOSIS TRASCIENDE EL PULMÓN: AMILOIDOSIS AA SECUNDARIA CON COMPROMISO RENAL COMO COMPLICACIÓN SISTÉMICA

CC 68 - TUBERCULOMAS CEREBRALES EN EL TRATAMIENTO DE UNA TUBERCULOSIS DISEMINADA

CC 69 - CUANDO EL OJO REVELA LO QUE OCURRE DURANTE EL SUEÑO: CORIORRETINOPATÍA SEROSA CENTRAL COMO MANIFESTACIÓN DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

CC 70 - COMPROMISO PULMONAR EN PACIENTE CON MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM

CC 71 - PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR AUTOINMUNE: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE

CC 72 - HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

CC 73 - TROMBOCITOPENIA INMUNOMEDIADA POR RIFAMPICINA A PROPÓSITO DE UN CASO

CC 74 - HIPERTENSIÓN PULMONAR Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO, UNA SERIE DE CASOS

CC 75 - ERITEMA NODOSO ASOCIADO A TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA CON COMPROMISO EXTENSO: REPORTE DE UN CASO

CC 76 - PROTEINOSIS ALVEOLAR PRIMARIA – A PROPÓSITO DE UN CASO

CC 77 - TOXICIDAD PULMONAR SECUNDARIA A ACETATO DE TREMBOLONA

CC 78 - RETO DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA TORÁCICA: LEIOMIOSARCOMA PRIMARIO DE PULMÓN EN UN PACIENTE ADULTO

CC 79 - HIPERTENSIÓN PULMONAR DESPROPORCIONADA EN PACIENTE CON BRONQUIECTASIAS MÚLTIPLES: EL VALOR DE LA GAMMAGRAFÍA VENTILACIÓN/PERFUSIÓN PARA IDENTIFICAR ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA OCULTA

CC 80 - DESAFÍO EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA PSITACOSIS GRAVE

CC 81 - MÁS ALLÁ DE LA RESPUESTA CLÍNICA FAVORABLE: PERSISTENCIA DEL DERRAME PERICÁRDICO EN UNA PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR, DE ALTO RIESGO, BAJO TRATAMIENTO CON SOTATERCEPT

CC 82 - TUBERCULOSIS GENITOURINARIA: DETECCIÓN MEDIANTE GENEXPERT EN ORINA EN PACIENTES INTERNADOS. SERIE DE CASOS

CC 83 - DE LA ENFERMEDAD PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA A LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

CC 84 - ENFERMEDAD DE POTT: CUANDO LA TUBERCULOSIS SE DISEMINA Y COMPLICA

CC 85 - HEMOPTISIS SIN CULPABLE

CC 86 - ASOCIACIÓN DE TUBERCULOSIS DISEMINADA Y HEMOSIDEROSIS PULMONAR EN PEDIATRÍA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

CC 87 - UN OPORTUNISTA INOPORTUNO

CC 88 - INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE: DESDE LAS INFECCIONES RECURRENTES A LA DESREGULACIÓN AUTOINMUNE

CC 89 - MANEJO DE TUBERCULOSIS EN UNA ADOLESCENTE: EL VALOR DEL NEXO EPIDEMIOLÓGICO, RETO DE LA TOXICIDAD POR ESQUEMAS “TODO ORAL” Y EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO ACOMPAÑADO

CC 90 - TUBERCULOSIS LINGUAL COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD DISEMINADA

CC 91 - FÍSTULA BRONCOPLEURAL TUBERCULOSA: UNA COMO COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE

CC 92 - ENFERMEDAD DE LEEUWENHOEK EN VENTILACIÓN MECÁNICA: ANÁLISIS FISIOLÓGICO DE LAS MIOCLONÍAS DIAFRAGMÁTICAS A TRAVÉS DE LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA. REPORTE DE CASO

CC 93 - DERMATOMIOSITIS: CUANDO EL COMPROMISO PULMONAR DEFINE EL PRONÓSTICO

CC 94 - TUBERCULOSIS LARÍNGEA: SERIE DE CINCO CASOS CLÍNICOS

CC 95 - DE NEOPLASIA PULMONAR A MALFORMACIÓN CONGÉNITA: DIAGNÓSTICO RETROSPECTIVO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

CC 96 - CUANDO LA INFECCIÓN OPORTUNISTA NO ES EL ÚNICO DIAGNÓSTICO: NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII E INFILTRACIÓN PULMONAR POR LEUCEMIA/LINFOMA DE CÉLULAS T EN UN PACIENTE CON VIRUS LINFOTRÓPICO DE CÉLULAS T HUMANAS TIPO 1

CC 97 - HIPERTENSIÓN PULMONAR SECUNDARIA A COMPRESIÓN EXTRÍNSECA DE LAS ARTERIAS PULMONARES POR FIBROSIS MASIVA COMPRESIVA EN UN PACIENTE CON SILICOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

CC 98 - CUANDO LA HEMOPTISIS NO ES TUBERCULOSIS: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

CC 99 - LESIÓN PULMONAR CAVITADA: CUANDO NO TODO ES TUBERCULOSIS. DESAFÍO DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y DECISIÓN MULTIDISCIPLINARIA

CC 100 - SARCOIDOSIS MULTISISTÉMICA CON COMPROMISO CARDÍACO Y RECIDIVA PULMONAR: IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO NEUMOLÓGICO. REPORTE DE UN CASO

CC 101 - CUANDO LA HEMOPTISIS NO ES SECUNDARIA A INFECCIÓN NI NEOPLASIA: SÍNDROME DE HUGHES-STOVIN COMO DESAFÍO DIAGNÓSTICO. REPORTE DE CASO

CC 102 - EVALUACIÓN MULTIMODAL DE LA DISFUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA POSTERIOR A CIRUGÍA CARDÍACA: A PROPÓSITO DE UN CASO

CC 103 - DOLOR TORÁCICO DURANTE UN VUELO: UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE UNA BULLA PULMONAR GIGANTE

CC 104 - EL DILEMA DEL PATRÓN BRONQUIOLOCÉNTRICO

CC 105 - MANEJO ENDOSCÓPICO DE LA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA: A PROPÓSITO DE UN CASO

CC 106 - ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL INDUCIDA POR FÁRMACOS

CC 107 - SECUESTRO PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

CC 108 - TUBERCULOSIS MILIAR POR MICOBACTERIUM BOVIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

CC 109 - SÍNDROME DRESS SECUNDARIO A TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSIS

CC 110 - ADENOCARCINOMA MUCINOSO INVASIVO ASOCIADO A ENFERMEDAD BULLOSA PULMONAR EN UN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE CASO

CC 111 - LAS MIL CARAS DE LA TOS: NEUMONÍA INTERSTICIAL BRONQUIOLOCÉNTRICA

CC 112 - CUANDO EL TABAQUISMO NO ES EL CULPABLE

CC 113 - MANIFESTACIONES PULMONARES EN ESCLEROSIS TUBEROSA: COEXISTENCIA DE LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS E HIPERPLASIA MICRONODULAR NEUMOCITARIA MULTIFOCAL

CC 114 - MÁS ALLÁ DE LA IMAGEN: QUISTE BRONCOGÉNICO GIGANTE CON DESARROLLO DE PROTEUS SPP.

CC 115 - NEUMONÍA ORGANIZADA Y EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD AUTOINMUNE

CC 116 - FIBROSIS QUÍSTICA EN EL ADULTO: CUANDO EL TEST DEL SUDOR NO ES SUFICIENTE

CC 117 - CUANDO LAS SIMILITUDES ENGAÑAN: RECAÍDA DE UN LINFOMA SIMULANDO TUBERCULOSIS DISEMINADA

CC 118 - TOXICIDAD PULMONAR ASOCIADA A BENDAMUSTINA

CC 119 - QUILOTÓRAX EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE LINFOMA NO HODGKIN: DIAGNÓSTICO INESPERADO DE TUBERCULOSIS PLEURAL. REPORTE DE UN CASO

CC 120 - CUANDO NO TODO ES INFECCIÓN: NEUMONITIS POR CICLOFOSFAMIDA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDA

CC 121 - MANEJO ENDOSCÓPICO DE LA OBSTRUCCIÓN CRÍTICA DE LA VÍA AÉREA PRINCIPAL

CC 122 - NÓDULO PULMONAR SOLITARIO Y SARCOIDOSIS ¿DIAGNÓSTICO DEFINITIVO?

CC 123 - ENFERMEDAD PULMONAR EN CONTEXTO DE COLANGITIS BILIAR PRIMARIA ¿MANIFESTACIÓN EXTRAHEPÁTICA O CONECTIVOPATÍA SUBYACENTE?

CC 124 - MANEJO QUIRÚRGICO DE LAS HEMOPTISIS

CC 125 - CUANDO EL ASMA NO ES SOLO ASMA: ABPA EN LA ERA DE LOS BIOLÓGICOS

CC 126 - INCIDENCIA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES DESMOIDES DE PARED TORÁCICA. EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

CC 127 - DINÁMICA CAMBIANTE DEL ENFOQUE TERAPÉUTICO EN UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA

CC 128 - LESIÓN PULMONAR AGUDA INDUCIDA POR INHALACIÓN DE COCAÍNA BASE

CC 129 - LA CARA SILENTE DE LA PARACOCCIDIOIDOMICOSIS

CC 130 - HIPERTENSIÓN PULMONAR PRECAPILAR EN SILICOSIS: EVALUACIÓN HEMODINÁMICA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

CC 131 - CUANDO LA CAUSA DE DERRAME PLEURAL NO ESTÁ RELACIONADA CON PATOLOGÍA PULMONAR

CC 132 - CÁNCER DE PULMÓN EN PVVIH: POBLACIÓN SUBESTUDIADA, DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN LA ERA DE LA TARV

CC 133 - SARCOIDOSIS MULTISISTÉMICA CON COMPROMISO PULMONAR Y NEUROLÓGICO: EL VALOR DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO

CC 134 - SARCOIDOSIS MULTISISTÉMICA: EL VALOR DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO

CC 135 - HEPATOTOXICIDAD POR LINEZOLID Y OTROS EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS DISEMINADA RESISTENTE A RIFAMPICINA: REPORTE DE UN CASO

ramr
Revista Americana de Medicina Respiratoria

Índice de autores

Trabajos a Premio

Aguero Turbati, Andrea	4	Bravo, Iara	38
Aguero, Silvana	11	Bravo, Valeria	18
Aimaretti, Constanza	14	Brichetti, Valeria	5, 26
Alfonso, Juan Martin	10	Brizuela, Evelyn R	18
Almeida Souto, Matías	15	Buendía Roldán, Ivette	38
Altamirano, Jorge	14	Burella, Valentina	1
Alves, Leandro	11	Caceres, Silvina	4
Andreau, Mauro	5	Calvo Delfino, Melina	37
Aquino, Alfredo Angel	35	Campos, Cecilia	11
Arevalo, Karen	28	Carcione, Micaela	34
Avanzini Larrea, Gastón	20	Caro, Fabián	25
Baigorria, Lorena	24	Carpio Celis, Daniel Israel	29
Balinotti, Juan	21	Carranza, Omar	10
Basile, Florencia Belén	36	Casey, Alberto	34
Bellon, Pablo	7	Castrillón, María Elena	1
Benítez, Rosalia	28	Colussi, Natalia	14
Berenguer, Roxana	29	Coronel Brizuela, Priscila Natali	20
Bertozzi, Matias	5	Cuesta R., Juan Pablo	25
Blanco, Ma. Antonieta	11	Cuper, Lucía Soledad	35
Blanco, Magalí	6	Curcuy López, Kathia	14
Bornengo, Fernanda	11	Dapeña, Joan	26
Borsini, Eduardo	6	Darelli, Venecia Ana	4
Bosio, Martín	6	De Censo, Maria Belén	2
Bosso, Mauro	7	De Vito, Eduardo Luis	37

Di Tullio, Fernando	15	Grilli, Mónica	26
Dicugno, Mariana	15	Gutiérrez, Gabriela	14
Domínguez Monclá, Manuel	21	Guzmán, Cyntia	5, 26
Domínguez, Aldana Y	18	Heres, Marcela	28
Duarte, Dayana Adaliz	35	Interlandi Zoireff, Carla	4
Echegaray, Valentina	1	Kahné, Margarita	14
Enghelmayer, Juan Ignacio	34	Lagrutta, Laura	11
Ernst, Glenda	11	Lamari, Sebastián	34
Escobar, Miguel Antonio	37	Lancellotti, Diana	10
Fachini, Silvina	24	Larrea, Gastón	25
Falco, Jimena	11	Lawriwskyj, Verónica	20, 25
Fernández Oporto, Juan Pablo	29	Legarreta, Gabriela	34
Fernández, Estrella Paula	11	Lemme, Sabrina	10
Fernández, Martin	25	León Alvarez, Jairo	29
Fernández, Romina	23	Llames Massini, Carmen	34
Ferreiro, Sebastián	14	López Ortega, Ana Gabriela	28
Figueroa, Sandra	4	Lugaro, Martín	7
Flores, Ignacio Enrique	12	Malet, José	20
Flores, Marcos	10	Malfante, Pablo	10
Fogar, Carolina	29	Martín, Vanina	11
Franchi, María Eugenia	26	Martinez, Damiana	4
Fuentes, Nora	10	Martinez, Daniel	11
Galvan, Luis M	18	Martínez, Natalia Soledad	27
Gamarra, Isidro	7	Matteo, Mario	11
Gando, Sebastián	26	Millán, Andrea	34
Gelabert, Deborah	2	Molina Reino, Diana	27
Giliberto, Florencia	34	Moracci, Roque S	18
González, Alejandra	28	Morales Grajales, Carlos	35
González, Yael	20	Mordini, Natalia	24

Morel Vulliez, Gastón	7	Rosales, Adolfo Manuel	36
Moyano, Viviana Alejandra	1	Rosenbaum, Teresita	26
Muryan, Alexis	15	Rosenberg, Moises	36
Natiello, Marcela	11	Ruíz, Aldo	7
Navarro, Emiliano	36, 37	Saldarini, Fernando	5, 26
Negri, Claudia	12	Salvado, Alejandro	6, 15
Nicolas, Matias	10	Sánchez Díaz, Kevin	38
Noguera Morinigo, Luis Manuel	35	Sanchez Posleman, Jorge	38
Noguera, María Luján	11	Scalea, Grisel	21
Orazi, Laura	26	Sívori, Martin	5, 12, 27
Orozco, Juan	20	Skoroplas, Franco	1
Paez, Maria José	20	Suarez Aboy, Catalina	18
Palmero, Domingo	11	Suhr, Krin Maria	36
Pared, Nicolás	27	Tarcic, Ariela	4
Pascua, Joséfina	15	Teper, Alejandro	21
Pascuccelli, Verónica	27	Tevez, Jenifer Soledad	36
Paz, Martin	10	Trabadelo, Hugo	17
Peretti, María Paula	24	Turk, Romina	20
Pereyra, Betiana	26	Urdangarin Goti, Mateo	18
Perrone, Isabella	12	Uribe Echevarria, María Elisa	1
Perticone, Maria Eugenia	34	Vázquez, Micaela O	18
Plotnikow, Gustavo A	18	Villalba, Darío	7
Primerano, Marcelo	11	Volberg, Veronica	29
Quiroga, María Viviana	14	Zunino, Sergio	9
Rocchia, Pia	4		

Comunicaciones orales

A. Belén Pereiro, Magalí 105

Abdala, Javier 148

Acosta, María Alejandra 120

Acuña, Rubén 79

Aguirre Armand, Andrea Nahir 126

Albarracin, Candela 47

Alcaraz, Veronica Belén 78

Alegre, Mauro Exequiel 117

Alfonso, Juan Martin 66

Almeida Souto, Matias 93, 102, 110, 115, 132

Altamirano, Agustina 76

Alonso, Leonardo 90

Alvarado, Juan 92

Alvarado Romero, Samantha 125, 163

Álvarez, Damaris 64

Álvarez, Sabrina 148

Amarilla, Yesica Mariel 150

Amoza, Rocío 59

Andreu, Mauro 82, 83, 84, 86, 87

Antonini, Gonzalo 56

Aparicio Altamirano, Grecia Lorena 51, 137

Aren, Leandro 96, 97, 100, 160

Arias, Sergio Javier 45, 47, 85, 87

Armando, Gustavo 70, 85, 87

Astrada, Jimena del Rosario 120

Atencio, Matias Agustin 162

Avaca, Horacio 49

Avila Torres, Giovanni Alejandro 82, 83, 84, 86, 88, 123

Azcona, Maria Susana 47. 78

Baez, Milagros 115

Bailon, Tobias 77

Ballina, Ariel 114, 137

Barberis, Juan Pablo 64, 125, 126, 159, 224

Barco, Gimena 59

Barimboim, Enrique 148

Barragán, Horacio 62

Barreto, María Sol 70, 85, 87

Bedia Mogrovejo, Gissela Jesús 84, 86

Benavides, María Alejandra 150

Benavidez, Silvina 92

Benítez, Rosa 47

Bermudez, Rubén Edgardo 95

Bertin, Diego 55

Bertozzi, Matias 52, 53, 54, 58

Besteiro, Maria Belén 132

Biaziso, Ernesto David 95

Blanco, Magali 48, 49, 127

Bluro, Ignacio 44

Bogado, Juan 96, 97, 100, 103, 106

Bohórquez, Natalia 59

Borghetti, David 96, 97, 100, 103, 106

Borsini, Eduardo 48, 49, 127

Bossio, Juan Carlos 47, 85, 87

Bosio, Martín 48, 102, 111, 115, 132
Braguinsky, Nicolás 59
Brassesco, María Estela 73
Brichetti, Valeria 52, 54, 58, 82, 122
Bucalima, Damaris 158
Buero, Agustin 132
Burgos, María Cristina 74, 111
Burgos, Santiago 106
Cabral, Graciela 77
Cabrera, Elias Adrián 78
Cabrera, Micaela 96, 97, 100
Caceres Canteros, Nazarena Ailen 95
Calabrese, Carina 85, 87
Calvo Delfino, Melina 154
Campobasso, Ana 73
Camporro, Fernando 90
Campos, Evangelina 59
Capodarco, Gastón 62, 122
Capone, Lilian 47
Carboni, Manuel Antonio 61
Cardigonde, Mariano 158
Cardozo, Federico 75
Cardozo, Rocío 126
Caro, Fabián 90
Carraza, Omar 66
Carriso, Cintia 86
Carrizo, Laura 96, 97, 100, 106
Casas, Juan Pablo 71
Cassanelli, Pablo Martín 152
Castelli, Belén 59
Castro, Matías Horacio 111
Castro, Mónica 116
Cavallo, Cecilia 122
Celenza, Maria Alejandra 82
Cervino, Nahuel 82, 88
Cervo, Victoria 95
Chabat, Thiago 136
Chertcoff, Felipe 102
Chertcoff, Julio 115
Chiervo, Sandra Gabriela 153
Chirino, Yimmy 125, 163
Cieri, Claudia 148
Cigarra, Cecilia 106
Cilio, Marcela Leonor 53, 54
Cipka, Paula 52
Coito, María Pia 120
Collante, Marcela 79
Colucci, Matias 92
Confaloñeri, Stella 146
Contreras, Edgar 50
Cordoba, Claudia 71
Coronel Cuadra, Mirta 45
Correa, Yesica 134
Cozzutti, Florencia 70, 85, 87
Cravero, Juliana 65
Cruz Canaviri, Paola Shirley 84
Cruz Urcia, Heily Lizbeth 146
Cruz, Ernesto 79
Cruz, Magdalena 162
Csipska, Paula Eugenia 84, 88, 123
Cuestas, Erika 71, 81

Cuestas, Juan Pablo 47
D amelio, Nicolás 149, 161
Damonte, Alejandro 105
Dapeña, Joan 53, 54, 120, 122, 142, 143
Davila, María Valeria 52, 53, 54, 58
De Censo, Maria Belén 99
de Charras, Yamila 55
De la Torre, Juan Rafael 111
De Stefano, Gastón 146
De Verda, Macarena 105
De Vito, Eduardo Luis 45, 154
Decima, Tamara 111
Del Prado, Lucio Agustin 78
Delvalle, Mirian Lorena 154
Dezurko, Denis Ariel 162
Di Giorgi, Andrea 158
Di Rienzo, Paula 137
Di Tullio, Fernando 93, 111
Díaz, Daniela 68
Díaz, Omar 79
Diaz-Ballve, Ladislao 59
Dini, Andrés 149
Dip, Pamela 47
Domínguez, Camila Belén 56
Dopazo Danieli, Iñaki Manuel 162
Duek, Viviana 59
Durán, Lucas Gonzalo 162
Dure, Roberto 157
Dutto, Estefania 148
Echenique Fernández, Germán G. 137
Echeverria Oviedo, Marcelo Celso 52, 53, 54, 58
Echeverria Oviedo, Marcelo 63
Enria, Derian 114
Ernst, Glenda 90
Erquicia, José 124, 136, 155
Escobar, Miguel Antonio 45, 154
Espeche, Mercedes 79
Espinoza, Franco Ezequiel 162
Fabaro, Luciano 56
Falco, Eloisa 114
Farace Tsardikos, Dimitra 54
Farieri, Veronica Maria 137
Fernández, Hugo 70, 85, 87
Fernández, Juan Ignacio 117
Fernández, Lucia 134, 136, 139
Fernández, Romina 59, 124, 136, 155, 159
Ferraz, Rubén 108
Ferreiro, Sebastián 122
Ferreyro, Bruno Leonel 56
Flores, Marcos 66
Forlenza Parrao, Rosario 74
Forlenza, Rosario 72 111
Franceschini, Carlos María 45
Franchi, María Eugenia 121, 122
Franzoy, Julieta 78
Freire Guevara, Francisco Marcelo 73
Frisson, Carolina 148
Fuentes, Micaela 75
Fuentes, Nora 66

Funes Tarazi, Maria Pia 71

Furcinitto, Pablo 157

Gallo, Cynthia Mariana 116

Gamarra, Antonella 47, 81

Gando, Sebastián 120, 122

Gandur, Camila 116

García Urrutia, José 59

García, Agustín 154

García, Daniela 154

Garcia, Fernanda 93

Gavilanez, Silvia 134,139, 140, 142

Gelabert, Deborah Fernanda 99

Ginestet, María Eugenia 152

Godoy Bader, Micaela 125, 163

Goffredo, Diego 90

Gómez, Carlos Gastón 82, 88

Gómez, Ernesto 146

Gómez, Ramiro 56

Gomis, Aldana 61

González Vara, Martin 114, 137

González, Alejandra 77

González, Andrea Paola 83

González, Gerardo 62

González, Julieta 92

González, Norma Edith 152

González, Silvana 79

González, Tamara 111

González, Yael 131

Gonzalo, Paula 114, 137

Grandon, Areliz 134,139, 140, 142

Grassi, Nicolas Antonio 162

Grati, Mateo 146

Grilli, Mónica 122

Guendulain, Silvina 122

Guillen Hidalgo, Jordana 73

Guzmán, Cyntia 52, 58, 82, 123, 142, 143

Guzman, Maria José 116

Hernandez, Julian 62

Ibarrola, Manuel 146, 245, 299

Iglesias, Rocío 106

Intelisano, Franco 139

Intile, Alfredo Dante 56

Iriarte Vasquez, Javier Marcelo 69, 124, 149, 155, 161

Irusta, Javier 65

Jajati, Mónica 124, 136, 155, 159

Jaureguy, Airel 59

Jungblut, Leyla 103

Kahl, Gladys Noemí 111

Kaplan, Paula 124, 136, 155, 161

Kasiañuk, Maria de Lourdes 116

Kevorkof, Gregorio Varujan 120

Knorre, Eugenia 44

Laco, Santiago Tomas 162

Lago, Manuel 149, 161

Lamot, Sebastian 47

Lancellotti, Diana 66

Larrateguy, Luis 106

Larrateguy, Santiago 96, 97, 100, 103, 106, 111

Lawriwskyj, Verónica 131
Lemarchand, Camila 96, 97, 100, 103, 106
Lemme, Sabrina 66
Levis, Karen 81
Litewka, Diego 125
Lopez, Ana Clara 146
Lopez, Anita 77
López, Sol 132
Loprete, Lucrecia 52, 83, 123
Loustau, Malena Paula 56
Lucchelli, Juan Manuel 146
Lugo, Juan 146
Luponio, Constanza 146
Lyons, Gustavo 132
Macha Marín, Edith 152
Maglione, Magali 76, 137
Maldonado, Dylan 50
Maldonado, Lorena 102, 115
Maleandi, Ma. del Rosario 114
Malet Ruiz, José María 72, 74, 96, 97, 100, 103, 106, 111
Malfante, Pablo 66
Mamani Condori, Jessica Emilse 131
Mansella, Micaela 139
Marquez, Florencia Denise 120
Martin, Vanina 47
Martínez Fraga, Alejandro 45, 62
Martinez, Damiana Ines 116
Martinez, M.Cristina del Milagro 44
Martínez, Natalia Soledad 124, 136, 155
Mas Lamandia, Luciana Sofía 162
Mayer, German 96, 97, 100, 106
Medinacelli, Eduardo 52, 58, 83, 123
Melatini, Luciano 92
Melendez, Johanna 50
Mendez Vera, Mario 124, 136, 155, 161
Mendez, Andrea 68
Menga, Rocío 114, 137
Menghi, Tamara 76, 137
Menta, Leila 59
Miceli, Ana Laura 44
Michlovsky, Araceli Abigail 78
Miere, Maria José 75
Molina Reino, Diana 124, 136, 155, 159
Montecino Luna, Priscila Laura 86
Montenegro Fernández, Micaela G. 162
Montenegro, Yanina Elizabeth 86
Montiel, Guillermo César 45
Montoya, Fabiána 64
Monzón, Claudia 154
Mora Crespo, Lisseth Thalia 52, 53, 54, 58
Morales, Daniela 96, 97, 100, 106
Mordini, Natalia 85, 87
Morel Vulliez, Gastón Germán 45, 154
Morel, Hernan 96, 97, 100
Moyano, Viviana 65, 81, 90
Mussio, Maria Lujan 62
Nagle, Cecilia 116
Napoli, Santiago 125, 163

Navarro, Emiliano 154
Nemer Pelayo, Nolkelys 47, 53, 58, 88, 142142, 143
Nicolas, Matias 66
Nieto, Carlos 68
Noguera, Maria Lujan 47
Núñez, Tomás A. 105
Oliva, Carlos 120, 122
Oliva, Roxana 162
Olmos, María Eugenia 156
Orazi, Laura 122
Ortiz, Miriam 93
Ortuño Maita, Katerine Ivánoska 82, 83, 84, 86, 88, 123
Otamendi, Marina 162
Outon, Verónica 140, 143
Oviedo, Eduardo Enrique 120
Padilla, Jesús 134
Padron Espinoza, Maria Victoria 84, 86
Palma, Maynor 50
Papucci, Tulio 92
Pared, Nicolas 75, 124, 136, 155, 159
Paredes, Aldana 146
Pascansky, Daniel 124, 136, 155, 159
Pascansky, Martin 91, 124, 136, 155, 159
Pascua Rigada, Joséfina 93
Pascua, Joséfina 111
Pasman, María 59
Pawluk, Victor 152
Paz, Martin 66
Pellegrini, Lucia 143
Pendito, Raquel Irene 47
Penizzotto, Paula 111
Pennesi, Andrea 75
Pereda, Rosana 152
Pereyra, Betiana 122
Pereyra, Matias Omar 78
Perri, Marcella 102, 115, 132
Perrone, Isabella 69, 136, 159
Pez, Lucia Anabela 53
Picco, Nicolás 105
Pina, Benjamín T. 105
Pizarro, Rodolfo 44
Plotnikow, Gustavo Adrián 56
Polack, Jesica Ayelén 120
Politis, Iara 139, 140, 143
Pombo, Luis 146
Porta, Sofía 122
Portas, Tamara 105
Posadas Martinez, Lourdes 44
Pratto, Romina Amelia 56
Prigioni, Soledad 124, 136, 155, 159
Puzzo, Federico 59
Quiroga, Hilario 89
Quiroz, María Laura 117
Ramírez Rigo, María Verónica 55
Raya, Mercedes 146
Reggiani, José Luis 146
Reginatto, Atilio 146
Rey, Dario Raúl 47
Riera, Julia 114

Rios, Daniela 77

Ritou, Ivone 134

Rivero, Lucia Maria 62

Robles, José 96, 97, 100, 103, 106

Rodríguez Dos Santos, Nicolas D. 78

Rodríguez Genaro, Natalia Soledad 83

Rodríguez Martin, Isabel 41, 42, 43

Rodríguez Molaro, Matias Tomas 110, 111, 115

Rodríguez, Constanza 96, 97, 100, 103, 106

Rodríguez, Gabriel 59

Rodríguez, Nerina 58, 84, 142, 143

Rodríguez, Rocío 70, 85

Rodríguez, Sergio 79

Rojas Marquez, David Patricio 83, 86

Rojas, Ramiro 51

Rojas, Ramon Angel 116

Roldán, Patricia 111

Romanczuk, Maximiliano 122

Romel, Mario 159

Romitelli, Angelina 96, 97, 100, 103, 106

Rosenbaum, Teresita 122

Rositi, Emilio Sebastián 154

Rossi, Emiliano 44

Rossi, Pamela 84, 88, 123, 142, 143

Rosso, Facundo 114

Rovarini, Ana 79

Rua, Mariano 102, 115

Rubado, Pilar 47

Rumbo, Natalin 148

Saab, Maria Angelica 157

Saad, Daniela 79

Saez, Julieta María 89

Sagal, Andres 124, 136, 155, 159

Salazar, Evangelina 79

Salazar, Fabiana 81

Saldarini, Fernando 52, 53, 54, 58, 82, 83, 84, 86, 87, 120, 122, 123, 142, 143

Sale, Amir 105

Sale, Héctor 79

Salvado, Alejandro 48, 49, 93, 111, 132

Sánchez, Angel Gabriel 150

Sanchis, Iván 47

Sangiovanni, Elizabeth 74, 111

Santiago, Gonzalo 148

Santtia, Florencia 51

Sappag, Judit 47

Scafati, Matias 51

Schernenco, Joel Agustín 162

Schiavone, Miguel 49

Segovia, Jaime 77

Sívori, Martín 59, 64, 69, 75, 90, 124, 136, 149, 155, 159, 161s

Solis, Natasha Rocío 78

Sosa, Lucia 72, 74, 111

Sosa, Nerea 55

Soto, Juan Pablo 136

Sousa Matias, Diego 157

Souto, Germán 149

Stirparo, Martin 75

Stivala, Bambina 79
Stok, Ana Maria 116
Suhr, Krin 116
Sussini, Mario 126
Sussini, Milagros 126
Svetliza, Graciela 44
Szwarstein, Pablo 47, 64, 124, 136, 155, 159, 161
Taboada, Martin 62
Tafalla, Daniel 139,140, 142, 143
Tapia Pacará, Melisa 111
Tapia, Lucia 53
Teijeiro, Alvaro 122
Toledo, Ada 45
Torrejon Chinche, Wendy Marisol 111
Torres, Cecilia 79
Trabadelo, Hugo 40, 46
Trabucchi, Aldana 90
Triguero, Felix 79
Tripodoro, Vilma Adriana 45
Ubal, Leonardo Germán 120
Uribe Echevarria, Maria Elisa 65, 137
Urteneche, María Inés 152
Usandivaras, Marcela 90
Valdez, Silvina 90
Vanni, Ingrid 70, 87
Varas, Héctor Osvaldo 150
Vargas Ainagas, Astrid 131
Vasquez, Daniela Noris 56
Vázquez Brignole, Florencia Beatriz 162
Vázquez, Veronica 158
Vedia Torrez, Jhoel Edson 51
Vegetti, Luciana 76, 137
Veregara, Mercedes 126
Veronesi, Magdalena 45
Villa Navarro, Jesús Miguel 111
Villalba, Darío 45
Vitello, Mariana 158
Wisnivesky, Juan Pablo 56
Wustten, Sebastían 137
Xavier Paredes 77
Young, Pablo 90
Zabala Marcano, Jaines José 78
Zalazar, Matias 126
Zelaya, Nazareno 102, 115, 132
Zitelli, Matias 96, 97
Zurbriggen, Rita 47
Zurra, Anahí 56

Casos clínicos

Abraham, Amira Daysi 249

Abrate, Vanesa del Valle 241, 244, 282

Achig, Eileen 274, 298, 305, 332

Acosta, María Alejandra 247, 310

Acuña, Rubén 182, 266

Agüero, Andrea 187

Agüero, Silvana 176

Aguirre Armand, Andrea N. 225

Aguirre, Augusto 312, 318

Ahumada, Juana Rosalía 205, 208, 239, 298, 305

Alaniz, Maria 255

Alaniz, Marianela 252, 259, 260, 268

Alba, Jorge 269

Alberti, Laura 294

Alcaraz, Verónica Belén 214

Alcoba Quiroga, Mauricio 245, 299

Alcoba Ramírez, Fernando 199, 321

Alcoba, Fernando 213, 223, 233

Ale Taborda, Ana Luz 204, 312

Almeida Souto, Matías 232

Alurralde, Maria Paula 176

Álvarez, Christian 182

Amarilla, Silvina 283

Andrade Portugal, Dante R. 340

Andrade, Dante 230

Aparicio Altamirano, Grecia Lorena 258, 260

Aquino, Viviana 167, 195

Araiz, Soledad 166

Aranda, Ariel 324

Aranguren, Dafne 238, 306

Arce, E. Rodrigo 256

Areas, Natalia 176

Arias, Maria Bernarda 312, 318

Aro Arias, Andrea 199, 213, 233, 235, 321

Arrechea, Maria Paula 312, 318

Asquineyer, Yanina 221

Astrada, Jimena del Rosario 310

Astrid, Ainagas 292

Avila, Agostina Daniela 244

Ayllon, Marco 266

Azcona, María Susana 214

Bailón, Tobías 185

Balcera Estrada, Wilber 185

Ballina, Ariel 207

Barberis, Juan Pablo 189

Baroni, Carolina 256

Barreca, Eduardo 229

Barrientos Ortiz, Juan 295

Bartoletti, Bruno 175, 262
Basile, Florencia 312, 318
Bastidas, Emiliano 308
Becerra, Pamela 205,208, 298, 305, 327
Bejarano, Nadya 239, 266
Belén, Magalí 193
Benavidez, Rodrigo 227
Benavidez, Silvina 220
Bensignor, Silvia 261, 308
Berenguer, Roxana 238, 255, 278, 306
Bertino, Eugenia Gisela 255, 271
Bertolín, Andrea 217
Besada Laura, Cecilia 252, 255, 259
Bianchini, Facundo José Federico 301
Bianco, Lorena 254
Bocca, Xavier 276, 280, 289, 293
Bonilla Delgado, Johanna 180
Bonini, Nicolás 223
Borja, Roger 338
Brasca Zbrun, Octavio N. 167
Bravo, Valeria 288, 301
Brizuela, Evelyn Romina 288, 301
Brozzi, Ignacio 301
Brunetti, Paola 321
Burgos, Jhon Alexander 203
Bustos, Daniela 165, 166
Buteler, Rosario 269
Cabral, Daniela 314
Cabral, Graciela 223
Cabral, Noemi Daniela 178
Cabrera, Elías Adrián 214
Cáceres, Silvina 187
Calderón, Daniel 276, 280, 289, 293
Cama, Karen 323, 326
Camara Virreira, Nancy 255, 259, 268
Cameno, Mariana Cecilia 255,268, 271
Canabal, Tania 312
Candioti, Mariano 205
Caneva, Jorge Osvaldo 205, 208, 239, 274, 298, 305, 332
Cantarella, Ramiro 208
Canteros, Gustavo 259, 260, 268
Canteros, Lorena del C. 178
Carreño, Ruth 341
Carrizo, Mónica 269
Caruso, Nicolás 294
Casas Uriburu, Juan Pablo
Casas, Juan Pablo 217, 227
Casco, Nicolás 261
Castellanos, Juan 171
Castro, Horacio Matías 197
Castro, Matías 248, 302, 318
Castro, Mónica 331
Castro, Patricia 227
Cedeño Alvarado, Carolina 209
Cedron, Marisol 176
Céspedes, Oscar 323, 326
Chambi, Noelia 266
Chiavassa, Leticia 174

Churin, Lisandro 229
Churruca, Carolina 178
Coco, Bárbara 321
Coito, María Pia 310
Colantuono, María Belén 238
Collante, Marcela 182
Colque, Pamela 266
Colucci, Matias 220
Contreras, Edgar 171
Coronel Brizuela, Priscila N. 218
Correa, Yesica 316, 319, 320, 328, 329, 335
Cortez, Lesly 285, 291
Cosio, Maria Angeles 244, 282
Crescente Nieri, Danilo 244
Crocitta, Carla 332
Cruz Lalle, Esteban 320, 328, 334
Cruz Urcia, Heily 189, 212, 218
Cruz, Ernesto 182
Cruz, Victor 175
Csipska, Paula 335, 336
Curia, Florencia 182
Damonte, Alejandro 193, 198
Dantur, Camila 331
Darelli, Ana 187
De Armas, Fabiana 170
De Cunto, Julieta Daiana 176, 204, 273
De La Torre, Juan 248
De Verda, Macarena 193, 198
Del Prado, Lucio Agustín 214
Di Tullio, Fernando 232
Diana, Ezequiel 297
Díaz, Laura 190
Díaz, Omar Alfredo 182, 266
Domínguez Figueredo, Lourdes E. 192
Dominguez Viteri, Mario 276
Dominguez, Aldana Yamina 288, 301
Echenique Fernández, Germán G. 247
Elías, Marcos Alfonso 241, 244
Erquicia Andrade, José Ignacio 231
Espeche, Mercedes 182, 266
Etcheverry, María José 174
Failde, Rodrigo 312
Farfán, Cintia Lorena 269
Farias Garcia, Rocío Elizabeth 292
Farieri, Verónica María 232, 241, 244, 247
Favaloro, Liliana 274, 332
Favaloro, Roberto 274, 332
Felice, Candelaria 332
Fernández Oporto, Juan Pablo 278, 306
Fernández Siri, L. 316, 319, 320, 328, 334, 334
Fernández, Juan Pablo 256
Fernández, Sebastián Martín 252, 255
Figueroa Casas, Marcelo 254
Figueroa, Julio 256
Flores, Maria del Rosario 178, 314
Franzoy, Julieta 214
Frías, Ana 236, 297, 338
Frías, Nahuel 316, 319, 329, 335

Fronti, Pablo 251

Fuentes Rivera, Erika Alejandra 255, 268, 271

Fullone, Pedro 332

Gaite, Sofía 179

Galarza Camacho, Telma 252, 255, 260

Galarza, Telma 268

Gallego, Claudio 341

Gallego, María José 249

Gallo, Cynthia 331

Galván, Luis María 288, 301

Gamberale, Ana 175

García, Alejo Gabriel 192

García, Ana 262, 265, 283, 291

García, Artemio Óscar 203, 230

García, Belén 261

García, Joaquín 238

Garcìa, Nerina 324

Garcia, Serrana 170

Garralda, Valeria 332

Garro, Manuela 169, 266

Ginestet, María Eugenia 192

Gómez Fernández, Victoria 269

Gómez Giglio, Micaela 172

Gómez, Graciela 178

Gómez, Juan Manuel 278, 302

Gonzáles, Alejandra 185, 199, 201, 233

Gonzalez Anaya, Julieta 220

Gonzalez Montaner, Pablo 176

Gonzalez Morocho, Paola 298

González, Alejandra 213, 223, 235, 320, 323, 326

Gonzalez, Barbara Carolina 178, 314

González, Carlos 262

González, Elías Marcelo 269

González, Gabriela 262, 265, 283, 291

Gonzalez, Hugo 167, 195

González, Norma Edith 192, 209, 251

González, Paola 205, 208, 305

González, Silvia Noemí 266

González, Silvia 182

González, Yael 212, 218, 249, 291, 294

Gonzalo, Paula 190

Gregoriety, Atenea 205

Grodnitzky, Maria Laura 276, 280, 289, 293

Grynblat, Pedro 294

Guendulain, Silvana 217

Guillén Hidalgo, Jordana D. 227

Guzmán, Jesse 261

Guzman, Maria José 331

Guzmán, Paola 287

Guzman, Yesica 312, 337

Heres, Marcela 210, 320

Hernandez, Marcos 229

Herrera, Alan 236, 297, 338

Hidalgo, Evelin 192

Ianella, Hernan 278

Ibarrola, Manuel 179, 229, 230, 338

I

nterlandi Zoireff, Carla 187

Iriarte, Nancy Belén 294

Irusta, Marcos Javier 247

Jara Leon, Victor Fernando 280

Jara Vera, Cintia 175

Jarrín Estupiñán, Miguel Eduardo 327

Kahn, Adrián 282

Kasiañuk, María de Lourdes 331

Kevorkof, Gregorio Varujan 310

Lamot, Sebastian 184

Langer, Anahí 262, 265, 283, 291

Lardizábal, A. 319

Larivey, Virginia 190

Larrea, Gastón 212

Lawriwskyj, Verónica 212, 218, 227, 249, 291, 294

Legarreta, Cora Gabriela 306

León Alvarez, Jairo 278

Lev, Gustavo 274, 332

Leyton Marin, Karen 245, 299

Liguori, Carla 254

Lombardo, Luciana 273

López Ortega, Ana Gabriela 185

López Pineiro, Jimena 176

López, Ana Clara 212, 218, 291

López, Ana María 241, 244, 282

López, Ana 210, 213, 223, 235, 323

López, Ignacio 172

Lucchelli, Juan Manuel 189, 218

Lugones, José 227

Machado, Lucas Adriel 195

Maglione, Magali 207

Malamud, Patricia 276, 280, 289, 293

Maldonado, Dylan 171

Mansutti, Lucia 254

Marquez, Florencia Denise 310

Martín, Claudio 189

Martin, Macarena 283

Martinez Segovia, Estela 249

Martínez, Damiana 187, 331

Martínez, M.Cristina del Milagro 197

Martínez, María 338

Matteo, Mario 175

Melamud, Javier 308

Melatini, Luciano Andrés 220

Méndez Vera, Mario 223

Mendía, Carolina 324

Meneguzzi, Alejandra 279

Menghi, Tamara 207

Meza Araujo, Rosa 252, 259, 260

Michlovsky, Araceli A. 214

Miranda, Florencia 238

Molina Castro, Moisés O. 201, 203

Molina, Moisés 185

Montaldo, Fabiana 249, 323

Mora Crespo, Liseth 336

Moracci, Roque Sebastián 288

Morali, Marcelo 254

Morandi, Valeria 276, 280, 289, 293

Moreira Sornoza, José Alejandro 327
Moreno, Carolina 269
Moyano, Viviana Alejandra 232, 247
Muñoz, Carolina Fernanda 184
Murillo Arroyo, Jonathan 328, 334
Murillo, Jonathan 320
Musella, Rosa 273
Nagle, Cecilia 331
Naon, Agustín 278, 306
Nardacchione, Nancy Karina 252, 260, 271
Nemer, Nolkelys 336
Nogueira, Facundo 238
Novoa, Milagro 289
Núñez, Tomás 193, 198
Ochoa, Karen 205, 208, 298, 305
Osken, Laura E 176, 204
Osses, Juan Manuel 205, 208, 239, 298, 305
Oviedo, Enrique Eduardo 310
Pace, Joséfina 274, 332
Padilla Fernández, Rebeca 199, 213, 223, 233, 235, 321
Padilla, Jesús 316, 319, 320, 328, 334, 335
Páez Aleaga, María José 212
Paez, Maria José 292, 324
Palma, Maynor 171
Palmero, Domingo 175, 176, 204, 236, 261, 262, 265, 273, 283, 291, 297, 312, 338
Pantoja Arias, Samanta Vanessa 293
Papucci, Tulio 220
Paredes, Aldana 236, 261, 262, 265, 273, 291, 297, 312
Paredes, Xavier 185
Pascua, Joséfina 232
Pautt, Donaldo 229, 264
Paz, Silvia 176
Pellegrino, G. 316
Penizzotto, Paula 317
Peñeñory, Paula 283
Pereyra, Betiana 227
Pereyra, Matías Omar 214
Pérez, Carla María Florencia 195
Pérez, Maria Florencia 167
Pestana Fabra, Osvaldo 205, 208, 298, 305
Picco, Nicolás 193, 198
Pineda, Susana 165
Pinzon, Andres 341
Pizarro, María 266
Plotnikow, Gustavo 288
Polack, Jésica Ayelén 310
Pombo, Luis 218
Poropat, Alejandra 341
Portas, Tamara 193
Priarone, María 236, 297, 338
Prias, Shirley 236
Prigioni, Laura Soledad 223
Quadrelli, Silvia 172, 179, 230, 245, 264, 299, 340
Ramos, Alejo 245, 264, 299, 338
Ramos, Alejo 172, 179
Raya, Mercedes 212, 291

Resguardo, Analia 176
Rey, Laura 175
Reyes Armua, Maria C. 167, 195
Ricardo, Isidoro 230
Ricotti, Nahuel 238
Rios, Andrea 223
Rios, Daniela 223
Rios, Jesica 276, 280, 289, 293
Risoli, Eduardo 238
Rivera, Jimena 223
Rivero, Hector 312, 318
Robles, Mariana 236, 261, 283, 297, 308, 312, 338
Rocchia, María Pía 187
Rodhe, Cristina 178
Rodríguez Dos Santos, Nicolás D. 214
Rodríguez, Adriana 312
Rodríguez, Sergio 182
Rojas, Ramiro 258, 268, 331
Roman, Alberto Gabriel 214
Romero, Nancy Edith 178
Romero, Pablo Leandro 269
Rosales Peralta, María Fernanda 327
Rosales, Adolfo 312, 318
Rosella, Tatiana 176
Rossi Ríos, Victoria 190
Rovarini, Ana Lucía 182, 266
Ruibal, Gisela 262, 265, 283, 291
Saad, Daniela 182, 266
Salazar, Evangelina 182, 266
Salazar, Fabiana 217
Saldarini, Fernando 232, 335
Sale, Amir 193, 198
Sale, Héctor Abel 182, 266
Salice, Yanina 229, 338
Salomone, César 341
Saltos, Gema 308
Salvado, Alejandro 232
Sambuelli, Gabriela María 241
Sancán, Cristhian 185
Sanchez, Ana Luz 320, 329
Sánchez, Romina 176
Santos, Analia 213, 323, 326
Santtia, Florencia 258, 271
Sartori, María Gabriela 251
Saurit, Verónica 241
Savid, Inés 165, 166
Scafati, Matías 252, 255, 259, 260, 268, 271
Schiavi, María Luz 238
Sinchiguano, Josseline 169, 266
Sinnott, Guillermo 238
Sisterna, Mauricio 293
Sívori, Martín 189, 223
Solis, Natasha Rocío 214
Stivala, Bambina 266
Stivala, Maria 182
Stok, Ana Maria 331
Suarez Aboy, Catalina 288, 301
Suave, Miguel 167, 195
Sussini, Mario 225

Sussini, Milagros 225
Svetliza, Graciela 197, 302
Szwarstein, Pablo 189
Tabaj, Gabriela 276, 280, 289
Taborda, Ana Luz 176
Tapia Pacara, Melisa 302
Tarcic, Ariela 187
Tilli, Facundo Ariel 251
Tomaszuk, Giselle 229, 264, 299
Toresan, Loreley 330, 332
Torres, Cecilia 182, 266
Triguero, Félix 182, 266
Tuhay, Graciela 274, 332
Tummino, Carlos 185, 199, 223
Ubal, Leonardo Germán 247, 310
Urdangarin Goti, Mateo 288, 301
Uribe Echevarría, María Elisa 247
Valencia, Lizeth 230
Vargas Ainagas, Astrid Caridad 249, 294
Vargas, Astrid 218
Vazquez, Micaela Oriana 288, 301
Vedia Torrez, Jhoel Edson 258, 259
Vega, Ivána Gabriela 178, 314
Vegetti, Luciana 207
Veliz, Elmer 341
Vera, Melina Rocío 250, 251
Veregara, Mercedes 225
Via Alvarado, Juan Manuel 220
Vigil, Hernan Basilo 252, 268, 271
Vigil, Iris 174
Vila, Liliana 312, 318
Vilas, Gerardo 259, 260, 271
Vildoso, Sebastian 316, 319, 329, 335
Villada, Silvina 291, 338
Villar Vidal, Martín Andrés 273, 285
Villaroel, Florencia 172
Vinueza, José Andrés 252, 255, 260
Vitale, Luciana 279
Vozza, Lola 283
Wainsten, Esteban 248
Weisheim, Ivo 254
Zabala Marcano, Jaines José 214
Zalazar, Carlos Matias E. 225
Zambrano, Miguel Ángel 262, 265
Zorrilla, Maria de los Angeles 337
Zucotti, Melisa 283
Zulaica, Milagros 217

TRABAJOS A PREMIO

TP 01 - EVALUACIÓN TOMOGRÁFICA DE TAPONES MUCOSOS EN ASMA MODERADA Y SEVERA: ¿UN NUEVO FENOTIPO?

Valentina Echegaray[1]; María Elisa Uribe Echevarria[1]; Viviana Alejandra Moyano[1]; Valentina Burella[1]; Franco Skoroplas[1]; María Elena Castrillón[1]

[1] *Hospital Italiano*

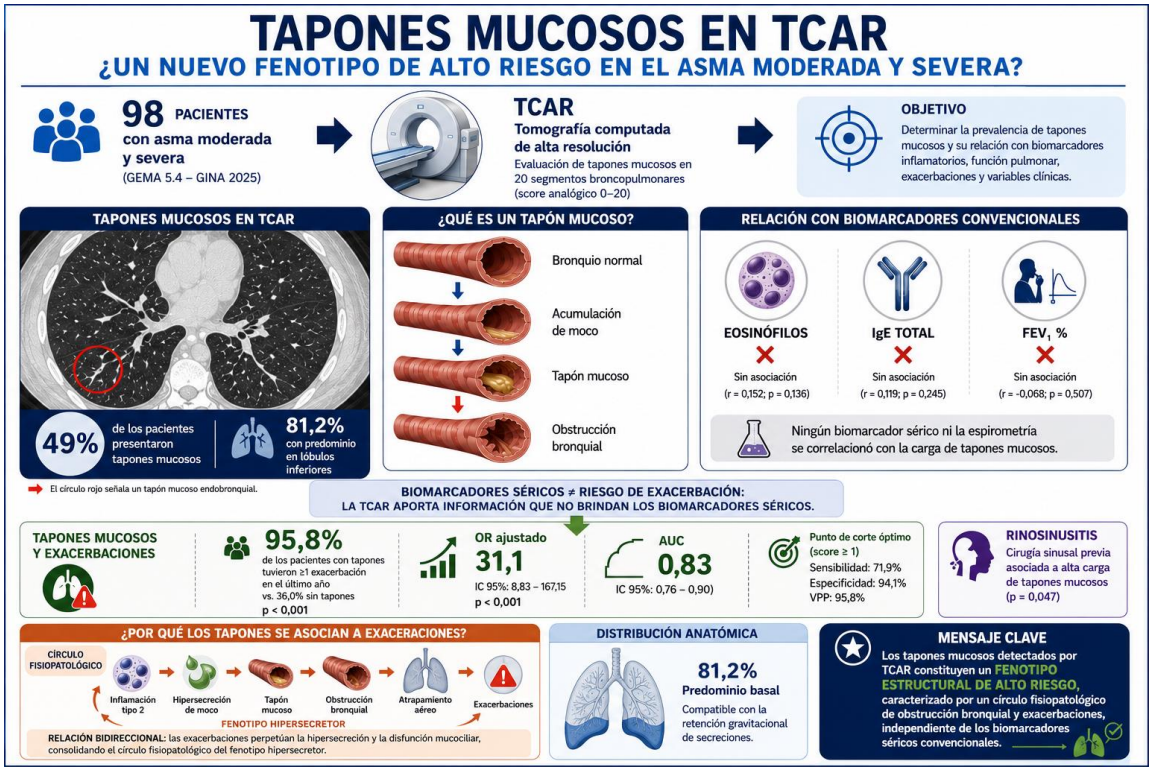
Introducción y objetivo: Los tapones mucosos detectados por tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) se han asociado con obstrucción de la vía aérea y mortalidad en asma moderada y severa. Su relación con biomarcadores séricos convencionales y exacerbaciones no ha sido explorada en series latinoamericanas. El objetivo fue determinar la prevalencia de tapones mucosos en pacientes con asma moderada y severa y examinar su relación con biomarcadores inflamatorios, función pulmonar, exacerbaciones, variables clínicas relevantes y compromiso rinosinusal.

Material y método: Estudio observacional, transversal y retrospectivo realizado en un centro de tercer nivel entre enero de 2015 y octubre de 2025, que incluyó 98 pacientes mayores de 18 años con asma moderada y severa según criterios GEMA 5.4 y GINA 2025. Se excluyeron pacientes con comorbilidades que pudieran generar tapones mucosos u obstrucción bronquial (insuficiencia cardíaca, hipertensión pulmonar, enfermedad intersticial, aspergilosis broncopulmonar alérgica, tuberculosis activa o bronquiectasias). Los tapones mucosos fueron evaluados por el servicio de diagnóstico por imágenes mediante el método de Dunican, asignando 1 punto por cada uno de los 20 segmentos broncopulmonares con tapón (puntuación total 0–20). Según dicha puntuación, los pacientes se clasificaron en tres grupos: tapones ausentes (0), baja carga (1–3) y alta carga (≥ 4). Se emplearon pruebas no paramétricas, regresión logística de Firth y curvas ROC

Resultados: La prevalencia de tapones mucosos fue del 49,0%, con predominio basal en el 81,2% de los pacientes afectados. La presencia de tapones se asoció de forma altamente significativa con exacerbaciones en el último año (95,8% vs. 36,0%; $p < 0,001$), con un AUC de 0,83 y un OR ajustado de 31,10 (IC 95%: 8,83–167,15; $p < 0,001$). El punto de corte óptimo (puntuación ≥ 1) alcanzó una sensibilidad del 71,9% y una especificidad del 94,1%, con un valor predictivo positivo del 95,8%. Ningún biomarcador sérico se correlacionó significativamente con la carga de tapones: eosinófilos ($r = 0,152$; $p = 0,136$), IgE ($r = 0,119$; $p = 0,245$) ni FEV1% ($r = -0,068$; $p = 0,507$). El 100% de los pacientes con alta carga mucosa bajo tratamiento biológico recibía agentes dirigidos a la inflamación tipo 2. Se observó asociación significativa entre cirugía sinusal previa y alta carga mucosa ($p = 0,047$).

Discusión y conclusiones: Los tapones mucosos detectados por TCAR constituyen un marcador de alto riesgo independiente de los biomarcadores séricos convencionales y la espirometría, con alta capacidad predictiva para exacerbaciones. La disociación con los biomarcadores

séricos sugiere un fenotipo estructural no capturado por los marcadores habituales, mientras que su asociación con la cirugía sinusal previa es coherente con el concepto de vía aérea unificada. Su incorporación sistemática en la fenotipificación del asma moderada y severa, mediante una herramienta de imagen ya disponible, podría optimizar la estratificación de riesgo y orientar la selección del tratamiento.



TP 02 - ECOGRAFÍA DIAFRAGMÁTICA Y REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA: IMPACTO SOBRE LA EXCURSIÓN DIAFRAGMÁTICA Y VARIABLES FUNCIONALES. ESTUDIO PROSPECTIVO DE INTERVENCIÓN

Deborah Gelabert[1]; Maria Belén De Censo[1]

[1] *KineRRes*

Introducción y objetivo: Las enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID) constituyen un grupo heterogéneo de patologías con patrón fibrosante progresivo y fisiología restrictiva, caracterizadas por alteraciones de la mecánica respiratoria, limitación al ejercicio y deterioro de la calidad de vida. Estudios recientes han documentado disfunción diafragmática evaluable mediante ecografía. La rehabilitación respiratoria (RR) es una intervención recomendada en EPID; sin embargo, existe escasa evidencia sobre su impacto en la movilidad diafragmática. El objetivo fue determinar el efecto de un programa de rehabilitación respiratoria supervisada de 12 semanas sobre la excursión diafragmática evaluada mediante

ecografía modo M y su relación con la capacidad funcional, la fuerza muscular inspiratoria y la calidad de vida.

Material y método: Estudio prospectivo de intervención con diseño pre-post en un único grupo (junio 2024–noviembre 2025). Se incluyeron 19 pacientes con EPID de patrón fibrosante: fibrosis pulmonar idiopática (n=14), esclerosis sistémica (n=2), sarcoidosis (n=2) y neumonitis por hipersensibilidad (n=1). Edad media 62,7 años; capacidad vital forzada media 65%; difusión de monóxido de carbono media 43,6% del predicho. La excursión diafragmática se midió mediante ecografía modo M con biofeedback ecográfico en tiempo real. El programa incluyó entrenamiento aeróbico, fortalecimiento muscular periférico, reeducación del patrón ventilatorio diafragmático con biofeedback ecográfico y entrenamiento de la musculatura abdominal. Variables secundarias: presión inspiratoria máxima, test de marcha de 6 minutos y cuestionario King's Brief Interstitial Lung Disease. Análisis estadístico: t de Student para muestras apareadas ($p<0,05$).

Resultados: Se observó mejoría estadísticamente significativa en todas las variables. La excursión diafragmática aumentó +1,03 cm (IC95%: 0,60–1,45; $p<0,001$), equivalente al +23,4%. El test de marcha mejoró +67,1 m (IC95%: 39,8–94,4; $p<0,001$), superando la diferencia mínima clínicamente importante para EPID. La presión inspiratoria máxima aumentó +8,47 cmH_2O (IC95%: 4,20–12,74; $p=0,001$). La calidad de vida mejoró +9,95 puntos (IC95%: 1,77–18,13; $p=0,020$), superando también la diferencia mínima clínicamente importante. No se encontró correlación significativa entre los cambios en la excursión diafragmática y las variables secundarias, lo que sugiere que la ecografía aporta información fisiológica independiente y complementaria.

Discusión y conclusiones: Un programa de RR supervisada durante 12 semanas produjo mejoras significativas en la excursión diafragmática, la capacidad funcional, la fuerza inspiratoria y la calidad de vida en pacientes con EPID de patrón fibrosante. Los hallazgos sugieren que la mejoría de la excursión diafragmática podría reflejar una adaptación funcional relacionada con la optimización del patrón ventilatorio y la sinergia diafragma-abdominal, más que un incremento aislado de la fuerza muscular. La ecografía diafragmática modo M constituye una herramienta accesible, reproducible y complementaria para el seguimiento funcional en EPID. La evidencia disponible sobre el efecto de la rehabilitación respiratoria en la excursión diafragmática evaluada mediante ecografía en esta población es limitada, lo que confiere interés y potencial originalidad a estos hallazgos. El seguimiento longitudinal continúa con evaluaciones al año.

Tabla 1. Cambios tras 3 meses de rehabilitación respiratoria

Variable	Basal	3 meses	Δ (%)	p
Excursión diafragmática	4,39	5,41	+23,4	<0,001
TM6M (m)	309	376	+21,7	<0,001
PIMAX (cmH_2O)	80,5	89,0	+10,5	0,001
K-BILD (puntos)	71,7	81,7	+13,9	0,020

TM6M: Test de Marcha de 6 Minutos. PIMAX: Presión Inspiratoria Máxima. K-BILD: King's Brief Interstitial Lung Disease Questionnaire.

TP 03 - CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN MÉDICOS DE GUARDIA: ANTES Y DESPUÉS DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Venecia Ana Darelli[1]; Carla Interlandi Zoireff[1]; Andrea Aguero Turbati[1]; Silvina Cáceres[1]; Damiana Martinez[1]; Pia Rocchia[1]; Ariela Tarcic[1]; Sandra Figueroa[1]

[1] *Hospital Centro de salud Zenón J. Santillán*

Introducción y objetivo: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica constituye una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. A pesar de la disponibilidad de guías clínicas basadas en la evidencia, persisten brechas en el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, favorecidas por la subutilización de la espirometría, la baja adherencia a las recomendaciones vigentes y las limitaciones en la educación médica continua. Estas dificultades adquieren especial relevancia en los servicios de guardia, donde las exacerbaciones representan un motivo frecuente de consulta y las decisiones diagnósticas y terapéuticas deben adoptarse rápidamente. El objetivo fue evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas sobre la enfermedad pulmonar obstructiva crónica en médicos de guardia y analizar el impacto de una intervención educativa asincrónica.

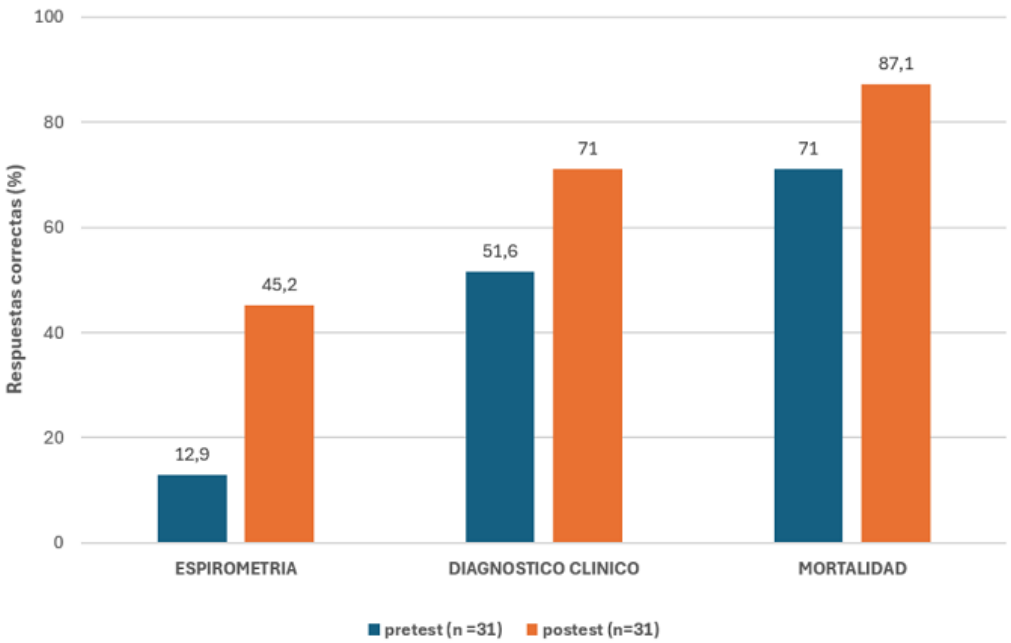
Material y método: Se realizó un estudio cuasi experimental, prospectivo, unicéntrico, con diseño pretest-postest. Participaron médicos de guardia de un hospital de tercer nivel. Se aplicó un cuestionario diseñado por los autores y revisado por especialistas, que evaluó conocimientos, actitudes y prácticas relacionadas con la enfermedad. Posteriormente se realizó una intervención educativa asincrónica y, aproximadamente dos semanas después, se administró nuevamente el cuestionario. Se comparó la proporción de respuestas correctas antes y después de la intervención.

Resultados: Se incluyeron 31 médicos. Tras la intervención educativa, se observó una mejora en la proporción de respuestas correctas en la mayoría de los dominios evaluados. La proporción de participantes que manifestó verificar siempre la existencia de una espirometría confirmatoria en pacientes con diagnóstico previo de EPOC aumentó del 12,9% al 45,2%. Asimismo, aumentó la proporción de quienes respondieron que nunca diagnosticarían EPOC basándose únicamente en el interrogatorio y el examen físico, pasando del 51,6% al 71% . El reconocimiento de que la EPOC constituye una de las principales causas de mortalidad a nivel mundial aumentó del 71% al 87,1%. Luego de la intervención, el 93,5% de los participantes manifestó sentirse más seguro o mucho más seguro para diagnosticar y manejar pacientes con EPOC.

Discusión y conclusión: La intervención educativa se asoció con mejoras en conocimientos y prácticas relacionadas con el diagnóstico y manejo de la EPOC. Si bien el estudio se realizó en un único centro y evaluó prácticas autorreportadas, los resultados respaldan el valor de este tipo de intervenciones dirigidas a médicos de guardia. Además, el hecho de que la evaluación se realizó aproximadamente 14 días después de la intervención sugirió que los cambios observados no se limitaron al aprendizaje inmediato. Dado que los médicos de guardia

constituyen con frecuencia el primer contacto del paciente con el sistema de salud, fortalecer sus competencias en el diagnóstico y manejo de esta enfermedad podría favorecer una atención inicial más oportuna y alineada con la evidencia.

Figura 1. Comparación de la proporción de algunas respuestas antes (pretest) y despues (postest) de la intervención educativa



-Espirometría: verifica siempre la espirometría en el diagnóstico de EPOC.
-Diagnóstico clínico: nunca diagnostica la EPOC basándose únicamente en el interrogatorio y examen físico.
-Mortalidad: reconoce que la EPOC es una de las principales causas de mortalidad mundial.
Los porcentajes representan la proporción de respuestas correctas en cada ítem.

TP 04 - IMPACTO EN LOS COSTOS DIRECTOS E INDIRECTOS DE UN CONSULTORIO ESPECIALIZADO EN ASMA GRAVE: COHORTE DE VIDA REAL

Fernando Saldarini[1]; Mauro Andreau[1]; Matias Bertozzi[1]; Martin Sívori[2]; Valeria Brichetti[1]; Cyntia Guzmán[1]

[1] Hospital Donación Francisco Santojanni; [2] Hospital Ramos Mejia

Introducción y objetivo: El asma grave concentra la mayor parte del gasto sanitario atribuible al asma. En Argentina la evidencia sobre el impacto económico de los modelos de atención especializada es escasa. El objetivo fue evaluar el cambio en los costos directos sanitarios en

los 12 meses previos y posteriores al ingreso a un consultorio multidisciplinario de asma grave, y contextualizar los costos indirectos mediante la literatura internacional.

Material y método: Estudio de cohorte observacional con análisis pre-post (antes-después no aleatorizado). Se incluyeron 72 adultos con asma grave (GINA 2023/GEMA 2024) atendidos entre 2016 y 2024, con 12 meses de seguimiento. La intervención combinó confirmación diagnóstica, manejo de comorbilidades, optimización de adherencia y técnica inhalatoria, fenotipificación con biomarcadores y seguimiento estructurado. Los costos directos (medicación, consultas, urgencias, internaciones, biológicos) se estimaron por metodología bottom-up (medicación: KAIROS marzo 2024; internaciones: nomenclador GCBA y valores del sector privado). La comparación pre-post se realizó con la prueba de Wilcoxon para muestras pareadas. Los costos indirectos no se midieron de forma primaria; se proyectaron a partir de una revisión de la evidencia internacional.

Resultados: El 74% eran mujeres; mediana de edad 56 años; 91,7% con fenotipo T2 alto; 62,5% recibió terapia biológica. El costo farmacológico directo se redujo de USD 3.120 [RIC 2.525–3.500] a USD 2.144 [RIC 1.200–3.120] (ahorro mediano USD 976/paciente/año; −31,3%; p<0,001). Las exacerbaciones descendieron de una mediana de 6 a 1 por año (−87,9% del total de eventos; p<0,001); no se registraron internaciones en UCI durante el seguimiento. El ACT mejoró de 14 a 22 puntos y el FEV1 de 63% a 76% (ambos p<0,001); el uso de corticoides sistémicos de mantenimiento cayó del 43,9% al 6% (p<0,001). La reducción de eventos agudos representó un ahorro estimado de USD 106.494 para la cohorte (≈USD 1.479/paciente/año), concentrado en la evitación de internaciones (76% del ahorro). La proyección de costos indirectos, según la literatura internacional (40–55% del costo total del asma grave), sugiere un beneficio adicional de USD 2.000–5.000/paciente/año por mejora del control y la productividad.

Conclusiones: La atención multidisciplinaria especializada en asma grave se asoció con reducción significativa de costos directos, farmacológicos y por evitar eventos agudos, junto con mejoras clínicas y funcionales. La evidencia internacional sugiere un beneficio en costos indirectos aún mayor, no capturado por el diseño. Estos resultados respaldan la institucionalización de consultorios especializados como estrategia eficiente en el sistema público.

TP 05 - PERFIL DE LA HIPOXEMIA NOCTURNA BASADO EN OXIMETRÍA DE ALTA DEFINICIÓN EN PACIENTES CON SOSPECHA DE APNEAS DEL SUEÑO

Eduardo Borsini[1]; Magalí Blanco[1]; Martín Bosio[1]; Alejandro Salvado[1]

[1] *Hospital Británico de Buenos Aires*

Introducción: Se ha propuesto el diagnóstico de la apnea obstructiva del sueño (AOS) mediante métodos super simplificados como la oximetría de alta definición (OAD) en domicilio (promediación de señal 0.1 segundos). La carga hipóxica (magnitud de exposición a la hipoxemia intermitente) puede orientar las decisiones basadas en estimación de riesgos. **Objetivo:** Describir perfiles de hipoxemia con OAD compatibles con AOS.

Material y método: Estudio retrospectivos en un único centro. Se realizaron OAD utilizando el sistema Biologix (oxímetro con actígrafo, aplicación del teléfono móvil y plataforma online con algoritmo complejo entrenado por aprendizaje de máquina). Se consideraron estudios basales en una única noche. El índice de desaturaciones criterio 3% (IDO3%) se calculó sobre tiempo total de sueño estimado por el algoritmo (TTS). La carga hipóxica se calculó sobre TTS libre de artificios. Se realizó estadística descriptiva para las variables de interés en pacientes de ambos sexos con IDO3% > 5 ev/h. Se ejecutó un análisis de conglomerados no supervisado mediante algoritmo Kmeans teniendo en cuenta la edad, sexo, índice de masa corporal (IMC en kg/m2), IDO3%, tiempo debajo de 90% (T < 90%) en % de TTS y la carga hipóxica (CH) en (%.min/hora).

Resultados: Durante un año estudiamos 208 pacientes, 59.6% hombres, edad 53 años (45-62), IMC 29.8 (26.4-33.2). El 48% de la población presentaba obesidad. Los síntomas más frecuentes fueron, ronquido (78.8%9, despertares frecuentes (42.3). Fueron compatibles con el diagnóstico de AOS 127 (61%) de los casos. La OAD exhibió diferencias entre mujeres y hombres para; IDO3% (5.5 vs. 9.7; p = 0.001). No existieron diferencias para T < 90% (1 vs 2%: p = 0.68) ni CH (45.3 vs. 47.2; p = 010). Destaca el hallazgo de mayor CH en hombres con IDO3% moderado (15.1-29.9 ev/h (86.5 vs. 106.2 %.min/h; p = 0.032). Identificamos dos perfiles de hipoxemia nocturna: 1) Menor hipoxemia (n = 79: 62.2%); 66.2% hombres, 54.8 ± 12.7 años, IMC: 30.1, IDO3%: 10.5, T < 90%: 2.0 y CH: 52.9 y 2) Mayor hipoxemia (n = 48: 37.8%); 64.6 hombres, 54.0 ± 9.3 años, IMC: 32.7, IDO3%: 36.5, T < 90%: 15.0 y CH: 148.2. El tamaño de efecto en ambos grupos fue significativo para los indicadores de hipoxemia.

Conclusión: Un enfoque de segmentación sin definiciones preestablecidas identificó dos fenotipos de hipoxemia nocturna, facilitando la priorización de candidatos a tratar debido a su exposición a la hipoxemia.

TP 06 - DIFERENCIAS EN VALORES ESPIROMÉTRICOS EN PACIENTES TRAQUEOSTOMIZADOS PRE-POST DECANULACIÓN

Aldo Ruíz[1]; Isidro Gamarra[1]; Bellon Pablo[1]; Villalba Darío[1]; Morel Vulliez Gastón[1]; Lugaro Martín[1]; Bosso Mauro[1]

[1] *Santa Catalina Neurorehabilitación Clínica*

Introducción y Objetivo: La traqueostomía es un procedimiento cuya utilización ha aumentado progresivamente en las unidades de cuidados intensivos. la espirometría emerge como una herramienta útil para aportar información objetiva sobre la función respiratoria, aunque sus resultados pueden variar según la condición en la que se realice. El objetivo del presente estudio fue determinar qué diferencias cuali y cuantitativas existen en valores espirométricos pre-post decanulación.

Material y método: Estudio prospectivo, analítico, observacional y longitudinal. Se incluyeron sujetos traqueostomizados mayores de 18 años con capacidad para tolerar tapón fonatorio por al menos 72 horas consecutivas y con un estado cognitivo que permitiera la realización de espirometrías. Se evaluaron pico flujo espiratorio (PFE), pico flujo inspiratorio, capacidad vital forzada, volumen espiratorio forzado en el primer segundo y flujo espiratorio forzado al 50%

en tres escenarios: (1) por cánula con balón inflado, (2) por boca con cánula colocada y ocluida, y (3) por boca sin cánula con oclusión manual del ostoma. Se calculó un tamaño muestral de 6 sujetos tomando como variable principal al PEF. Se utilizó el test de Friedman para evaluar la relación entre los 3 escenarios para cada variable. Se calculó el tamaño del efecto con W de Kendall. Se analizaron correlaciones tanto entre los valores espirométricos pre decanulación y el espacio libre de tráquea con TQT colocada, como entre los valores espirométricos post decanulación y el DAP.

Resultados: Se reclutaron 8 pacientes; 2 fueron excluidos por no lograr espirometrías de calidad suficiente para el análisis. Los 6 pacientes restantes completaron las mediciones correspondientes a los tres escenarios. El PEF mostró diferencias estadísticamente significativas entre los escenarios (1 = 1.65 ± 0.57; 2 = 1.72 ± 0.63; 3 = 2.25 ± 0.90; p = 0.04) con tamaño de efecto grande (Kendall's W = 0.53), alcanzando sus valores más elevados en ausencia de cánula. La relación diámetro externo de la cánula/diámetro anteroposterior traqueal fue de 49.7 ± 4.8%. Cuatro pacientes presentaron obstrucción leve, un paciente obstrucción severa y un paciente obstrucción completa según el porcentaje de reducción del flujo espiratorio atribuible a la presencia de la cánula. Se identificó una correlación positiva entre el diámetro anteroposterior traqueal estimado y el VEF1 medido en ausencia de cánula (rho = 0.83; p = 0.058).

Discusión y Conclusiones: La presencia de la cánula de traqueostomía se asoció con una reducción del PFE, mientras que los volúmenes pulmonares permanecieron relativamente estables. Nuestros resultados respaldan la hipótesis de que la cánula actúa como una resistencia mecánica fija capaz de modificar principalmente las mediciones de flujo máximo. La cuantificación del porcentaje de reducción del flujo espiratorio atribuible a la cánula podría constituir una herramienta complementaria para la evaluación de pacientes candidatos a decanulación.

Tabla 1. Resultados espirométricos en los distintos escenarios de medición.

Variable	TQT	Boca c/TQT ocluida	Boca s/TQT	p Valor	Kendall's W
PEF	1.65 ± 0.57	1.72 ± 0.63	2.25 ± 0.90	0.042	0.53
PIF	0.86 ± 0.07	0.99 ± 0.57	0.87 ± 0.53	0.307	0.39
FVC	2.45 ± 0.80	2.25 ± 0.75	2.42 ± 0.93	0.846	0.03
VEF1	1.25 ± 0.56	1.08 ± 0.32	1.23 ± 0.44	0.244	0.23
FEF	1.42 ± 0.58	1.22 ± 0.66	1.77 ± 0.62	0.115	0.36

FVC = capacidad vital forzada; VEF1= volumen espiratorio forzado en primer segundo; PEF= pico flujo espiratorio; PIF= pico flujo inspiratorio; FEF50= Flujo espiratorio forzado al 50%.

Datos expresados como media ± DS.

TP 07 - IDENTIFICACIÓN Y FENOTIPIFICACIÓN DEL ASMA EN ATENCIÓN PRIMARIA MEDIANTE EL ASTHMAOPTIMISER Y PRUEBAS FUNCIONALES: EL ESTUDIO OPTIMAIR EN ARGENTINA

Sergio Zunino[1]

[1] *Hospital Italiano Buenos Aires*

Introducción: Las soluciones de salud digital pueden mejorar el manejo del asma en atención primaria al facilitar consultas y seguimientos estructurados. AsthmaOptimiser es una herramienta digital de apoyo a la toma de decisiones que proporciona recomendaciones basadas en guías clínicas durante las consultas de asma, lo que permite la identificación sistemática de fenotipos de la enfermedad y rasgos tratables.

Objetivos: Analizar si el uso del AsthmaOptimiser dentro del programa OptimAIR se asocia con una reducción de la carga sintomática del asma y una mejoría en el control de la enfermedad en pacientes argentinos de atención primaria. Además, evaluar la viabilidad de las pruebas funcionales, incluida la oscilometría , para la fenotipificación de las vías respiratorias en atención primaria.

Material y método: Como parte del estudio OptimAIR, se reclutaron adultos con asma no controlada a quienes se les prescribió ICS-LABA en centros de atención primaria de Argentina (12), Chile (9) y España (20), 41 centros en total (n=703). Se implementó AsthmaOptimiser durante las visitas iniciales para apoyar la toma de decisiones clínicas mediante recomendaciones basadas en guías. Los profesionales de la salud fueron capacitados para realizar oscilometría y espirometría pre y post-broncodilatador utilizando el Sistema Ambulatorio de Diagnóstico Pulmonar (ALDS). La carga de síntomas del asma y el control de la enfermedad se midieron al inicio y después de tres y seis meses utilizando el Cuestionario de Control del Asma-6 (ACQ-6) y la Prueba de Evaluación de Vías Respiratorias Crónicas (CAAT).

Resultados: En Argentina, se incluyeron 322 pacientes (75% mujeres, edad media 49±16 años, 97% con asma no controlada al inicio del estudio). En la población total del estudio (n=739), la oscilometría alcanzó una calidad de prueba aceptable (grados A-D) en el 91% de los pacientes frente al 61% para la espirometría (peor FEV1/FVC; p<0,001), con una mediana de cuatro intentos prebroncodilatadores para la oscilometría y 3,5 para la espirometría, lo que demuestra que los profesionales de atención primaria pueden realizar de forma fiable pruebas funcionales para fenotipificar la enfermedad de las vías respiratorias, incluso en casos en los que la calidad de la espirometría fue insuficiente para la interpretación clínica. El AsthmaOptimiser identificó las siguientes características tratables en la población total del estudio (n=703): se recomendó o ya se estaba realizando una revisión especializada en el 93% (58% de derivaciones nuevas, 36% que ya recibían atención especializada), optimización de la adherencia en el 23%, optimización de la técnica de inhalación en el 15% y aumento de la dosis farmacológica en el 14%. En la cohorte argentina, 238 pacientes habían completado el seguimiento de tres meses y 66 el de seis meses al momento del análisis. La puntuación media del ACQ-6 mejoró de 2,60±1,05 al inicio a 1,28±0,79 después de tres meses (cambio medio −1,32, IC del 95 % −1,45 a −1,18; p<0,001; n=238) y posteriormente a 1,03±0,85 después de

seis meses (cambio medio −2,11, IC del 95 % −2,36 a −1,85; p<0,001; n=66). Las puntuaciones del CAAT mostraron un patrón de mejora similar.

Conclusiones: En pacientes argentinos de atención primaria con asma no controlada, el uso del AsthmaOptimiser se asoció con mejoras sustanciales en los síntomas del asma y el control de la enfermedad a los tres y seis meses. Junto con las pruebas funcionales basadas en oscilometría, que los profesionales de atención primaria pueden realizar con altos estándares de calidad y que permiten la fenotipificación de la enfermedad de las vías respiratorias centrales y periféricas, el AsthmaOptimiser ayuda al médico de atención primaria a identificar y fenotipificar sistemáticamente a los pacientes con asma

TP 08 - IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA ORGANIZADO DE DETECCIÓN PRECOZ DE CÁNCER DE PULMÓN EN UN SISTEMA DE SALUD DE INGRESOS MEDIOS: UN ESTUDIO HÍBRIDO DE EFECTIVIDAD E IMPLEMENTACIÓN

Diana Lancellotti[1]; Juan Martin Alfonso[1]; Omar Carranza[1]; Matias Nicolás[1]; Sabrina Lemme[1]; Marcos Flores[1]; Pablo Malfante[1]; Martin Paz[1]; Nora Fuentes[1]

[1] *Hospital Privado de Comunidad*

Introducción y objetivo: La tomografía computada de baja dosis (TCBD) reduce la mortalidad por cáncer de pulmón, pero la evidencia de implementación en países de ingresos medios es escasa. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados e impacto de un programa organizado de detección precoz de cáncer de pulmón implementado en el plan de salud del Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata.

Material y método: Estudio híbrido de tipo 2 de efectividad e implementación realizado en el Hospital Privado de Comunidad (HPC), Mar del Plata, Argentina. Se incluyeron afiliados de 50 a 75 años con historia de tabaquismo ≥20 paquetes-año, fumadores activos o exfumadores con cese dentro de los 15 años previos. Los resultados de implementación fueron evaluados mediante el marco RE-AIM y los determinantes mediante el marco CFIR (Consolidated Framework for Implementation Research). Las imágenes fueron interpretadas según la clasificación Lung-RADS® v2022. Los datos se gestionaron con REDCap. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética e inscripto en el RENIS (IS004206).

Resultados: Entre marzo de 2023 y mayo de 2026, se identificaron 3332 individuos potencialmente elegibles mediante revisión de historia clínica electrónica. De 196 que cumplieron criterios de elegibilidad, 152 (77,5%) completaron la TCBD basal. La edad media fue 63,8 años (DE 6,1), el 55,9% fueron varones y la mediana de exposición tabáquica fue 30 paquetes-año (RIC 24,5–40). Quince participantes requirieron evaluación adicional (Lung-RADS 3: 4; Lung-RADS 4: 11). Se detectaron dos adenocarcinomas pulmonares en estadio temprano. La adherencia al seguimiento anual fue del 93,3%. Se identificaron hallazgos incidentales clínicamente relevantes en 29 participantes, predominantemente cardiovasculares. El análisis RE-AIM identificó la identificación sistemática de fumadores elegibles como la principal limitación del alcance del programa. El CFIR destacó el compromiso organizacional, la

colaboración multidisciplinaria y los ciclos de auditoría y retroalimentación como facilitadores clave.

Discusión y conclusiones: La implementación de un programa organizado de detección precoz de cáncer de pulmón con TCBD es factible en el plan de salud del Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, con alta fidelidad de implementación y adherencia al seguimiento. El principal desafío fue la identificación sistemática de individuos de alto riesgo en los registros sanitarios habituales, más que la aceptación del programa o la capacidad de entrega. Estos hallazgos aportan evidencia práctica para el desarrollo de iniciativas de cribado de cáncer de pulmón en Argentina y otros países de ingresos medios.

TP 09 - PÉRDIDA DE SEGUIMIENTO EN EL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS (2.161 PACIENTES): ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PERÍODOS PREPANDEMIA, PANDEMIA Y POSTPANDEMIA Y EL ROL DE LA PARTICIPACIÓN MULTIDISCIPLINARIA EN UN CENTRO DE REFERENCIA

María Luján Noguera[1]; Silvana Aguero[1]; Leandro Alves[1]; Ma. Antonieta Blanco[1]; Fernanda Bornengo[1]; Cecilia Campos[1]; Glenda Ernst[2]; Jimena Falco[1]; Estrella Paula Fernández[1]; Laura Lagrutta[1]; Mario Matteo[1]; Vanina Martín[1]; Marcela Natiello[1]; Marcelo Primerano[1]; Daniel Martinez[1]; Domingo Palmero[1]

[1] Instituto Vaccarezza; [2] Hospital Británico

Introducción y objetivo: La pérdida de seguimiento del tratamiento antiTB constituye uno de los principales desafíos para el control de la tuberculosis, ya que compromete el éxito terapéutico y favorece la persistencia de la transmisión. Dado que la pandemia por COVID-19 generó importantes cambios en la organización de los servicios de salud con potencial impacto sobre la adherencia, nuestro centro de referencia implementó medidas de contención mediante la participación multidisciplinaria de servicio social,farmaci, laboratorio y el área de bacteriología. En este contexto, se planteó como objetivo evaluar si existen diferencias significativas en la pérdida de seguimiento del tratamiento antiTB entre los períodos prepandemia, pandemia y postpandemia.

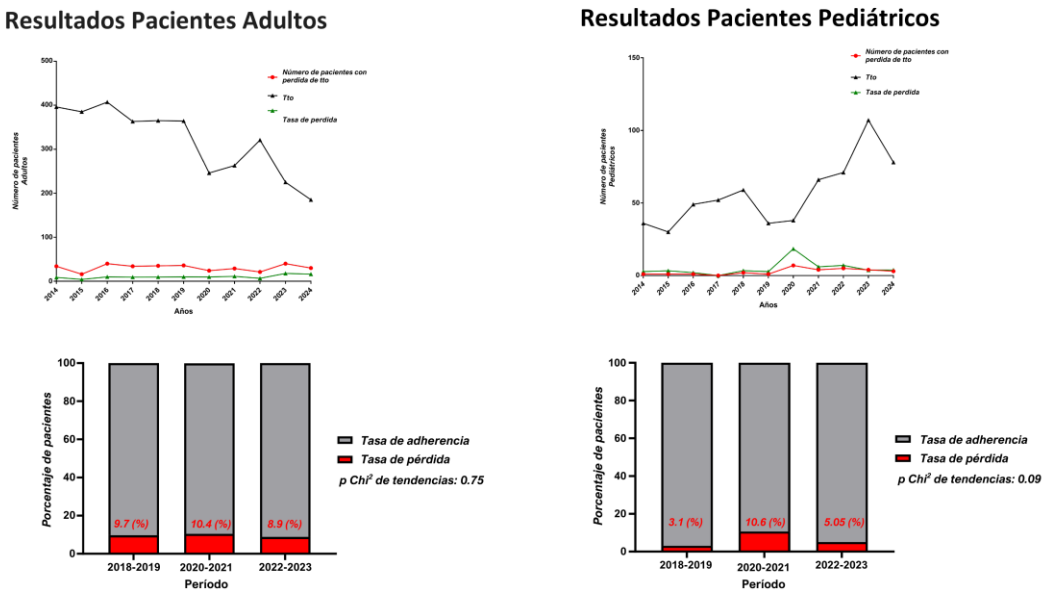
Material y método: Se realizó un estudio observacional retrospectivo mediante la revisión de los registros de 2.161 pacientes con tuberculosis atendidos entre el 1° de enero de 2018 y 31 de diciembre de 2023. Los pacientes se agruparon en tres períodos: prepandemia (2018-2019), pandemia (2020-2021) y postpandemia (2022-2023). Se calculó la tasa de pérdida de seguimiento para adultos y pacientes pediátricos y se compararon los tres períodos mediante la prueba de chi-cuadrado. Todos los análisis estadísticos y la elaboración de gráficos se realizaron con el software GraphPad Prism (versión 8.0.1).

Resultados: Se analizaron 824 pacientes en el período prepandemia, 613 durante la pandemia y 724 en el período postpandemia. En adultos, la pérdida de seguimiento fue de 9,7% (n=71), 10,4% (n= 53) y 8,9% (n=61), respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas.

En pediatría, las tasas fueron de 3,1% (n=3), 10,6% (n=11) y 5,05% (n=9), observándose un incremento, pero sin diferencia estadística, durante la pandemia con posterior descenso en el período postpandemia. La adherencia global se mantuvo cercana al 90%. (figura 1)

Discusión y conclusión: A pesar de los desafíos e incertidumbres impuestos por la pandemia de COVID-19, no se observaron diferencias significativas en la pérdida de seguimiento de los pacientes con tuberculosis entre los períodos analizados. Estos hallazgos reflejan la fortaleza del abordaje institucional e interdisciplinario basado en la articulación entre los equipos asistenciales, laboratorio, bacteriología, farmacia y servicio social, lo que permitió garantizar el diagnóstico oportuno, la continuidad del tratamiento y el seguimiento de los pacientes.

Figura 1. Indicadores de seguimiento y tasas de adherencia al tratamiento El gráfico superior ilustra la tendencia histórica de pacientes en tratamiento activo, pérdida de seguimiento y la tasa de pérdida asociada. El gráfico inferior detalla la proporción acumulada de adherencia terapéutica frente a pérdida de seguimiento.



TP 10 - MORTALIDAD POR CÁNCER DE PULMÓN EN ARGENTINA: ESTIMACIONES Y PROYECCIONES A 2100

Isabella Perrone[1]; Ignacio Enrique Flores[2]; Martin Sívori[1]; Claudia Negri[2]

[1] Hospital J M Ramos Mejía; [2] Instituto de Salud Pública

Introducción: El cáncer de pulmón es la principal causa de muerte por cáncer a nivel mundial y el tabaquismo es el principal factor de riesgo, el cual puede ser modificado. Hay evidencia de que la implementación de políticas públicas y el cese del mismo reducen significativamente la mortalidad por esta causa. En Argentina, el impacto de estas políticas no ha sido cuantificado.

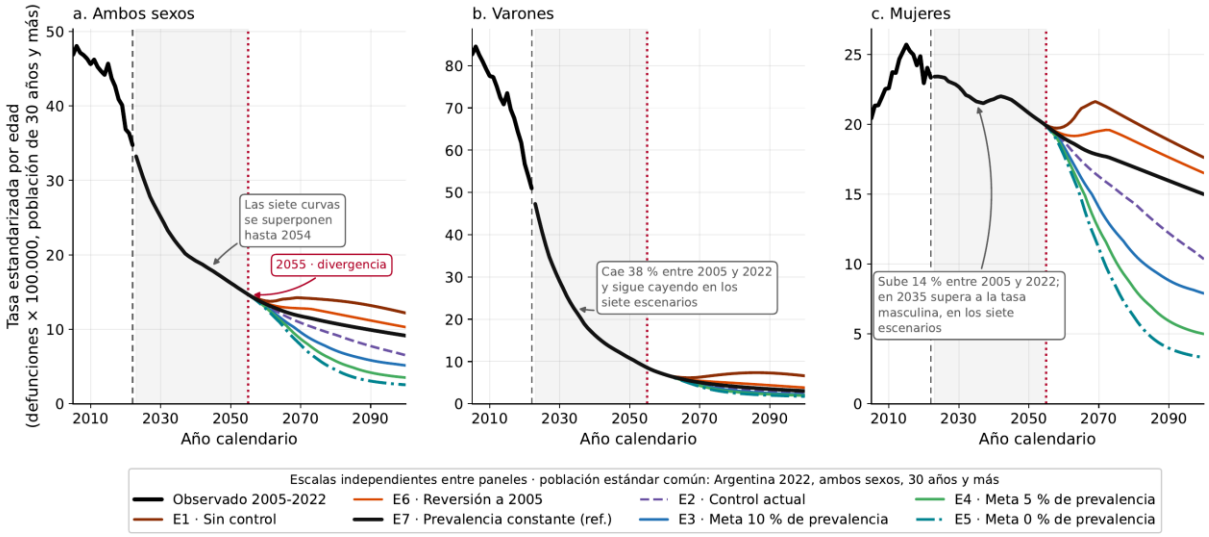
El objetivo de este estudio fue estimar cuántas muertes por cáncer de pulmón podrían evitarse a futuro comparando la situación real con escenarios hipotéticos.

Material y método: Se realizó un estudio basado en un modelo lineal generalizado con distribución binomial negativa, adaptando la metodología de Luo et al. (2019), implementado en Python. Se utilizaron datos de población, prevalencia de tabaquismo, consumo de cigarrillos y mortalidad por cáncer de pulmón, desagregados por sexo y grupo etario. Se proyectaron 7 escenarios hacia el año 2100: sin control de tabaco, control de tabaco según tendencia actual, metas de prevalencia de 0%, 5% y 10% hacia 2035, retorno a la prevalencia de 2005 y prevalencia constante.

Resultados: Se analizaron 162.888 defunciones (68,8% varones) registradas entre 2005 y 2022. En mujeres, el retraso entre exposición tabáquica y mortalidad se estimó en 29 años (IC95% 27-32). En varones no fue posible identificar un valor puntual (rango 29-36 años), atribuible a la alta colinealidad entre exposición acumulada y edad. Como consecuencia de este retraso, el impacto de las políticas de control de tabaco recién se evidencia a partir de 2055. Si se revirtiera el control del tabaco y el consumo volviera al nivel del pico histórico (1981), la mortalidad acumulada a 2100 sería un 10,7% mayor que manteniendo la prevalencia actual (rango 4,5% a 16,2% según método de proyección). Manteniendo la tendencia actual de reducción del consumo, la mortalidad acumulada a 2100 sería un 5,8% menor que si la prevalencia se congelara en el nivel de 2024. Si la prevalencia de tabaquismo bajará al 10%, 5% o 0% hacia el año 2035, la mortalidad acumulada hasta 2100 sería un 12,4%, 18,6% o 23,4% menor, respectivamente, en comparación con mantener el nivel de tabaquismo actual. Una reversión a los niveles de tabaquismo de 2005 hacia 2035 aumentaría la mortalidad acumulada a 2100 en un 4%, comparado con mantener el nivel de tabaquismo actual. El porcentaje de varones sobre el total de muertes anuales descendería del 61,5% (2022) al 13,2% (2100).

Conclusiones: Este estudio cuantifica la carga de mortalidad por cáncer de pulmón atribuible al tabaquismo en Argentina bajo distintos escenarios de control, y estima por primera vez con datos locales el retraso temporal entre la exposición tabáquica y la mortalidad, un hallazgo clave para interpretar el verdadero alcance de las políticas de control del tabaco. Los resultados muestran que las decisiones que se tomen hoy en materia de regulación del tabaquismo determinarán la mortalidad por cáncer de pulmón recién varias décadas más adelante, por lo que sus beneficios deben evaluarse en horizontes prolongados y no en el corto plazo.

Figura 1. Tasa de mortalidad por cáncer de pulmón estandarizada por edad, observada (2005-2022) y proyectada hasta 2100 según escenario de prevalencia de tabaquismo. Argentina, población de 30 años y más



TP 11 - CITOLOGÍA DEL LÍQUIDO PLEURAL PARA EL DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS: COMPORTAMIENTO DE LAS CÉLULAS MESOTELIALES

Kathia Curcuy López[1]; Sebastián Ferreiro[1]; Margarita Kahné[1]; Natalia Colussi[1]; Jorge Altamirano[1]; Gabriela Gutiérrez[1]; Constanza Aimaretti[1]; María Viviana Quiroga[1]

[1] *Hospital Eva Perón. San Martín. Buenos Aires.*

Introducción: La tuberculosis es una enfermedad infecciosa de creciente prevalencia. La afección del espacio pleural (TB pleural) es una frecuente situación que asistimos en neumonología. La confirmación diagnóstica requiere datos microbiológicos o patológicos específicos (biopsia de pleura) que tienen su demora o no son de fácil implementación. El examen del líquido pleural brinda orientación, pero no es concluyente para iniciar un tratamiento. Sin embargo, la citología podría dar información de relevancia. Una vez establecida la TB pleural el líquido suele mostrar predominio linfocitario, pero con característica disminución o ausencia de células mesoteliales. Su agrupación en matriz de fibrina y la inhibición de su exfoliación desde la superficie pleural son hipótesis para justificar este fenómeno. En esa dirección, investigamos la importancia de este dato (ausencia de células mesoteliales en líquido pleural) para soportar el diagnóstico de TB en el contexto clínico adecuado.

Material y método: En forma retrospectiva, establecimos dos grupos de pacientes: 1) TB pleural con derrame, confirmada por biopsia; 2) Derrame pleural de otra etiología, con diagnóstico (no TB) confirmado. Analizamos las características del líquido pleural y, particularmente, su citología (y dentro de ella, la ausencia o presencia de células mesoteliales). Como objetivo primario, establecimos la sensibilidad (S) y especificidad (E) de dicho hallazgo para el diagnóstico de TB pleural. Asimismo, analizamos las características epidemiológicas,

clínicas y bioquímicas de cada grupo. Finalmente, se evaluó un tercer grupo de pacientes con TB pleural, sin biopsia de pleura (no incluídos para el cálculo de S y E).

Resultados: El grupo 1 (TB pleural con derrame, confirmada por biopsia) incluyó 15 pacientes. De ellos, 14 mostraron ausencia de células mesoteliales en el líquido pleural. El grupo 2 (derrame pleural de otra etiología) incluyó 13 pacientes. De ellos, los 13 mostraron presencia de células mesoteliales. De esta manera, la ausencia de células mesoteliales en el líquido pleural arrojó una S del 93% y una E del 100% para el diagnóstico de TB pleural en esta muestra. De los pacientes con condiciones diferentes (grupo 2) (n=13), 5 tenían patología oncológica, 6 infección inespecífica y 2 insuficiencia cardíaca. En cuanto a las variables epidemiológicas, el grupo 1 presentó menor promedio de edad (28 vs 63 años) y menor carga de tabaquismo (23% vs 40%). Todos los líquidos pleurales del grupo 1 fueron exudados, el 77% con predominio linfocitario. Finalmente, el grupo 3 (diagnóstico presuntivo de TB pleural, sin biopsia confirmatoria) abarcó 14 pacientes con un perfil clínico y del líquido pleural similares al grupo 1.

Conclusión: La ausencia de células mesoteliales en el examen citológico del líquido pleural resultó altamente sensible (93%) y específica (100%) para el diagnóstico de TB pleural en el contexto clínico apropiado. Si bien la confirmación de este hallazgo requiere mayor investigación, es una importante aproximación para no demorar el inicio del tratamiento de esta condición.

TP 12 - EOSINÓFILOS: SERENDIPIA O QUIMERA? REPENSANDO UN BIOMARCADOR EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

Matías Almeida Souto[1]; Joséfina Pascua[1]; Fernando Di Tullio[1]; Mariana Dicugno[1]; Alexis Muryan[1]; Alejandro Salvado[1]

[1] *Hospital Británico*

Introducción: El recuento absoluto de eosinófilos en sangre periférica orienta decisiones terapéuticas en asma y EPOC, con umbrales de 150 y 300 células/µL incorporados a las recomendaciones vigentes. Los valores habituales en población ambulatoria y la estabilidad del recuento en un mismo paciente están escasamente caracterizados.

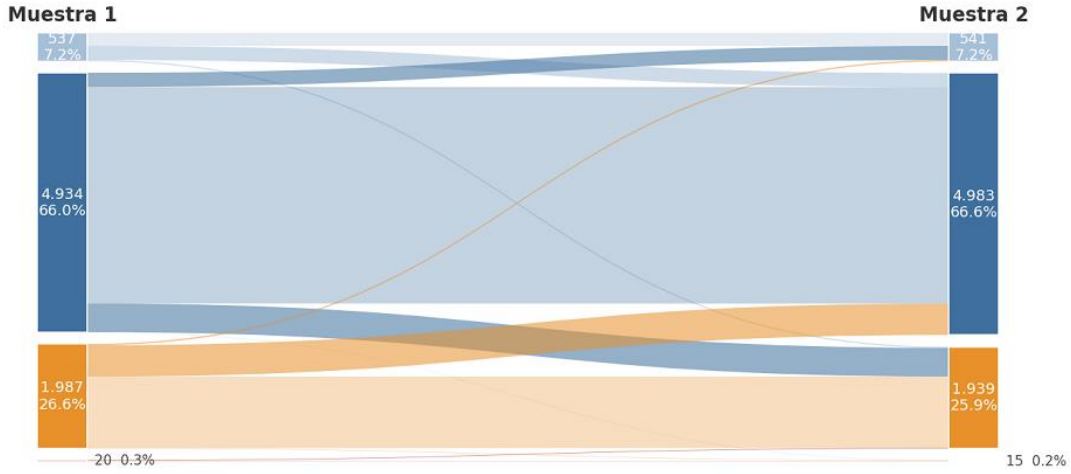
Objetivos: Describir la distribución del recuento absoluto de eosinófilos en adultos ambulatorios y evaluar su estabilidad entre determinaciones sucesivas separadas por al menos un mes.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo de las determinaciones ambulatorias de recuento absoluto de eosinófilos en adultos (≥18 años) durante 2025 en un hospital general universitario de Buenos Aires. Se excluyeron los duplicados del mismo día. Los recuentos se clasificaron en cuatro categorías mutuamente excluyentes: 1.500 células/µL. La distribución basal se definió por la primera determinación. La variabilidad se evaluó en los pacientes con 2 a 4 determinaciones anuales, comparando los pares consecutivos separados por ≥30 días.

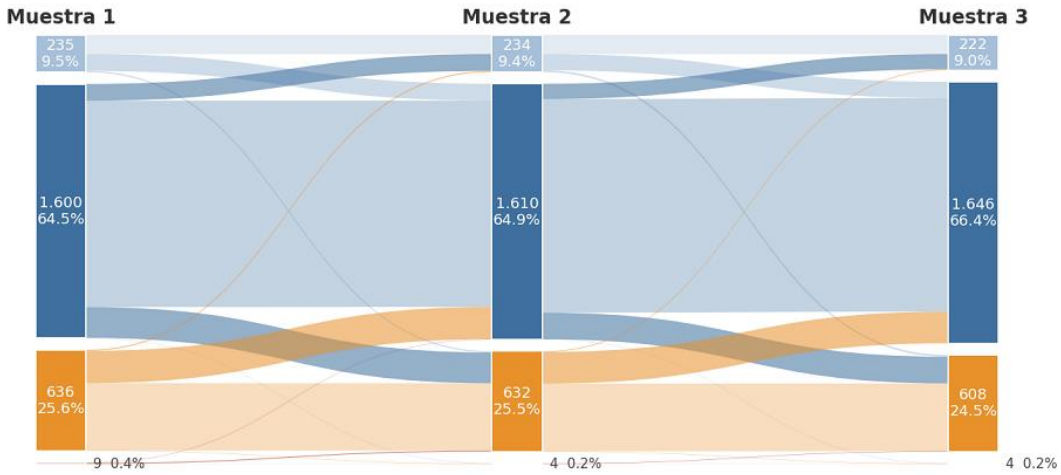
Resultados: Se analizaron 63.947 determinaciones de 38.369 pacientes (mediana de edad 51 años, RIC 37–66; 60% mujeres). La mediana del recuento fue de 200 células/µL (RIC 100–300), idéntica considerando la primera determinación, todas las determinaciones o el máximo individual. En la determinación basal, 3.058 pacientes (8%) presentaron 1.500 (29%). El 63% de los cambios correspondía a una diferencia de 100 células/µL, un único escalón de resolución del método.

Conclusiones: En adultos ambulatorios la mediana del recuento de eosinófilos fue de 200 células/µL y dos de cada tres se ubicaron entre 100 y 300. La categoría se mantuvo estable en tres de cada cuatro determinaciones sucesivas, y la mayor parte de los cambios podría ser atribuible a la resolución del método más que a variación biológica.

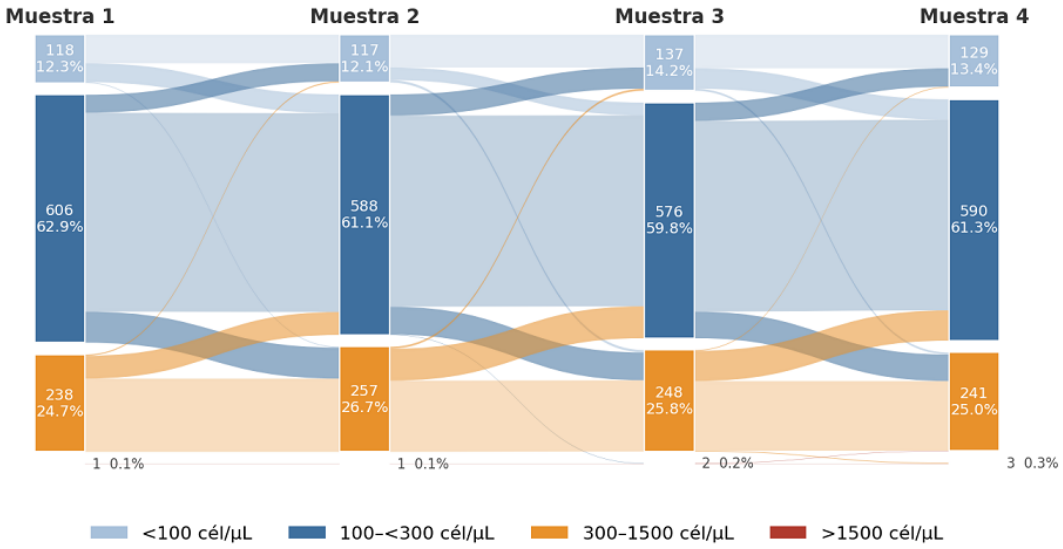
A. Pacientes con 2 determinaciones (n = 7.478)



B. Pacientes con 3 determinaciones (n = 2.480)



C. Pacientes con 4 determinaciones (n = 963)



TP 13 - REMODELADO VASCULAR ACTIVO, NO RAREFACCIÓN: PRESERVACIÓN DE LA ARQUITECTURA VASCULAR PULMONAR A TRAVÉS DE FENOTIPOS FIBRÓTICOS Y ENFISEMATOSOS MEDIANTE ANÁLISIS TOPOLÓGICO CUANTITATIVO POR TOMOGRAFÍA COMPUTADA

Hugo Trabadelo[1]

[1] *Clinica San Bernardo*

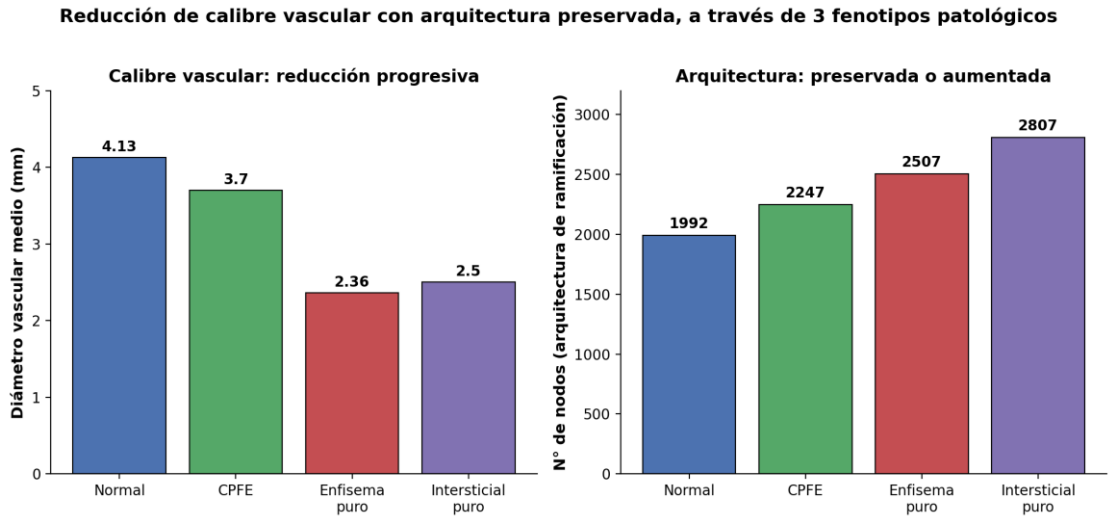
Introducción y objetivo: El pruning vascular pulmonar (reducción de la proporción de vasos de pequeño calibre en imagen) es interpretado tradicionalmente como rarefacción del lecho vascular. Se evaluó, mediante esqueletización vascular tridimensional y análisis de grafos, si la reducción de calibre vascular se acompaña de pérdida de arquitectura de ramificación (rarefacción) o de preservación de dicha arquitectura (remodelado activo), y si este patrón es generalizable a través de fenotipos pulmonares mecanísticamente distintos.

Material y método: Análisis retrospectivo de TC de tórax de 4 cohortes clasificadas por índice aéreo/vascular y clustering no supervisado: Normal (N=44), fibrosis pulmonar combinada con enfisema (N=122), enfisema puro (N=104) e intersticial puro (N=37). Segmentación vascular automática asistida por aprendizaje profundo, esqueletización y construcción de grafo, con comparación de diámetro, nodos y aristas entre grupos (prueba U de Mann-Whitney), y análisis de sensibilidad por volumen pulmonar mediante correlación parcial.

Resultados: El diámetro vascular se redujo progresiva y significativamente en los tres fenotipos patológicos respecto de Normal ($p<0.01$), sin reducción concomitante de arquitectura de ramificación — el conteo de nodos fue igual o mayor en los tres fenotipos patológicos, máximo en intersticial puro ($p=0.00007$ vs. Normal). Enfisema puro (hiperinsuflado, volumen +216% vs. Normal) e intersticial puro (patrón restrictivo, volumen -14% vs. Normal) mostraron el mismo patrón de arquitectura preservada pese a cambios de volumen pulmonar en direcciones opuestas, descartando estiramiento mecánico como explicación. Dentro de enfisema puro, el

diámetro no mostró relación dosis-respuesta con la gravedad radiológica (rho=-0.06, p=0.52) — patrón de meseta inconsistente con destrucción vascular progresiva pasiva.

Discusión y conclusiones: La reducción de calibre vascular observada en tres fenotipos pulmonares patológicos mecanísticamente distintos se acompaña de preservación, no pérdida, de la arquitectura de ramificación vascular — hallazgo generalizable, robusto a una prueba natural de direcciones opuestas de volumen pulmonar, que sostiene un reencuadre del pruning vascular como remodelado activo más que destrucción del lecho vascular. La ausencia de relación dosis-respuesta con la gravedad es compatible con un modelo en que el remodelado vascular antecede al desarrollo del daño parenquimatoso. Estos hallazgos tienen implicancias para la investigación de estrategias terapéuticas vasculares actualmente restringidas a poblaciones seleccionadas por criterios exclusivamente parenquimatosos.



TP 14 - RENDIMIENTO DE HUMIDIFICADORES ACTIVOS EN VENTILACIÓN NO INVASIVA: ESTUDIO EXPERIMENTAL

Mateo Urdangarin Goti[1]; Valeria Bravo[1]; Luis M Galvan[1]; Aldana Y Domínguez[1]; Catalina Suárez Aboy[1]; Micaela O Vázquez[1]; Evelyn R Brizuela[1]; Roque S Moracci[1]; Gustavo A Plotnikow[1]

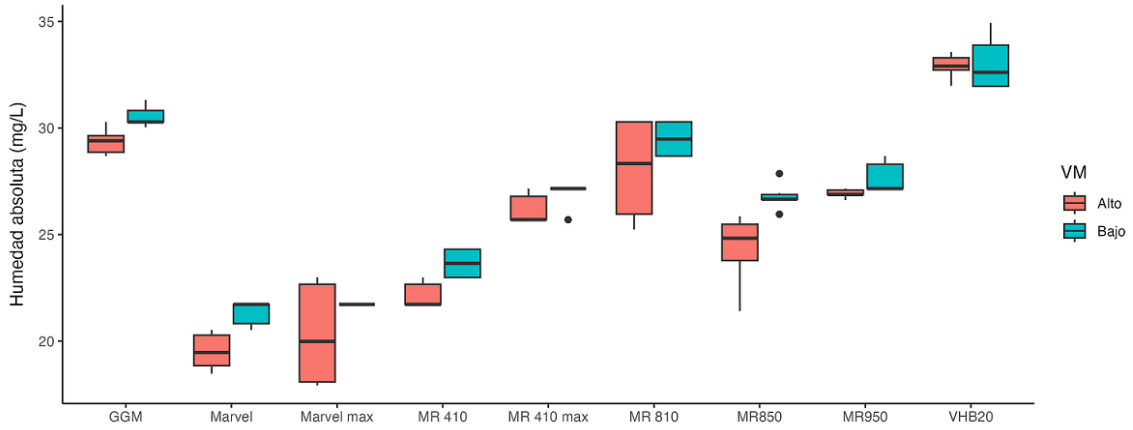
[1] *Hospital Britanico*

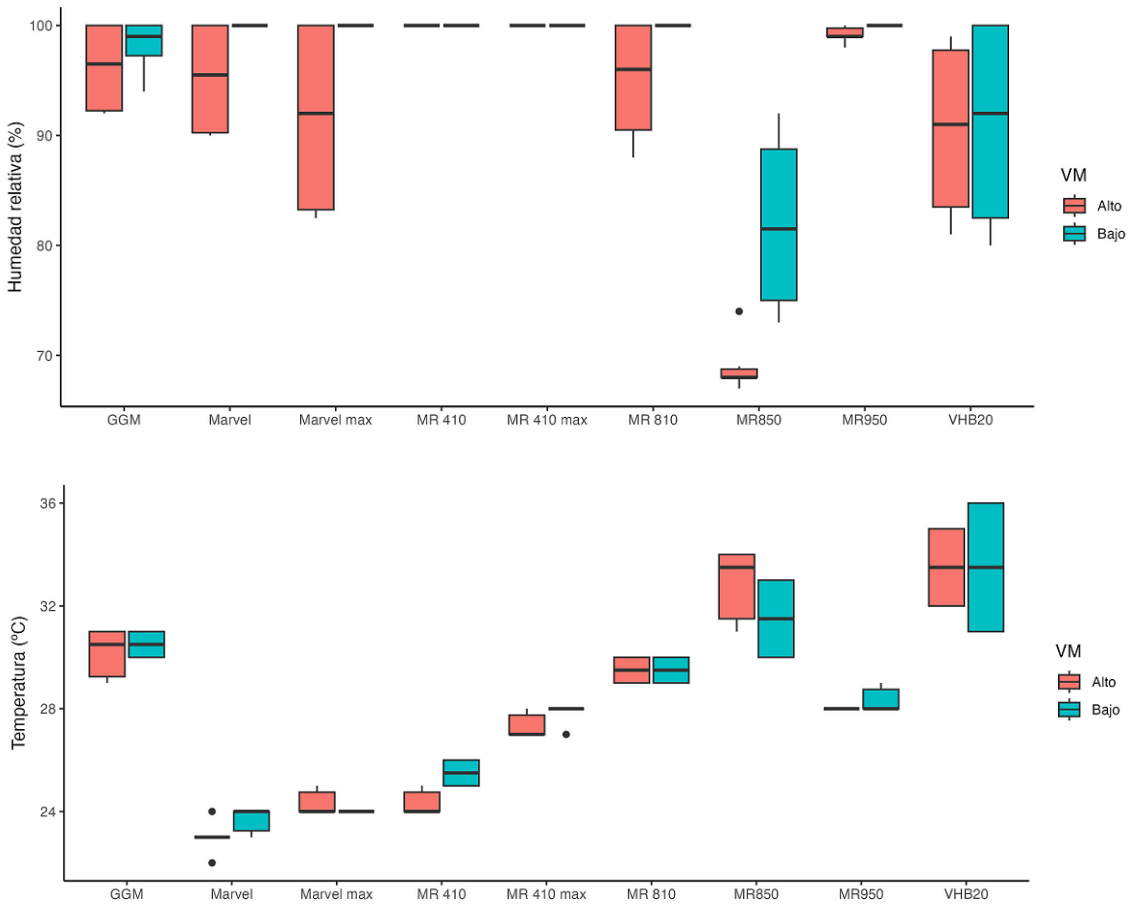
Introducción y objetivos: La ventilación mecánica no invasiva (VNI) es fundamental en el tratamiento de la insuficiencia respiratoria aguda, y su éxito depende en gran medida del confort y la tolerancia. El déficit de humedad y temperatura durante la VNI podría impactar negativamente en el confort del paciente, y a su vez en la adherencia al tratamiento. A pesar de la amplia disponibilidad de sistemas de humidificación activa (SHA), existe una notable falta de evidencia sobre el rendimiento técnico de los diversos modelos disponibles en condiciones de VNI. El objetivo principal de este estudio fue comparar la entrega de humedad absoluta (HA) de siete modelos de SHA.

Material y métodos: Estudio experimental realizado en un centro de simulación clínica utilizando un modelo de laboratorio. Se evaluaron 7 modelos de SHA. Se evaluaron dos niveles de volumen minuto: 5L/min y 10L/min, bajo condiciones ambientales controladas. Las mediciones se realizaron con un termohigrómetro Testo 605-H tras 30 minutos de estabilización. La HA se calculó mediante fórmulas estándar. Para el análisis estadístico se utilizaron modelos de regresión lineal simple y regresión logística.

Resultados: Se realizaron 108 mediciones. La mediana global de HA fue de 26.6 mg/L y la de Tº fue de 28.0ºC. El modelo de SHA utilizado fue el principal determinante de la variabilidad en la HA ($\eta 2 = 0.91$; $p<0.001$), mientras que el volumen minuto tuvo un impacto significativamente menor ($\eta 2 = 0.02$; $p<0.001$). Los dispositivos mostraron un rango de entrega de HA de entre 20.4 y 33.0 mg/L. Se observó que por cada 1 L/min de incremento en el VM, la HA disminuyó en promedio 0.27 mg/L independientemente del sistema.

Discusión y conclusión: En este estudio experimental se comparó el rendimiento de siete SHA durante la VNI, observándose una marcada heterogeneidad en la entrega de HA, HR y temperatura. El principal determinante del rendimiento fue el tipo de SHA, mientras que el volumen minuto tuvo una influencia menor. El VHB-20 alcanzó la mayor HA y temperatura, mientras que el Marvel presentó los valores más bajos; la mayoría de los dispositivos logró una HR superior al 90%, aunque el MR850 evidenció una disminución de la HA y la HR al aumentar el volumen minuto. Solo los equipos que alcanzaron mayores niveles térmicos lograron valores de HA superiores. Estos resultados son clínicamente relevantes, ya que la literatura describe que el aire inspirado alcanza aproximadamente 34 °C y una HR cercana al 100% a nivel de la rinofaringe, y las recomendaciones actuales favorecen el uso de SHA durante la VNI con una temperatura del gas de al menos 30 °C. Sin embargo, dichas recomendaciones se sustentan en estudios fisiológicos de corta duración. Finalmente, si bien el presente trabajo se desarrolló en un modelo experimental de laboratorio, las condiciones controladas y la simulación de un escenario clínico fortalecen la validez interna de los hallazgos.





TP 15 - "REFEB" REGISTRO INSTITUCIONAL DE BRONQUIECTASIAS HOSPITAL DE REHABILITACION RESPIRATORIA MARIA FERRER

Maria José Paez[1]; Priscila Natali Coronel Brizuela[1]; Romina Turk[1]; Gastón Avanzini Larrea[1]; José Malet[1]; Yael González[1]; Veronica lawriwskyj[1]; Juan Orozco[1]

[1] *Hospital Maria ferrer*

Introducción: Las bronquiectasias (BQT) son una enfermedad respiratoria crónica de etiología y pronostico heterogéneos, asociada a deterioro de la función pulmonar y elevada morbimortalidad. REFEB es un registro institucional de pacientes con BQT no asociadas a fibrosis quistica (no FQ) en seguimiento en el Hospital de Rehabilitación Respiratoria Maria Ferrer.

Objetivos: Primario: Describir las características clínico - demográficas, funcionales, microbiologicas y radiológicas de pacientes con BQT no FQ y su adherencia al tratamiento. Secundario: Describir exacerbaciones, hospitalizaciones y mortalidad para establecer un registro institucional estandarizado para el seguimiento longitudinal y futuros estudios.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo y descriptivo que incluyo pacientes con BQT en seguimiento desde 2019 hasta 2026. Se analizaron variables demográficas, etiología, FEV1, uso de oxígeno crónico domiciliario (OCD), ventilación no invasiva (VNI) y

adherencia a terapia de higiene bronquial (THB)- Los datos se procesaron mediante Excel y SPPS. Las variables categóricas se expresaron como numero absoluto y porcentaje.

Resultados: De los 231 pacientes,se excluyeron 65 por presentar FQ, quedando 166 con BQT no FQ. La edad Media fue de 49.7 años, sexo femenino 102 (61.4%). El 39.2% (65) fue de causa postinfecciosa principalmente secundario a tuberculosis seguido por infecciones virales e infección por micobacterias no tuberculosas, el 30% (50) secundario a enfermedades obstructivas (asma y epoc), 6% (10) Discinesia ciliar primaria, 2.4% (4) aspergilosis broncopulmonar alérgica y en menor porcentaje asociados a inmunodeficiencias, deficit de alfa uno antitripsina, enfermedad por reflujo gastroesofagico, enfermedades del tejido conectivo y en un 4,2 % (7 pacientes) aun en estudio. El 9,6% (16) tienen FEV1 mayor a 80%, el 32,5% (54) entre en 50- 79%, el 41,6% (69) entre 30- 49% y el 16,3% (27) FEV1 menor al 30%. Colonizados por Pseudomonas aeruginosa 91 (54.8%), 11 (6.6%) por Staphylococcus aureus y 38.6% (64) sin colonización. Según la escala de FACED evidenciamos 33.1% (55) leve, 44.6% (74) moderado y 22.3% (37) grave. A diferencia de la escala BSI con 27.7% (46) leve, 25.3% (42) moderado y 47% (78) grave. El 56.6% (94) realizaban THB y 40.4% (67) rehabilitación respiratoria. El 60.2% (100) no cursaron internaciones mientras que el 30.7% (51) requirió una internación y el 9% (15) dos o más en el último año. El 25.9% (43) requieren OCD. El 5.4% (9) utilizan VNI. La mortalidad fue de 7 pacientes (4.2%).

Discusión y conclusiones: En nuestro registro predomino la etiología post infecciosa, principalmente tuberculosis, en concordancia con registros de estudio RIBRON (40%). La colonización por Pseudomonas aeruginosa fue del 54,8% y se asocio a menor FEV1. La gravedad fue mayor según BSI (47%) en comparación con FACED (22 %) para pacientes graves. REFEB permite caracterizar las BQT no FQ de nuestra población, identificar areas de mejora asistencialy establecer una base para el seguimiento y futuros estudios prospectivos.

TP 16 - EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA A BRONCODILATADORES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON BRONQUIOLITIS OBLITERANTE POSINFECCIOSA: COMPARACIÓN DE CUATRO CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Manuel Domínguez Monclá[1]; Grisel Scalea[1]; Juan Balinotti[1]; Alejandro Teper[1]

[1] *Hospital de Niños Ricardo Gutierrez*

Introducción y objetivo: La bronquiolitis obliterante postinfecciosa (PIBO) es una enfermedad pulmonar crónica pediátrica caracterizada por obstrucción fija de la vía aérea. Aunque clásicamente se asume ausencia de reversibilidad bronquial, diversos estudios reportan altas tasas de respuesta post-broncodilatador (BD). Esta discrepancia podría responder a artefactos metodológicos por valores basales marcadamente reducidos en niños. El objetivo de este estudio fue comparar la tasa de positividad en la respuesta a BD aplicando cuatro criterios diagnósticos distintos en una cohorte pediátrica con PIBO.

Material y método: Estudio descriptivo y transversal sobre registros espirométricos de pacientes con diagnóstico de PIBO. Se incluyeron espirometrías con prueba post-BD completas y válidas. Se analizaron cuatro criterios de respuesta a BD:

Criterio 1 (ATS/ERS 2005 combinado): incremento absoluto 200ml y ≥ 12% y del VEF1 o CVF

Criterio 2 (Relativo, pediátricos): incremento del ≥ 12% y del VEF1 o CVF

Criterio 3 (ATS/ERS 2021): incremento de ≥ 10% respecto al valor predicho en el VEF1 o en el FVC

Criterio 0 (ATS/ERS 2005 pero con VEF1 exclusivo, usado en los primeros trabajos de PIBO): incremento absoluto 200ml y ≥ 12% y del VEF1

Se evaluó la tasa de positividad tanto por estudio espirométrico como por paciente (considerando positivo si al menos una prueba cumplía el criterio).

Resultados: Se analizaron 46 espirometrías correspondientes a 21 pacientes pediátricos. En el análisis por espirometría, la tasa de positividad varió marcadamente según el criterio aplicado: Criterio 2 presentó la mayor positividad con 34,8% (n=16), seguido por el Criterio 1 con 19,6% (n=9), el Criterio 3 (ERS/ATS 2021) con 13,0% (n=6) y el Criterio 0 con 6,5% (n=3). En el análisis por paciente (n=21), las tasas de respuesta positiva fueron: Criterio 2: 42,9% (n=9); Criterio 1: 28,6% (n=6); Criterio 3: 19,0% (n=4); y Criterio 0: 14,3% (n=3)

Discusión y conclusiones: La prevalencia de respuesta a broncodilatadores en la PIBO pediátrica varía significativamente en función del criterio diagnóstico utilizado. Los criterios basados exclusivamente en el porcentaje de cambio relativo al basal (Criterio 2) sobreestiman la reversibilidad debido al efecto numérico del volumen basal bajo. Por el contrario, los criterios que exigen un volumen fijo mayor a 200ml (Criterios 1 y 0) subestiman la respuesta en niños de menor tamaño corporal. El empleo de las recomendaciones ATS/ERS 2021 (Criterio 3), referidas al porcentaje del valor predicho, estandariza la evaluación eliminando el sesgo basal y la variación antropométrica, postulando la herramienta más fisiológicamente sólida para caracterizar la respuesta bronquial en diversas poblaciones, aunque aún faltan estudios en población pediátrica. En conclusión, estos hallazgos evidencian la variabilidad en las tasas de positividad obtenidas al evaluar a un mismo grupo de pacientes, lo que subraya necesidad de estandarizar los criterios diagnósticos en normativas futuras para garantizar la comparabilidad entre investigaciones.

Parámetros espirométricos, funcionales y de respuesta al broncodilatador

Mediana y rango intercuartílico (RIC) — 46 mediciones agrupadas en 21 pacientes

Parámetro	Mediana (RIC)
Edad en la espirometría (años)	13.89 (9.54 – 16.27)
FVC % predicho	65 (57 – 75)
FEV1 % predicho	42 (30 – 52)
VEF1/CVF (valor real, absoluto)	56.4 (49.7 – 62.2)
FEF25-75 % predicho	19 (11 – 21)
FEV1 Δ Absoluto (mL)	70 (13 – 118)
FEV1 %Δ Basal	6.4 (1.9 – 11.8)
Δ FEV1 % predicho	2.5 (0.7 – 4.3)
FVC Δ Absoluto (mL)	80 (-10 – 158)
FVC %Δ Basal	3.5 (-0.5 – 11.2)
Δ CVF % predicho	2.1 (-0.3 – 7.1)

N = 46 mediciones espirométricas correspondientes a 21 pacientes (algunos pacientes con más de una medición). RIC expresado como Q1 – Q3. VEF1/CVF corresponde al valor real (absoluto).

TP 17 - ARGENVENT: REGISTRO NACIONAL DE PACIENTES VENTILADOS EN DOMICILIO. PRINCIPALES APORTES

Romina Fernández[1]; Grupo de Investigadores Argenvent[2]

[1] Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía; [2] Argenvent

Introducción: No existe en nuestro país información alguna sobre epidemiología, tipos de patología, características de uso y monitoreo de los pacientes ventilados en domicilio (VD).

Objetivo: Describir la epidemiología, tipos de patología, financiador y características de uso y monitoreo de la VD en el país.

Material y método: Registro prospectivo federal a partir del 1/10/25 al 28/2/26, a través de un formulario google con 22 preguntas. Estuvieron relacionadas a epidemiología, características del investigador, financiador, tipo de patología, características de uso y monitoreo de la VD.

Resultados: Se contactó a 79 investigadores de todas las provincias del país. 59 quisieron participar (74.7%). La experiencia en el manejo de estos pacientes fue de 15 años (mediana, RIQ 5-35). El sistema de salud donde trabajaban fue: obra social (54.5%), privado (26.6%) y público (18.9%). Se incluyeron 542 pacientes (masculino 52.2% y femenino 47.8%), edad 55.1 años (RIQ 41-70). Los pacientes neuromusculares (NM) fueron los más jóvenes: 51 años (RIQ 32-61) y los pulmonares los más añosos: 70 años (RIQ 61.3-77). La prevalencia total país de VD fue de 1.34/100.000 hab (1.42 masculinos y 1.22 femeninos). El motivo de indicación fue por patología NM 49.3%, pulmonar 26.9% y torácica 23.8%. Características de uso: El 91% utilizó ventilación no invasiva (VNI) y el 9% invasiva (VI). En todas las patologías predominó la VNI, aunque la VI fue más frecuente en NM. El tiempo de uso de la VNI fue de 2.8 años (RIQ 1.4-5.3) y de la VI 4.1 años (RIQ 1.9-11.2). Recibieron oxigenoterapia el 29%, con claro predominio en la patología pulmonar.Equipos e interfaces: Los ventiladores de nivel I fueron los más utilizados en 326 pacientes (60.1%) y la ventilación exclusivamente nocturna en 339 (62.5%) fue la indicación de uso más frecuente. En los pacientes con VNI, el modo ST se utilizó en 375 (76.1%) y, en aquéllos con VI, la ventilación controlada por volumen en 24 (49%). La máscara oronasal se utilizó en 327 pacientes (60.3%).Monitoreo: Fue presencial en 89.1%, virtual en 1.1% y ambos en 9.8%. Se usó telemedicina en 9.8% de los pacientes. Dentro de las herramientas utilizadas, se obtuvo datos de tarjeta de memoria del ventilador en forma presencial 89.1%, síntomas 86%, oximetría diurna 83%, EAB arterial 78.6%, oximetría nocturna 44.3%, monitoreo remoto 5.2%, EAB venoso 4.4%, capnografía 0.4%.

Conclusión: Es el primer registro en nuestro país que da información sobre la prevalencia de VD. La patología predominante fue la NM y estos pacientes fueron los más jóvenes. La VNI constituyó la modalidad predominante. La VI se ha concentrado principalmente en las NM y fueron los pacientes con mayor tiempo de uso. Casi un tercio utilizó oxígeno suplementario. El monitoreo fue frecuentemente presencial. La importancia de este registro federal es que permitiría generar políticas destinadas a la mejor atención de estos pacientes.

TP 18 - COBERTURA DE VACUNACIÓN REGISTRADA EN LOS SISTEMAS SISA Y SICAP EN EL PERSONAL DEL HOSPITAL "DR. GUMERSINDO SAYAGO", EL LABORATORIO INDUSTRIAL FARMACÉUTICO (LIF) Y EL INER "EMILIO R. CONI". SANTA FE, 2026

María Paula Peretti[1]; Natalia Mordini[1]; Lorena Baigorria[2]; Silvina Fachini[2]

[1] INER "Emilio R. Coni"; [2] Hospital Sayago

Introducción y objetivo: La inmunización del personal de salud es fundamental para la prevención de infecciones, pero la información sobre su cobertura en instituciones específicas suele ser limitada. El objetivo del presente trabajo es determinar la cobertura de vacunación registrada en los sistemas SISA (nacional) y SICAP (provincial) del personal de salud que se desempeña en el HGS, INER y LIF al 30/03/26.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y transversal. Se analizaron los registros de vacunación de 482 trabajadores de las 3 instituciones en SISA y SICAP. Se evaluó la cobertura para el esquema completo y para cada componente (Doble Adultos, Antigripal, Hepatitis B y Triple Viral). Se calcularon proporciones de cobertura global y por efector. Se evaluó la concordancia entre ambos sistemas mediante el coeficiente Kappa (K). El análisis se complementó con la estimación de razones de prevalencia (RP) según categoría ocupacional. Los datos se procesaron con software estadístico estándar.

Resultados: De los 482 trabajadores, el 14,94% acreditó un registro de esquema completo. Desglosando por efector, el INER lideró el registro (25,86%) seguido por el LIF (15,33%) y el HGS (12,54%). El análisis de cobertura individual mostró altas tasas para las vacunas Doble Adultos (77,39%), Antigripal (68,88%) y Hepatitis B (66,39%). La vacuna Triple Viral presentó la menor adherencia (26,14%). Según la categoría ocupacional, el "Área Técnica, Productiva y de Diagnóstico" presentó la mayor cobertura (18,89%), mientras que los "Servicios Generales, Soporte y Logística" registraron el menor índice (13,10%), con una RP de 1,44 (44% mayor en el área técnica). La concordancia entre sistemas fue sustancial (K=0,63). SICAP identificó la totalidad de los esquemas completos (72), mientras que SISA registró 36. El análisis por componente mostró una concordancia "Casi Perfecta" para Antigripal y Triple Viral (K>0,95), pero apenas "Regular" para Hepatitis B (K= 0,33), evidenciando que el subregistro nacional se concentra en la migración de esquemas históricos o escalonados.

Discusión y conclusiones: La cobertura de esquema completo es baja, aunque podría deberse a un subregistro digital de vacunas aplicadas en la primera infancia, evidenciado en la discordancia para Hepatitis B. Esto, y la baja cobertura de Triple Viral podrían reflejar, en parte, la migración incompleta de registros históricos de la infancia al sistema actual. Se evidencia una asimetría en la protección según la función laboral, sugiriendo una mayor vulnerabilidad en el personal no profesional. Finalmente, se identificó una fragmentación tecnológica entre SICAP y SISA, observándose deficiencias de importación de dosis históricas de SISA.

TP 19 - LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS. ESTUDIO OBSERVACIONAL RETROSPECTIVO DE VIDA REAL EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE CABA

Juan Pablo Cuesta R.[1]; Martin Fernández[1]; Gastón Larrea[1]; Veronica Lawriwskyj[1]; Fabián Caro[1]

[1] *Hospital Maria Ferrer*

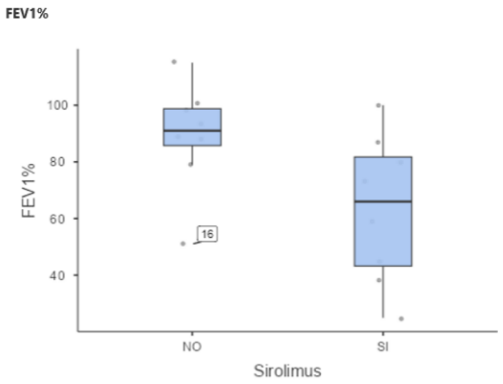
Introducción: La linfangioleiomiomatosis (LAM) pulmonar es una enfermedad pulmonar quística progresiva considerada huérfana por su baja prevalencia. Esto limita la disponibilidad de evidencia de vida real en Latinoamerica.

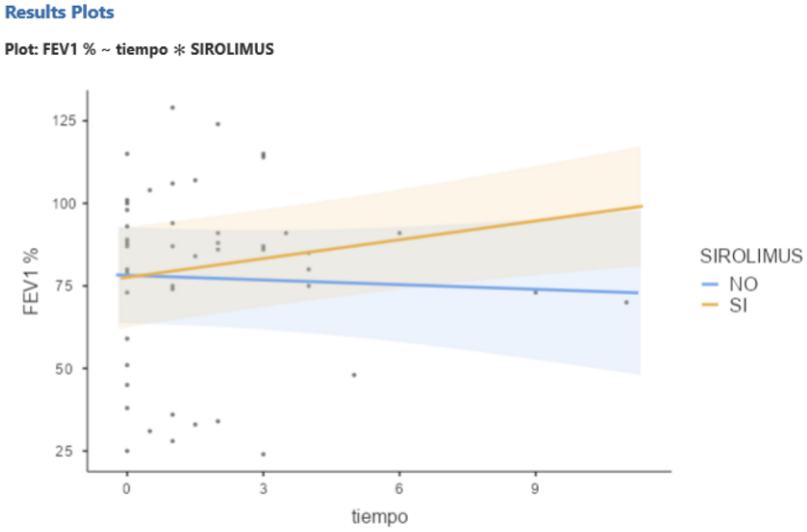
Objetivo: Describir las características clínicas de pacientes con LAM y evaluar la función pulmonar basal y su evolución longitudinal durante el seguimiento, comparando pacientes tratados y no tratados con inhibidores mTOR.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de LAM según los criterios ATS/JRS 2016/2017, atendidos en la sección de EPID del Hospital María Ferrer, CABA, entre enero 2015 y julio 2026. Se analizaron variables demográficas, clínicas y funcionales. La evolución longitudinal de FVC, FEV1 y DLCO se evaluó mediante modelos lineales mixtos. Las comparaciones funcionales basales entre grupos se realizaron mediante Mann-Whitney. Se utilizó Jamovi 2.6.44 y Microsoft Excel.

Resultados: Se incluyeron 16 mujeres, con mediana de edad de 45 años (RIC 41–52.5); 13 presentaban LAM esporádica y 3 LAM asociada a esclerosis tuberosa. El patrón espirométrico basal fue obstructivo en 8 (50%) y normal en 8 (50%). La mediana de tiempo al diagnóstico fue de 3 años (RIC 1–4.25). El neumotórax fue la principal manifestación al diagnóstico y complicación durante el seguimiento (4 casos, 25% en ambos), seguido del quilotórax (3; 18.75%). Ocho pacientes recibieron sirolimus. La mediana de seguimiento en toda la cohorte fue 3 años(RIC 2-4), siendo de 2.5 años (RIC 1.75-3.25) en grupo sin sirolimus y 3 años(RIC 2-4.5) con sirolimus, (p=0.293). En el análisis longitudinal no se observaron diferencias significativas en FVC (IC95% −0.084 a 0.158; p=0.543) ni DLCO (IC95% −9.70 a 2.54; p=0.242). El FEV1 mostró una tendencia estadistica hacia una mejor evolución con sirolimus (β interacción +2,37%/año; IC95% −0,01 a 4,75; p=0,054). Al inicio los pacientes tratados presentaban un FEV1% con mediana 63% [25–100] vs no tratados 89% [51–115]; p=0,007, sin diferencias basales en FVC (p=0,091) ni DLCO (p=0,155). No se registraron trasplantes ni fallecimientos.

Discusión y conclusión: En nuestra población, existe un retraso importante en el diagnóstico (3 años) siendo el neumotórax la principal manifestación al diagnóstico y complicación, en concordancia con cohortes internacionales. A pesar del mayor compromiso funcional inicial, los pacientes tratados con sirolimus presentaron mayor estabilidad del FEV1. Estos hallazgos son compatibles con un posible efecto estabilizador del sirolimus, aunque deben interpretarse con cautela por el reducido tamaño muestral. La ausencia de registros nacionales de vida real sobre LAM refuerza la necesidad de estudios colaborativos de mayor tamaño que permitan caracterizar a los pacientes con LAM y evaluar el efecto de sirolimus en nuestra población.





TP 20 - ¿ESTAMOS LLEGANDO TARDE? LA LIMITACIÓN AL FLUJO AÉREO COMO DETERMINANTE DE LA REMISIÓN CLÍNICA CON TERAPIA BIOLÓGICA EN ASMA GRAVE: ANÁLISIS MULTICÉNTRICO ISAN

María Eugenia Franchi[1]; Fernando Saldarini[2]; Sebastián Gando[3]; Joan Dapeña[2]; Laura Orazi[4]; Valeria Brichetti[2]; Cyntia Guzmán[2]; Teresita Rosenbaum[1]; Betiana Pereyra[5]; Mónica Grilli[6]

[1] Hospital Universitario Austral; [2] Hospital Santojanni; [3] Hospital Muñiz; [4] Hospital Italiano de Bs As; [5] Hospital San Roque Córdoba; [6] Hospital Español de Mendoza

Introducción: El asma grave comprende una población heterogénea.La incorporación de los tratamientos biológicos ha desplazado el objetivo terapéutico desde el control de la enfermedad hacia la remisión clínica. Sin embargo, solo una proporción de los pacientes alcanza este desenlace y las características basales que permiten identificarla no están claramente establecidas. El objetivo de este estudio fue identificar grupos de pacientes según sus características basales, sin partir de una hipótesis previa sobre cuáles serían los grupos, y determinar qué rasgo separa a quienes alcanzan la remisión de quienes no.

Material y método: Se analizaron 288 adultos de un registro multicéntrico de asma grave. Los grupos se construyeron mediante un procedimiento automático de agrupamiento a partir de seis características medidas antes de iniciar el biológico: edad al diagnóstico, VEF1 % del predicho, eosinófilos en sangre, IgE total, pricktest/rast, exacerbaciones anuales y ACT. El sexo y el índice de masa corporal quedaron fuera del agrupamiento y se describieron después, para evitar que fueran ellos los que definieran los grupos. La respuesta y la remisión se evaluaron a los 12 meses (n=206). Se compararon los grupos entre sí y se buscaron los factores asociados de manera independiente a la remisión mediante un modelo que ajusta de forma simultánea por todas las variables basales.

Resultados: Se identificaron tres grupos: el C1, con inflamación no T2/paucigranulocítico y alta carga de exacerbaciones; el C2, con inflamación T2 alta y función pulmonar conservada; y el C3, con perfil T2 alérgico y obstrucción fija al flujo aéreo. La respuesta al biológico fue prácticamente universal en los tres grupos (98-100%), pero la remisión difirió de manera marcada: 41% en el C2, frente al 24% en el C1 y al 21% en el C3 (p=0,018). El VEF1 basal fue el factor asociado a la remisión con mayor peso y el único que se mantuvo al ajustar por el resto: cada 10 puntos porcentuales más de VEF1 basal multiplicaron por 1,44 la probabilidad de alcanzar la remisión (IC95% 1,20-1,74; p<0,001), junto con una menor tasa previa de exacerbaciones. Los eosinófilos, la IgE, la edad y el ACT dejaron de asociarse a la remisión una vez considerado el VEF1. Un VEF1 basal cercano al 73%del predicho fue el punto que mejor separó a quienes alcanzaron la remisión, aunque con precisión moderada: identificó correctamente al 65% de los pacientes que remitieron y al 73% de los que no. El síndrome metabólico fue infrecuente (6,9%) y se asoció a una remisión algo menor, sin diferencia significativa.

Conclusión: En pacientes con asma grave tratados con biológicos la respuesta terapéutica fue elevada independientemente del perfil inflamatorio, pero la remisión está limitada por la obstrucción al flujo aéreo ya establecida y no por el perfil inflamatorio T2. Estos datos sugieren que la remisión tiene una ventana de oportunidad y respaldan iniciar el tratamiento biológico antes de que la limitación al flujo aéreo se vuelva persistente o irreversible.

TP 21 - IMPACTO CLÍNICO SISTÉMICO DE LA INFECCIÓN RESPIRATORIA GRAVE POR EL VIRUS DE LA INFLUENZA EN ADULTOS HOSPITALIZADOS Y SU SEGUIMIENTO A UN AÑO DEL ALTA EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES: COHORTE INFLU-1 Y 2

Diana Molina Reino[1]; Natalia Soledad Martínez[1]; Martín Sívori[1]; Nicolás Pared[1]; Verónica Pascuccelli[1]

[1] *Hospital General de Agudos J.M. Ramos Mejía*

Introducción y objetivo: La infección respiratoria grave causada por el Virus de la Influenza (VI) es altamente contagiosa, provocando altas tasas de hospitalización y morbimortalidad.El objetivo primario fue determinar las características clínicas de pacientes hospitalizados por neumonía grave por VI y sus complicaciones sistémicas a un año del alta. El objetivo

secundario fue describir las características clínicas y complicaciones sistémicas a un año del alta en pacientes que adquirieron VI como infección intrahospitalaria.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo y prospectivo realizado con registros médicos de pacientes ≥18 años internados en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires entre el 2023 y 2024 con VI confirmada por panel viral respiratorio PCR y negativo para otros virus/bacterias. Para el seguimiento fueron contactados trimestralmente con un cuestionario pre-especificado sobre manifestaciones pulmonares y extrapulmonares del VI durante un período de 12 meses. Se utilizó la Escala de Fragilidad Clínica de Rockwood. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación del Hospital. Se usó Test de Fisher para comparar las tasas de letalidad, siendo significativa $p<0,05$.

Resultados: La cohorte INFLU-1 constaba de 37 pacientes que fueron hospitalizados por neumonía grave por VI. La edad fue 61 años mediana (RIQ45-70 años). Las comorbilidades más frecuentes fueron enf. cardiológicas 44.5% y pulmonares crónicas 43%. El 50% tenía la vacuna antigripal el año previo. La tasa de letalidad fue de 18.9% (n=7). Durante el seguimiento a 3,6,9 y 12 meses, las complicaciones respiratorias fueron las más frecuentes (16%, 8.33%, 8.69%, 9.52%), seguidas de las cardiovasculares (12%, 4.16%, 4.34%, 9.52%). La escala de fragilidad clínica a 3 meses fue de 5 puntos mediana (RIQ4-6), igual entre 6-9 meses y al año 4 puntos mediana (RIQ4-5).La cohorte INFLU-2 incluyó 24 pacientes con VI como infección intrahospitalaria. La edad fue 59 años mediana (RIQ46-67.5 años). Las comorbilidades más frecuentes fueron enf. cardiológicas 37.5%, oncológicas 29.16% y cerebrovascular 16.6%. El 29.16% tenía la vacuna antigripal el año previo. La tasa de letalidad fue del 33.3% (n=8) (vs. INFLU-1, $p<0.001$). Durante el seguimiento a 3,6 y 9 meses las complicaciones cardiovasculares fueron la más frecuentes (14.28%,15.38%,9.09%), a 6 y 12 meses las complicaciones neurológicas (7.69%,10%). La fragilidad clínica a 3 meses fue de 6.5 puntos mediana (RIQ5.25-7), aumentó a los 6,9 y 12 meses a 7 puntos mediana (RIQ6-7).

Discusión y conclusiones: En Argentina es el primer estudio de pacientes adultos hospitalizados con infección respiratoria grave por VI y seguidos durante un año para determinar complicaciones extra-pulmonares y fragilidad clínica.La tasa de letalidad fue mayor en la cohorte INFLU-2 en comparación a la 1, lo que indica que pacientes con estancias hospitalarias prolongadas y sin vacunación previa presentaron mayores complicaciones y mortalidad, resaltando la importancia de prevenir la infección en la población objetivo con la vacunación.

TP 22 - MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS EN PACIENTES CON VIH NEGATIVO

Ana Gabriela López Ortega[1]; Karen Arevalo[1]; Marcela Heres[1]; Rosalia Benítez[1]; Alejandra González[1]

[1] *Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas*

Introducción y objetivo: La enfermedad por micobacterias no tuberculosas (MNT) representa un desafío, pues el aislamiento del germen no implica necesariamente enfermedad activa. Existen más de 150 especies descritas, con distinta distribución geográfica y desenlaces. Los

datos epidemiológicos en Latinoamérica son escasos. El objetivo del trabajo es describir el perfil clínico-epidemiológico y la evolución de la enfermedad

Material y método: Cohorte retrospectiva. Se incluyó pacientes >15 años con diagnóstico de enfermedad por MNT pulmonar o extrapulmonar, atendidos entre el 2016 y el 2025. Se excluyó pacientes VIH positivo. Se realizó el cultivo con el sistema BACTECTM MGITTM (fluorescencia) y medio de Löwenstein-Jensen. En los cultivos positivos se realizó inmunoensayo de flujo lateral a fin de diferenciar MNT del Mycobacterium tuberculosis. Los desenlaces fueron definidos en términos de: a) tratamiento completado; b) evolución favorable según disminución o desaparición de síntomas respiratorios (tos, expectoración y hemoptisis), generales (fiebre, sudoración nocturna, inapetencia), y recuperación del estado funcional; y c) mortalidad asociada a la enfermedad por MNT. Las variables continuas fueron descritas en mediana (rango intercuartílico, RIC) y las categóricas en frecuencias (%). Los datos fueron analizados en Rv4.0 (R Foundation for Statistical Computing; Viena, Austria).

Resultados: Se incluyeron 49 pacientes, con una mediana de edad de 57 años (RIC 39-70), 55.1% fueron mujeres, con índice de masa corporal de 20.6 (18-23). El 65.3% presentó alguna comorbilidad respiratoria (19/32 pulmón secuelar, 13/32 enfermedad pulmonar obstructiva crónica). El 40.8% presentó alguna comorbilidad no respiratoria, principalmente enfermedad autoinmune (9/20), diabetes (7/20) y enfermedad cardiovascular (6/20). El 49% eran tabaquistas activos. Las muestras fue principalmente de esputo (36.7%) y lavado bronquial (36.7%). En dos casos el germen fue aislado de biopsias de videocolonoscopía (M. gordonae). La especie más frecuentemente aislada fue el Mycobacterium kansasii (12/49; 24.5%), seguida del M. intracellulare (9/49; 18.4%), M. chelonae (6/49; 12.2%) y M. fortuitum (6/49; 12.2%). La forma de presentación fue pulmonar en el 75.5%. Solo el 30.6% (15/49) completó el tratamiento indicado, y el 38.7% (19/49) presentó una evolución favorable. Durante el seguimiento falleció un paciente por enfermedad por MNT (mortalidad del 2%). La tabla 1 detalla todas las variables del estudio.

Discusión y conclusiones: M. kansasii es la especie más frecuentemente aislada en nuestro trabajo, a diferencia de lo reportado en Estados Unidos y Europa Occidental, donde predomina el M. avium. La baja proporción de pacientes que completaron el tratamiento y la escasa tasa de evolución favorable reflejan el desafío diagnóstico y terapéutico en la práctica clínica. Estos hallazgos remarcan la necesidad de sospecha clínica activa y estudios multicéntricos que permitan una mejor caracterización de la enfermedad por MNT a nivel regional.

TP 23 - EVALUACIÓN ECOCARDIOGRÁFICA Y SU RELACIÓN CON LA ENFERMEDAD PULMONAR POST-TUBERCULOSA: UN ESTUDIO TRANSVERSAL

Juan Pablo Fernández Oporto[1]; Jairo León Alvarez[1]; Daniel Israel Carpio Celis[1]; Carolina Fogar[1]; Veronica Volberg[1]; Roxana Berenguer[1]

[1] *Hospital de Clínicas José de San Martín*

Introducción y objetivo: La tuberculosis continúa siendo una de las principales causas de mortalidad por enfermedad infecciosa a nivel mundial. La enfermedad pulmonar post-

tuberculosa (PTLD) genera secuelas estructurales o funcionales, ocasionando un daño persistente y significativo. Los pacientes pueden desarrollar hipertensión pulmonar (HP) como complicación a largo plazo. Un metaanálisis estimó la prevalencia global de HP del 48,1%. Aunque la medición ecocardiográfica de la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) posee fuentes de error diagnóstico, una leve elevación (30-32 mmHg) actúa como un marcador pronóstico asociado a un mayor riesgo de morbimortalidad. El objetivo primario fue determinar si existe asociación entre la extensión de las lesiones parenquimatosas por PTLD y la PSAP ≥30 mmHg evaluado por ecocardiografía en pacientes de 18 a 60 años.

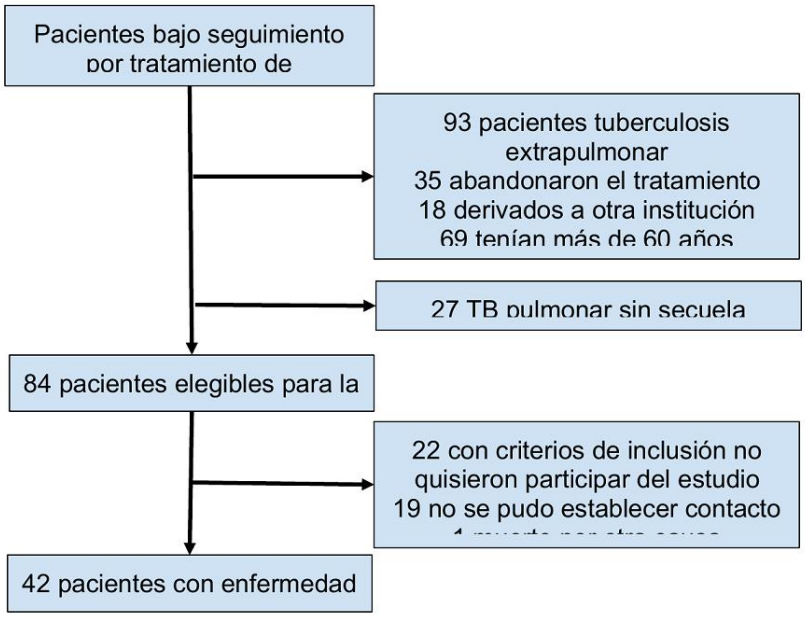
Material y método: Estudio observacional, analítico, transversal y unicéntrico. Se incluyeron 42 pacientes con PTLD documentada por secuelas radiológicas (opacidades lineales y reticulares de bordes imprecisos, opacidades nodulares, cavidad residual, distorsión arquitectónica) con tratamiento antituberculoso finalizado. Se excluyeron pacientes con patologías cardiopulmonares crónicas, VIH y enfermedades del tejido conectivo. Se evaluó transversalmente la extensión de las lesiones, parámetros ecocardiográficos (PSAP, TAPSE, velocidad de regurgitación tricuspídea y tamaño de cavidades), perfil espirométrico y grado de disnea (mMRC).

Resultados: La muestra final (n=42) presentó una mediana de edad de 29,5 años (rango: 20 - 58) y predominio del sexo femenino (60%). El 33,3% (n=14) presentó una leve elevación de la PSAP (≥30 mmHg). La presencia de secuelas radiológicas bilaterales fue significativamente mayor en el grupo con PSAP elevada frente al grupo sin elevación (78,6% vs. 39,3%), estableciéndose una asociación estadísticamente significativa (p=0,037). El grado de disnea (mMRC) no mostró diferencias estadísticamente significativas entre los pacientes con o sin elevación de la PSAP (p=0,896). En el ecocardiograma, los pacientes con PSAP elevada no presentaron alteraciones morfológicas ni funcionales sobre las cavidades derechas, manteniéndose preservados el tamaño del ventrículo derecho, área auricular, TAPSE y velocidad de regurgitación tricuspídea.

Discusión: Nuestros hallazgos evidencian que una tercera parte de los adultos jóvenes con PTLD presenta una leve elevación de la PSAP, asociada a las secuelas pulmonares bilaterales. El grado de disnea y alteraciones espirométricas no constituyen predictores clínicos útiles. Entre las limitaciones se destaca el diseño transversal, el tamaño muestral reducido y el sesgo de autoselección.

Conclusiones: La PSAP levemente elevada detectada por ecocardiografía se propone como un marcador pronóstico de morbimortalidad. Se sugiere la realización de un ecocardiograma en pacientes con secuelas pulmonares bilaterales, independientemente de su estado sintomático, a fin de estratificar precozmente el riesgo cardiovascular post-tuberculoso.

Figura 1. Diagrama de flujo de la población de estudio



Características	**N = 42**
Demográficos	
Sexo femenino	25 (60)
Edad	29.5 (20.0, 58.0)
Talla (cm)	165 ± 8.82
Peso (kg)	66.6 ± 14.1
Índice de masa corporal	24.6 ± 4.8
Nacionalidad	
Argentina	30 (71.4)
Boliviana	5 (11.9)
Peruana	4 (9.5)
Paraguaya	1 (2.4)
Brasil	1 (2.4)
Senegal	1 (2.4)
Nivel Educativo	
Primario completo	11 (26.2)
Secundario completo	28 (66.7)
Terciario completo	2 (4.8)
Universitario	1 (2.4)
Antecedentes Clínicos	
Tabaquismo actual	8 (19)
Ex tabaquista	4 (10)
Asma	4 (10)
Diabetes	4 (10)
Uso de drogas	4 (10)

Características de la enfermedad post-tuberculosa	
TBC bilateral	22 (52)
Tiempo de tratamiento en meses	8.50 (6.00 - 12.0)
Retratamiento	4 (10)
Síntomas Respiratorios	
Tos	10 (24)
Grado de Disnea (mMRC)	
Grado 0	30 (71)
Grado 1	6 (14)
Grado 2	5 (12)
Grado 3	1 (2)
Grado 4	0
Ecocardiografía	
PSAP (mmHg)	25.8 ± 6.0
TAPSE (mm)	24.8 ± 3.7
TAPSE/PSAP (mm/mmHg)	1,01 ± 0,29
Velocidad de regurgitación tricuspídea	2.3 ± 0.3
VTI A. pulm (m/seg)	0.93 ± 0.13
Fracción de eyección VI (%)	65.1 ± 4.7
Tamaño VD (mm)	19.0 (13.0 - 25.0)
Área AD (cm2)	12.1 ± 2.4
Espirometría	
FVC (L)	3.7 ± 1.0
FVC (% predicho)	88.6 ± 15.1
FEV1 (L)	2.9 ± 0.8
FEV1 (% predicho)	84.8 ± 17.6
Relación FEV1/FVC	80.4 ± 12.5
Respuesta a broncodilatador	2 (5)
Patrón Espirométrico	
Normal	30 (71)
Obstructivo	7 (17)
No obstructivo	5 (12)

Los datos se presentan como n (%), media ± desviación estándar (SD) o mediana (Rango Intercuartílico, Q1 – Q3). Las abreviaturas utilizadas corresponden a: mMRC (Modified Medical Research Council), PSAP (presión sistólica de la arteria pulmonar), TAPSE (excursión sistólica del plano anular tricuspídeo), VI (ventrículo izquierdo), VD (ventrículo derecho), AD (aurícula derecha), VTI (Integral Tiempo-Velocidad), FVC (capacidad vital forzada), FEV1 (volumen espiratorio forzado en el primer segundo). Fuente: Elaboración propia

Variables	Elevación de PSAP ≥ 30 mmHg		P-value
	No(N=28)	**Si (N=14)**	
Edad	27.0 (20.0, 58.0)	33.5 (21.0, 57.0)	0.825
Sexo			
Femenino	18 (64.3%)	7 (50.0%)	0.578
Talla (cm)	163 (9.00)	168 (7.63)	0.0601
Peso (Kg)	65.3 (14.9)	69.3 (12.1)	0.353
IMC	24.6 (5.09)	24.6 (4.32)	0.981
Secuelas bilaterales	11 (39.3%)	11 (78.6%)	0.0379
Tiempo de tratamiento	8.54 (1.97)	7.50 (1.40)	0.0579
Retratamiento	1 (3.6%)	3 (21.4%)	0.193
Tos	10 (35.7%)	0 (0%)	0.0294
Disnea mMRC			
0	20 (71.4%)	10 (71.4%)	0.896
1	4 (14.3%)	2 (14.3%)	
2	3 (10.7%)	2 (14.3%)	
3	1 (3.6%)	0 (0%)	
4	0	0	
Ecocardiografía			
PSAP (mmHg)	22.6 (4.49)	32.1 (2.32)	<0.001
TAPSE (mm)	24.0 (3.33)	26.2 (4.21)	0.105
TAPSE/PSAP (mm/mmHg)	1,11 (0,30)	0,82 (0.14)	<0.001
Velocidad de regurgitación tricuspídea	2.12 (0.292)	2.62 (0.111)	<0.001
VTI A. pulm (m/seg)	0.939 (0.127)	0.898 (0.149)	0.399
Fracción de eyección VI (%)	65.4 (4.92)	64.6 (4.25)	0.625
Tamaño VD (mm)	18.0 (13.0, 25.0)	20.0 [14.0, 25.0)	0.19
Área AD (cm2)	11.9 (2.08)	12.6 (2.96)	0.419
Espirometría			
FVC (L)	3.63 (0.932)	3.82 (1.09)	0.583
FVC (% predicho)	89.3 (13.7)	87.1 (18.1)	0.7
FEV1 (L)	2.96 (0.831)	2.91 (0.869)	0.856
FEV1 (% predicho)	86.9 (16.0)	80.7 (20.5)	0.337
FEV1FVC	81.7 (10.9)	77.7 (15.3)	0.394
Respuesta broncodilatadora			1
Patrón Espirométrico			
Normal	18 (64.3)	9 (64.3)	1
Obstructivo	8 (28.6)	4 (28.6)	
No obstructivo	2 (7.1)	1 (7.1)	

Los datos se presentan como frecuencia absoluta y porcentaje n (%), media (desviación estándar) o mediana [rango intercuartílico], según la naturaleza y distribución de las variables. El valor p indica la significancia estadística de la comparación entre los grupos con y sin HP.

TP 25 - ABORDAJE GENÓMICO-TELOMÉRICO EN FIBROSIS PULMONAR FAMILIAR: PRIMERA COHORTE ARGENTINA

Juan Ignacio Enghelmayer[1]; Carmen Llames Massini[2]; Micaela Carcione[2]; Andrea Millán[2]; Maria Eugenia Perticone[1]; Sebastián Lamari[1]; Gabriela Legarreta[1]; Alberto Casey[1]; Florencia Giliberto[2]

[1] Hospital de Clínicas José de San Martín; [2] UBA-CONICET- INIGEM- Hospital de Clínicas

Objetivos: La fibrosis pulmonar familiar es una enfermedad clínica y genéticamente heterogénea. El estudio genético aporta información relevante para la estratificación de riesgo, el asesoramiento familiar y la medicina de precisión. Los datos genómicos en poblaciones latinoamericanas son escasos. El objetivo de este trabajo fue desarrollar e implementar un abordaje genómico-telomérico aplicado a una cohorte argentina de pacientes con fibrosis pulmonar familiar o sospecha de enfermedad intersticial pulmonar fibrótica hereditaria, integrando la secuenciación de exoma, el análisis de genes asociados, la genotipificación de MUC5B y la medición de la longitud telomérica.

Material y métodos: Se analizaron 51 pacientes. Se obtuvo ADN genómico a partir de leucocitos de sangre periférica. La longitud telomérica relativa fue evaluada por PCR cuantitativa en tiempo real. Se consideraron telómeros cortos aquellos ubicados por debajo del percentil 10 ajustado por edad. En 47 de los 51 pacientes se realizó secuenciación de exoma completo. El análisis bioinformático se orientó a genes asociados al mantenimiento telomérico, biología del surfactante, vías inmunes e inflamatorias, tráfico vesicular y función lisosomal/autofágica, matriz extracelular e integridad tisular, aminoacil-ARNt sintetasas y otros genes emergentes. Las variantes fueron anotadas según nomenclatura HGVS, analizadas mediante la plataforma Franklin y clasificadas de acuerdo con criterios ACMG/AMP. La variante común de riesgo en el promotor de MUC5B rs35705950 fue genotipada mediante secuenciación dirigida de Sanger en 31 pacientes.

Resultados: La cohorte incluyó 51 pacientes (34 varones y 17 mujeres). La medición de longitud telomérica identificó telómeros cortos en 9 pacientes (17,6% de la cohorte). El análisis de exoma detectó variantes exónicas raras relevantes para la enfermedad intersticial pulmonar en 13 de 47 pacientes (27,7%). De estas, 10 fueron clasificadas de significado incierto y 3 como patogénicas o probablemente patogénicas. Los principales genes identificados dentro del eje telomérico fueron RTEL1 (4 pacientes), TERT (2 pacientes) y PARN (1 paciente). También se identificaron variantes en otros genes asociados a la enfermedad, incluyendo AARS1, SFTPA1, MARS, SMPD1, TSC2 y SERPINA1. 14 pacientes (27,5%) presentaron una señal directa vinculada al eje telomérico, identificando pacientes con telómeros cortos sin variantes exónicas raras relevantes detectables por exoma. La genotipificación de MUC5B mostró la portación del alelo de riesgo en 23 de 31 pacientes (74,2%).

Conclusión: La implementación del abordaje genómico-telomérico permitió caracterizar molecularmente a la primera cohorte argentina de pacientes con fibrosis pulmonar familiar o sospecha de enfermedad intersticial pulmonar fibrótica hereditaria. Se observó una alta frecuencia del alelo de riesgo común en MUC5B. La medición de longitud telomérica aportó

información complementaria fundamental al exoma, identificando a pacientes que no hubieran sido detectados mediante secuenciación exómica de forma exclusiva.

TP 26 - IMPACTO DE UNA RED PROVINCIAL DE CIRUGÍA TORÁCICA EN EL MANEJO Y DERIVACIÓN DE PACIENTES DEL INTERIOR DE CORRIENTES: EXPERIENCIA DE LA RED DE TÓRAX

Dayana Adaliz Duarte[1]; Luis Manuel Noguera Morinigo[1]; Carlos Morales Grajales[2]; Alfredo Angel Aquino[1]; Lucía Soledad Cuper[3]

[1] Hospital Escuela "Gral José Francisco de San Martin"; [2] Hospital Escuela "Gral José Francisco de San Martin"; [3] "Gral José Francisco de San Martin"

Introducción: La atención de pacientes con patología torácica en el interior de Corrientes presenta dificultades relacionadas con la distancia geográfica y la disponibilidad limitada de especialistas. La Red de Tórax surgió como herramienta de comunicación directa entre los equipos asistenciales del interior y el Servicio de Cirugía Torácica del Hospital Escuela, con el objetivo de orientar la conducta y definir qué pacientes requieren evaluación presencial o derivación.

Objetivo: Analizar la actividad de la Red Provincial de Cirugía Torácica y su impacto sobre la indicación de derivación de pacientes con patología torácica provenientes del interior de Corrientes, entre el 1 de octubre de 2024 y el 30 de junio de 2026.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, longitudinal y analítico basado en los registros de consultas realizadas a través de la Red de Tórax. Se incluyeron pacientes con patología torácica provenientes de instituciones del interior provincial. Se registraron edad, sexo, procedencia, diagnóstico y conducta recomendada, analizando la proporción de pacientes derivados al Hospital Escuela y aquellos en quienes se recomendó continuar el manejo en el centro de origen.

Resultados: Se registraron 291 consultas: 43 en 2024, 155 en 2025 y 93 en 2026. Predominó el sexo masculino (215; 73,9%) frente al femenino (76; 26,1%). Por edad, 15 pacientes (5,2%) tenían ≤20 años, 82 (28,2%) entre 21-40, 101 (34,7%) entre 41-60 y 94 (32,3%) eran mayores de 60 años. Las consultas procedieron de 22 departamentos, con Goya como principal origen (71 consultas). Se indicó derivación al Hospital Escuela en 167 episodios (57,4%), mientras que en 124 (42,6%) se recomendó continuar el manejo en la institución de origen. La proporción de derivaciones fue 65,1% en 2024, 56,1% en 2025 y 52,7% en 2026. La patología pleural fue el motivo más frecuente (92; 31,6%), seguida de otros diagnósticos respiratorios (55; 18,9%), trauma torácico (38; 13,1%) y tuberculosis (28; 9,6%). Además, se registraron 25 consultas por infecciones pulmonares no tuberculosas, 25 por neumotórax y fugas aéreas, 23 por neoplasias torácicas y 3 por patología mediastinal.

Conclusiones: La Red de Tórax permitió establecer un circuito de consulta especializada para pacientes del interior de Corrientes. En 4 de cada 10 episodios no se indicó derivación al centro de referencia, lo que sugiere que la consulta especializada puede contribuir a seleccionar

pacientes que requieren traslado y favorecer la continuidad del manejo en origen. La reducción progresiva de las derivaciones es un hallazgo de interés, aunque no permite establecer causalidad por el carácter retrospectivo del estudio y la ausencia de grupo comparador. Estos resultados respaldan la continuidad de la estrategia como herramienta de coordinación y triage especializado territorial.

TP 27 - ¿INFLUYE LA HISTOLOGÍA EN EL RENDIMIENTO DEL PET PARA LA ESTADIFICACIÓN MEDIASTINAL DEL CÁNCER DE PULMÓN?

Jenifer Soledad Tevez[1]; Florencia Belén Basile[1]; Krin Maria Suhr[1]; Adolfo Manuel Rosales[1]; Moises Rosenberg[1]; Emiliano Navarro[1]

[1] *Instituto Alexander Fleming*

Introducción: La estadificación mediastinal es fundamental para definir la estrategia terapéutica en pacientes con cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP). El PET/TC constituye una herramienta esencial para la evaluación ganglionar, aunque su rendimiento puede variar según las características tumorales y el subtipo histológico. La mediastinoscopia continúa siendo una herramienta de estadificación invasiva en pacientes seleccionados.

Objetivo: Evaluar si el subtipo histológico se asocia con diferencias en el rendimiento diagnóstico del PET para la detección de compromiso N2, comparando adenocarcinoma y carcinoma escamoso.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 81 pacientes con CPCNP sometidos a mediastinoscopía. Se analizaron histología definitiva, características tumorales, PET/TC, compromiso N1 y N2, resultado de la mediastinoscopía y, en los pacientes resecados, anatomía patológica definitiva. Se comparó el rendimiento del PET para detectar compromiso N2 entre adenocarcinoma y carcinoma escamoso. En los pacientes con PET N2 negativo se analizaron características asociadas a mayor riesgo de compromiso mediastinal: localización central, tamaño tumoral >3 cm y N1 positivo en PET.

Resultados: Se incluyeron 63 adenocarcinomas (77,8%) y 18 carcinomas escamosos (22,2%). El PET mostró compromiso N2 en 44 pacientes (54,3%) y la mediastinoscopía fue positiva en 39 (48,1%). Frente a la mediastinoscopía, el PET presentó en adenocarcinoma una sensibilidad de 87,5%, especificidad de 77,4%, VPP de 80,0%, VPN de 85,7% y exactitud de 82,5%. En carcinoma escamoso, estos valores fueron 57,1%, 54,5%, 44,4%, 66,7% y 55,6%, respectivamente. La diferencia en sensibilidad mostró una tendencia a favor del adenocarcinoma, sin alcanzar significación estadística (p=0,094). Entre los 37 pacientes con PET N2 negativo, 34 (91,9%) presentaban al menos una característica de mayor riesgo (tumor central, >3 cm o N1 positivo en PET); 7 (18,9%) presentaron mediastinoscopía positiva. En los restantes casos, la indicación de la misma fue definida por el comité multidisciplinario. Entre los pacientes con PET N2 negativo y mediastinoscopía negativa sometidos a resección, se identificó N2 oculto en 2/30 (6,7%); ambos correspondieron a estaciones no accesibles mediante mediastinoscopía cervical convencional (estaciones 9 y 5).

Conclusiones: La presencia de características tumorales de riesgo en pacientes con PET N2 negativo y la posibilidad de enfermedad mediastinal oculta en estaciones no accesibles por mediastinoscopía convencional refuerzan la necesidad de una estrategia de estadificación individualizada. La decisión de realizar mediastinoscopía debe integrar los hallazgos imagenológicos, las características tumorales y la discusión en un comité multidisciplinario, especialmente ante escenarios de discordancia. Se requieren estudios con mayor número de pacientes para establecer conclusiones definitivas sobre el impacto de la histología en el rendimiento del PET.

TP 28 - INICIO TEMPRANO DEL PROCESO DE DECANULACIÓN EN PACIENTES QUE INGRESAN CON VENTILACIÓN MECÁNICA A UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN

Melina Calvo Delfino[1]; Miguel Antonio Escobar[1]; Emiliano Navarro[1]; Eduardo Luis De Vito[1]

[1] *Grupo Santa Catalina*

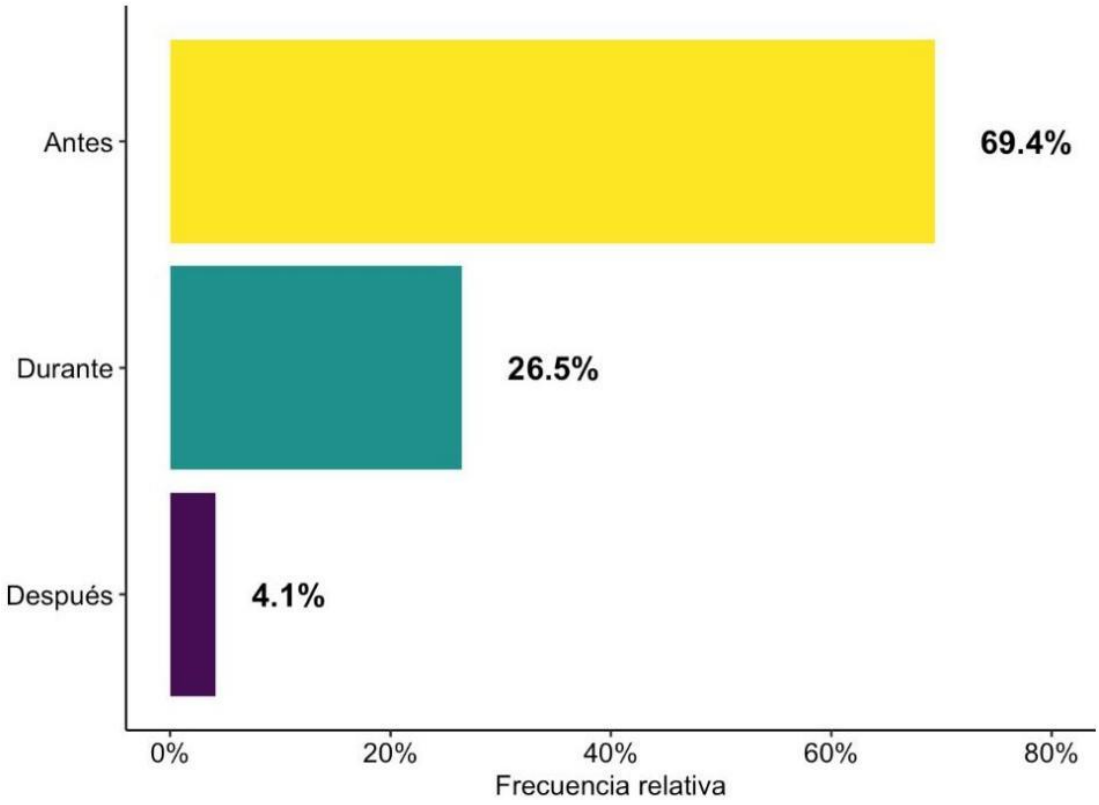
Introducción: La evidencia recomienda iniciar el proceso de decanulación una vez completada la desvinculación de la ventilación mecánica invasiva (VMi). Sin embargo, existe escasa información acerca del momento de inicio y la secuencia temporal de los hitos de la decanulación en pacientes con ventilación mecánica prolongada (VMP).

Objetivo: Describir en pacientes con traqueostomía (TQT) bajo VMi que iniciaron un intento formal de decanulación, el momento del primer desinflado del balón de neumotaponamiento (DBNT) en relación con la desvinculación de VMi y la secuencia temporal de los principales hitos del proceso.

Material y método: Estudio de cohorte retrospectivo en un centro de desvinculación de la ventilación mecánica y rehabilitación (CDVMR) de Argentina. Se incluyeron adultos traqueostomizados que ingresaron bajo VMi entre enero de 2018 y diciembre de 2024, con intento formal de decanulación. Se analizaron características clínicas y tiempos hasta los hitos del proceso de decanulación: El primer DBNT se consideró inicio del proceso; luego se sumó el uso de válvula fonatoria, oclusión con tapón, desvinculación de la VMi y decanulación.

Resultados: De 572 ingresos, 271 recibían VMi y 98 cumplieron criterios de inclusión. La edad media fue de 66,2 ± 14,1 años y el 84,7% presentó VMP. Sesenta y seis pacientes (67,3%) lograron decanularse. El 96% inició el proceso de decanulación antes de completar la desvinculación de la VMi y el 69,4% realizó el primer DBNT antes de la primera noche en ventilación espontánea. La mediana hasta el inicio formal del proceso de decanulación fue de 4 (RIC 2-6) días desde el ingreso, la desvinculación ocurrió a los 10,5 (RIC 9-21) y la decanulación a los 23 (RIC 14-64) días. La decanulación se alcanzó en 49/68 (72%) de los pacientes que iniciaron el desinflado del balón de neumotaponamiento antes de la desvinculación, en 16/26 (61%) de quienes lo iniciaron durante la desvinculación y en 1/4 (25%) de aquellos pacientes que lo iniciaron después.

Discusión y conclusiones: En pacientes con VMP internados en un CDVMR, el DBNT pudo iniciarse precozmente e integrarse al proceso de desvinculación. Además de describir la secuencia temporal de los principales hitos de la decanulación, nuestros resultados muestran que este abordaje amplía la ventana de rehabilitación de la vía aérea superior durante el soporte ventilatorio. Estos hallazgos cuestionan el paradigma que sitúa la decanulación únicamente al final del destete ventilatorio y respaldan un abordaje integrado, en el que el intento formal de decanulación, la desvinculación y la recuperación funcional de la vía aérea superior no constituyen necesariamente etapas consecutivas, sino procesos que pueden superponerse dentro de un programa interdisciplinario de rehabilitación de forma dinámica y escalonada. Se requieren estudios prospectivos para confirmar estos hallazgos.



TP 29 - EVALUACIÓN DE LA FRAGILIDAD Y SU RELACIÓN CON LA CAPACIDAD FUNCIONAL RESPIRATORIA: ANÁLISIS EN UNA COHORTE MEXICANA DE ENVEJECIMIENTO

Iara Bravo[1]; Jorge Sánchez Posleman[2]; Kevin Sánchez Díaz[3]; Ivette Buendía Roldán[3]

[1] Hospital Dr Antonio A. Cetrángolo; [2] Hospital Dr Bernardo Houssay; [3] Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas

Introducción y objetivo: La fragilidad se caracteriza por una disminución de la reserva fisiológica y de la capacidad para responder a estresores. El objetivo de este trabajo es: determinar la relación entre la fragilidad y la capacidad funcional respiratoria en adultos mayores de una cohorte de envejecimiento de población mexicana.

Material y método: Se analizaron datos de la cohorte de envejecimiento 2024–2026 del Laboratorio de Investigación Traslacional en Envejecimiento y Enfermedades Fibrosantes del Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Ismael Cosío Villegas, Ciudad de México, México. Cuestionario FRAIL, SPPB, dinamometría de prensión manual y diámetro de pantorrilla, así como pruebas de función respiratoria, incluyendo DLCO, prueba de caminata de 6 minutos (C6M) y estudios de laboratorio (hemograma, química sanguínea, perfil lipídico y proteína C reactiva)Se realizó un estudio observacional, analítico, transversal y retrospectivo. Frecuencias y porcentajes, así como chi-cuadrada (χ^2) para variables cualitativas y media ±desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC) según la distribución de la normalidad Kolmogorov-Smirnov, así como t de Student y la prueba U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. El análisis estadístico se realizó en el programa GraphPad Prism.

Resultados: 148 participantes con predominio del sexo femenino (69%), se dividieron en dos grupos conforme a la edad: G1) 60-74 años n=100 (68%) y G2) >75 años n=48 (32%). Antropometría: talla: G1) 157(±9)cm vs G2) 153(±9)cm, p=0.01, peso: G1) 66(±11)kg vs G2) 61(±10)kg, p=0.01. Comorbilidades: HAS: G1) (38%) vs G2) (29%), p=0.01. Factores de riesgo: el G2 representa el 56% y 35% para exposición a biomasa y sin actividad física respectivamente, mientras que el G1 representa el 30% para tabaquismo pasivo. Pruebas de función respiratoria: C6M: G1) 505(450-534)m vs G2) 425(340-475)m, p=<0.0001, KCO predicho: G1) 142(±22)% vs G2) 133(±25)%, p=0.03. Laboratorio: albúmina: G1) 4.22(±0.3)g/L vs G2) 4.08(±0.3)g/L, p=0.01. Diámetro de pantorrilla <31cm: G1) 11% vs G2) 28%, p=0.02.También se realizaron subgrupos respecto a los instrumentos de fragilidad y se relacionaron con otras variables. Según FRAIL en frágiles (F) n=51 y Robustos (R) n=97. Referente al sexo: femenino: F) 82% vs R) 62%, p=0.01. Síntomas respiratorios: F) 47% vs R) 27%, p=0.01. y C6M: F) 452(384-510)m vs R) 493(436-534)m, p=0.006. Según SPPB: bajo (B) n=51 y normal (N) n=82. En la C6M: B) 455(355-509)m vs N) 493(436-535)m, p=0.004 y KC0 predicho: B) 131(±22)% vs N) 144(±23)%, p=0.002. Según el diámetro de pantorrilla: <31 cm n=18 y >31cm n=85. C6M: <31 cm) 421(400-510)m vs >31 cm) 493(429-530)m, p=0.03.

Discusión y conclusiones: La fragilidad se relaciona con diferentes dominios de la salud. Reducción de la C6M en adultos mayores puede reflejar una disminución de la reserva fisiológica. Menor distancia de C6M, KCO predicho, el diámetro reducido de pantorrilla, síntomas respiratorios e indicadores relacionados con el estado nutricional conforman un perfil de mayor fragilidad.

COMUNICACIONES ORALES

CO 01- DEL CONTINUUM INTERSTICIAL AL CONTINUUM CUANTITATIVO: FENOTIPADO OBJETIVO DE 656 PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR MEDIANTE RATIO AÉREO-VASCULAR (RAV)

Hugo Trabadelo[1]

[1] *Clinica San Bernardo*

Introducción y objetivo: El paradigma diagnóstico actual en neumonología categoriza la enfermedad pulmonar en entidades discretas (FPI, NSIP, EPOC, CPFE), ignorando que estos patrones representan un espectro continuo. La evaluación radiológica visual es subjetiva y subestima patrones mixtos. Desarrollamos un método cuantitativo objetivo basado en Ratio Aéreo-Vascular (RAV = compartimento aéreo / compartimento vascular) para fenotipar pacientes en el continuum intersticial-enfisematoso. Objetivos: 1) Validar RAV como biomarcador continuo del espectro parenquimatoso-aéreo; 2) Identificar fenotipos naturales mediante clustering no supervisado; 3) Demostrar que CPFE (fibrosis + enfisema) es zona transicional natural, no anomalía; 4) Proponer ventana terapéutica estratificada por estadio (Z-score) integrando inmunosupresión temprana.

Material y método: Estudio retrospectivo de 656 pacientes consecutivos con HRCT de tórax (2016-2026). Segmentación automatizada 3D-Slicer identificó compartimentos pulmonares: aéreo (enfisema), parenquimatoso (intersticial), vascular. Calculamos RAV y parámetros volumétricos. Clustering K-means (k=4) identificó fenotipos naturales. Clasificamos 5 zonas RAV: 30 (enfisema severo).

Resultados: La cohorte mostró distribución continua RAV 0.8-61.4 (mediana 11.7, rango P5-P95). Clustering identificó 4 fenotipos: Fenotipo 1-Intersticial (10.2%), Fenotipo 2-Patrón Mixto (46.6%, N=306, DOMINANTE), Fenotipo 3-Enfisema moderado (39.5%), Fenotipo 4-Enfisema terminal (4.3%). HALLAZGO CRÍTICO: Patrón mixto (Fenotipo 2) representa 46.6% de la cohorte (N=306/656), siendo la zona de máximo riesgo HTP (RAV 5-15) el 29% (N=190). CPFE NO es anomalía rara del 2-5% reportada en literatura. HALLAZGO VASCULAR ADICIONAL: El análisis de regresión múltiple reveló que RAV es fundamentalmente un marcador vascular—el componente vascular tiene 2.3 veces mayor impacto que el aéreo (β=-1.68 vs +0.74, $p<0.001$). La pérdida vascular progresiva explica el alto riesgo HTP en zona CPFE: Normal 7.09% tejido vascular, Leve 3.68%, Moderado 2.95%, Severo 2.05% (pérdida 71.2%, $p<0.001$). RAV elevado identifica rarefacción vascular que explica hipoxia (área intercambio reducida 70%), disnea (ventilación-perfusión desacoplada), y resistencia vascular aumentada. Riesgo hipertensión pulmonar máximo en zona CPFE RAV 5-15 (53% alto riesgo, 48% pérdida vascular). Análisis económico: Inmunosupresión temprana (Z<20 + vidrio esmerilado, USD 3,600/año) estabiliza 66% vs paradigma conservador 20%, ahorrando USD 167,920/paciente (horizonte 2 años) al evitar progresión a antifibróticos (USD 99,310/año).

Discusión y conclusiones: RAV posiciona objetivamente pacientes en continuum cuantitativo parenquimatoso-aéreo, superando limitaciones de categorización diagnóstica tradicional. Patrón mixto (Fenotipo 2, 46.6%) es zona transicional natural, no entidad híbrida rara, siendo la zona CPFE clínica RAV 5-15 el 29% (N=190, máximo riesgo HTP). RAV es fundamentalmente un biomarcador vascular: pérdida progresiva 71.2% Normal→Severo explica mecanismo fisiopatológico de hipoxia, disnea e hipertensión pulmonar asociada a EPOC. Cuantificación es SUPERIOR a evaluación visual para detectar patrones mixtos sutiles y rarefacción vascular temprana. Ventana terapéutica estratificada (inmunosupresores Z<20, antifibróticos Z 20-30, protección vascular en estadios tempranos) optimiza outcomes clínicos y costo-efectividad vs paradigma conservador. Método replicable, bajo costo (USD 0 marginal post-HRCT), aplicable retrospectivamente.

CO 02- MONITORIZACIÓN DE LA HEMOSTASIA PERIOPERATORIA: NUEVOS ALGORITMOS DE CONTROL EN CIRUGÍAS TORÁCICAS

Isabel Rodríguez Martin[1]

[1] *Hospital Infanta Elena*

Introducción: La cirugía cardiovascular asociada a circulación extracorpórea ocasiona importantes trastornos en el sistema hemostático.

Objetivos: Demostrar que la implantación de test viscoelásticos, a la cabecera del paciente sometido a cirugía cardiovascular asociada a circulación extracorpórea, permite una terapia transfusional más selectiva y eficiente, consiguiendo una mejora en los resultados en salud.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 675 pacientes sometidos a cirugía cardiovascular bajo circulación extracorpórea en nuestro centro hospitalario, durante un periodo de tiempo de 3 años. Este estudio incluye el análisis del consumo de productos hemoderivados y las posibles complicaciones desarrolladas durante el postoperatorio de cirugía cardiaca, antes y tras la implementación de un sistema viscoelástico de tromboelastometría rotacional ROTEM®.

Resultados: Tras la implementación de un sistema viscoelástico, junto a un algoritmo transfusional específico, se observó una disminución de la incidencia de cualquier tipo de transfusión (41.4% vs 31.9%, p=0.026) durante el perioperatorio de cirugía cardiovascular. Esta disminución fue especialmente significativa en el caso de concentrados de hematíes (31.3% vs 19.8%, p=0.002) y de plasma fresco congelado (9.8% vs 3.8%, p=0.008). El uso de ROTEM® se asoció a una disminución estadísticamente significativa de la incidencia de transfusión de unidades de plasma fresco congelado durante la estancia en UCI (15.8% vs 7.7, p=0.004). Además, se registró una disminución estadísticamente significativa de la incidencia de hemorragia postoperatoria (9.5% vs 5.3%, p=0.037), de la necesidad de reintervención (6.0% vs 2.9%, p=0.035) y del tiempo de estancia en UCI (6.0 días vs 5.1 días, p=0.026).

Conclusiones: El empleo de ROTEM® en cirugías cardiovasculares permite un mejor manejo de la coagulopatía perioperatoria, lo cual se ha traducido en un uso más racional de los productos

hemostáticos, en una menor incidencia de complicaciones postoperatorias y en una menor estancia en UCI.

CO 03 - EL CORAZÓN DE LA MUJER: ¿UN FACTOR DE RIESGO?

Isabel Rodríguez Martin[1]

[1] *Hospital Infanta Elena*

Introducción: La enfermedad cardiovascular sigue siendo la primera causa de muerte, tanto en hombres como en mujeres, a pesar de los importantes avances en la técnica quirúrgica y la mejora en la atención o la estratificación del riesgo preoperatorio. Los estudios publicados disponibles hasta el momento, parecen concluir peores resultados en salud en mujeres sometidas a cirugía cardiovascular.El objetivo del estudio es analizar la influencia pronóstica perioperatoria del sexo de los pacientes sometidos a cirugía cardiovascular asociada a circulación extracórporea.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional retrospectivo en el que se incluye todos los pacientes (N=686) sometidos a cirugía cardiovascular (CCV) asociada a circulación extracorpórea (CEC) en nuestro centro hospitalario. El estudio comprende todos los pacientes intervenidos durante un periodo de tiempo de 3 años. Los pacientes fueron divididos en dos grupos, según sexo, el grupo 1 lo forman 365 hombres y el grupo 2 lo constituyen 321 mujeres. El análisis incluye variables epidemiológicas, quirúrgicas y postoperatorias.

Resultados: En primer lugar, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en relación a los factores de riesgo preoperatorios (edad, IMC, dislipemia, hipertensión y obesidad). Los hombres presentaron mayor incidencia de tabaquismo (15,6% vs 4,6%, p=0.000).En segundo lugar, durante la cirugía cardiovascular, se observaron diferencias entre grupos en relación a la incidencia de transfusión. Así, un mayor porcentaje de mujeres necesitó de transfusión durante el perioperatorio (28,4% vs 49,1%, p=0.000). Esta diferencia fue mayor en el caso de concentrado de hematíes (16,0% vs 40,2%, p=0.000) y plasma (5,2% vs 10%, p=0.047). Por útlimo, se observó una mayor incidencia de complicaciones en mujeres durante la estancia en UCI (73,0% vs 80,4%, p=0.024), sobre todo de complicaciones cardíacas: insuficiencia cardíaca (5,7% vs 13,2%, p=0,001), arritmias (39,0% vs 50,9%, p=0,005), hipotensión (7,7% vs 12,5%, p=0,05), taponamiento (2,2% vs 3,6%, p=0,240) y bradicardia (2,2% vs 6,4%, p=0,010).

Conclusiones: En comparación con los hombres, las pacientes mujeres presentan peores resultados. Estos resultados parecen estar relacionados con la menor superficie corporal, menor número de injertos (mayor riesgo de revascularización incompleta) y mayor hemodilución durante la CEC. Se requieren mas estudios para comprender por qué las mujeres experimentan más complicaciones tras cirugía cardíaca.

CO 04 - ESTUDIO DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR: SU UTILIDAD EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA

Isabel Rodríguez Martin[1]

[1] *Hospital Infanta Elena*

Introducción: El diagnóstico de enfermedades pulmonares intersticiales difusas (EPID), entre las que incluimos la sarcoidosis y la neumonititis por hipersensibilidad (NH), supone todo un reto para el personal clínico. Esto es debido a que estas enfermedades suelen presentar una clínica común e inespecífica. Ambas patologías presentan en común el carácter granulomatoso (el 60% de las NH se manifiestan con granulomas), así como la existencia de manifestaciones pulmonares y extrapulmonares comunes, lo cual, dificulta enormemente el diagnóstico etiológico entre ambas.

Objetivo: Realizar un análisis descriptivo retrospectivo del estudio citológico y de las subpoblaciones linfocitarias en el lavado broncoalveolar (BAL) efectuado a pacientes con sarcoidosis y neumonitis por hipersensibilidad en nuestra área hospitalaria. Se persigue demostrar que el lavado broncoalveolar puede presentar patrones celulares típicos de enfermedad, permitiendo discriminar entre diferentes EPID.

Material y métodos: El estudio incluyó a 44 pacientes (N=44), los cuales fueron diagnosticados de NH (N=12) o sarcoidoisis (N=32). A estos pacientes se les realizó un BAL como parte del diagnóstico de EPID. Junto a BAL, se tomó una muestra de sangre periférica y ambas muestras fueron estudiadas por citometría de flujo (citómetro BD FACSCanto II), con el fin de realizar el estudio inmunológico. Este estudio incluyó la identificación y recuento de polimorfonucleares, monocitos y linfocitos (linfocitos T, linfocitos B y células NK; así como las subpoblaciones CD4+ y CD8+). Los resultados fueron relacionados con el diagnóstico de cada paciente.

Resultados: Los resultados en lavado para pacientes con sarcoidosis fueron: 60.93 % (± 20.20) linfocitos, 8.93% (±19.00) monocitos y 30.14% (±16.19) polimorfonucleares. En relación al cociente CD4+/CD8+, hubo un claro aumento de este en BAL. La media en sangre fue 1.08 (±0.59), mientras que en BAL fue 5.34 (±3.75). El 68.9% de los pacientes presentaron un CD4+/CD8+ superior a 3.5. Los resultados presentes en BAL para pacientes con NH fueron: 63.34% (±10.40) linfocitos, 5.00 %(± 0.00) monocitos, 31.66 (±10.40) polimorfonucleares. Además el cociente estaba muy disminuido en BAL: la media CD4+/CD8+ en sangre fue de 2.08 (±1.47), mientras que en BAL fue 0.3 (± 0.119). En ambas patologías puede observarse una alveolitis linfocitaria, pero presentan como diferencia el valor de subpoblaciones CD4+ y CD8+.

Conclusiones: Las enfermedades pulmonares intersticiales (EPID) suponen, en la mayoría de los casos, todo un reto diagnóstico para el clínico. Sin embargo, en el contexto clínico y diagnóstico adecuado, el análisis del lavado broncoalveolar por citometría de flujo resulta útil en el estudio de la enfermedad pulmonar, presentando un alto valor diagnóstico en ciertas patologías como la sarcoidosis y la neumonitis por hipersensibilidad.

CO 05 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR EN EL MUNDO REAL: EL PESO OCULTO DE LAS COMORBILIDADES

Maria Cristina del Milagro Martinez[1]; Eugenia Knorre[1]; Ana Laura Miceli[1]; Graciela Svetliza [1]; Lourdes Posadas Martinez[1]; Rodolfo Pizarro[1]; Emiliano Rossi[1]; Ignacio Bluro[1]

[1] *Hospital Italiano de Buenos Aires*

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad vascular pulmonar inicialmente descrita en mujeres jóvenes sanas. Posteriormente, se identificaron formas que comprometen a pacientes añosos y con mayor carga de enfermedad.ObjetivosIdentificar la prevalencia de comorbilidades en una cohorte de pacientes con HAP.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, de corte transversal, que incluyó pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de hipertensión arterial pulmonar del grupo 1, según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud, confirmado por cateterismo cardiaco derecho.

Resultados: Se incluyeron 80 pacientes. La mediana de edad fué 47.9 años (IQR 28.4-62.3). El 80% eran de sexo femenino. En cuanto a la etiología, 45% fueron idiopáticas, 1% hereditarias, 3% asociadas a drogas y toxinas, 51% asociadas a enfermedades del tejido conectivo, infección por VIH, hipertensión portal, enfermedad cardiaca congénita, esquistosomiasis y el 1% asociadas a enfermedad venooclusiva pulmonar y/o hemangiomatosis capilar pulmonar. De los pacientes reclutados, el 75% presentaba al menos una comorbilidad al momento del diagnóstico. El 22.5% presentaba sólo una, el 16.3% dos, el 12.5% tres y el 6.3% cuatro comorbilidades. El 57% presentó algún factor de riesgo cardiovascular (HTA, DLP, DBT, tabaquismo, obesidad, ERC). Por otro lado, el 10% de los pacientes presentaron comorbilidades asociadas a hipertensión pulmonar (HP) Grupo 2 (fibrilación auricular, coronariopatía o valvulopatía moderada o severa). El 24% comorbilidades asociadas al Grupo 3 (enfermedad pulmonar intersticial (EPI), enfermedad pulmonar obstructiva (EPOC) o asma). Y, el 8%, asociadas al Grupo 4 (tromboembolismo pulmonar).Es de remarcar que en una evaluación exploratoria de la prevalencia de comorbilidades entre pacientes con HAP idiopática vs. de otras etiologías, si bien no se observó una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos (79.5% vs 62.5%; p= 0,18), esta diferencia absoluta de 17% podría tener significancia clínica.

Conclusión: En una cohorte de pacientes con HAP del grupo 1 se observa una importante carga de comorbilidades, muchas de ellas asociadas a otros grupos de la clasificación de la hipertensión pulmonar. Este hallazgo representa un desafío en la práctica clínica cotidiana tanto para el diagnóstico como para la estrategia terapéutica más adecuada para los pacientes. Asimismo, resalta el hecho de que en la vida real los pacientes no se enmarcan perfectamente dentro de la clasificación fisiopatológica actual.

CO 06 - VENTILACIÓN MECÁNICA DOMICILIARIA EN ADULTOS EN ARGENTINA: CONSENSO DELPHI SOBRE PRÁCTICA CLÍNICA Y MODELO DE ATENCIÓN

Eduardo Luis De Vito[1]; Carlos María Franceschini[2]; Miguel Antonio Escobar[3]; Mirta Coronel Cuadra[4]; Guillermo César Montiel[5]; Ada Toledo[6]; Gastón Germán Morel Vulliez[3]; Darío Villalba[7]; Magdalena Veronesi[8]; Alejandro Martínez Fraga[9]; Sergio Javier Arias[10]; Vilma Adriana Tripodoro[11]

[1] Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari; [2] Hospital Cosme Argerich GCBA; [3] Sede Clínica del Parque; [4] Hospital Padilla - Tucumán; [5] Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández; [6] Hospital General de Agudos Dr. Juan A. Fernández GCBA; [7]Sede Clínica del Parque; [8]Sede Santa Catalina; [9]Clínica Zabala; [10]Hospital Central de San Isidro; [11]Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias "Emilio Coni"; Instituto Pallium Latinoamérica

Introducción y objetivo: La ventilación mecánica domiciliaria (VMD) en adultos se expande en Argentina, con heterogeneidad en indicaciones, monitoreo y modelos de atención. Diferencias de acceso, organización y financiamiento limitan la transferencia directa de recomendaciones internacionales. El objetivo fue consensuar aspectos clínicos, técnicos y organizativos de la VMD y generar un marco para el contexto nacional.

Material y método: Estudio Delphi modificado con panel multidisciplinario y participación internacional. Se evaluaron 63 enunciados en ocho áreas: indicaciones y modalidades; efectos clínicos y calidad de vida, incluida supervivencia; interfaces, humidificación y tecnología; organización del sistema y transición al domicilio; monitoreo, controles y ajustes; cuidadores y entorno domiciliario; cuidados paliativos y planificación compartida de la atención; y costos. Se utilizó escala Likert de 1 a 9 en tres rondas anónimas con retroalimentación estadística y cualitativa; los ítems persistentes sin consenso se abordaron mediante grupo nominal virtual. Participaron 59/109 invitados (54.1%) en la primera ronda: 43 médicos, 10 kinesiólogos, 3 de enfermería y 3 cuidadores; respondieron 53/59 (89.8%) en la segunda y 51/59 (86.4%) en la tercera. El grupo nominal reunió a 27/51 elegibles.

Resultados: En la primera ronda, 13 enunciados alcanzaron acuerdo muy alto y 33 alto; uno fue anulado y 16 avanzaron a la segunda. Ocho alcanzaron acuerdo alto y ocho pasaron a la tercera; allí, tres alcanzaron acuerdo alto y los cinco restantes se resolvieron en el grupo nominal, dos con acuerdo muy alto y tres, alto. Los 62 enunciados evaluables alcanzaron finalmente acuerdo alto o muy alto, incluidos tres consensos negativos (alto acuerdo en rechazar el enunciado original). Se respaldó la VMD en enfermedades neuromusculares (ENM), EPOC con hipercapnia crónica y síndrome de hipoventilación por obesidad. Hubo consenso negativo respecto de la indicación de VMD en enfermedad parenquimatosa pulmonar/fibrosis pulmonar no exacerbada y respecto de su beneficio sobre la calidad de vida o la supervivencia en este contexto. Se consensuó un modelo de atención basado en indicación experta, seguimiento interdisciplinario, transición segura al domicilio, entrenamiento de pacientes y cuidadores, monitoreo integrado con oximetría y dióxido de carbono, y telemedicina como complemento. En ENM con hipercapnia diurna, la polisomnografía no se consideró indispensable para indicar o renovar la VMD. También se respaldaron la planificación compartida de la atención, la integración de cuidados paliativos según necesidades, y el reconocimiento de la sobrecarga de los cuidadores y de los costos del cuidado informal.

Discusión y conclusiones: El proceso integró evidencia heterogénea y experiencia clínica en recomendaciones para Argentina. Su principal aporte es establecer componentes mínimos de un programa de VMD seguro, coordinado y centrado en la persona. Este consenso puede armonizar prácticas, orientar programas y servir de base para indicadores de calidad e implementación.

CO 07 - SOBRECARGA VENTRICULAR DERECHA CASI UNIVERSAL EN FIBROSIS PULMONAR COMBINADA CON ENFISEMA: DISOCIACIÓN ENTRE MARCADORES CARDÍACOS COMO HERRAMIENTA DE DETECCIÓN TEMPRANA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR

Hugo Trabadelo[1]

[1] *Clinica San Bernardo*

Introducción y objetivo: Previamente demostramos, en esta misma cohorte, que la zona clínica de fibrosis pulmonar combinada con enfisema (CPFE) concentra el riesgo máximo de hipertensión pulmonar (HTP) del espectro de enfermedad pulmonar difusa (53%). El diagnóstico de certeza de HTP requiere cateterismo derecho, inviable como screening masivo. Evaluamos si dos índices cardíacos derivables de la TC de tórax ya realizada —relación diámetro arteria pulmonar/aorta (AP/Ao) y relación de volumen ventrículo derecho/ventrículo izquierdo (VD/VI)— permiten detectar sobrecarga de cavidades derechas sin estudios adicionales.

Material y método: N=190 pacientes CPFE. Segmentación automatizada de cámaras cardíacas mediante TotalSegmentator (heartchambers_highres). AP/Ao (diámetro) y VD/VI (volumen), punto de corte >1,0. Correlación con el diámetro vascular pulmonar individual (método topológico, misma cohorte), controlando por tamaño corporal (volumen pulmonar).

Resultados: VD/VI estuvo elevado en el 95,8% de los pacientes (mediana 1,28), mientras que AP/Ao lo estuvo en solo el 13,7% (mediana 0,85), una disociación marcada entre ambos marcadores. El volumen de VD correlacionó con el diámetro vascular pulmonar (rho=0,41, p<0,0001), asociación que se mantuvo tras controlar por tamaño corporal (rho=0,39), descartando un simple efecto de escala.

Discusión y conclusiones: La sobrecarga de VD es casi universal en CPFE y precede ampliamente a la dilatación de la arteria pulmonar principal, posicionando a VD/VI como un marcador de screening más sensible y temprano que AP/Ao. Su asociación con la remodelación vascular pulmonar, independiente del tamaño corporal, respalda un vínculo fisiopatológico real entre ambos procesos. Al no requerir estudios adicionales, VD/VI podría incorporarse sistemáticamente en todo informe de TC que identifique fenotipo CPFE, anticipando la derivación a evaluación cardiológica dirigida.

CO 08 - REGISTRO NACIONAL DE SILICOSIS EN ARGENTINA(REARSI): RESULTADOS PRELIMINARES DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO FEDERAL

Pablo Szwarstein[1]; Raquel Irene Pendito[2]; Judit Sappag[3]; Lilian Capone[4]; Vanina Martin[4]; Pilar Rubado[5]; Antonella Gamarra[6]; Susana Azcona[7]; Juan Carlos Bossio[8]; Maria Lujan Noguera[9]; Rosa Benítez[10]; Rita Zurbriggen[11]; Candela Albarracin[12]; Juan Pablo Cuestas[13]; Nolkelys Nemer[14]; Sebastian Lamot[15]; Sergio Arias[16]; Ivan Sanchis[16]; Pamela Dip[11]; Dario Raul Rey[17]

[1] Htal Ramos Mejia . Caba; [2] Instituto Medico Victoria Cordoba; [3] Hospital Italiano . Mendoza; [4] Instituto Vacarezza; [5] Hospital Churruca; [6] Hospital Italiano Cordoba; [7] Hospital Madariaga . Posadas; [8] INER E Coni; [9] Hospital Muniz; [10] Hospital Rural EL hoyo. Chubut; [11]Sanatorio Norte Rosario, Santa Fe; [12]Hospital A Cetrangolo; [13]Hospital Ferrer; [14]Hospital Santojanni; [15]Hospital Castro Rendon Neuquen; [16]INER E CONI; INER E CONI; [17]Hospital Tornu

Introducción: La silicosis continúa siendo una enfermedad ocupacional prevenible de elevada morbimortalidad. La reemergencia de casos asociados a nuevas fuentes de exposición, particularmente la manipulación de piedra artificial, pone de manifiesto la necesidad de contar con información epidemiológica nacional que permita dimensionar la magnitud del problema y orientar estrategias de prevención, vigilancia y diagnóstico precoz.

Objetivos: Describir las características epidemiológicas, ocupacionales, clínicas, funcionales y radiológicas de los primeros pacientes incorporados al Registro Nacional de Silicosis de Argentina.

Material y métodos: Registro nacional multicéntrico, federal, observacional y de cohorte bidireccional (retrospectiva y prospectiva), desarrollado por la Sección de Patología Ocupacional y Ambiental de la Asociación Argentina de Medicina Respiratoria en colaboración con el INER “Dr. Emilio Coni”. Incluira pacientes con diagnóstico de silicosis entre enero de 2020 y diciembre de 2029. Se presentan los resultados correspondientes a los primeros cuatro meses de reclutamiento (abril-julio de 2026).

Resultados: Se incluyeron 52 pacientes; el 98% correspondió al sexo masculino, con una edad media de 53 años. La distribución geográfica comprendió ocho provincias, con mayor número de casos en San Juan (17), provincia de Buenos Aires (11), San Luis (7), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (6) y Córdoba (5). Las principales actividades laborales fueron minería (48%), excavación de túneles (12%), construcción (10%), manipulación de piedra artificial (10%), canteras de granito y cuarzo (8%), industria cerámica (6%), laboratorios dentales (4%), arenado y pulido de metales. La silicosis crónica simple representó el 69% de los casos(36), seguida por silicosis crónica complicada (13%), , acelerada (10%) y aguda (2%); tres pacientes presentaron fibrosis pulmonar asociada. El 48% evidenció alteraciones espirométricas, con predominio de patrones mixto y restrictivo; el VEF1 promedio fue del 66% del valor predicho y cinco pacientes presentaron VEF1 <50%. Las alteraciones tomográficas más frecuentes fueron nódulos con calcificaciones ganglionares (69%), masas de fibrosis masiva progresiva (13%) y reticulación/vidrio esmerilado (17%). Dieciocho pacientes son activamente sintomáticos , presentando disnea y tos persistente. El 20% presentó EPOC, asma o tuberculosis como comorbilidades y cuatro pacientes (8%) hipertensión pulmonar. El 48% correspondió a

trabajadores informales. Durante el seguimiento inicial se registraron tres fallecimientos (6%) y dos pacientes permanecen en lista de espera para trasplante pulmonar.

Conclusiones: Los datos preliminares del Registro Nacional de Silicosis evidencian que la enfermedad continúa representando un importante problema de salud ocupacional en Argentina, con pacientes que presentan compromiso funcional y radiológico avanzado al momento del diagnóstico. La elevada proporción de trabajadores informales y la distribución federal de los casos resaltan la necesidad de fortalecer las políticas de vigilancia epidemiológica, prevención, diagnóstico precoz y acceso oportuno a la atención especializada. El registro constituye la primera herramienta nacional destinada a generar evidencia epidemiológica sistemática para orientar futuras estrategias sanitarias.

CO 09 - RECURSOS Y ESTRATEGIAS AMBULATORIAS DE DIAGNÓSTICO SIMPLIFICADO DE LA APNEA DEL SUEÑO EXPERIENCIA EN 15 AÑOS DE UN HOSPITAL DE COMUNIDAD

Eduardo Borsini[1]; Magali Blanco[1]; Martín Bosio[1]; Alejandro Salvado[1]

[1] *Hospital Británico de Buenos Aires*

Introducción: La apnea obstructiva del sueño (AOS) representa un problema de salud pública. En Latinoamérica la padecen >10% de las mujeres y >20% de los hombres de población adulta, con una preocupante tasa de infra diagnóstico. El objetivo fue describir la evolución de la tecnología, las estrategias y recursos utilizados y la demanda asistencial para el diagnóstico ambulatorio de AOS en un hospital general en los últimos 15 años.

Material y métodos: Estudio retrospectivo descriptivo de un único centro a partir de datos de recolección sistemática entre 2010-2025. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética. Se incluyeron pacientes >18 años evaluados por sospecha clínica de AOS que completaron una poligrafía respiratoria en domicilio (PR). Para comparaciones se utilizaron Kruskal Wallis y χ^2para las categóricas. Se considero significación estadística una p >0.05. Los predictores de AOS clínicamente relevante (IAH >15 ev/h) se identificaron con regresión logística múltiple.

Resultados: La labor diagnostica inició en el hospital central, para replicarse en centros de atención ambulatoria (CAA) formando una red de trabajo operativa de 7 centros satélites. La demanda de PR se ha ido incrementando progresivamente cada año. Los CAA han mostrado crecimiento constante y representan ~40% de los pacientes referidos para PR. Se han utilizado polígrafos básicos, pasando luego a modalidad de red local, hasta llegar a la modalidad con nube (cloud) online y más recientemente a estudios ambulatorios con tecnología super simplificada (oximetría de alta resolución y aplicaciones móviles) con análisis automático basado en deep lerning machine. En el periodo del estudio analizamos datos completos de 15.030 registros domiciliarios. Predominaron hombres (62%) de mediana edad con riesgo elevado de AOS por Berlín (>85%). Las mujeres fueron más jóvenes y con mayor proporción de obesidad (p 0.005). El ronquido, apneas observadas e hipertensión arterial fueron predominantes en hombres (p 0.0001), mientras que las mujeres expresaron más frecuentemente cansancio excesivo (sin diferencias estadísticas en ESS). El 78.6% tuvieron IAH

elevado y 44.3% tuvo IAH >15 ev/h (6655 casos) con mayor representación en hombres (p 0.0001). Los predictores de AOS relevante clínicamente fueron; ronquido (OR: 1.45, p 0.0001), apneas observadas (OR: 1.59, p 0.001), hipertensión arterial (OR: 1.17, p 0.0001), IMC ≥30 kg/m2 (OR: 2.58, p 0.0001), edad >55 años (OR: 1.88, p 0.0001) y sexo masculino (OR: 2.30, p 0.0001).

Conclusiones: En 15 años asistimos a un aumento en la derivación de pacientes por sospecha clínica de AOS. Dos de cada 3 hombres roncadores con obesidad y >55 años tuvieron AOS clínicamente relevante y fueron candidatos a CPAP. La demanda de estudios domiciliarios de diagnóstico ha mostrado crecimiento sostenido y la evolución tecnológica nos ha introducido al diagnóstico remoto, uso de algoritmos complejos y estrategias telemáticas.

CO 10 - FENOTIPOS CLÍNICOS POR SEXO EN APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES HIPERTENSOS

Eduardo Borsini[1]; Miguel Schiavone[1]; Horacio Avaca[1]; Magali Blanco[1]; Alejandro Salvado[1]

[1] *Hospital Británico de Buenos Aires*

Introducción y objetivo: Este estudio tiene como objetivo identificar presentaciones clínicas de apnea obstructiva del sueño (AOS) en pacientes de ambos sexos derivados a una unidad de hipertensión arterial de un hospital general, con el fin de identificar grupos emergentes, incluyendo la magnitud de la hipoxemia nocturna.

Material y método: Estudio transversal en pacientes adultos derivados para el manejo de la hipertensión por cardiología, quienes completaron cuestionarios estandarizados sobre síntomas de AOS y completaron una poligrafía respiratoria autoadministrada en domicilio.Se realizó un análisis de conglomerados mediante algoritmo K-Means para identificar fenotipos alternativos y asignar a todos los pacientes a un grupo específico según; sexo, edad, ESS, IMC (kg/m²), circunferencia del cuello > 40 cm (mujeres) o > 42 cm (hombres), hipertensión, índice de apnea/hipopnea (IAH) y tiempo de saturación de O2 inferior a 90%. Este enfoque implicó segmentar la población sin definiciones clínicas preestablecidas, basándose únicamente en patrones estadísticos emergentes de datos disponibles. Se utilizó la distancia euclidiana al cuadrado como medida de similitud. El número óptimo de grupos (k) se determinó mediante múltiples iteraciones utilizando el método del codo, lo que indicó que una solución de tres grupos proporcionaba la mejor separación clínica y estadística.

Resultados: Se incluyeron 1.762 pacientes, 37.8% (n: 666) con AOS moderada a grave (IAH >15 eventos/h). Predominaron los hombres (n: 487; 73.1%). La mediana de edad fue 58 años (50–67), IMC de 33 kg/m² (29–37), el 71% tenía obesidad, el ESS fue 6 (3–9) y el 94.6% clasificó como alto riesgo según Berlín. Identificamos tres fenotipos en mujeres: “grave y sintomática” (n: 52), “obesa joven” (n: 51) y “asintomática mayor” (n: 76). En hombres, se identificaron tres fenotipos: «hipoxemia grave» (n: 66), «hipoxemia leve en hombres mayores» (n: 260) y «AOS con factores anatómicos» (n: 161).

Conclusiones: El enfoque de segmentación sin definiciones preestablecidas identificó tres grupos clínicamente relevantes por sexo, facilitando la priorización al resaltar variables clínicas clave.

CO 11 - TUBERCULOSIS PULMONAR FARMACORRESISTENTE PRIMARIA EN GUATEMALA: PREVALENCIA, PATRONES DE RESISTENCIA Y ALERTAS EPIDEMIOLÓGICAS EN UN CENTRO DE REFERENCIA, 2017–2024

Dylan Maldonado[1]; Edgar Contreras[1]; Johanna Melendez[2]; Maynor Palma[1]

[1] Unidad de Neumología, Hospital Roosevelt, Guatemala; [2] Clínica de Tuberculosis, Hospital Roosevelt, Guatemala

Introducción: La tuberculosis pulmonar farmacorresistente (TB-DR) representa una de las mayores amenazas para la seguridad sanitaria mundial. La Organización Mundial de la Salud (OMS) subraya la importancia del diagnóstico temprano mediante pruebas moleculares rápidas como el Xpert MTB/RIF.

Objetivos: Describir la prevalencia y los patrones de TB-DR primaria en el Hospital Roosevelt de Guatemala.

Material y método: Estudio de cohorte retrospectiva con muestreo no probabilístico consecutivo (2017–2024). Se incluyeron pacientes con datos clínicos y radiológicos compatibles con TB pulmonar a quienes se realizó videobroncoscopia flexible con lavado bronquial, cultivo en sistema MGIT y prueba Xpert MTB/RIF para Mycobacterium tuberculosis (Mtb). La confirmación de infección por Mtb y los patrones de resistencia se estableció mediante cultivo positivo (MGIT con confirmación por pruebas genotípicas) y/o Xpert MTB/RIF positivo, utilizando criterio complementario entre ambas pruebas. El análisis estadístico fue descriptivo y analítico; se calculó prevalencia y se compararon patrones de resistencia según sexo. Se consideraron significativos valores de $p < 0.05$. El estudio fue avalado por el comité de investigación institucional.

Resultados: Se incluyeron 330 sujetos (197 hombres, 133 mujeres; edad media 42 años). El diagnóstico de infección por Mtb se confirmó en 248 sujetos por cultivo en MGIT y en 315 por Xpert MTB/RIF; ambas pruebas fueron complementarias y no excluyentes. La prevalencia de TB-DR primaria fue del 5% (n=16). Los patrones de resistencia más frecuentes fueron: resistencia a fluoroquinolonas (n=8), monorresistencia (n=3), TB-MDR (n=3), TB pre-XDR (n=1) y TB-XDR (n=1). El análisis por sexo no reveló diferencias estadísticamente significativas ($p=0.65$).

Conclusiones: La prevalencia de TB-DR primaria en nuestro centro (5%) supera la media global reportada por la OMS en 2023 (3.2%), y es concordante con el incremento de resistencia a fluoroquinolonas documentado por la OPS en las Américas. La identificación de casos pre-XDR y XDR constituye una alerta epidemiológica de alto impacto para Guatemala. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer la vigilancia activa de resistencia, ampliar el acceso a

pruebas moleculares de segunda línea y desarrollar estrategias programáticas nacionales para el manejo oportuno de TB-DR en el país.

CO 12 - ADHERENCIA A LARGO PLAZO AL TRATAMIENTO CON PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AÉREA: FACTORES ASOCIADOS EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Grecia Lorena Aparicio Altamirano[1]; Florencia Santtia[1]; Jhoel Edson Vedia Torrez[1]; Ramiro Rojas[1]; Matias Scafati[1]

[1] *Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú*

Introducción y objetivo: La apnea obstructiva del sueño es un trastorno respiratorio frecuente asociado con un incremento de la morbimortalidad cardiovascular y un deterioro significativo de la calidad de vida. La presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) constituye el tratamiento de elección; sin embargo, la adherencia terapéutica continúa siendo uno de los principales desafíos para alcanzar sus beneficios clínicos. Nuestro objetivo es evaluar la adherencia al tratamiento con CPAP a largo plazo y su asociación con variables clínicas.

Material y método: Se realizó un estudio observacional, analítico, retrospectivo y longitudinal en pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de apnea obstructiva del sueño que iniciaron tratamiento con CPAP entre octubre de 2010 y noviembre de 2022, atendidos en el laboratorio de sueño del Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se analizaron variables demográficas, antropométricas, clínicas y de estudios de sueño, además de variables relacionadas con el tratamiento y el seguimiento. La adherencia se definió como el uso del dispositivo durante ≥4 horas por noche en al menos el 70 % de las noches registradas. Se efectuó un análisis bivariado para identificar factores asociados a la adherencia.

Resultados: Se obtuvieron datos completos de 139 pacientes con edad media de 59,5 años y 64,8% de sexo masculino. La media de seguimiento fue de 4.96 años. La adherencia fue del 44,6% a los 3 meses, 45,3% al año y 43,9% en el último control disponible. La realización de tres o más controles durante el primer año se asoció significativamente con una mayor adherencia al año (OR 2,88; IC95%: 1,43-5,79; p = 0,002) y a largo plazo (OR 1.95; IC95% 0.98-3.87; p=0.05). Asimismo, la adherencia a los 3 meses fue un fuerte predictor de la adherencia al año (OR 10,15; IC95 %: 4,64-22,2; p < 0,001) pero no a largo plazo.

Discusión y conclusiones: La adherencia alcanzada durante los primeros meses del tratamiento constituyó el principal predictor de la continuidad terapéutica al año. Asimismo, un mayor número de controles durante el primer año se asoció con una mejor adherencia, resaltando la importancia del seguimiento clínico precoz. En contraste, las variables demográficas, antropométricas y clínicas analizadas no mostraron asociación significativa con la adherencia. Estos resultados aportan evidencia local sobre la evolución de la adherencia al tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea y respaldan la implementación de estrategias de seguimiento temprano orientadas a optimizar la continuidad del tratamiento. Considerando la heterogeneidad clínica de la apnea obstructiva del sueño, es probable que la adherencia terapéutica responda a la interacción de múltiples factores; por ello, se requieren

estrategias de seguimiento e intervención personalizadas para mejorar el cumplimiento del tratamiento.

CO 13 - DEMORA EN EL ACCESO A LA TERAPIA BIOLÓGICA Y SU IMPACTO SOBRE LA REMISIÓN CLÍNICA A 3 AÑOS EN ASMA GRAVE

Fernando Saldarini[1]; Lisseth Thalia Mora Crespo[1]; Marcelo Celso Echeverria Oviedo[1]; Matias Bertozzi[1]; Norkelys Nemer[1]; Valeria Brichetti[1]; Cyntia Guzmán[1]; Valeria Dávila[1]; Lucrecia Loprete[1]; Medinacelli Eduardo[1]; Paula Cipka[1]

[1] *Hospital Donación Francisco Santojanni*

Introducción: El tratamiento tradicional del asma grave requiere altas dosis de corticoides inhalados y combinaciones con LABA/LAMA lo que implica una elevada carga terapéutica. Si bien la terapia biológica reduce las exacerbaciones y el requerimiento de corticoides orales, la evidencia sobre la desescalado de la terapia inhalatoria — el retiro de LAMA y la reducción de corticoides inhalados en el paso de triple a doble esquema— es limitada en la práctica en vida real.

Objetivo: Determinar la proporción de pacientes con asma grave bajo biológico en quienes fue posible reducir la terapia inhalatoria de triple a doble terapia a 3 años, comparar su evolución con una cohorte sin biológico y evaluar el impacto en el control de la enfermedad.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo en una cohorte de vida real en un consultorio de asma grave en el Hospital Francisco. F. Santojanni. La cohorte de estudio estuvo conformada por 113 paciente de los cuales se analizaron a 59 pacientes con asma grave divididos en dos grupos: con biológico (n = 29) y sin biológico (n = 30), evaluando el cambio en el esquema inhalatorio a los 3 años. En la subcohorte con biológico que partía de triple terapia (n = 22), se compararon los desenlaces a los 36 meses entre quienes descendieron a doble terapia (n = 14) y quienes mantuvieron triple terapia (n = 8).

Resultados: En el grupo con biológico, el requerimiento de triple terapia descendió del 75,9 % al 27,6 % ($p < 0,001$), alcanzando una tasa de desescalada exitosa del 63,6 % (14/22) en quienes partían de dicho esquema, sin re-escalamientos. A los 3 años, los pacientes que descendieron a doble terapia mostraron mayor control sintomático (ACT mediana 25 vs. 21; $p = 0,004$; 100 % vs. 75 % controlados), menor tasa de exacerbaciones/año (mediana 0 vs. 1; $p = 0,011$; 64,3 % vs. 12,5 % libres de exacerbaciones). El 100% de la cohorte logró la suspensión de corticoides orales.

Conclusiones: La desescalada de triple a doble terapia – Retiro de LAMA y CI de alta a media es segura y viable a 3 años, preservando el control sintomático y con bajas tasas de exacerbaciones a diferencia de la cohorte sin biológico, que no pudo reducir el esquema . El VEF1 conservado es el principal predictor del éxito para el descenso, mientras que un VEF1 disminuido, sugestivo de remodelado, justifica sostener la triple terapia. Esta simplificación optimiza la adherencia y reduce la carga del tratamiento en la salud pública. Palabras clave:

Asma grave, Agentes biológicos, Descenso de tratamiento, LAMA, Antagonistas muscarínicos de larga acción, Vida real.

CO 14 - COBERTURA SANITARIA Y DEMORA HASTA EL INICIO DE LA TERAPIA BIOLÓGICA EN ASMA GRAVE: UNA COHORTE DE VIDA REAL

Fernando Saldarini[1]; Lisseth Thalia Mora Crespo[1]; Marcelo Celso Echeverria Oviedo[1]; Matias Bertozzi[1]; Joan Dapeña[1]; Davila Maria Valeria[1]; Lucia Anabela Pez[1]; Nolkelys de los Ángeles Nemer Pelayo[1]; Marcela Leonor Cilio[1]; Lucia Tapia[1]

[1] *Hospital Donación Francisco Santojanni*

Introducción y objetivo: El acceso a los tratamientos biológicos para el asma grave puede estar condicionado por circuitos administrativos y pagadores. El objetivo fue comparar la demora desde la indicación hasta la primera dosis según la cobertura sanitaria presente al inicio del trámite y explorar su relación con las exacerbaciones ocurridas durante la espera.

Material y método: Estudio observacional, analítico, retrospectivo y de vida real. Se incluyeron 58 pacientes con asma grave tratados con biológicos, con cobertura basal y demora observadas. La cobertura se clasificó en obra social, prepaga o sin cobertura. La demora se definió como los meses entre la indicación médica y la primera administración; 0 indicó inicio inmediato. Se aplicaron Kruskal-Wallis con verificación por 100.000 permutaciones, Wilcoxon con corrección de Holm y diferencias de medianas con intervalo de confianza del 95% (IC95%) por bootstrap. Se realizó un ajuste exploratorio por edad, sexo y exacerbaciones basales, con análisis de sensibilidad binomial negativa. Las exacerbaciones durante la espera se evaluaron mediante Spearman y un modelo de tasas negativo-binomial con los meses de exposición como offset.

Resultados: Treinta pacientes (51,7%) tenían obra social, 16 (27,6%) prepaga y 12 (20,7%) no tenían cobertura. La demora global fue 4 [RIC 2–6] meses y un paciente inició inmediatamente. Las medianas fueron 3,5 [2–8] meses con obra social, 2,5 [1–6] con prepaga y 4 [3,5–6] sin cobertura. La diferencia global no fue concluyente (H=3,87; p=0,144; p por permutación=0,140; epsilon cuadrado=0,034). Prepaga versus obra social mostró una diferencia de −1 mes (IC95% −4 a 1,49; p de Holm=0,253). El ajuste mantuvo la dirección para prepaga (razón geométrica de demora+1=0,69; IC95% 0,44–1,07; p=0,095), concordante con la sensibilidad binomial negativa (razón de meses=0,66; IC95% 0,41–1,05; p=0,078); sin cobertura no difirió de obra social en el ajuste (razón=1,03; IC95% 0,69–1,52; p=0,895). En 57 pacientes (un dato faltante), las exacerbaciones durante la espera fueron 1 [1–2] y no difirieron de manera concluyente entre coberturas (p=0,073). El modelo de tasas por mes de exposición tampoco mostró diferencias concluyentes (prepaga vs obra social IRR=0,52; IC95% 0,21–1,28; p=0,156; sin cobertura IRR=0,74; IC95% 0,32–1,74; p=0,494). Una mayor demora se correlacionó con más exacerbaciones (rho=0,625; p<0,001).

Conclusiones: En esta cohorte exploratoria de vida real no se detectaron diferencias globales estadísticamente concluyentes en la demora según cobertura. La menor demora observada con prepaga fue consistente entre análisis, pero los IC95% incluyeron la ausencia de efecto y

no permiten afirmar diferencias ni equivalencia entre coberturas. El tamaño de los subgrupos (16 y 12 pacientes) limita el poder para detectar efectos moderados, por lo que la ausencia de significación no descarta diferencias reales. Una espera más prolongada se asoció con más exacerbaciones, aunque parte de esta relación puede depender del mayor tiempo en riesgo, según se observó en el modelo de tasas. Estos hallazgos justifican estudios prospectivos, multicéntricos y de mayor tamaño que registren las etapas administrativas del acceso para identificar puntos de intervención y mejorar la equidad.

CO 15 - LA POLIPOSIS NASAL IDENTIFICA UN PERFIL DE INFLAMACIÓN TIPO 2 EN ASMA GRAVE: ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE VIDA REAL

Fernando Saldarini[1]; Lisseth Thalia Mora Crespo[1]; Marcelo Celso Echeverria Oviedo[1]; Matias Bertozzi[1]; Joan Dapeña[1]; Marcela Leonor Cilio[1]; Maria Valeria Davila[1]; Dimitra Farace Tsardikos[1]; Valeria Brichetti[1]

[1] *Hospital Donación Francisco Santojann*

Introducción y objetivo: La poliposis nasal es una comorbilidad frecuente en el asma grave y se asocia con inflamación tipo 2 (T2). Su relación con el perfil clínico y la evolución funcional en cohortes de práctica real no está bien definida. El objetivo fue comparar biomarcadores y características clínicas basales de pacientes con y sin poliposis nasal y, en forma secundaria, describir su evolución a tres años.

Material y método: Estudio observacional de una cohorte argentina de adultos con asma grave. Se compararon pacientes con y sin poliposis nasal. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico (RIC) y se analizaron con la prueba U de Mann-Whitney; las categóricas, como n (%) con prueba exacta de Fisher. El número de casos varía por disponibilidad del dato en cada variable. En quienes disponían de mediciones al ingreso (T0) y al tercer año (T3) se calculó el cambio individual del Asthma Control Test (ACT), del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) y de las exacerbaciones, comparado entre grupos con Mann-Whitney. Las comparaciones fueron exploratorias, sin ajuste por multiplicidad.

Resultados: Se incluyeron 108 pacientes (mediana de edad 52,5 años; 78 [72,2%] mujeres); 29 (26,9%) tenían poliposis nasal. Los pacientes con poliposis presentaron mayor FeNO (45 [RIC 27-67] vs 31,5 [14,3-44] ppb; p=0,0045) y más eosinófilos (536 [318-742] vs 262 [162-485] células/µL; p=0,0007). No hubo diferencias basales en FEV1 (70,5 [58,5-85] vs 62 [49,8-80] %), ACT (15 [12-16] vs 14 [12-16] puntos) ni exacerbaciones (4 [4-7] vs 6 [4-7] por año) (todos p>0,2). Entre los 58 pacientes con mediciones en T0 y T3 (18 con poliposis, 40 sin), los cambios medianos fueron similares: ACT +7 vs +8 puntos (p=0,774); FEV1 +13,0 vs +11,5 puntos porcentuales (p=0,674); exacerbaciones -5 vs -5 por año (p=0,946). Al inicio recibían biológicos 21/25 (84%) pacientes con poliposis y 38/65 (58%) sin poliposis.

Discusión y conclusiones: En esta cohorte de asma grave, la poliposis nasal se asoció con mayor FeNO y eosinofilia basal, pero no con diferencias clínicas o funcionales basales. Entre quienes tenían mediciones en T0 y T3, los cambios de ACT, FEV1 y exacerbaciones fueron

similares en ambos grupos. Estos hallazgos son compatibles con la poliposis nasal como indicador clínico de inflamación T2. El análisis longitudinal es descriptivo y está limitado por el tamaño muestral, los datos faltantes y el uso diferencial de biológicos.

CO 16 - EVALUACIÓN COMPARATIVA IN VITRO DEL DESEMPEÑO AERODINÁMICO DE AEROCÁMARAS PEDIÁTRICAS UTILIZADAS CON INHALADORES DE SALBUTAMOL Y FLUTICASONA

Yamila de Charras[1]; Nerea Sosa[2]; Diego Bertin[1]; María Verónica Ramírez Rigo[1]

[1] Planta Piloto de Ingeniería Química, PLAPIQUI (CONICET-UNS), Bahía Blanca; [2] EEST N°1, "Almirante Ramón González Fernández", Punta Alta

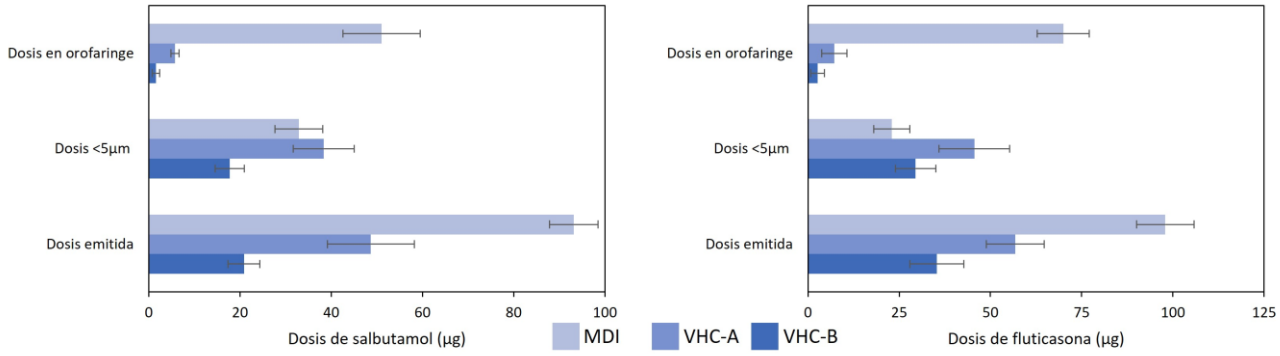
introducción y objetivo: Las aerocámaras (VHC) son recomendadas para optimizar la administración de inhaladores de dosis medida (MDI), favoreciendo el transporte de partículas respirables y disminuyendo la deposición orofaríngea1. Sin embargo, existe escasa información sobre el desempeño aerodinámico de dispositivos de fabricación nacional disponibles en el mercado. El objetivo de este trabajo fue comparar el desempeño aerodinámico de dos aerocámaras cilíndricas, una de referencia (VHC-A) y otra de fabricación nacional (VHC-B), bajo un caudal inspiratorio pediátrico.

Materiales y métodos: Se evaluaron MDI de salbutamol (100 µg) y fluticasona (125 µg) administrados solos y asociados a dos aerocámaras cilíndricas (VHC-A y VHC-B) con válvula inspiratoria anular. Los ensayos se realizaron mediante un impactador de cascada de nueva generación a 15 L/min (representativo de las condiciones inspiratorias pediátricas). Se determinaron la dosis emitida, y los principales parámetros de desempeño aerodinámico del aerosol, incluyendo la relación partículas finas/gruesas e IMDI-CI como índice integrador de la capacidad del dispositivo para favorecer la fracción respirable y reducir las partículas gruesas2. Las diferencias se analizaron mediante ANOVA ($p<0,05$).

Resultados: En ambos fármacos, las aerocámaras mejoraron significativamente el desempeño aerodinámico respecto del MDI, reduciendo la deposición orofaríngea (desde 50-60%, hasta aproximadamente 2-6%) e incrementando la fracción de partículas finas hasta un 80%, sin modificar el MMAD y con una leve disminución del GSD. Aunque la aerocámara B emitió una dosis emitida significativamente menor que A (20,9±3,5 vs 48,7±9,5 µg para salbutamol y 35,3±7,4 vs 56,8±7,9 µg para fluticasona), conservó una calidad aerodinámica comparable y mostró una mayor selectividad en la entrega de partículas respirables. Esto se reflejó en los mayores valores de la relación partículas finas/gruesas y del índice IMDI-CI para ambos fármacos (13,4 vs 7,0 en salbutamol y 22,0 vs 15,8 en fluticasona), aun cuando la dosis fina absoluta fue inferior a la obtenida con la aerocámara A.

Discusión y conclusiones: En ambos fármacos, las aerocámaras mejoraron significativamente la calidad aerodinámica del aerosol respecto del MDI. Aunque la aerocámara B presentó una menor dosis emitida, mantuvo una elevada eficiencia en la selección de partículas respirables, reflejada por los mayores valores de IMDI-CI. Estos resultados demuestran que la dosis emitida por sí sola no describe el desempeño de una aerocámara y que el IMDI-CI aporta información

complementaria sobre la calidad del aerosol. Hasta donde conocemos, este es el primer estudio que caracteriza el desempeño aerodinámico de una aerocámara de fabricación nacional comercial utilizando dos formulaciones inhaladas bajo un patrón inspiratorio pediátrico. Estos resultados aportan evidencia objetiva para la evaluación comparativa y selección de aerocámaras.



CO 17 - EVALUACIÓN DEL RIESGO DE REQUERIR INTUBACIÓN TEMPRANA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD ONCOHEMATOLÓGICA: DESARROLLO DE UNA HERRAMIENTA DE PREDICCIÓN PRELIMINAR

Romina Amelia Pratto[1]; Malena Paula Loustau[1]; Anahí Zurra[1]; Gonzalo Antonini[1]; Ramiro Gómez[1]; Luciano Fabaro[1]; Camila Belén Domínguez[1]; Alfredo Dante Intile[1]; Gustavo Adrián Plotnikow[2]; Juan Pablo Wisnivesky[3]; Daniela Noris Vasquez[1]; Bruno Leonel Ferreyro[4]

[1] Sanatorio Anchorena Recoleta; [2] Hospital Británico de Buenos Aires; [3] Icahn School of Medicine at Mount Sinai; [4] Sinai Health System and University Health Network

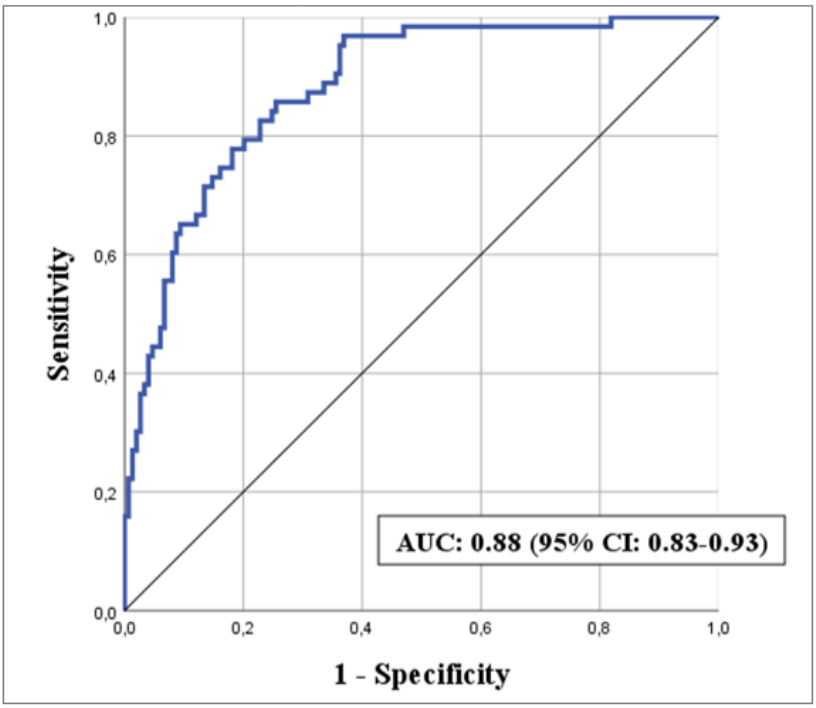
Introducción: La decisión de intubar e iniciar ventilación mecánica invasiva (VMI) en pacientes con enfermedad oncohematológica deben considerar los posibles riesgos y beneficios. El objetivo de este estudio es evaluar potenciales factores de riesgo de requerir VMI al inicio de la terapia intensiva y desarrollar un modelo predictivo preliminar para detectar el requerimiento de VMI en las primeras 24 horas desde el ingreso a la unidad de cuidados intensivos (UCI).

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes mayores de 17 años con enfermedad oncohematológica y dificultad respiratoria, que ingresaron a UCI en un centro de atención terciaria de Buenos Aires, entre enero de 2018 y diciembre de 2024. Los factores de riesgo para la VMI estudiados incluyeron las características sociodemográficas, factores relacionados con la enfermedad de base, el diagnóstico al ingreso a la UCI, así como resultados del examen físico y valores de laboratorio al momento del ingreso a la UCI. Se realizó regresión logística para identificar predictores independientes del riesgo de requerir VMI y se utilizaron las probabilidades predichas por el modelo creado para desarrollar una herramienta de predicción preliminar. Se realizó una validación cruzada interna de la precisión diagnóstica del modelo utilizando las muestras obtenidas mediante bootstrap.

Resultados: El estudio incluyó a 214 pacientes; la edad promedio fue de 54,7 ± 17,5 años y el 59 % eran hombres. En total, el 30 % de los pacientes fueron intubados en las primeras 24 horas. Las características sociodemográficas y las relacionadas con el cáncer no difirieron significativamente entre los pacientes que requirieron VMI temprana y los que no (p > 0,05 en todas las comparaciones). Si se encontraron diferencias en las puntuaciones de gravedad al ingreso a UCI (p < 0,001 en todas las comparaciones), frecuencia respiratoria elevada (p < 0,001), pH más bajo (p = 0,004) y niveles de lactato más altos (p = 0,02). Una herramienta de predicción que incorpora la edad (odds ratio [OR]: 1,02; intervalo de confianza [IC] del 95 %: 1,01-1,05), la frecuencia respiratoria (OR: 1,22; IC del 95 %: 1,14-1,31) y el valor del SOFA al ingreso (OR: 1,39; IC del 95 %: 1,23-1,58) se asociaron de manera independiente con la necesidad de VMI temprana. El modelo de predicción tuvo un área bajo la curva (AUC) de 0,88 (IC del 95 %: 0,83-0,93), Figura 1. La validación interna cruzada mostró un AUC de 0,88 (IC del 95 %: 0,83-0,92).

Conclusiones: Los pacientes con neoplasias hematológicas que ingresan con taquipnea, falla multiorgánica y mayor edad, tienen un riesgo aumentado de requerir ventilación mecánica invasiva temprana. Este modelo de predicción preliminar basado en variables de evaluación rutinaria en UCI podría ayudar en la toma de decisiones sobre esta población específica de pacientes críticos. Estudios futuros deberían refinar y validar externamente el modelo de predicción en una muestras más amplias.

Figura 1. Curva ROC del modelo predictivo



CO 18 - TRAYECTORIA LONGITUDINAL DE LAS EXACERBACIONES Y FUNCIÓN PULMONAR A 3 AÑOS EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON ASMA GRAVE

Fernando Saldarini[1]; Lisseth Thalía Mora Crespo[1]; Valeria Brichetti[1]; Cyntia Guzmán[1]; Celso Marcelo Echeverria[1]; Norkelys Nemer Pelayo[1]; Matias Bertozzi[1]; Valeria Dávila[1]; Nerina Rodríguez[1]; Eduardo Medinacelli[1]

[1] *Hospital Donación Francisco Santojanni*

Introducción: El asma grave afecta entre el 3% y 5% de los pacientes asmáticos y cursa con mal control pese a dosis altas de corticoides inhalados (CI) y broncodilatadores de larga acción. Las exacerbaciones frecuentes constituyen un factor de riesgo independiente de deterioro acelerado del FEV-1. Los biológicos han transformado el manejo de los pacientes en asma grave demostrando eficacia en ensayos clínicos; pero se requiere mayor evidencia de vida real sobre su impacto a largo plazo.Objetivos: Analizar la trayectoria longitudinal a 3 años de la tasa de exacerbaciones anuales y de los parámetros espirométricos en una cohorte de pacientes con asma grave, comparando la evolución entre quienes recibieron terapia biológica y quienes continuaron con tratamiento convencional.

Material y método: Estudio observacional, analítico y retrospectivo en N = 113 pacientes adultos seguidos durante 36 meses (2022-2025) en el consultorio especializado del Hospital Francisco F. Santojanni. De la cohorte, 62 pacientes (54.9%) recibieron terapia biológica (omalizumab, mepolizumab, benralizumab o dupilumab) adicionada al tratamiento optimizado, y 51 (45.1%) tratamiento convencional (ICS/LABA ± LAMA). Se registraron el FEV-1 (% predicho) y las exacerbaciones en cuatro puntos temporales (T-0 Basal, T-1 Año 1, T-2 Año 2 y T-3 Año 3). Se utilizaron Modelos Mixtos de Efectos Aleatorios (LMM) para el análisis de la trayectoria longitudinal.

Resultados: En el momento basal (T-0), ambos grupos presentaron un FEV-1 similar (64.92% ± 19.00 con biológico vs. 66.33% ± 22.08 sin biológico; p = 0.680). Aunque ambos esquemas mostraron mejoría funcional en el tiempo, el grupo con biológico presentó una ganancia de FEV-1 significativamente más acelerada al primer año (Δ FEV-1 +13.66% vs. +8.37%; p = 0.049), sosteniendo una meseta estable de 78% hasta el año 3. En relación a las exacerbaciones, el grupo biológico partía de una mayor carga basal (5.81 ± 2.41 vs. 4.78 ± 2.72 crisis/año). Al término de los 3 años, los pacientes tratados con biológicos alcanzaron una supresión más pronunciada y sostenida (-5.13 crisis/año vs. -3.67 crisis/año; p < 0.05), logrando una media de 0.68 ± 0.86 eventos/año en T-3.

Conclusión: En la práctica real, la incorporación de terapia biológica en el asma grave no solo logra una supresión profunda y sostenida de las exacerbaciones a los 3 años, sino que acelera significativamente la recuperación del FEV-1 desde el primer año, posicionándose como estrategia clave para modificar el curso de la enfermedad. El grupo convencional tambien mejoró, lo que refleja el valor del abordaje estructurado en un consultorio especializado.

CO 19 - DISOCIACIÓN ENTRE FUNCIÓN MOTORA Y FALLO VENTILATORIO EN ELA: ¿UN PERFIL CLÍNICO DIFERENTE?

Romina Fernández[1]; Martín Sívori[1]; Gabriel Rodríguez[1]; Natalia Bohórquez[1]; Nicolás Braguinsky[1]; Viviana Duek[1]; María Pasman[1]

[1] *Hospital General de Agudos Dr. J. M. Ramos Mejía*

Introducción: La Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que genera atrofia y parálisis de músculos esqueléticos, incluidos los respiratorios. Aunque la velocidad de progresión es variable, el patrón es predecible: el fallo ventilatorio (FV) suele presentarse en etapas avanzadas. Sin embargo, algunos pacientes con inicio espinal o bulbar requieren ventilación mecánica (VM) mientras la marcha permanece relativamente preservada. El objetivo fue determinar si estos pacientes presentan un perfil clínico diferente respecto de aquellos que inician VM después de perder la marcha.

Material y método: Estudio retrospectivo de pacientes con ELA. Se seleccionaron pacientes con inicio espinal o bulbar que recibieron VM. Se definió como FV temprano al inicio de VM previo a la pérdida de la marcha y como tardío al inicio posterior. Se registraron datos demográficos, escala ALSFRS-R, CVF, Pimáx, PaCO2, síntomas (disnea, ortopnea, cefalea y somnolencia diurna), peso e IMC. Las variables continuas se expresaron como mediana y rango intercuartílico y se compararon mediante prueba Mann-Whitney; las categóricas se analizaron mediante chi cuadrado. Se consideró estadísticamente significativo un p-valor 9,6 kg/año se asoció a FV temprano (OR 3,39; IC95% 1,1-10,3). Al iniciar la VM, presentaban mayor puntuación ALSFRS-R: 27 vs 20,5 puntos (p< 0,001), mayor CVF: 53,5% vs 39,5% del predicho (p=0,01) y mayor Pimáx: 44% vs 29% del predicho (p=0,02). Pese a presentar mayor CVF y Pimáx, mostraron mayor PaCO2: 47,1 vs 42,9 mmHg (p=0,0005) y mayor frecuencia de somnolencia: 64% vs 37,3% (p=0,02).

Discusión y conclusiones: Los pacientes que inician VM antes de perder la marcha presentan una disociación entre la relativa preservación motora y el compromiso ventilatorio. La pérdida ponderal acelerada se asoció con el FV temprano y podría constituir una señal clínica que permita identificar pacientes que requieren un seguimiento respiratorio más estrecho, aun cuando la marcha y la función motora global permanezcan relativamente preservadas.

CO 20 - INCIDENCIA DE COMPLICACIONES DE LA MANIOBRA DE APERTURA ALVEOLAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS EN VENTILACIÓN MECÁNICA CON SÍNDROME DE DISTRÉS RESPIRATORIO: ESTUDIO DE COHORTE PROSPECTIVO

José García Urrutia[1]; Belén Castelli[1]; Federico Puzzo[1]; Airel Jaureguy[1]; Leila Menta[1]; Evangelina Campos[1]; Rocio Amoza[1]; Gimena Barco[1]; Diaz-Ballve Ladislao[1]

[1] *Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner*

Introducción: El síndrome de dificultad respiratoria aguda pediátrica (SDRAP) es una entidad clínica heterogénea con alta morbimortalidad en las unidades de cuidados intensivos

pediátricos. La ventilación mecánica con presión positiva al final de la espiración (PEEP) es fundamental para mejorar la oxigenación y prevenir el colapso alveolar. Sin embargo, la titulación de la PEEP suele basarse en criterios arbitrarios y prácticas locales, ya que ningún método ha demostrado superioridad clínica consistente. En este contexto, se desarrolló un protocolo institucional de titulación de PEEP en pacientes pediátricos con SDRAP bajo ventilación mecánica invasiva, con el objetivo de estandarizar su aplicación.

Objetivo: Analizar la incidencia global de complicaciones de una maniobra de apertura alveolar y titulación de PEEP (MAA y P) en pacientes pediátricos con síndrome de distrés respiratorio.

Material y métodos: Estudio de cohorte prospectivo realizado en la Unidad de Terapia Intensiva Pediátrica del Hospital Cuenca Alta Néstor Kirchner. Se registraron las complicaciones durante la maniobra y hasta cuatro horas posteriores a su realización. Como variables secundarias se analizaron los cambios en la presión positiva al final de la espiración (PEEP), la presión pico (Ppi), la presión plateau (Ppl), la presión de conducción (DP), la compliance del sistema respiratorio (Crs), la resistencia inspiratoria máxima (Rimax), la saturación de oxígeno (SpO_2), la presión arterial media (TAM), el índice de oxigenación (IO) y el requerimiento de vasoactivos.

Resultados: Se analizaron 56 maniobras en 19 pacientes pediátricos, La incidencia global de complicaciones fue del 7,1%, con episodios de hipotensión o desaturación observados durante la maniobra, sin registrarse arritmias, paro cardiorrespiratorio ni fuga aérea pulmonar. Se evidenció una mejoría significativa en la mecánica pulmonar, caracterizada por un aumento de la PEEP y de la Crs, junto con una disminución de la DP (todas $p < 0,001$). Asimismo, la SpO_2 aumentó significativamente ($p < 0,001$) y el IO disminuyó significativamente ($p = 0,004$). No se observaron cambios significativos en la TAM, la Rimax, la Ppi ni la Ppl.

Conclusión: La MAA y P mostró un perfil de seguridad aceptable y se asoció con una mejoría significativa en la mecánica pulmonar y oxigenación en pacientes pediátricos con SDRAP.

Tabla 1. Características de la muestra

	Total (n = 19 pacientes; 56 maniobras)
Edad en años. *	
0–≤1 año	8 (42,1%)
>1–≤2 años	4 (21,1%)
>2–≤6 años	5 (26,3%)
>6–≤12 años	2 (10,5%)
Peso real (kg). **	11 [8,5–17]
PCP (kg). Md **	10 [7,8–16,8]
Género. *	
Mujer	7 (36,8%)
Hombre	12 (63,2%)
Diagnóstico respiratorio al ingreso. *	
SDRAP	13 (68,4%)
Neumonía	3 (15,8%)
SBOR	1 (5,3%)
Crisis asmática	2 (10,5%)

Estratificación de severidad SDRAP. *	
Leve	5 (26,3%)
Moderado	11 (57,9%)
Grave	3 (15,8%)
Variables ventilatorias **	
VT (ml)	60 [45–120]
VT (ml/kg PCP)	7 [6–7]
Frecuencia respiratoria	25 [22–28]
Tiempo inspiratorio	0,7 [0,6–0,75]
Presión pico máxima intra MAA y P (cmH_2O)	38 [35–40]
PEEP máxima intra MAA y P (cmH_2O)	20 [18–22]
Prono, n (%), por maniobra *	
Sí	22 (39,3%)
No	34 (60,7%)

*: valores expresadas como n (%). **:valores expresados como mediana [P25–P75]

PCP: peso corporal predicho; SDRAP: síndrome de distrés respiratorio agudo pediátrico; SBOR: síndrome bronquial obstructivo recurrente; VT: volumen corriente; PEEP: presión positiva al final de la espiración. MAA y P: maniobra de

CO 21 - DESENLACE CLINICO DE LOS PACIENTES QUE UTILIZARON VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN SALA GENERAL DE INTERNACION: ESTUDIO DESCRIPTIVO

Aldana Gomis[1]; Manuel Antonio Carboni[1]

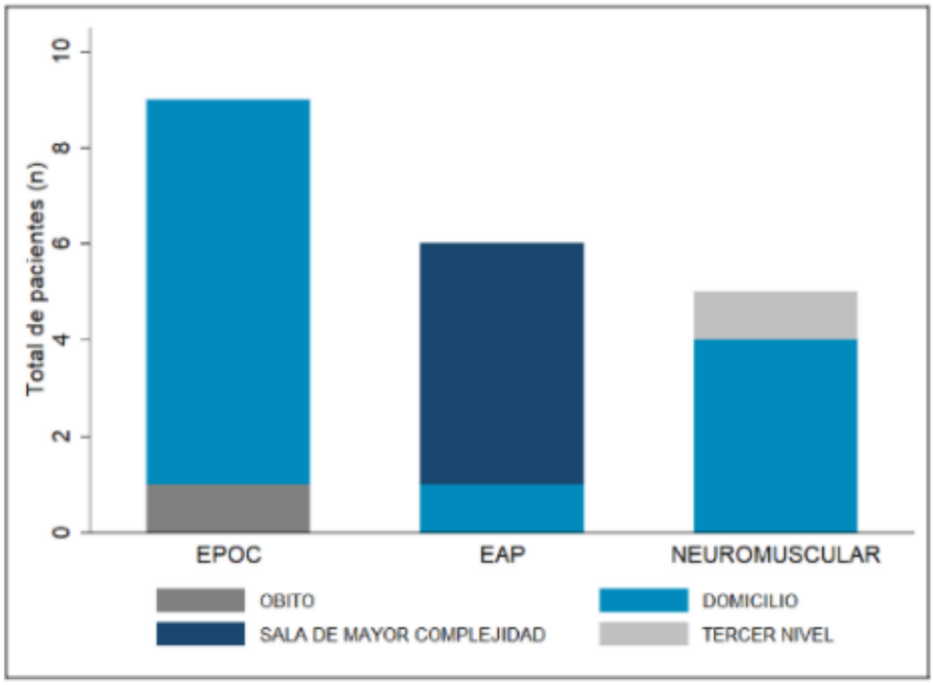
[1] *Hospital Churruca-Visca*

Objetivo: Describir el desenlace clínico de los pacientes que utilizaron ventilación no invasiva (VNI) en sala general de internación (SGI).

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y transversal, entre abril de 2025 y enero de 2026 de pacientes que utilizaron VNI en SGI.

Resultados: De los 1380 pacientes que fueron interconsultados al servicio de kinesiología entre abril 2025 y enero 2026, 20 recibieron VNI en SGI. En relación al motivo de uso de esta terapéutica, 9 (45%) fueron EPOC reagudizado , 6 (30%) edema agudo de pulmón y 5 (25%) patología neuromuscular reagudizada. En cuanto al desenlace clínico en la SGI, 13 (65%) se fueron de alta al domicilio, 5 (25%) requirieron pasar a una sala de mayor complejidad, 1 (5%) se derivó a tercer nivel y 1 (5%) falleció. En cuanto al motivo de pase a estas áreas, 3 (60%) fueron debido a requerimiento de monitoreo más estricto, 1 (20%) por deterioro del sensorio y 1 (20%) por inestabilidad hemodinámica. De los 13 pacientes que egresaron al domicilio, 9 (69%) se fueron con equipo propio de VNI, de los cuales 6 (66%) eran EPOC, 1 (11%) EAP y 2 (22%) presentaban patología neuromuscular reagudizada.

Conclusión: El desenlace clínico de los pacientes que recibieron VNI en SGI, fue en su mayoría el alta al domicilio, en segundo lugar, traslado a una sala de mayor complejidad y por último derivación a tercer nivel y óbito.



Referencias. EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica); EAP (Edema agudo de pulmón). De los pacientes con EPOC reagudizado, 8 (89%) fueron dados de alta a domicilio y 1 (11%) falleció. De aquellos con EAP, 5 (83%) fueron trasladados a sala de mayor complejidad y 1 (17%) fue dado de alta a domicilio. En cuanto a los de patología neuromuscular reagudizada, 4 (80%) fueron dados de alta a domicilio y 1 (20%) fue derivado a un centro de tercer nivel.

CO 22 - ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE SALUD RESPIRATORIA EN BOMBEROS DE ARGENTINA

Alejandro Martinez Fraga[1]; Horacio Barragán[2]; Julian Hernandez[3]; Gastón Capodarco[4]; Martin Taboada[5]; Gerardo González[6]; Lucia Maria Rivero[1]; Maria Lujan Mussio[7]

[1] Hospital Central de San Isidro; [2] Hospital Municipal Gral. Las Heras; [3] Hospital Madre Catalina Rodríguez; [4] Hospital Nuestra Señora del Carmen; [5] Hospital Municipal Dr Angel Pintos; [6] Bomberos Voluntarios; [7]Particular

Introducción: Los bomberos se encuentran expuestos de manera repetida a humo y productos de combustión, aunque el impacto de esta exposición sobre la función pulmonar y los síntomas respiratorios continúa siendo motivo de debate.

Objetivo: Describir las características clínicas y evaluar la asociación entre diferentes indicadores de exposición ocupacional, la función pulmonar y los síntomas respiratorios en bomberos argentinos.

Material y método: Estudio multicéntrico transversal realizado en cinco cuarteles de bomberos voluntarios (cuatro de la provincia de Buenos Aires y uno de San Luis). Se aplicó un

cuestionario estandarizado sobre características laborales, exposición y síntomas respiratorios, y se realizó espirometría pre y post broncodilatador. La función pulmonar fue interpretada mediante GLI 2022. Se efectuó análisis descriptivo, regresión lineal con FEV_1 z-score como variable dependiente y regresión logística para síntomas respiratorios, ajustando por edad, IMC, tabaquismo y cuartel.

Resultados: Se incluyeron 194 bomberos; 185 contaron con información completa para los modelos multivariados. La edad media fue 37,5±11,5 años y el 82% eran hombres. El IMC medio fue 28,9±5,1 kg/m² (el 79,9% presentó exceso de peso y el 35,6% obesidad). El 23,7% era fumador activo, el 14,5% exfumador y solo el 22,9% refirió acceso a una consulta para cesación tabáquica. El 5,7% informó alguna enfermedad respiratoria conocida y el 10,8% había utilizado tratamiento inhalatorio. El 53% presentó al menos un síntoma respiratorio, predominando la tos (37,6%) y los síntomas de vías aéreas superiores (28,9%). Entre las variables de exposición, el 32,8% tenía entre 11 y 20 años de antigüedad como bombero y el 33,9% participaba en 1–2 incendios por mes. El 93% presentó espirometría dentro de límites normales, el 5% patrón obstructivo y el 2% un patrón compatible con restricción. En los análisis univariados y multivariados, ninguna de las variables de exposición se asoció de forma independiente con menor función pulmonar ni con la presencia de síntomas respiratorios. El tabaquismo se asoció con menor FEV_1 z-score.

Conclusiones: La población estudiada presentó una elevada prevalencia de exceso de peso, obesidad y tabaquismo, junto con un bajo acceso a programas de cesación tabáquica. Más de la mitad de los bomberos presentó síntomas respiratorios, a pesar de una baja prevalencia de enfermedades respiratorias conocidas y de una función pulmonar mayormente conservada. No se demostraron asociaciones independientes entre los indicadores de exposición ocupacional evaluados y la función pulmonar o los síntomas respiratorios. Estos resultados respaldan la implementación de programas de vigilancia de la salud respiratoria y el desarrollo de indicadores más precisos para caracterizar la exposición ocupacional.

CO 23 - ASMA GRAVE, CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS BASALES.

Marcelo Echeverria Oviedo[1]

[1] *Hospital Donación Francisco Santojanni*

Introducción: El asma grave representa la forma más compleja de la enfermedad asmática, afectando entre el 3% y el 10% de los pacientes con asma, pero generando más del 60% de los costos asociados a su manejo. Se caracteriza como un síndrome heterogéneo con múltiples fenotipos, siendo la inflamación tipo 2 (T2) el mecanismo predominante. Los registros internacionales de vida real (ISAR, SHARP, ALAT) han evidenciado diferencias significativas entre poblaciones respecto a características clínicas y acceso a terapias biológicas, lo que hace necesario generar evidencia local.

Objetivo: Describir las características sociodemográficas, clínicas, funcionales e inflamatorias de una cohorte de pacientes con asma grave, con el propósito de aportar evidencia local que

contribuya a optimizar las decisiones terapéuticas y mejorar el manejo integral de esta población.

Material y método: Estudio observacional de cohorte que incluyó 107 pacientes con asma grave atendidos en un centro de referencia, con información clínica, funcional e imagenológica basal. Se identificó una subcohorte tratada con anticuerpos monoclonales, con seguimiento de hasta 3 años. Se registraron variables sociodemográficas, clínicas (clasificación GINA, comorbilidades) y funcionales respiratorias (FVC, FEV1, FEV1/FVC). Las variables continuas se expresaron como mediana y RIQ, y la evolución del puntaje PCA se evaluó mediante ANOVA de un factor.

Resultados: La cohorte fue predominantemente femenina (73,8%), con mediana de edad de 52 años e IMC de 28,6 kg/m². El 91,4% se encontraba en escalón GINA 5. Las comorbilidades más frecuentes fueron Prick Test positivo (61,0%), reflujo gastroesofágico (54,3%) y sinusitis sin poliposis (47,6%). En tomografía de tórax predominó el atrapamiento aéreo (80,0%). La morbilidad fue elevada: 92,2% con consultas no programadas, 43,0% con internación en sala general, 12,0% en UTI y 11,0% con requerimiento de ARM. En la subcohorte tratada con biológicos (predominando mepolizumab), el puntaje PCA mejoró significativamente de 13,6±3,21 puntos basal a 22,3±2,32 al año, manteniéndose el efecto a 2 y 3 años (ANOVA: $F(3,180)\approx 96,0$; $p<0,001$).

Discusión y conclusiones: La cohorte presenta una carga de comorbilidades y requerimientos de cuidados críticos superiores a las medias internacionales reportadas (ISAR, SHARP, REBRAG), lo que refleja el perfil de un centro especializado en asma grave. La buena respuesta clínica observada tras el tratamiento biológico, con puntajes ACT/PCA compatibles con criterios de remisión clínica (≥20 según ALAT 2024/REMAS 2024), reafirma que la fenotipificación precisa y el tratamiento dirigido son las estrategias más efectivas para lograr el control y la remisión del asma grave.

CO 24 - COHORTE ARAMIS: SEGUIMIENTO Y EVOLUCIÓN DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON AR-EPID EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA DE UN CONSULTORIO INTERDISCIPLINARIO NEUMONOLOGÍA-REUMATOLOGÍA ENTRE 2022-2026

Juan Pablo Barberis[1]; Pablo Szwarstein[1]; Damaris Álvarez[2]; Fabiána Montoya[2]; Martín Sívori[1]

[1] Centro Universitario de Neumonología, Hospital General de Agudos "J. M. Ramos Mejía"; [2] Hospital General de Agudos "J. M. Ramos Mejía"

Introducción: La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad de alta prevalencia mundial (1%). La asociación de AR-EPID es bien conocida y su prevalencia se halla a nivel mundial entre 5-15%. La forma más prevalente de AR-EPID descrita es la UIP.OBJETIVOSDescribir una cohorte de pacientes con AR-EPID atendidos en el período de 2022-2026 en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, evaluados en forma simultánea por reumatólogos y neumonólogos, en sus características demográficas, clínicas, imagenológicas y funcionales. Además se determinaron los factores de riesgo pronósticos de aparición de AR- EPID basados en Guía SER-SEPAR AR-EPID 2022 (género, actividad de la enfermedad, anticuerpos, nódulos

reumatoideos, duración de la enfermedad, tabaquismo) y de progresión (FPP) de la misma (CVF baja, patrón UIP).

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional de base de datos de Reumatología y Neumonología de pacientes con AR (criterios ACR) atendidos entre 2022-2026 en el Hospital Ramos Mejía de CABA. Se definió progresión por criterios INBUILD y Guía ATS 2022 de FPP. Se utilizó análisis estadístico convencional.

Resultados: Se atendieron 410 pacientes con AR, de los cuales 62 (15%) presentaron compromiso pulmonar intersticial. La mediana de edad fue 62,5 (RIQ 25-75, 57-71), y 82,26% fueron de género femenino. Con respecto a los patrones tomográficos se observó UIP 48% (n=30), NSIP celular 37% (n=23), y NSIP fibrótica 15% (n=9).Con respecto al compromiso funcional la mediana de CVF fue de 2,17 L (RIQ 25-75%, 1,87-2,69) y 79.5% (RIQ 25-75%, 66-91), y mediana de DLCO 73% (RIQ 25-75%, 61-84) de compromiso leve a moderado. La actividad de la enfermedad medida por DAS28-PCR fue alta 21% (n=13), moderada 29% (n=18), baja 24% (n=15), remisión 16% (n=16). En cuanto a marcadores inflamatorios, la mediana de PCR fue 5,78 (RIQ 25-75%, 2-20).Todos los pacientes de la cohorte fueron tratados con inmunosupresores principalmente el metotrexato en monoterapia 40% (n=25) y asociado a corticoides 22% (n=14) y 30% (n=19) con leflunomida. Un 53% (n=33) recibió tratamiento con rituximab, abatacept o inhibidores de JAK. Mostraron progresión espirométrica, clínica o tomográfica 31% (n=19). Los factores determinados de riesgo de aparición y progresión de la EPID fueron: duración promedio de la enfermedad >10 años 53% (n=33), presencia de tabaquismo 47% (n=29) y nódulos reumatoideos 31% (n=15), patrón UIP 48% (n=30) y moderada-alta actividad 60% (n=31). La mortalidad fue 3% (n=2).

Conclusión: El trabajo conjunto entre reumatólogos y neumonólogos demostró ser esencial para el abordaje de los pacientes con AR-EPID. En el seguimiento de nuestra cohorte, la AR-EPID sigue siendo más frecuente en mujeres, de edad avanzada, tabaquistas, con larga evolución de la enfermedad y alta actividad de la enfermedad. Con respecto a años anteriores, aumentó la cantidad de pacientes que utilizan inmunomoduladores biológicos. El acceso a antifibróticos sigue viéndose dificultado en pacientes con indicación debido a trabas burocráticas y/o económicas.

CO 25 - FENOTIPIFICACIÓN INFLAMATORIA, BIOQUÍMICA Y TOMOGRÁFICA EN PACIENTES CON EPOC: EL ROL COMBIANDO DE LA EOSINOFILIA PERIFÉRICA, LOS NIVELES SÉRICOS DE ALFA-1 ANTITRIPSINA Y LOS PATRONES DE ENFISEMA EN TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA

Juliana Cravero[1]; Javier Irusta[1]; Maria Elisa Uribe[1]; Viviana Moyano[1]

[1] *Hospital Italiano*

Introducción: La EPOC es una enfermedad heterogénea, en la que la identificación de biomarcadores capaces de definir fenotipos clínicamente relevantes constituye un objetivo prioritario para la medicina de precisión. Aunque la eosinofilia periférica y la deficiencia de

alfa-1 antitripsina (AAT) poseen reconocido valor biológico, su relación conjunta con las características tomográficas del enfisema permanece insuficientemente caracterizada.

Objetivos: Caracterizar el perfil inflamatorio, bioquímico y tomográfico de pacientes con EPOC mediante la integración de la eosinofilia periférica, los niveles séricos de AAT y los hallazgos en tomografía computarizada; determinar la prevalencia de eosinofilia y deficiencia de AAT; y evaluar su asociación con el tipo y extensión del enfisema, la función pulmonar, las exacerbaciones y el índice BODE.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo, analítico y transversal. Se incluyeron 108 pacientes adultos con diagnóstico de EPOC o enfisema pulmonar atendidos en un hospital Italiano de Cordoba entre febrero de 2025 y julio de 2026. Se analizaron variables demográficas, tabaquismo, eosinofilia periférica (≥300 células/µL), niveles séricos de AAT, patrones y extensión del enfisema por tomografía, espirometría, prueba de caminata de seis minutos, índice BODE y exacerbaciones. Se aplicaron pruebas de Chi-cuadrado/Fisher, t de Student, ANOVA y correlaciones, considerando significativo un valor de $p<0,05$.

Resultados: La prevalencia de eosinofilia fue del 24,1% y la de déficit de AAT del 8,3% (5,5% intermedio y 2,8% severo). El patrón tomográfico predominante fue el enfisema centrolobulillar. La eosinofilia se asoció significativamente con una mayor extensión del enfisema ($p=0,027$), observándose un incremento progresivo de su frecuencia desde el enfisema leve al severo. No se halló asociación entre eosinofilia y patrón tomográfico, clasificación GOLD, VEF_1, índice BODE ni perfil exacerbador. El 68,5% de la cohorte recibía corticosteroides inhalados, constituyendo un potencial factor de confusión en el análisis de la relación entre eosinofilia y exacerbaciones. Tampoco se observaron asociaciones significativas entre los niveles séricos de AAT y el patrón o extensión del enfisema, la gravedad funcional, las exacerbaciones, el índice BODE o la eosinofilia periférica.

Conclusiones: La eosinofilia periférica se asoció con una mayor carga estructural de enfermedad, reflejada por una mayor extensión del enfisema, lo que la posiciona como un biomarcador de interés para la fenotipificación de la EPOC. En esta cohorte, la deficiencia de AAT no mostró asociación con las variables clínicas, funcionales ni tomográficas evaluadas, probablemente debido al reducido número de pacientes con déficit. La integración de biomarcadores inflamatorios, bioquímicos y radiológicos aporta una caracterización multidimensional de la EPOC y evidencia local relevante para el desarrollo de estrategias de medicina de precisión.

CO 26 - EFECTO POBLACIONAL DE UN PROGRAMA DE CRIBADO DE CÁNCER DE PULMÓN SOBRE LA DETECCIÓN DE CASOS INCIDENTES: ANÁLISIS DE SERIES DE TIEMPO INTERRUMPIDAS, 2015–2026

Diana Lancellotti[1]; Juan Martin Alfonso[1]; Omar Carraza[1]; Matias Nicolás[1]; Marcos Flores[1]; Sabrina Lemme[1]; Pablo Malfante[1]; Martin Paz[1]; Nora Fuentes[1]

[1] *Hospital Privado de Comunidad*

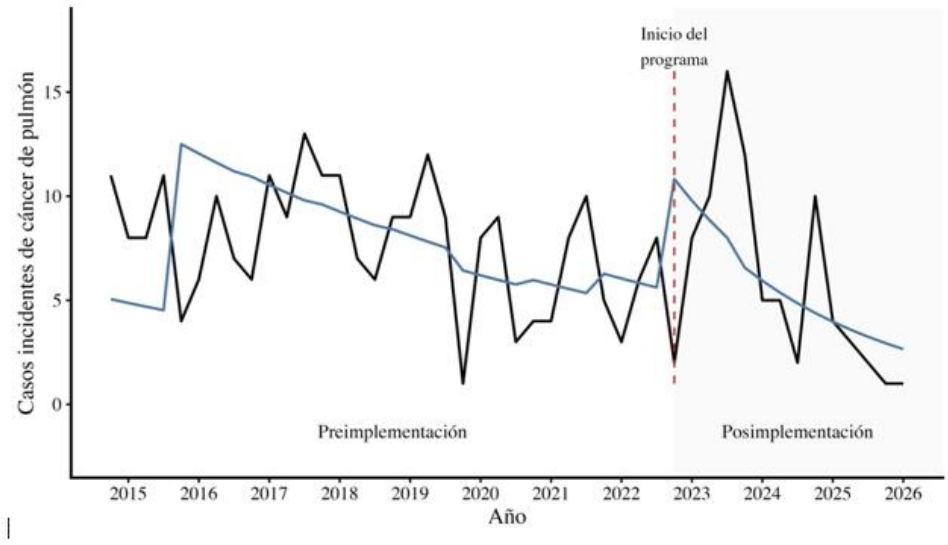
Introducción y objetivo: El impacto poblacional de los programas de cribado de cáncer de pulmón sobre la detección de casos incidentes en contextos de ingresos medios no ha sido evaluado mediante métodos de inferencia causal robustos. El objetivo de este estudio fue cuantificar el efecto inmediato de la implementación de un programa organizado de detección precoz con tomografía computada de baja dosis (TCBD) sobre la tasa de detección de cáncer de pulmón en una cohorte de salud de Mar del Plata, Argentina, utilizando un análisis de series de tiempo interrumpidas (STI).

Material y método: Diseño: análisis de series de tiempo interrumpidas (STI) con regresión de Poisson segmentada. Población: afiliados de 50 a 75 años del plan de salud del Hospital Privado de Comunidad, Mar del Plata, durante el período enero 2015 – mayo 2026. Variable de resultado: Casos de cáncer de pulmón de nueva detección por trimestre, identificados mediante vinculación de bases de datos administrativas institucionales, registro de cáncer y registros de anatomía patológica. Se utilizó el logaritmo de la población afiliada de 50 a 75 años como offset. Análisis: El modelo incluyó términos para la tendencia temporal preintervención, el cambio inmediato en el nivel posimplementación, el cambio en la pendiente posimplementación y un indicador para el período de pandemia por COVID-19. Los estimadores se expresan como razones de tasas de incidencia (RTI) con intervalos de confianza del 95%. Los análisis se realizaron con R versión 4.5.1.

Resultados: Durante el período preintervención se observó un descenso significativo en las tasas de detección de cáncer de pulmón (RTI 0,96; IC 95% 0,95–0,98; p<0,0001), equivalente a una reducción media de aproximadamente 4% por trimestre. Tras el lanzamiento del programa en marzo de 2023, se observó un aumento inmediato y significativo en la tasa de detección (RTI 1,99; IC 95% 1,17–3,36; p=0,011). Se evidenció una reducción posterior en la pendiente posimplementación (RTI 0,94; IC 95% 0,88–0,99; p=0,035), consistente con un efecto de prevalencia inicial seguido de retorno hacia tasas de incidencia basales. El período pandémico no se asoció significativamente con las tasas de detección (RTI 0,85; IC 95% 0,58–1,23; p=0,388) (Figura 1).

Discusión y conclusiones: El análisis de series de tiempo interrumpidas demostró una asociación temporal significativa entre el inicio del programa de cribado y un aumento inmediato en la detección de cáncer de pulmón, con una RTI de 1,99, compatible con el efecto de prevalencia esperado en la fase inicial de un programa de cribado organizado. El patrón de descenso posterior en la pendiente es consistente con la literatura internacional. Se requiere un seguimiento más prolongado para evaluar cambios sostenidos en la distribución por estadio y el impacto sobre la mortalidad. Este análisis constituye una de las primeras aplicaciones del método de STI para evaluar el impacto poblacional de un programa de cribado de cáncer de pulmón en Argentina.

Figura 1. Análisis de series de tiempo interrumpidas: casos incidentes de cáncer de pulmón por trimestre antes y después de la implementación del programa de cribado, 2015–2026. La línea negra representa los casos observados; la línea azul, los valores predichos por el modelo de Poisson segmentado; la línea roja discontinua señala el inicio del programa (marzo 2023).



CO 27 - COBERTURA DE REHABILITACIÓN PULMONAR Y CARGA DE EXACERBACIONES: TENDENCIAS NACIONALES EN EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD RESPIRATORIA CRÓNICA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ESTUDIO ECOLÓGICO DE ONCE AÑOS EN CHILE

Carlos Nieto[1]; Daniela Díaz[2]; Andrea Mendez[1]

[1] Universidad de las Américas; [2] Clínica NeumoVital

Introducción y objetivo: La rehabilitación pulmonar (RP) es una intervención en el manejo de las enfermedades respiratorias crónicas (ERC), asociada a una menor frecuencia de exacerbaciones en ensayos clínicos. Sin embargo, la evidencia proveniente de estudios poblacionales y la práctica clínica es inconsistente, y los datos nacionales sobre manejo de ERC y carga de exacerbaciones son limitados. El objetivo fue determinar la asociación entre la cobertura de RP y la carga de exacerbaciones, y describir las tendencias nacionales en el manejo de ERC en atención primaria chilena entre 2014 y 2024.

Material y método: Estudio ecológico retrospectivo utilizando bases de datos públicas nacionales del Ministerio de Salud de Chile (2014-2024). Se obtuvieron datos agregados anuales de personas mayores de 20 años sobre el seguimiento de la enfermedad respiratoria crónica, las exacerbaciones, la participación en programas de rehabilitación pulmonar y las actividades educativas. Se evaluaron las tendencias y asociaciones temporales mediante análisis de correlación y regresión lineal.

Resultados: El número de pacientes bajo control aumentó en asma (rho=0,79; p=0,0037), otras ERC (rho=0,78; p=0,0045) y ERC total (rho=0,70; p=0,0165). La cobertura de RP se mantuvo baja y estable, correspondiendo a 0,80% de la población con ERC total y 2,44% de la población con EPOC bajo control. Las intervenciones educativas promediaron 161 por cada 100 pacientes bajo control. Se observó un descenso marcado en el control, las actividades respiratorias y las exacerbaciones durante el período pandémico. La cobertura de RP se asoció positiva y significativamente con la tasa de exacerbaciones en ERC total, asma y EPOC. Además, el

número de participantes en RP se asoció positivamente con el número de intervenciones educativas.

Discusión y conclusiones: La mayor cobertura de RP observada en años con tasas de exacerbación más altas reflejaría un aumento de la demanda asistencial, más que una relación causal. A pesar del incremento sostenido de la población bajo control por ERC, la cobertura de RP se mantuvo baja e inalterada durante el período estudiado. Estos hallazgos evidencian una necesidad insatisfecha de RP y respaldan el desarrollo de estrategias orientadas a mejorar el acceso y la cobertura de esta intervención en atención primaria.

CO 28 - IMPACTO DEL NADIR DE DESATURACIÓN EN POLIGRAFÍA RESPIRATORIA NOCTURNA Y SU ASOCIACIÓN ANTROPOMÉTRICA Y CARDIOMETABÓLICA EN PACIENTES CON APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

Javier Marcelo Iriarte Vasquez[1]; Isabella Perrone[1]; Martin Sívori[1]

[1] *Hospital Ramos mejia*

Introducción: El Síndrome de Apneas-Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHOS) se asocia con un elevado riesgo cardiovascular y metabólico. Aunque el Índice de Apneas-Hipopneas (IAH) define la severidad diagnóstica, el Nadir de desaturación oximétrica (SpO2 mínima) refleja de forma directa el pico de hipoxia intermitente y el estrés oxidativo.

Objetivo: Evaluar el impacto del Nadir de desaturación en la poligrafía respiratoria nocturna sobre el perfil antropométrico (IMC y circunferencia cervical) y la prevalencia de comorbilidades (HTA, Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipotiroidismo), analizando la distribución de severidad según el sexo biológico en un hospital público de CABA.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico y retrospectivo en N=120 pacientes evaluados entre 2024 y 2026. Se analizaron variables antropométricas, antecedentes metabólicos/cardiovasculares y parámetros oximétricos poligráficos. Se aplicaron pruebas de correlación de Spearman, test exacto de Fisher, t-test / Mann-Whitney y estimación de Odds Ratios (OR).

Resultados: La prevalencia de SAHOS fue del 82.5% (n=99). En mujeres (n=74), el SAHOS afectó al 78.4% (predominio moderado: 35.1%), mientras que en hombres (n=46) afectó al 89.1% (predominio severo y leve: 30.4% cada uno). El Nadir oximétrico descendió significativamente a mayor severidad de SAHOS: Normal 85.2%±4.8%, Leve 84.2%±5.5%, Moderado 78.5%±8.5% y Severo 67.6%±10.2% ($p<0.001$). El Nadir presentó correlación negativa con el IMC ($rs=-0.335$, $p<0.001$) y la circunferencia cervical ($rs=-0.319$, $p<0.001$). Un Nadir <80% se asoció con un IMC significativamente mayor (36.2 vs. 31.4 kg/m2, $p=0.0009$) y mayor circunferencia de cuello (44.5 vs. 42.0 cm, $p=0.0015$). La desaturación severa (<80%) mostró un incremento clínico en la prevalencia de Diabetes Mellitus (28.0% vs. 17.4%, OR=1.85), Hipotiroidismo (8.0% vs. 4.3%, OR=1.91) e HTA (54.0% vs. 44.9%, OR=1.44).

Conclusiones: El Nadir de desaturación medido por poligrafía respiratoria nocturna se consolida como un marcador oximétrico de elevada utilidad sensible que se relaciona fuertemente con la adiposidad central y la afectación cardiometabólica que permite identificar precozmente a aquellos pacientes con mayor compromiso metabólico y anatómico, fundamentando la priorización del tratamiento con CPAP y el abordaje multidisciplinario de la obesidad en el ámbito local.

CO 29 - SITUACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN ARGENTINA, PERÍODO 1980-2025

Gustavo Armando[1]; Hugo Fernández[1]; Ingrid Vanni[1]; Rocío Rodríguez[1]; Florencia Cozzutti[1]; María Sol Barreto[1]

[1] *Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias*

Introducción y objetivo: La tuberculosis continúa siendo un importante problema de salud pública en Argentina, con marcadas desigualdades territoriales y un incremento sostenido de la notificación en los últimos años. El objetivo fue evaluar la situación epidemiológica de la tuberculosis en Argentina mediante el análisis de los casos notificados en 2025, la tendencia entre 1980 y 2025, los resultados del tratamiento de los casos notificados en 2024 y la mortalidad registrada hasta ese año.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo de los casos y las muertes por tuberculosis en Argentina según edad, sexo, jurisdicción y departamento de residencia, antecedente de tratamiento y resultado terapéutico. Se calcularon tasas por 100.000 habitantes. Las tendencias se analizaron mediante la variación anual porcentual, estimada por regresión lineal sobre el logaritmo de las tasas, con intervalos de confianza del 95%. La desigualdad territorial se evaluó mediante razones de tasas. Los datos provinieron del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud, la Dirección de Estadísticas e Información en Salud y las estimaciones poblacionales del Instituto Nacional de Estadística y Censos.

Resultados: En 2025 se notificaron 17.686 casos de tuberculosis (38,1 por 100.000 habitantes). Se registraron 15.909 casos incidentes, de los cuales 88,5% fueron pulmonares y 77,5% tuvieron confirmación bacteriológica. El 61,9% correspondió a personas de 15 a 44 años, el 17,2% a menores de 20 años y el 60,8% a varones (razón varón/mujer: 1,6). Buenos Aires y la Ciudad Autónoma de Buenos Aires concentraron el 64,8% de los casos. Durante 2024-2025, el 87,1% de los departamentos notificó al menos un caso, con amplias diferencias territoriales. Entre 2020 y 2025 la tasa aumentó 63,9%, con una variación anual porcentual de 10,8% (IC95%: 9,1-12,6); el número de casos fue similar al de 1985. En 2024 se notificaron 261 casos resistentes al menos a rifampicina; Buenos Aires, Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Santa Fe concentraron el 94,3%. De los 16.973 casos notificados en 2024, el 77,5% fue evaluado: el éxito terapéutico alcanzó el 69,1%, la pérdida de seguimiento el 21,0% y la mortalidad el 9,6%. En 2024 se registraron 891 muertes (2,0 por 100.000 habitantes); el 84,9% fueron prematuras y el 66,3% correspondió a varones.

Discusión y conclusiones: Argentina presenta un incremento sostenido de la tuberculosis desde 2020, con niveles de notificación comparables con los registrados hace cuatro décadas y

un número de defunciones similar al observado dos décadas atrás. La enfermedad afecta principalmente a personas jóvenes, predomina en varones y presenta marcadas desigualdades territoriales. La concentración de los casos resistentes, la elevada pérdida de seguimiento y la alta proporción de muertes prematuras evidencian la necesidad de fortalecer la detección oportuna, la continuidad del tratamiento, el estudio de contactos y las intervenciones focalizadas en las áreas de mayor carga.

CO 30 - PREVALENCIA DEL REFLUJO GASTROESOFÁGICO EN LAS ENFERMEDADES PULMONARES INTERSTICIALES

Maria Pia Funes Tarazi[1]; Viviana Moyano[1]; Erika Cuestas[1]; Claudia Cordoba[1]; Juan Pablo Casas[1]

[1] *Sanatorio Allende*

introducción y objetivo: Las enfermedades pulmonares intersticiales comprenden un grupo heterogéneo de patologías caracterizadas por inflamación y fibrosis del parénquima pulmonar. La enfermedad por reflujo gastroesofágico podría contribuir al daño pulmonar mediante microaspiración crónica y otros factores. El objetivo fue determinar la prevalencia de síntomas compatibles con reflujo gastroesofágico y analizar su relación con las características clínicas, funcionales e imágenes en pacientes con enfermedades pulmonares intersticiales.

Materiales y métodos: Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo realizado entre marzo de 2024 y junio de 2025. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial establecido mediante evaluación clínica, funcional y tomográfica. Se registraron síntomas digestivos según Criterios de Montreal y estudios gastroenterológicos disponibles. Se analizaron variables clínicas, funcionales, tomográficas y terapéuticas. La sobrevida libre de hospitalización mediante Kaplan-Meier. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: Se analizaron 100 pacientes con diagnóstico de EPI, con predominio del sexo femenino (69%) y una edad media de 66 ± 13 años. La prevalencia de síntomas compatibles con ERGE fue del 87%.Del total de pacientes, 40 fueron evaluados mediante VEDA, confirmándose el diagnóstico de ERGE en el 24% de quienes realizaron dicho estudio. Asimismo, 20 pacientes fueron estudiados mediante seriada esófago-gastroduodenal; 8 presentaron hernia hiatal asociada a reflujo y 2 diagnosticados únicamente con reflujo. Cuatro pacientes realizaron pHmetría, únicamente uno con evidencia de reflujo. El 38% de los pacientes presentó diagnóstico de esclerodermia asociado a un patrón tomográfico de NINE. Por otra parte, el 21% tenía diagnóstico de FPI y el 12% de AR.Los patrones tomográficos predominantes fueron la neumonía intersticial no específica (61%) y la neumonía intersticial usual (28%). Los pacientes con síntomas digestivos fueron significativamente más jóvenes que aquellos sin dichos síntomas (65 ± 13 frente a 73 ± 14 años; $p = 0,034$). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la función pulmonar según el patrón tomográfico ni entre los pacientes con y sin ERGE.En el subgrupo de pacientes con ERGE confirmada, el tratamiento con inhibidores de la bomba de protones (IBP) se asoció con una reducción del riesgo de hospitalización.

Discusión y conclusiones: Los síntomas de reflujo fueron frecuentes, aunque su confirmación mediante pHmetría, siendo la misma el Gold Standard para el diagnóstico, se vio limitada por dificultades de acceso y negativa de los pacientes. El reflujo no se asoció con peor función pulmonar ni con menor sobrevida libre de hospitalización, mientras que el uso de inhibidores de la bomba de protones se relacionó con menos complicaciones e internaciones. Debido al diseño retrospectivo, al escaso número de estudios objetivos y de internaciones, los resultados deben interpretarse con cautela y confirmarse en estudios prospectivos.

CO 31 - UTILIDAD DE LA CAPACIDAD VITAL FORZADA Y EL VOLUMEN ALVEOLAR PARA EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON RESTRICCIÓN PULMONAR CONFIRMADA POR PLETISMOGRAFÍA

Lucia Sosa[1]; Rosario Forlenza[1]; José María Malet Ruiz[1]

[1] *Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer*

Introducción y objetivo: La espirometría constituye la evaluación inicial de los trastornos ventilatorios y una capacidad vital forzada (FVC) dentro de los límites de la normalidad reduce la sospecha de restricción. Sin embargo, describimos pacientes con FVC conservada y capacidad pulmonar total (TLC) disminuida, patrón que puede pasar inadvertido si la evaluación se limita a la espirometría. Aunque la TLC es necesaria para confirmar la restricción, su medición mediante pletismografía aumenta la complejidad de los controles. El objetivo fue evaluar si los cambios de la FVC y del volumen alveolar (VA) permiten identificar el deterioro funcional y reproducir los cambios de la TLC en pacientes con restricción confirmada.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo de pacientes con FVC basal normal y TLC disminuida (Z-score <−1,645). Se analizaron los Z-scores basales de FVC, TLC y VA (medido en maniobra de difusión de monóxido de carbono por respiración única). Se definió Δ como el valor basal menos el valor de seguimiento, de modo que un Δ positivo indicara deterioro. La normalidad se evaluó mediante Shapiro–Wilk. Las comparaciones pareadas se realizaron con t de Student o Wilcoxon, según correspondiera. La concordancia entre cambios se examinó mediante el coeficiente de concordancia de Lin (CCC) y Bland–Altman.

Resultados: 23 pacientes con FVC y TLC basales, y 19 con VA inicial. Hubo mediciones repetidas de FVC en 11, TLC en 6 y VA en 9. Basalmente, el Z-score de FVC fue −1,03±0,45, el de TLC −2,31±0,44 y el de VA −1,74 [RIC −2,12 a −1,48]. Todos los pacientes con mediciones repetidas presentaron deterioro del Z score. La FVC disminuyó de −1,35 [−1,48 a −0,96] a −1,67 [−1,89 a −1,40] ($p<0,001$); la TLC de −2,61±0,43 a −3,08±0,65 ($p=0,035$), y el VA de −1,71±0,49 a −2,59±0,53 ($p<0,001$). En los seis pacientes con FVC y TLC repetidas, los cambios fueron prácticamente idénticos (ΔZ FVC 0,483; ΔZ TLC 0,475; diferencia media 0,008 Z), con CCC=0,96 y límites de acuerdo de −0,22 a 0,24 Z. En contraste, el VA mostró un cambio 0,50 Z mayor que la FVC y baja concordancia de magnitud (CCC=0,13), pero mostró el mismo sentido de deterioro.

Discusión y conclusión: En esta cohorte, la FVC basal conservada no permitió reconocer la reducción de volúmenes pulmonares, confirmada por TLC. Sin embargo, durante el

seguimiento, FVC, TLC y VA identificaron progresión funcional. La concordancia entre cambios de FVC y TLC sugiere que, confirmada la restricción, la espirometría podría utilizarse para el seguimiento, y reservar la pletismografía para resultados discordantes o situaciones justificadas. El VA fue sensible al deterioro y podría ser útil cuando no se dispone de una nueva medición de TLC, aunque no resultó intercambiable en magnitud. Estos resultados aportan continuidad al patrón previamente descrito: la FVC puede no detectar la restricción en su presentación inicial, pero podría reflejar su evolución una vez confirmado el defecto restrictivo. El reducido número de estudios repetidos exige validación prospectiva antes de modificar la práctica clínica.

CO 32 - ¿QUIENES LLEGAN A LA REHABILITACIÓN?

Francisco Marcelo Freire Guevara[1]; Jordana Guillen Hidalgo[1]; Ana Campobasso[1]; María Estela Brassesco[1]

[1] *Hospital de Rehabilitación Maria Ferrer*

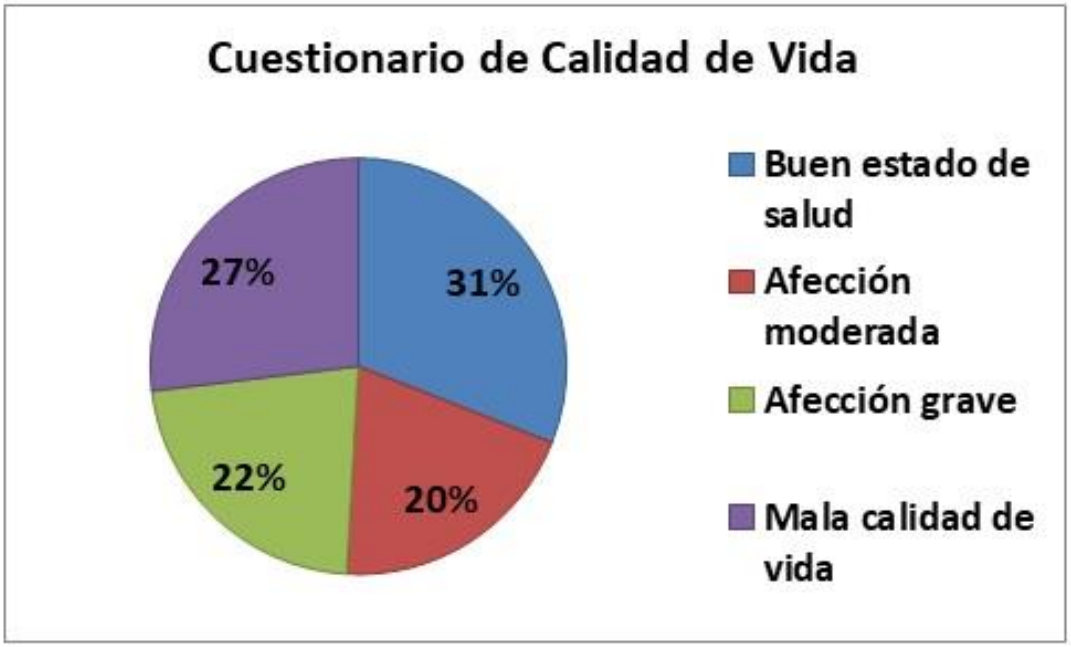
Introducción: Las enfermedades respiratorias obstructivas crónicas, tales como EPOC, asma bronquial y bronquiectasias constituyen una causa de discapacidad y deterioro funcional a nivel mundial. La rehabilitación respiratoria (RR) es una intervención integral basada en la evaluación del paciente, seguido de terapias personalizadas que incluyen entrenamiento físico, educación y cambio de comportamiento, diseñadas para mejorar la condición física y psicológica, promoviendo la adherencia de conductas saludables.Objetivo General: Describir las características clínico demográficas de ingreso, diagnóstico y tratamiento en pacientes con enfermedades respiratorias obstructivas que ingresan a un programa de RR en un hospital monovalente en el periodo de enero 2023 a diciembre 2025.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y observacional conformado por pacientes adultos con enfermedades obstructivas que ingresaron al programa de RR en el HRRMF desde enero 2023 a diciembre 2025. Se recopilaron datos de historias clínicas y fichas kinésicas analizando variables como: edad, sexo, IMC, lugar de residencia, diagnóstico médico, oxígeno domiciliario, tabaquismo, comorbilidades, espirometrías, test de marcha de 6 minutos y cuestionario de calidad de vida(SG).

Resultados: Ingresaron 185 pacientes al programa de RR en el periodo descrito, se excluyeron 14 por falta de datos; 171 cumplieron los criterios de inclusión. De estos el 58% ingresó en 2023; 30% en 2024 y 12% en 2025. La residencia de los pacientes fue 58% en PBA y 42% CABA. La edad promedio fue 66,3 ± 12,4 años; 51% masculino y 49% femenino. Según IMC 3% peso bajo, 33% peso adecuado, 35% sobrepeso, y 29% obesidad. El 91% describió antecedente tabaquico. El 14% no presentó comorbilidad; y 26% evidenció dos o más; siendo las más prevalentes: HTA, dislipemia y AOS. El 91% presentó obstrucción con VEF1= 41,9%±21%. El 76% presentó EPOC, 13% bronquiectasias no fibrosis quística y 5% asma. El 33% presentó disnea mMRC II, 32% clase I, 23% clase III y 12% clase IV. En el test de marcha recorrieron 381,5m±100,8m, con Sat inicial de 94.5%±2.3% y Sat min de 87.2%±6.6%. El 41% requirió oxígeno crónico domiciliario. El 51% usó triple terapia broncodilatadora, 42% broncodilatación

dual y 1% tratamiento con biológicos. El 85% presentó exacerbaciones previas al ingreso del programa. El 31% presentó buen estado de salud; 20% afección moderada, 22% afección grave y 27% mala calidad de vida según cuestionario de SG.

Conclusiones: Las características demográficas fueron similares a las reportadas en estudios previos en cuanto a edad y sexo. A pesar de evidenciar una mayor limitación funcional respiratoria en valores del VEF1, los participantes recorrieron mayor distancia en el test de caminata. Asimismo, la calidad de vida demostró resultados heterogéneos. Estos hallazgos respaldan la relevancia de la RR y resaltan la necesidad de fortalecer estrategias dirigidas a optimizar la función física y la calidad de vida en esta población.



CO 33 - IMPACTO DE LA CORRECCIÓN POR HEMOGLOBINA SOBRE LA INTERPRETACIÓN DE LA CAPACIDAD DE DIFUSIÓN PULMONAR DE MONÓXIDO DE CARBONO: ¿ES NECESARIO DISPONER SIEMPRE DE LA HEMOGLOBINA?

Rosario Forlenza Parrao[1]; Lucia Sosa[1]; María Cristina Burgos[1]; Elizabeth Sangiovanni[1]; José María Malet Ruiz[1]

[1] *Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer*

Introducción y obtetivos: La capacidad de difusión pulmonar de monóxido de carbono (DLCO) debe corregirse por hemoglobina (Hb), aunque no está definido cuánto modifica esta corrección su interpretación clínica ni si es imprescindible disponer sistemáticamente de la Hb. El objetivo fue determinar la frecuencia y magnitud de reclasificación de la DLCO tras corregirla por Hb y evaluar si los cambios se concentran cerca de los límites interpretativos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una base de datos de pruebas de DLCO. Se incluyeron adultos mayores a 18 años, con registro de DLCO corregida y no corregida; se

excluyeron estudios con z score de DLCO no corregida <−5. Se utilizó el primer estudio de cada paciente. La DLCO se clasificó como normal (z≥−1,645), disminución leve (−2,5≤z<−1,645), moderada (−4≤z<−2,5) o grave (z<−4). Se compararon los valores pareados y las categorías antes y después de la corrección. Las variables continuas se expresaron como mediana [RIC]. Se emplearon Wilcoxon, McNemar, y kappa ponderado, con p<0,05.

Resultados: Se analizaron 694 pacientes, 458 (66,0%) mujeres, con edad de 63 [54–71] años y Hb de 13,5 [12,6–14,5] g/dL. Los diagnósticos registrados más frecuentes fueron EPID (30,1%), esclerosis sistémica (3,9%), FPI (3,5%), EPID en estudio (3,0%) y sarcoidosis (2,2%). El z-DLCO no corregida fue −1,51 [−3,06 a −0,23] y −1,46 [−2,95 a −0,12] corregida; la variación fue 0,048 [−0,093 a 0,198] (p<0,001). Tras ajustar por Hb, la categoría cambió en 71 pacientes (10,2%; IC95% 8,2–12,7): 46 pasaron a una categoría menos grave y 25 a una más grave; todos los cambios fueron de una sola categoría. La concordancia fue 89,8%, con kappa ponderado lineal de 0,91. El estado normal/anormal cambió en 30 casos (4,3%; IC95% 3,0–6,1): 21 de anormal a normal y 9 de normal a anormal (McNemar p=0,043). Una distancia ≤0,4 unidades z respecto de cualquiera de los puntos de corte comprendió al 36,2% de la muestra y detectó 66/71 (93,0%) reclasificaciones y los 30 cambios normal/anormal.

Discusión: La corrección por Hb produjo una variación estadísticamente significativa, pero su impacto interpretativo fue limitado y se concentró alrededor de los puntos de corte. Los resultados respaldan parcialmente una estrategia selectiva basada en valores limítrofes: una ventana de ±0,4 unidades z identificó todos los cambios entre normal y anormal y la mayoría de los cambios de gravedad. Sin embargo, cinco reclasificaciones ocurrieron fuera de esa ventana, todas en pacientes con Hb baja, por lo que la corrección no debería omitirse ante anemia conocida o sospechada. Estos hallazgos cuestionan la necesidad de obtener Hb sistemáticamente en todos los estudios, aunque requieren validación prospectiva antes de modificar la práctica.

CO 34 - ANÁLISIS INTERINO: A 6 MESES DE INTERVENIR SOBRE EL ESTADO VACUNAL DE LOS PACIENTES EN UN HOSPITAL PÚBLICO DEL GOBIERNO LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES: “RED PREVENIR”

Nicolás Pared[1]; Federico Cardozo[1]; Martin Stirparo[1]; Micaela Fuentes[1]; Maria José Miere[1]; Andrea Pennesi[1]; Martin Sívori[1]

[1] *Hospital J.M. Ramos Mejia*

Introducción y objetivo: Las enfermedades prevenibles por vacunación continúan representando un importante problema de salud pública,especialmente en personas con comorbilidades,quienes presentan mayor riesgo de complicaciones,internación y mortalidad. El objetivo fue evaluar el estado de vacunación antigripal,antineumocócica y COVID-19 en pacientes internados y ambulatorios del Hospital General de Agudos Dr.José María Ramos Mejía,identificar las comorbilidades que determinan indicación de vacunación,las barreras porque no se vacunaron previamente y analizar el impacto de esta intervención para mejorar las coberturas.

Material y métodos: Análisis interino de una cohorte prospectiva con intervención,realizado entre el 1 de febrero y el 30 de junio de 2026 en pacientes adultos(≥18 años) internados y ambulatorios.Se registraron antecedentes,comorbilidades e indicación de vacunas según el Calendario Nacional de Vacunación 2026 mediante un formulario estandarizado.En los pacientes internados se verificó al mes del alta el cumplimiento de las vacunas indicadas;en los ambulatorios,la aplicación se corroboró mediante SIGEHOS o carnet de vacunación en una consulta de seguimiento a los 30 días.Se usó Test de Chi-cuadrado para comparar proporciones,siendo significativo $p<0.05$.

Resultados: Se incluyeron 523 pacientes,158 internados y 365 ambulatorios.Presentaban indicación de vacuna antigripal 287 pacientes,antineumocócica 265 y refuerzo contra COVID-19 313.Entre quienes requerían vacuna antigripal, las comorbilidades más frecuentes fueron edad ≥65 años (35,5%),cardiopatía crónica(31%),neumopatía crónica(23,3%) e inmunodeficiencia(17,4%).Para vacuna antineumocócica predominaron edad ≥65 años (38,5%), cardiopatía crónica (33,6%), neumopatía crónica (25,3%) e inmunodeficiencia (24,5%). El refuerzo COVID-19, el 83,3% tenía ≥50 años, el 19,1% era inmunocomprometido. El 74,6% había tenido al menos una consulta médica durante el último año; sin embargo, el 61,4% manifestó no haber recibido recomendación de vacunación. Las coberturas previas fueron bajas: antigripal 22,8%, antineumocócica 28% y refuerzo COVID-19 13,6%. Tras la intervención, los pacientes internados alcanzaron una cobertura antigripal del 54% (+139% respecto de 2025, $p<0.001$) y antineumocócica con PCV20 del 33,7%(+56,4%). En los pacientes ambulatorios, la cobertura antigripal fue del 35% (+40%) y la antineumocócica del 14,3% (+41,7%).

Discusión y Conclusión: Este análisis interino demostró una baja cobertura vacunal basal,alta carga de comorbilidades y una elevada proporción de oportunidades perdidas por falta de indicación médica. La intervención implementada mejoró especialmente las coberturas en pacientes internados. La internación constituye una oportunidad estratégica para identificar factores de riesgo y completar esquemas de vacunación. Estos resultados impulsaron el reentrenamiento de los equipos asistenciales para optimizar la detección de comorbilidades y la indicación sistemática de vacunas,con el objetivo de reducir complicaciones,internaciones evitables y la carga de enfermedades prevenibles por vacunación.

CO 35 - APORTE DIAGNÓSTICO DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR EN PACIENTES CON SOSPECHA DE TUBERCULOSIS PULMONAR

Tamara Menghi[1]; Magali Maglione[1]; Luciana Vegetti[1]; Agustina Altamirano[1]; Ariel Ballina[1]

[1] *Hospital José Maria Cullen*

Introducción y objetivo: La tuberculosis pulmonar continúa siendo un importante problema de salud pública y el diagnóstico precoz resulta fundamental para reducir la transmisión de Mycobacterium tuberculosis. La confirmación microbiológica puede verse limitada por la imposibilidad de obtener esputo o por resultados iniciales negativos. En este contexto, la fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar (LBA) constituye una herramienta para obtener

muestras del tracto respiratorio inferior. El presente estudio describe la experiencia de un hospital de tercer nivel de la provincia de Santa Fe.

Objetivo: evaluar el aporte diagnóstico del LBA para la confirmación microbiológica de tuberculosis pulmonar mediante baciloscopía, GeneXpert MTB/RIF y cultivo.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó pacientes adultos internados entre septiembre de 2025 y mayo de 2026 con alta sospecha clínica y radiológica de tuberculosis pulmonar, definida por hallazgos tomográficos compatibles asociados a síntomas respiratorios y/o factores epidemiológicos, o imágenes altamente sugestivas aun en ausencia de síntomas. Se incluyeron pacientes con baciloscopía de esputo negativa, imposibilidad de obtener una muestra adecuada, sometidos a fibrobroncoscopia con LBA. Se consideró confirmación microbiológica la detección de M. tuberculosis mediante baciloscopía, GeneXpert MTB/RIF y/o cultivo en LBA.

Resultados: Se incluyeron 36 pacientes con sospecha de tuberculosis pulmonar. El 41,7% eran tabaquistas, el 41,7% presentaba enfermedades crónicas no transmisibles, el 19,4% tenía antecedente de tuberculosis, el 19,4% eran personas privadas de la libertad, el 13,9% se encontraba inmunosuprimido, el 11,1% presentaba VIH/SIDA y el 11,1% consumía drogas endovenosas o inhaladas. Se confirmó tuberculosis pulmonar en 16 pacientes (44,4%), mientras que en 20 (55,6%) se establecieron diagnósticos alternativos. Solo 6/16 (37,5%) lograron aportar esputo. En las muestras de LBA, la baciloscopía fue positiva en 8/16 (50%), el cultivo en 12/16 (75 %) y el GeneXpert MTB/RIF en 16/16 (100 %), identificándose un caso de resistencia a rifampicina. En los pacientes sin tuberculosis se obtuvo un diagnóstico microbiológico alternativo en 10/20 (50%), predominando Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumoniae, Haemophilus influenzae y Staphylococcus aureus resistente a meticilina.

Discusión y conclusiones: En esta serie, la fibrobroncoscopia con LBA mostró un elevado rendimiento diagnóstico en pacientes con alta sospecha clínica y radiológica de tuberculosis pulmonar sin confirmación microbiológica inicial. El GeneXpert MTB/RIF realizado sobre LBA presentó el mayor rendimiento (100 %), permitiendo la confirmación rápida y la detección de resistencia a rifampicina. Además, el LBA permitió establecer diagnósticos microbiológicos alternativos en el 50% de los pacientes sin tuberculosis, respaldando su utilidad en pacientes seleccionados cuando el estudio del esputo no es concluyente o no puede obtenerse.

CO 36 - SEVERIDAD Y EVOLUCIÓN INTRAHOSPITALARIA DEL VIRUS RESPIRATORIO SINCITIAL COMPARADAS CON INFLUENZA A/B EN ADULTOS HOSPITALIZADOS: COHORTE RETROSPECTIVA ARGENTINA

Xavier Paredes[1]; Tobias Bailon[1]; Graciela Cabral[1]; Daniela Rios[1]; Alejandra González[1]; Jaime Segovia[1]; Anita López[1]

[1] *Hospital Nacional Prof Alejandro Posadas*

Introducción: El virus respiratorio sincitial (VSR) es una causa relevante de infección respiratoria grave, exacerbación cardiopulmonar y muerte en adultos, especialmente en

mayores, inmunocomprometidos y personas con enfermedades crónicas. Su presentación clínica se superpone con influenza y la evidencia comparativa latinoamericana es limitada.ObjetivoComparar la severidad y la evolución intrahospitalaria de adultos hospitalizados con infección confirmada por VSR versus influenza A/B.

Material y método: Cohorte observacional retrospectiva realizada en el Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas. Se incluyeron adultos ≥18 años hospitalizados entre el 14/05/2024 y el 04/09/2025 con VSR, influenza A o B confirmados por RT-PCR o panel molecular. El desenlace primario fue ingreso a UTI y/o muerte intrahospitalaria. Como desenlaces secundarios se evaluaron duración de internación y evento cardiovascular compuesto. Se calcularon OR y diferencias absolutas con IC95%. Se ajustó una regresión logística por grupo viral, edad ≥70 años, sexo, SpO_2 <90%, Índice de comorbilidad de Charlson (CCI) ≥2 y evento cardiovascular. Se realizaron análisis de sensibilidad según intervalo entre ingreso y toma de muestra.

Resultados: Se analizaron 177 pacientes: 126 con influenza A/B y 51 con VSR; edad media 54,1±19,3 años y 46,3% mujeres. Todos los pacientes con VSR tenían al menos una comorbilidad, frente al 91,3% con influenza. La mediana de saturación de oxígeno inicial (SpO_2i) fue 93% en ambos grupos y la frecuencia de SpO_2i <90% fue similar (31,0% vs 31,4%). El desenlace primario ocurrió en 30/126 (23,8%) con influenza y 14/51 (27,5%) con VSR. El OR crudo 1,21 (IC95% 0,58-2,54; p=0,612). La mortalidad fue 11,9% vs 15,7% (p=0,498), el ingreso a UTI 16,7% vs 17,6% y el evento cardiovascular 20,6% vs 21,6%. La mediana de internación fue 12 días con influenza y 13 con VSR (p=0,232). En el modelo ajustado, el VSR no se asoció con mayor riesgo de UTI y/o muerte (ORa 1,37; IC95% 0,55-3,40; p=0,496). La SpO_2i <90% (ORa 8,84; IC95% 3,55-22,00; p<0,001) y el evento cardiovascular compuesto (ORa 12,14; IC95% 4,56-32,27; p<0,001) se asociaron con el desenlace. Edad ≥70 años, sexo y CCI ≥2 no mostraron asociaciones independientes. Los análisis de sensibilidad fueron concordantes con intervalo de confianza amplios. La mortalidad al dividirla en grupos etarios fue: 7,3% en <60 años, 12,8% entre 60-69 y 26,2% en ≥70 años.

Conclusiones: No se detectaron diferencias estadísticamente significativas entre VSR e influenza A/B en el desenlace de UTI y/o muerte. La hipoxemia al ingreso y los eventos cardiovasculares intrahospitalarios se asociaron con mayor severidad.

CO 37 - PACIENTES CON EXACERBACIÓN ASMÁTICA QUE REQUIRIERON INTERNACIÓN EN HOSPITAL MADARIAGA POSADAS - MISIONES

Nicolás Daniel Rodríguez Dos Santos[1]; Jaines José Zabala Marcano[1]; Veronica Belén Alcaraz[1]; Matias Omar Pereyra[1]; Araceli Abigail Michlovsky[1]; Elias Adrian Cabrera[1]; Natasha Rocio Solis[1]; Lucio Agustin Del Prado[1]; Julieta Franzoy[1]; Maria Susana Azcona[1]

[1] *Hospital Escuela de Agudos Dr Ramon Madariaga*

Introducción y objetivo: El asma es una enfermedad respiratoria inflamatoria crónica que causa obstrucción de la vía aérea caracterizada por síntomas variables. Las exacerbaciones asmáticas constituyen eventos de alta relevancia de salud pública, ya que se asocian con

mayor utilización de recursos hospitalarios, incremento de los costos sanitarios, deterioro de la calidad de vida y aumento del riesgo de exacerbaciones. El objetivo del trabajo es analizar las características epidemiológicas, clínicas, espirométricas y tratamiento de los pacientes hospitalizados por crisis asmática durante el periodo 2024-2025.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo en una institución de alta complejidad (2024-2025) en mayores de 15 años. La inclusión se basó en la necesidad de internación por exacerbación asmática. Se analizaron características clínicas comorbilidades, espirométricas, indicadores biológicos, vacunación antigripal y tratamiento. Se empleó Odds Ratio para identificar factores de gravedad de las comorbilidades.

Resultados: La muestra (n=50) se presentó en sexo femenino (64% n:32) con una edad media de 36,4 años. El 96% residía en zonas urbanas, vinculado a la exposición persistente a contaminantes. El 98% de las crisis fueron moderadas-severas, incluyendo un 2% (n=1) de casos casi fatales. Funcional respiratorio: el 36% no contaba con espirometría previa, indicando falta de seguimiento especializado: Espirometría normales (22% n: 11), Sugestivos de restricción: Leve (10% n:5), Moderado (14% n:7), Obstructivas: Leve (12% n:6), Moderadas (2% n:1), Severo (2%, n:1), Muy severo (2% n:1). Las comorbilidades fueron: rinitis (n: 15, 30% OR 0.35), obesidad (n:14, 28% OR 0.95), Hipertensión arterial (n:10 20% OR:0.23), Diabetes Mellitus (n:8 16 %OR 0.19), Reflujo gastroesofágico (n:4, 5% OR 2.31), Tabaquismo (n:20, 40%), vinculándose este a mayor gravedad (OR 2,33). Biomarcadores: La IgE se encontró elevada en el 66% (n:33) y Eosinofilia en el 28% (n: 14). Vacunación Antigripal (30% n:15). El 60% no recibía tratamiento controlador al momento de la internación.

Discusión y conclusiones: Se observo que los pacientes con crisis de asma moderada a severa que requirieron internación fueron adultos jóvenes con una edad media de 36 años y el 60% sin tratamiento controlador. La ausencia de espirometría se observó en el 36% de los pacientes. El fenotipo alérgico se detectó en un 66%. Se evidencio tabaquismo en el 40% del valor de cohorte. Se concluye la importancia en la atención neumológica especializada, el control de la comorbilidades, la educación y el alcance al tratamiento controlador son los pilares fundamentales para el manejo adecuado de estos paciente.

CO 38 - EFECTO DE UN PROGRAMA TEMPRANO DE REHABILITACIÓN PULMONAR EN PACIENTES EN FASE ACTIVA DE TUBERCULOSIS PULMONAR

Sergio Rodríguez[1]; Hector Sale[1]; Omar Diaz[1]; Ruben Acuña[1]; Ana Rovarini[1]; Cecilia Torres[1]; Daniela Saad[1]; Evangelina Salazar[1]; Marcela Collante[1]; Mercedes Espeche[1]; Bambina Stivala[1]; Silvia González[1]; Ernesto Cruz[1]; Felix Triguero[1]

[1] *Hospital Avellaneda*

Resumen: El presente estudio evalúa la efectividad de un protocolo temprano de rehabilitación respiratoria (RR) y en 80 pacientes hospitalizados en primera fase de tuberculosis con bajo peso severo (IMC < 17 kg/m²). La intervención combinó técnicas de aclaramiento mucociliar los primeros 3 días (Ciclo Activo Respiratorio y Drenaje Autogénico), seguidas de un esquema de marchas intervaladas con entrenamiento muscular respiratorio y

periférico. Se registró la suspensión de 3 pacientes por presencia de hemoptisis. En cuanto a la adherencia horaria del protocolo de 12 hs de marchas planeadas, 10 pacientes completaron la totalidad del horario (12 hs), mientras que los restantes lograron un cumplimiento parcial de 4 hs diarias. Al cabo de 15 días, el grupo intervención mostró una ganancia funcional en la prueba Sit-to-Stand (de 8 a 14 repeticiones) y una reducción proporcional de la fatiga medida por la Escala de Severidad de la Fatiga (FSS). Asimismo, se logró una mayor tasa de destete de oxigenoterapia en el grupo intervención frente al control (75% vs. 42.8%).

Material y método: Criterios de Inclusión: mayores de 18 años con diagnóstico de TBC en primera fase, bajo tratamiento farmacológico. Índice de Masa Corporal (IMC) < 17 kg/m² al ingreso. Estabilidad hemodinámica al momento de la evaluación basal. Criterios de Exclusión: Hemoptisis, Hipertensión Pulmonar, Arritmias, Insuficiencia Respiratoria Tipo II o III. Protocolo de Intervención: Fase Inicial (Días 1 al 3): Ejercicios respiratorios. Fase Progresiva (Días 4 al 15): Bloques de marchas de 5 min por hs. durante 12 hs.

Discusión: Fatiga Sistémica Medida por FSS: Nos permite observar un impacto directo sobre la fatiga percibida de manera global por el paciente. La reducción del 57.1 %, demuestra que el reentrenamiento físico reduce la interferencia de la astenia bacilar en las actividades básicas de la vida diaria. Diferencias de Adherencia en la Marcha Intervalada: El hecho de que solo 10 pacientes completaran la ventana total de 12 hs. y que el resto alcanzara 4 hs diarias refleja la heterogeneidad en la tolerancia al esfuerzo en pacientes con IMC < 17 kg/m² . No obstante, aun con volúmenes de 4 hs/día de marchas intervaladas, los pacientes obtuvieron mejoras funcionales sustanciales. Seguridad y Destete Oxigenoterapia: Se ratifica la efectividad de la RR en favorecer la independencia del oxígeno (75 % de destete en intervención vs. 42.8 % en control), y una estricta monitorización por la aparición de hemoptisis en una minoría de los casos (7.5 %).

Conclusión: El programa temprano de RR adaptado con la escala FSS demostró reducir significativamente la severidad de la fatiga y aumentar la fuerza muscular de miembros inferiores en pacientes con TBC en primera fase e IMC < 17 kg/m². A pesar de las limitaciones de tolerancia horaria observadas en la marcha (donde un subgrupo completó 4 hs de las 12 hs planteadas), la intervención demostró ser una herramienta eficaz para acelerar el destete de la oxigenoterapia y mejorar la capacidad funcional del paciente hospitalizado.

3. Resultados Obtenidos

A. Desempeño Funcional y Evaluación de Fatiga (FSS)

Variable Evaluada	Valor Basal (Día 1)	Valor Final (Día 15)	Cambio Observado
Prueba Sit-to-Stand (STST)	**8** repeticiones pm	**14** repeticiones pm	**+75%** en fuerza/resistencia
Escala de Severidad de la Fatiga (FSS)	**6.3** puntos (Fatiga severa)	**2.7** puntos (Fatiga leve)	**-57.1%** (Reducción equivalente al porcentaje original)

B. Requerimiento de Oxigenoterapia y Destete

Grupo	Requirieron Cánula Nasal (n)	Lograron Destete a los 15 días (n)	Tasa de Éxito en Destete (%)
Grupo Intervención	**12** pacientes	**9** pacientes	**75.0%**
Grupo Control	**14** pacientes	**6** pacientes	**42.8%**

C. Eventos Adversos

- **Suspensión por Hemoptisis:** 3 pacientes del grupo intervención interrumpieron el protocolo de forma definitiva al presentar sangrado en la vía aérea durante la sesión de ejercicio.

CO 39 - EXPOSICION MEDIO AMBIENTAL OCUPACIONAL EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL

Karen Levis[1]; Antonella Gamarra[1]; Fabiána Salazar[2]; Viviana Moyano[1]; Erica Cuestas[2]

[1] Hospital Italiano; [2] Sanatorio Allende

Introducción: En un número importante de pacientes con enfermedades pulmonares intersticiales (EPI), el factor desencadenante permanece incierto. En los últimos años ha aumentado el interés por el papel de las exposiciones ambientales y ocupacionales como posibles determinantes del desarrollo y progresión de estas enfermedades. Sin embargo, persisten dudas sobre su impacto en la severidad del compromiso pulmonar al momento del diagnóstico. Los objetivos fueron caracterizar el tipo y duración de la exposición ocupacional en pacientes con EPI, determinar si los pacientes expuestos presentan mayor sintomatología, comparar parámetros funcionales y tomográficos entre pacientes con y sin exposición ocupacional y establecer el porcentaje de pacientes con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) con antecedentes de exposición.

Material y métodos: Estudio prospectivo, descriptivo y analítico realizado en el Hospital Italiano y el Sanatorio Allende (Córdoba). Se administró un cuestionario autoadministrado de exposición ocupacional a pacientes con EPI atendidos en neumonología entre mayo y julio de 2026.

Resultados: Se incluyeron 121 pacientes; el 58,7% fueron mujeres y la edad media fue de 67,2 años. El diagnóstico más frecuente fue FPI (32,1%), seguido de EPI secundaria a artritis reumatoidea (22,3%). El 43,8% eran exfumadores y el 8,3% fumadores activos. El patrón tomográfico predominante fue neumonía intersticial usual (UIP) (52,9%), seguido de neumonía intersticial no específica (NSIP) (35,5%). El 10,7% presentó antecedentes familiares de fibrosis pulmonar. El 51% refirió exposición ocupacional. Las exposiciones más frecuentes fueron

productos químicos (n=21), construcción y mantenimiento (n=15) y metales/soldadura/fundición (n=11). En todos los grupos la duración media de la exposición fue mayor de 20 años. Los pacientes expuestos presentaron mayor frecuencia de síntomas, aunque solo la hiporexia mostró diferencias significativas (29% vs. 6,8%; p=0,002). Entre los expuestos a metales/soldadura/fundición se observó una tendencia a correlación negativa entre años de exposición y capacidad vital forzada (CVF) (p=0,09). No hubo diferencias significativas en el patrón tomográfico, aunque el patrón UIP fue más frecuente en los expuestos. El 41% de los pacientes con FPI presentaba antecedentes de exposición ocupacional.

Conclusión: En esta población de pacientes se observó una elevada frecuencia de exposición ocupacional prolongada. Los pacientes expuestos mostraron una tendencia a mayor compromiso funcional. Estos resultados resaltan la importancia de realizar una anamnesis ocupacional detallada, considerando tanto el tipo de exposición como su duración.

CO 40 - ¿QUIÉN SE EXACERBA PRIMERO? PREDICTORES DEL TIEMPO HASTA LA PRIMERA EXACERBACIÓN EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: COHORTE PROSPECTIVA CON 12 MESES DE SEGUIMIENTO

Katerine Ivanoska Ortuño Maita[1]; Fernando Saldarini[1]; Giovanni Alejandro Avila Torres[1]; Mauro Andreu[1]; Carlos Gastón Gómez[1]; Nahuel Cervino[1]; Maria Alejandra Celenza[1]; Cyntia Guzmán[1]; Valeria Brichetti[1]

[1] *Hospital Donación Francisco Santojanni*

Introducción y objetivo: Las exacerbaciones aceleran el deterioro de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), aumentan el uso de recursos y empeoran el pronóstico. Aunque la clasificación A, B y E de GOLD orienta el tratamiento inicial, su capacidad para predecir cuándo ocurrirá la primera exacerbación y el aporte adicional de la función pulmonar no están establecidos. El objetivo fue evaluar la asociación entre la clasificación GOLD basal y el tiempo hasta la primera exacerbación, y determinar si el VEF_1 aporta valor pronóstico incremental.

Material y método: Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico y de práctica real que incluyó 117 pacientes ambulatorios con EPOC confirmada por espirometría (relación VEF_1/FVC posbroncodilatador <0,70), clasificados como GOLD A (n=23), B (n=55) o E (n=39) y seguidos hasta 12 meses. El desenlace principal fue el tiempo hasta la primera exacerbación. Se estimaron curvas de Kaplan-Meier comparadas con log-rank. Se construyeron modelos de Cox ajustados por edad, sexo, exposición tabáquica, índice de Charlson y eosinófilos; un segundo modelo incorporó el VEF_1 (% del predicho). El aporte incremental se evaluó mediante razón de verosimilitud, criterios de información e índice C de Harrell.

Resultados: Se registraron 45 primeras exacerbaciones (38,5%). La incidencia acumulada a 12 meses fue 13,0% en GOLD A, 42,2% en GOLD B y 48,7% en GOLD E (log-rank p=0,030). En el modelo sin VEF_1, GOLD B (HR 4,00; IC95% 1,19-13,45; p=0,025) y GOLD E (HR 5,99; IC95% 1,75-20,57; p=0,004) se asociaron con mayor riesgo respecto de GOLD A. Al incorporar el VEF_1, las asociaciones se atenuaron (B: HR 3,30; IC95% 0,97-11,28; p=0,057; E: HR 3,26; IC95% 0,84-

12,73; p=0,090), mientras que un mayor VEF_1 se asoció con menor riesgo (HR 0,98 por punto porcentual; IC95% 0,96-1,00; p=0,029). El ajuste mejoró (p=0,026), pero la discriminación permaneció sin cambios (índice C: 0,682 vs 0,683).

Discusión y conclusiones: La clasificación GOLD identificó un grupo A con menor riesgo de primera exacerbación, mientras que los grupos B y E presentaron riesgos más altos y próximos entre sí. La incorporación del VEF_1 atenuó la asociación de GOLD y mejoró el ajuste estadístico, sin ganancia clínicamente relevante en discriminación. Estos hallazgos apoyan una valoración pronóstica multidimensional que integre antecedentes de exacerbaciones, síntomas y función pulmonar. Por el carácter unicéntrico y el número limitado de eventos, los resultados son exploratorios y requieren validación externa.

CO 41 - EVOLUCIÓN CLÍNICA Y FUNCIONAL A 12 MESES EN UNA COHORTE CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA SEGUIDA EN UN CONSULTORIO ESPECIALIZADO

Katerine Ivanoska Ortuño Maita[1]; Fernando Saldarini[1]; Giovanni Alejandro Avila Torres[1]; Mauro Andreu[1]; David Patricio Rojas Marquez[1]; Natalia Soledad Rodríguez Genaro[1]; Andrea Paola González[1]; Elvis Eduardo Medinacelli[1]; Lucrecia Loprete[1]

[1] *Hospital Donación Francisco Santojanni*

Introducción y objetivo: El seguimiento estructurado en consultorios especializados podría mejorar el control de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), aunque la evidencia local es limitada. El objetivo fue evaluar los cambios en síntomas, función pulmonar, capacidad de ejercicio y exacerbaciones entre la evaluación basal y los 12 meses de seguimiento.

Material y método: Estudio observacional, analítico, longitudinal y unicéntrico. Se incluyeron pacientes con EPOC evaluados al ingreso y a los 12 meses. Se analizaron la prueba de evaluación de la EPOC (CAT), el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF_1), la capacidad vital forzada (CVF), la distancia recorrida en la prueba de marcha de 6 minutos y las exacerbaciones que requirieron internación, atención en cuidados intensivos, consulta en emergencias o consulta no programada. Las comparaciones intrapaciente se realizaron mediante la prueba de Wilcoxon para muestras pareadas. Se definió respuesta clínicamente relevante en el CAT como una disminución ≥2 puntos. Los resultados se expresaron como media ± desviación estándar y cambio medio (Δ).

Resultados: Se analizaron 111 pacientes con evaluaciones completas. El CAT disminuyó de 16,5 ± 8,4 a 10,4 ± 6,3 puntos (Δ −6,1; p<0,001), y el 69% presentó una mejoría ≥2 puntos. El VEF_1 aumentó de 62,5 ± 20,3% a 66,9 ± 23,1% del predicho (Δ +4,4 puntos porcentuales; p=0,008), y la CVF de 90,1 ± 24,9% a 94,9 ± 25,4% del predicho (Δ +4,8 puntos porcentuales; p=0,027). Las exacerbaciones disminuyeron de 1,2 ± 1,6 a 0,4 ± 1,5 eventos por paciente (Δ −0,8; p<0,001). De los 57 pacientes con al menos una exacerbación durante el año previo, 47 (82%) permanecieron libres de exacerbaciones durante el seguimiento. La distancia recorrida no cambió significativamente: 331 ± 95 frente a 339 ± 99 metros (Δ +7,7; p=0,311).

Discusión y conclusiones: A los 12 meses, el seguimiento en un consultorio especializado se asoció con una mejoría clínica y espirométrica y con una reducción significativa de las exacerbaciones, sin cambios relevantes en la capacidad de ejercicio. La magnitud de la mejoría sintomática y la proporción de pacientes previamente exacerbadores que permanecieron libres de eventos respaldan el valor potencial del seguimiento estructurado. Sin embargo, la ausencia de un grupo control y la posible regresión a la media impiden establecer una relación causal.

CO 42 - EOSINÓFILOS EN SANGRE PERIFÉRICA, CLASIFICACIÓN GOLD Y EXACERBACIONES EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: ANÁLISIS DE UNA COHORTE PROSPECTIVA ARGENTINA A 12 MESES

Giovanni Alejandro Ávila Torres[1]; Fernando Saldarini[1]; Katerine Ivanoska Ortuño Maita[1]; Mauro Andreu[1]; Paola Shirley Cruz Canaviri[1]; Gissela Jesús Bedia Mogrovejo[1]; Maria Victoria Padron Espinoza[1]; Nerina Samanta Rodríguez[1]; Paula Eugenia Csipska[1]; Pamela Rossi

[1] *Hospital Donación Francisco Santojanni*

Introducción y objetivo: El recuento de eosinófilos en sangre periférica es un biomarcador que orienta la respuesta a corticosteroides inhalados y podría relacionarse con el riesgo de exacerbación en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Sin embargo, su asociación con las exacerbaciones y su distribución dentro de las categorías A, B y E de la Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD) han sido poco estudiadas en Latinoamérica. El objetivo fue describir la asociación entre el recuento basal de eosinófilos, la clasificación GOLD y la ocurrencia de exacerbaciones durante 12 meses de seguimiento.

Material y método: Cohorte observacional, prospectiva y unicéntrica de 117 pacientes ambulatorios con EPOC confirmada por espirometría, clasificados como GOLD A, B o E al ingreso. Se estratificó el recuento absoluto de eosinófilos en tres grupos: menos de 100, 100 a 299 y 300 o más células/µL. El desenlace fue la presencia de al menos una exacerbación y el número total de exacerbaciones durante el seguimiento. Se emplearon pruebas de chi cuadrado y Kruskal-Wallis, con $p<0,05$.

Resultados: La mediana de eosinófilos fue 186 células/µL (rango intercuartílico 120-252). Se registraron 63 exacerbaciones; el 38,5% de los pacientes presentó al menos una. La proporción de exacerbadores por estrato eosinofílico fue 30,0% (<100), 42,7% (100-299) y 31,8% (≥300), sin diferencias significativas (p=0,455), y sin gradiente en el número de eventos (p=0,324). En cambio, la clasificación GOLD se asoció significativamente con las exacerbaciones: 13,0% en GOLD A, 41,8% en GOLD B y 48,7% en GOLD E (p=0,016). La distribución de los estratos eosinofílicos fue similar entre las categorías GOLD (p=0,492), predominando el estrato intermedio en todos los grupos.

Discusión y conclusiones: En esta cohorte, el recuento basal de eosinófilos no se asoció de manera significativa con la ocurrencia ni con el número de exacerbaciones, mientras que la categoría GOLD basal mostró una asociación clara y creciente de A a E. Los eosinófilos se distribuyeron de forma homogénea entre las categorías GOLD, lo que sugiere que aportan

información complementaria e independiente del eje sintomático-exacerbador que define la clasificación ABE. Estos hallazgos, de carácter exploratorio por el diseño unicéntrico y el número limitado de eventos, apoyan el uso del recuento de eosinófilos como herramienta para decidir el tratamiento antiinflamatorio más que como predictor aislado de exacerbaciones.

CO 43 - SITUACIÓN DE LA MORTALIDAD POR ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN ARGENTINA, 1980-2024

Sergio Arias[1]; Carina Calabrese[1]; Rocio Jazmin Rodríguez[2]; Maria Sol Barreto[2]; Florencia Cozzutti[2]; Natalia Mordini[1]; Juan Carlos Bossio[1]; Hugo Fernández[1]; Gustavo Armando[1]

[1] Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni. ANLIS Carlos Malbrán. Ministerio de Salud de la Nación; [2] Residencia de Epidemiología. INER Emilio Coni. ANLIS Carlos Malbrán. Ministerio de Salud de la Nación

Introducción y objetivo: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica constituye un problema relevante de salud pública por su elevada carga de enfermedad y mortalidad. El objetivo fue describir la magnitud, la evolución temporal y las características de la mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica en la población de 40 años y más de Argentina durante 1980-2024.

Material y método: Estudio descriptivo de las defunciones por enfermedad pulmonar obstructiva crónica registradas en las bases de mortalidad de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud (códigos 490-492, 494-496 de la CIE-9 y J40-J44, J47 de la CIE-10). Se calcularon tasas por 100.000 habitantes, crudas y ajustadas por edad y sexo, a partir de estimaciones poblacionales oficiales. Para 2023-2024 se analizó la distribución por sexo, edad y jurisdicción. La tendencia se evaluó mediante regresión lineal del logaritmo de las tasas ajustadas y la variación porcentual anual promedio (VAP), con intervalos de confianza del 95%. Los puntos de quiebre de la tendencia se definieron por Regresión Joint Point, y se calculó la VAP para cada período.

Resultados: Las muertes por EPOC en Argentina fueron 5.922 en 2024, representando el 7,8% del total de muertes por causas respiratorias del país en el mismo año. En ese año hubo 400 muertes más por EPOC que en 2023 (+7,2%); la tasa ajustada por edad aumentó de 23,2 a 24,5 por 100.000 habitantes (+5,4%). En el bienio 2023-2024 ocurrieron 11.444 defunciones por EPOC, de las cuales 11.419 tuvieron edad conocida y el 57,2% correspondió a personas de 75 años y más. La tasa cruda fue 1,47 veces mayor en varones que en mujeres (37,0 frente a 25,2 por 100.000 habitantes). Se observaron marcadas diferencias territoriales: las mayores tasas ajustadas se registraron en Santa Cruz (57,5), Neuquén (53,9) y Misiones (47,8), y las menores en Jujuy (6,7) y Tucumán (7,3); la razón entre los extremos fue 8,5. Dieciocho jurisdicciones superaron la tasa nacional del bienio (24,0). Entre 1980 y 2024 la tasa ajustada aumentó en promedio 0,76% anual (IC95%: 0,36-1,16). La evolución no fue uniforme: aumentó significativamente en 1980-1996 (+4,09%; IC95%: 3,19-4,99) y 2009-2015 (+5,44%; IC95%: 2,31-8,67), y descendió en 1996-2009 (-1,52%; IC95%: -2,63 a -0,39) y 2015-2024 (-5,07%; IC95%: -8,03 a -2,02).

Discusión y conclusiones: La mortalidad por enfermedad pulmonar obstructiva crónica mantiene una tendencia histórica creciente, aunque con períodos de diferente comportamiento, y volvió a aumentar en 2024. Persisten desigualdades por sexo, edad y jurisdicción, con una brecha territorial superior a ocho veces. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer la vigilancia, el diagnóstico oportuno, el acceso al tratamiento y las acciones de prevención y control de los factores de riesgo, priorizando los grupos y territorios con mayor mortalidad.

CO 44 - MORTALIDAD A 12 MESES EN ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA: RELACIÓN CON LA CLASIFICACIÓN GOLD, EL RECUENTO DE EOSINÓFILOS, LA FUNCIÓN PULMONAR Y LA PRESIÓN SISTÓLICA DE LA ARTERIA PULMONAR EN UNA COHORTE ARGENTINA

Giovanni Alejandro Ávila Torres[1]; Fernando Saldarini[1]; Katerine Ivanoska Ortuño Maita[1]; Mauro Andreu[1]; Priscila Laura Montecino Luna[1]; Yanina Elizabeth Montenegro[1]; Cintia Carriso[1]; Gissela Jesús Bedia Mogrovejo[1]; Maria Victoria Padron Espinoza[1]; David Patricio Rojas Marquez[1]

[1] *Hospital Donación Francisco Santojanni*

Introducción y objetivo: La mortalidad en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es multifactorial e integra la gravedad de la limitación al flujo aéreo, el compromiso del intercambio gaseoso, la repercusión hemodinámica pulmonar y el fenotipo clínico. El objetivo fue describir la mortalidad a 12 meses en la cohorte SANTO-EPOC, sus causas y su relación con la clasificación GOLD basal, el recuento de eosinófilos en sangre periférica, el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF_1), la capacidad de difusión de monóxido de carbono (DLCO) y la presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) estimada.

Material y método: Cohorte observacional, prospectiva y unicéntrica de 117 pacientes ambulatorios con EPOC confirmada por espirometría, clasificados como GOLD A, B o E al ingreso y seguidos hasta 12 meses. Se registró la causa de muerte y se compararon las características basales de fallecidos y sobrevivientes mediante la prueba de Mann-Whitney para variables continuas y chi cuadrado o prueba exacta de Fisher para categóricas. La significación se fijó en $p<0,05$.

Resultados: Fallecieron 6 pacientes (5,1%). Las causas de muerte fueron: accidente cerebrovascular, shock cardiogénico, insuficiencia renal aguda, cáncer de pulmón, EPOC exacerbada con neumonía adquirida en la comunidad y absceso pulmonar (una cada una). Solo un fallecimiento (16,7%) fue de causa respiratoria directamente atribuible a la EPOC. La mortalidad aumentó progresivamente con la categoría GOLD: 0% en GOLD A, 3,6% en GOLD B y 10,3% en GOLD E ($p=0,165$; GOLD E frente al resto, Fisher $p=0,094$). Los fallecidos presentaron peor función pulmonar y mayor repercusión hemodinámica: VEF_1 46,5% frente a 63,0% ($p=0,045$), DLCO 39,5% frente a 56,0% ($p=0,022$) y PSAP 43,5 frente a 28,0 mmHg ($p=0,070$). El recuento de eosinófilos fue menor en los fallecidos (mediana 100 frente a 190 células/µL), sin diferencia significativa ($p=0,203$), y la mortalidad fue similar entre estratos eosinofílicos.

Discusión y conclusiones: La mortalidad a 12 meses fue mayoritariamente de causa no respiratoria (cardiovascular, oncológica y renal), lo que refleja la elevada carga de comorbilidad de la EPOC. Se asoció con marcadores de gravedad funcional y hemodinámica —menor VEF_1, menor DLCO y mayor PSAP— y mostró un gradiente creciente según la categoría GOLD, mientras que el recuento de eosinófilos no se asoció con la mortalidad. Estos hallazgos, de carácter exploratorio por el bajo número de eventos, refuerzan el valor pronóstico de la evaluación funcional completa y de la vigilancia de las comorbilidades por sobre el recuento aislado de eosinófilos.

CO 45 - MORTALIDAD POR ASMA EN PERSONAS DE 5 AÑOS Y MÁS EN ARGENTINA. MAGNITUD EN 2024 Y TENDENCIA 1980-2024

Sergio Arias[1]; Carina Calabrese[1]; Ingrid Vanni[2]; Maria Sol Barreto[2]; Florencia Cozzutti[2]; Natalia Mordini[1]; Gustavo Armando[1]; Juan Carlos Bossio[1]; Hugo Fernández[1]

[1] Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias Dr. Emilio Coni. ANLIS Carlos Malbrán. Ministerio de Salud de la Nación; [2] Residencia de Epidemiología. INER Emilio Coni. ANLIS Carlos Malbrán. Ministerio de Salud de la Nación

Introducción y objetivo: El asma es una enfermedad crónica de las vías aéreas inferiores que puede ocasionar exacerbaciones graves y muerte, aunque existen intervenciones eficaces para controlar la enfermedad y prevenir estos desenlaces. En Argentina persisten defunciones potencialmente evitables, por lo que resulta necesario monitorear su comportamiento epidemiológico. El objetivo es describir la magnitud, distribución y tendencia de la mortalidad por asma en personas de 5 años y más en Argentina durante el período 1980-2024.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de las defunciones por asma (CIE-10: J45-J46) en personas de 5 años y más, utilizando los registros de mortalidad de la Dirección de Estadística e Información en Salud (DEIS). Para la magnitud se analizó el bienio 2023-2024 y para la tendencia el período 1980-2024. Se calcularon porcentajes y tasas ajustadas por edad y sexo por 100.000 habitantes. La tendencia se evaluó mediante un modelo lineal de los logaritmos de las tasas y se expresó como Variación Anual Promedio (VAP) con intervalo de confianza del 95%. La información poblacional se obtuvo del INDEC. Se utilizaron los software Excel Microsof 365 y Jointpoint 6.0.1.

Resultados: En 2024 se registraron 310 muertes por asma en personas de 5 años y más en Argentina, un 14,0% más que en 2023 (272). En el bienio 2023-2024, Misiones (1,44), San Juan (1,41), Salta (1,27), Formosa (1,26) y Tierra del Fuego (1,19) registraron las tasas ajustadas por edad y sexo más altas por 100.000 habitantes, mientras que La Rioja no registró muertes y La Pampa (0,14), Ciudad Autónoma de Buenos Aires (0,16), Jujuy (0,17), San Luis (0,17) y Chubut (0,20) presentaron las más bajas. La mortalidad mostró un incremento con la edad. La mayoría de las muertes ocurrió en personas de 75 años y más; sin embargo, el 53,2% de las defunciones se produjo antes de esa edad, y el 12,3% correspondió a personas de 40 años o menos, incluyendo 13 muertes en menores de 20 años. Durante 2024, las mujeres representaron el 58,1% de las defunciones y los varones el 41,9%. Entre 1980 y 2024 la

mortalidad mostró una tendencia descendente (VAP: -4,96%; IC95%: -5,27; -4,65), similar en ambos sexos, aunque más pronunciada en varones (VAP: -5,68%; IC95%: -6,02; -5,35) que en mujeres (VAP: -4,44%; IC95%: -4,77; -4,10).

Discusión y conclusiones: La mortalidad por asma en Argentina mantiene una tendencia descendente desde 1980; no obstante, el incremento observado en 2024 pone de manifiesto la necesidad de sostener la vigilancia epidemiológica. Aunque la mortalidad se concentra en personas de mayor edad y en mujeres, persisten defunciones en edades más tempranas, potencialmente evitables. Es fundamental fortalecer el diagnóstico oportuno y el tratamiento adecuado para continuar reduciendo las defunciones por esta causa.

CO 46 - COHORTE SANTO-EPOC: CARACTERÍSTICAS BASALES SEGÚN LA CLASIFICACIÓN GOLD EN LA PRIMERA COHORTE PROSPECTIVA ARGENTINA DE EPOC

Katerine Ivanoska Ortuño Maita[1]; Fernando Saldarini[1]; Giovanni Alejandro Avila Torres[1]; Mauro Andreu[1]; Nolkelys de los Angeles Nemer Pelayo[1]; Pamela Rossi[1]; Paula Eugenia Csipska[1]; Carlos Gastón Gómez[1]; Claudio Nahuel Cerviño[1]

[1] *Hospital Donación Francisco Santojanni*

Introducción y objetivo: La clasificación A, B y E de GOLD orienta el tratamiento inicial de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) integrando síntomas y antecedente de exacerbaciones. Sin embargo, la caracterización basal de cohortes prospectivas de práctica real según esta clasificación es escasa en Latinoamérica. El objetivo fue describir las características demográficas y clínicas basales de la cohorte SANTO-EPOC y compararlas entre las categorías GOLD.

Material y método: Estudio observacional, prospectivo, unicéntrico y de práctica real que incluyó 117 pacientes ambulatorios con EPOC confirmada por espirometría (VEF_1/FVC posbroncodilatador <0,70), atendidos entre diciembre de 2024 y octubre de 2025 y clasificados al ingreso como GOLD A, B o E. Se registraron variables demográficas, carga tabáquica, tiempo desde el diagnóstico, síntomas (CAT y mMRC), función pulmonar (VEF_1, FVC, FEV_1/FVC y DLCO), presión sistólica de la arteria pulmonar (PSAP) estimada, recuento de eosinófilos y desaturación en el test de marcha de 6 minutos. Las variables continuas se compararon con Kruskal-Wallis y las categóricas con chi cuadrado (p<0,05).

Resultados: Se incluyeron 117 pacientes: GOLD A 23 (19,7%), B 55 (47,0%) y E 39 (33,3%). La mediana de edad fue 66 años (RIC 61-72) y el 49,6% eran varones. Las categorías fueron comparables en edad (p=0,719), sexo (p=0,729) y paquetes-año (p=0,638). En cambio, difirieron en la carga sintomática y la gravedad funcional, con gradiente creciente de A a E: el CAT (10 vs 16 vs 21; p<0,001) y la mMRC (1 vs 2 vs 3; p<0,001) aumentaron, mientras que el VEF_1 (81% vs 66% vs 44%; p<0,001), la FVC (p<0,001), la relación FEV_1/FVC (p=0,004) y la DLCO (60% vs 61% vs 43%; p<0,001) disminuyeron. Los GOLD E presentaron además mayor tiempo desde el diagnóstico (p=0,013) y mayor desaturación en el test de marcha (22% vs 42% vs 59%; p=0,016). El recuento de eosinófilos (p=0,563) y la PSAP (p=0,223) no difirieron entre categorías.

Discusión y conclusiones: La clasificación GOLD basal se asoció con un gradiente creciente de síntomas, obstrucción al flujo aéreo y compromiso del intercambio gaseoso, sin diferencias en edad, sexo ni carga tabáquica. Los eosinófilos y la PSAP se distribuyeron de forma homogénea entre las categorías, lo que sugiere que aportan información complementaria e independiente del eje sintomático-funcional que define la clasificación ABE. Estos hallazgos respaldan una caracterización multidimensional del paciente con EPOC que integre GOLD con biomarcadores y parámetros hemodinámicos.

CO 47 - PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DEL ÍNDICE DE RESPIRACIÓN RÁPIDA Y SUPERFICIAL DIAFRAGMÁTICO EN LA EXTUBACIÓN EN UNA COHORTE DE PACIENTES CRÍTICOS

Julieta María Saez[1]; Hilario Quiroga[1]

[1] *Hospital Central de Mendoza*

Introducción y objetivos: La liberación de la ventilación mecánica (VM) representa un proceso complejo. El fracaso en la extubación incrementa significativamente la mortalidad y la estancia en UCI. Aunque el índice de Tobin tradicional (RSBI) es muy utilizado, no evalúa la disfunción diafragmática (VIDD). Surge así el RSBI diafragmático (RSBId), que reemplaza el volumen corriente por la excursión diafragmática (ED).

Objetivos: Evaluar la precisión diagnóstica del RSBId para predecir el éxito/fracaso de la extubación; comparar su rendimiento con el RSBI convencional; determinar un punto de corte óptimo y analizar la relación entre los días de VM y la ED.

Materiales y métodos: Estudio observacional, prospectivo y de cohorte única en UCI del Hospital Central de Mendoza (enero-junio 2026). Se incluyeron pacientes >16 años con VM >48 horas aptos para Prueba de Ventilación Espontánea (PVE) en Tubo en T. Mediciones: RSBI convencional antes de la PVE. A los 15' en Tubo en T, se midió la ED (en cm) por ecografía en Modo M para calcular el RSBId (f/ED). Criterios: Éxito = ausencia de soporte invasivo por 7 días post-extubación; Fracaso = necesidad de reintubación en ese periodo.

Resultados: Se analizaron 21 pacientes. El 76,19% (n=16) logró una extubación exitosa y el 23,81% (n=5) fracasó. RSBI convencional promedio: Grupo Éxito = 31,12 ± 8,48; Grupo Fracaso = 43,57 ± 12,01.RSBId promedio: Grupo Éxito = 1,33 ± 0,43; Grupo Fracaso = 1,98 ± 0,65 resp/min/mm. Estableciendo un punto de corte para RSBId > 1,4 resp/min/mm (alto riesgo): Verdaderos Positivos: 5 | Falsos Positivos: 7. Falsos Negativos: 0 | Verdaderos Negativos: 9 Sensibilidad: 100% | Especificidad: 56,25% | VPN: 100% | VPP: 41,67%. No se halló dependencia lineal significativa entre los días de VM y la ED (R2 = 0,038).

Discusión: Un RSBId <1,4 garantizó el éxito del destete (100% sensibilidad), hallazgo alineado con la literatura internacional (Spadaro y cols). La especificidad moderada (56,25%) refleja que el éxito en la extubación es multifactorial. La falta de correlación directa entre días de VM y disfunción diafragmática ratifica que la debilidad muscular depende de múltiples variables clínicas. Como limitaciones destacan el tamaño muestral pequeño y la disponibilidad del ecógrafo.

Conclusiones: El RSBId es una herramienta útil y con mayor sensibilidad que el RSBI tradicional para predecir el éxito del destete a pie de cama. Un valor < 1,4 resp/min/mm anticipa un retiro exitoso, mientras que valores elevados alertan sobre un alto riesgo de fallo.

CO 48 - REGISTRO MULTICÉNTRICO DE PACIENTES CON PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR EN LA REPÚBLICA ARGENTINA

Fabián Caro[1]; Viviana Moyano[2]; Fernando Camporro[3]; Marcela Usandivaras[4]; Diego Goffredo[5]; Glenda Ernst[6]; Pablo Young[7]; Silvina Valdez[8]; Aldana Trabucchi[8]; Leonardo Alonso[9]

[1] Hospital Maria Ferrer; [2] Hospital Italiano de Cordoba; [3] Clínica Universitaria Reina Fabiola; [4] Centro Medico 9 de julio; [5] Hospital Regional Comodoro Rivadavia; [6] Hospital Británico; [7] Hospital Britanico; [8] Facultad de Farmacia y Bioquímica; [9] Instituto de Nanobiotecnología (NANOBIOTEC)

introducción: La proteinosis alveolar pulmonar (PAP) es una enfermedad rara, generada por disfunción de los macrófagos alveolares. Se estima una prevalencia de 7 casos por millón, probablemente subestimada por bajo índice de sospecha. La forma autoinmune, mediada por autoanticuerpos anti-GM-CSF, representa el 90% de los casos. Se implementó un registro nacional con el objetivo de describir las características clínicas, demográficas y serológicas de los pacientes con PAP en Argentina.

Material y métodos: Estudio de cohorte longitudinal, retro-prospectivo, multicéntrico y descriptivo. Se incorporaron pacientes con PAP confirmada por lavado broncoalveolar y/o biopsia pulmonar, junto a hallazgos tomográficos compatibles. Se registraron variables demográficas, clínicas, funcionales, radiológicas y serológicas, determinándose anticuerpos anti-GM-CSF en pacientes que autorizaron su realización.

Resultados: Se presentan los resultados de los primeros once pacientes incorporados al registro. La edad media al diagnóstico fue de 39,7 años (DE 11,5), con predominio femenino (72,7%). La forma autoinmune primaria fue la más frecuente (90,9%), confirmada mediante dosaje de anti-GM-CSF. La disnea estuvo presente en el 100% de los pacientes y la tos en el 81,8%. Se destaca una demora diagnóstica media de 16,7 ± 13,4 meses (mínima 1,2, máxima 47), con diagnóstico previo erróneo en el 72,7% de los casos, atribuido mayormente a neumonías a repetición. Se realizó dosaje de anti-GM-CSF en el 90,9% de los pacientes (10/11) (no solicitado en el caso de PAP secundaria), con resultado positivo en el 100% de los testeados (10/10). Se realizó biopsia pulmonar en el 63,6% de los pacientes (7/11). En cuanto al tratamiento, el 72,7% recibió al menos un lavado pulmonar total, con una mediana de 1 procedimiento por paciente (RIC 1-3,25); un paciente requirió trasplante pulmonar, uno recibió rituximab, uno G-CSF inhalado y dos G-CSF subcutáneo. El 63,6% necesitó oxígeno suplementario en algún momento de su evolución. No se registraron fallecimientos.

Discusión: Las características clínicas de esta cohorte inicial son concordantes con lo descripto en la literatura internacional, con mayor frecuencia de la forma autoinmune. Se observó una proporción de mujeres (72,7%) superior a la habitual, ya que la bibliografía reporta leve preponderancia masculina, diferencia posiblemente vinculada al tamaño muestral reducido. Se destaca la prolongada demora diagnóstica y la elevada tasa de diagnósticos previos errados, lo

cual refleja las dificultades habituales para reconocer una entidad de presentación clínica inespecífica y baja frecuencia, tal como ha sido reportado en otras series publicadas.

Conclusiones: Los hallazgos de esta cohorte inicial son concordantes con lo reportado internacionalmente. La demora diagnóstica y la elevada tasa de diagnósticos previos errados podrían sugerir un subdiagnóstico de la enfermedad, y remarcan la necesidad de aumentar la sospecha clínica. La incorporación de nuevos pacientes permitirá ampliar el conocimiento epidemiológico de la PAP en Argentina.

CO 49 - INTERNACIÓN PROLONGADA EN EXACERBACIONES AGUDAS DE EPOC: ASOCIACIÓN CON LA FUNCIÓN PULMONAR BASAL Y UN SCORE CLÍNICO SIMPLIFICADO AL INGRESO

Martin Pascansky[1]; Martin Sívori[1]

[1] *Hospital Ramos Mejia*

Introducción y objetivo: Las exacerbaciones agudas de la EPOC (AECOPD) son una causa frecuente de hospitalización. Identificar precozmente al ingreso los pacientes con mayor probabilidad de requerir internación prolongada resulta útil para la estratificación del riesgo y asignación de recursos. El objetivo fue evaluar la asociación de la función pulmonar basal y de un score clínico simplificado al ingreso con la probabilidad de internación prolongada (>7 días) en AECOPD.

Material y método: Estudio observacional, analítico y retrospectivo en adultos ingresados por AECOPD. Desenlace primario: estancia prolongada (>7 días). Predictores principales: 1) Función pulmonar basal grave (FEV1 =24 rpm, FC >=95 lpm y SatO2 =2). Se realizó análisis bivariable y regresión logística multivariable (OR e IC95%). La capacidad discriminativa del score continuo se evaluó con curva ROC (AUC), determinando sensibilidad y especificidad para el punto de corte óptimo mediante el índice de Youden.

Resultados: De 164 pacientes iniciales, se incluyeron n=141 (excluyendo sin FEV1 basal). Edad media: 68.3 +/- 9.6 años (53.2% mujeres). Tabaquismo: 94.3% (n=133; mediana 43 paquetes/año). Mediana de FEV1 basal: 46%. Tasa global de internación prolongada (>7 días): 12.1% (17/141). Se observó un gradiente progresivo de riesgo: 2.2% en buena función con score bajo, 4.8% en buena función con score alto, 8.8% en mala función con score bajo, y 29.3% en mala función con score alto (>=2). En el análisis multivariable, la función pulmonar grave (FEV1 =2; OR=3.79; IC95%: 1.13-12.69; p=0.031) se asociaron de forma independiente con mayor riesgo de estancia prolongada. El análisis ROC del score mostró moderada capacidad discriminativa (AUC=0.745; IC95%: 0.627-0.864). El punto de corte óptimo fue 1.5 (Score >=2), con sensibilidad del 76.5% y especificidad del 60.5%.

Discusión y conclusiones: La alteración funcional previa y el compromiso agudo al ingreso se asociaron de forma independiente con estancia prolongada en AECOPD. Este score simplificado representa una herramienta exploratoria rápida y no invasiva para el triaje, aunque requiere confirmación mediante estudios prospectivos y de validación externa.

CO 50 - PAPEL DE LA PRUEBA DE EJERCICIO CARDIOPULMONAR EN LA ESTRATIFICACION DE RIESGO DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR. ESTUDIO COMPARATIVO CON SCORES DE RIESGO AL SEGUIMIENTO .EXTRAPOLACION EN UNA COHORTE LOCAL

Luciano Melatini[1]; Julieta González[1]; Tulio Papucci[1]; Juan Alvarado[1]; Colucci Matias[1]; Benavidez Silvina[1]

[1] *INEUS*

Introducción: Las guías vigentes recomiendan un modelo de riesgo simplificado de cuatro estratos. Un hallazgo crucial en la literatura reciente (Baccelli et al) demuestra que un puntaje derivado exclusivamente de tres parámetros de la PECP no solo supera al modelo tradicional, sino que por sí solo logra la mayor precisión discriminativa .

Objetivos: Reproducir el modelo de riesgo basado en PECP, comparar estos hallazgos con el modelo tradicional al seguimiento de Pacientes con HAP en una cohorte local. Evaluar grado de concordancia entre los distintos modelos predictivos

Materiales y métodos: Se evaluaron pacientes con HAP (Grupo 1) que durante su seguimiento se realizaron en forma simultanea valoración de: CF, Pro BNP, TM6M , Además PECP con variables de Interés como (Vo2 pico en ml/kg/min, Pulso de oxigeno, y Ve/Vco2 Slope. Se utilizaron estos datos para calcular las escalas de Riesgo al seguimiento: Compera 2 y Cpet Score , a fin de poder realizar comparaciones entre métodos de evaluación de riesgo.

Resultados: 28 pacientes con HAP al seguimiento. Etiología de HAP fue HAPI 39%, ETC 37% , HAP C. Congénita 14%, Porto pulmonar 10%. En promedio los pacientes realizaron: TM6M :IQR 153 (510-357) Promedio 440 m, PRO BNP: IQR 327,5 (399,5-72) Promedio 325 pg/ml. De las variables de la prueba de ejercicio Cardiopulmonar se obtuvieron: Vo2 Max. IQR 6,125 (18,025-11,9) Promedio 15,12 ml/kg/min., Pulso de Oxigeno (VO2 max/fc) IQR 31,25 (97,25- 66) Promedio 81,46 %. Ve/Vco2 Slope: IQR 7,25(39-31,75) Promedio 36,11. Se aplicó el SCORE Compera 2: Obteniendo Grupos de Riesgo: 32% Riesgo Bajo, 53% Riesgo Intermedio Bajo, 15% Riesgo Intermedio Alto y o% en Riesgo Alto. Basados en el CPET Score los grupos de riesgo de agruparon de la siguiente forma: 53% Riesgo Bajo, 25% Riesgo intermedio Bajo , 19% Riesgo Intermedio Alto , 3% riesgo Alto. El grado de concordancia entre Scores de Riesgo fue del 36%

Conclusión y discusión: Se evidenció una mayor detección de pacientes en riesgo bajo desde la evaluación del CPET Score. Basados en el trabajo de Baccelli, que le otorga mayor poder de discriminación a este Score, la utilización sola del Compera 2 podría estar sobreestimando la severidad de los pacientes en los riesgos bajos. Además el CPET Score identifico más pacientes en riesgo Intermedio Alto y Alto, por lo que cuando el paciente se encuentra en peor condición clínica, los scores habituales podrían están infra-estimando el riesgo. Esto podría tener impacto en las terapias, como no agregar un tratamiento a un gran número de pacientes que no lo requieren. Pero si ser más agresivo en la terapéutica en un grupo más pequeño de pacientes que se encuentran en un estado más grave. Optimizando el uso de Fármacos de muy alto costo. Por último el grado de correlación entres scores fue del 36% . En este grupo de pacientes existe la seguridad de que nos encontramos frente a un estado de riesgo más

fidedigno. En el resto de los pacientes con asimetría en los scores, la evidencia actual nos indica que debemos apoyarnos en la PECP para definir la conducta terapéutica.

EDAD AL SEGUI	FECHA CP	GRUPO HP	DIAGNOSTICO	CLASE FUNCIONAL	TM6M (metros)	Pro BNP	COMPERA CPET	COMPERA 2	CPET SCORE	CONSUMO			
										VO2 (ml/kg/min)	VO2 (%)	VO2/FC (max)(%)	VE/VCO2 (slope)
23	03/12/2024	GRUPO 1	HAP CP CORREGIDA	2	525	1511		2P(IB)	2P(IA)	12.7	70	40	42
31	27/08/24	GRUPO 1	HAPI	2	495	53		1P (IB)	1.3 (B)	18.7	83	74	39
36	04/04/23	GRUPO 1	HAPI	2	330	55		1P (IB)	1.3 (b)	13.1	72	77	33
66	19/11/24	GRUPO 1	ESCLERODERMIA	3	390	376		2P (IB)	2.3 (A)	8.5	44	60	47
75	26/03/24	GRUPO 1	AR	3	270	661		3P(IA)	1.66(IB)	12.7	78	92	39
53	28/02/23	GRUPO 1	ESCLERODERMIA	2	555	63		1P(B)	1.66(IB)	14.9	56	74	35
50	20/12/22	GRUPO 1	ESCLERODERMIA	1	609	50		1P(B)	1.33(IB)	19.3	70	83	31
77	5/11/24	GRUPO 1	ESENMENGER	3	337	293		3P(IA)	1.66(IB)	11.9	76	100	31
46	11/04/22	GRUPO 1	SJOGREN	1	615	50		1P(B)	1.33(B)	25.3	99	111	31
51	6/4/21	GRUPO 1	HAPI	2	420	87		2P(IB)	1(B)	17	71	79	31
46	01/07/24	GRUPO 1	SJOGREN	2	340	767		2P(IB)	2(IA)	12.6	48	63	39
39	21/03/23	GRUPO 1	HAPI	2	550	124		1P(B)	1(B)	18.4	70	78	28
67	15/08/23	GRUPO 1	HAP CD CORREGIDA	2	540	584		2P(IB)	1(B)	16.4	73	98	32
67	07/06/22	GRUPO 1	ESCLERODERMIA	2	316	340		2P(IB)	2.33(IA)	11.9	34	56	45
73	13/03/23	GRUPO 1	ESCLERODERMIA	2	374	464		2P(IB)	1.33(IB)	15	83	76	29
49	26/11/24	GRUPO 1	HAPI	3	401	85		2P(IB)	2(IA)	11.3	52	63	39
50	11/07/23	GRUPO 1	PORTOPULMONAR	2	338	356		2P(IB)	1.33(B)	15.6	57	77	37
69	30/03/2023	GRUPO 1	ESCLERODERMIA	2	475	87		1P(B)	1.33(B)	18	103	113	33
55	07/03/2023	GRUPO 1	HAPI	3	420	74		2P(IB)	1.66(IB)	11.5	68	109	37
33	09/01/2024	GRUPO 1	HAPI	2	465	173		1P(B)	1.66(IB)	17.7	57	61	36
43	07/05/2024	GRUPO 1	CIRROSIS AUTOINMUNE	3	510	272		2P(IB)	1.33(B)	20.4	74	76	42
68	26/03/2024	GRUPO 1	ESCLERODERMIA	3	510	284		2P(IB)	1.33(B)	11.8	72	105	39
28	22/10/2024	GRUPO 1	HAPI	2	490	423		2P(IB)	1.33(B)	18.1	53	66	37
42	08-08-2023	GRUPO 1	HAP POR CARDIOPATIA C	3	375	232		3P(IA)	1.66(IB)	11.2	40	66	38
72	01-08-2023	GRUPO 1	SJOGREN	3	390	70		2P(IB)	1(B)	16.1	98	121	33
69	24-06-2025	GRUPO 1	CIRROSIS BILIAR PRIMARIA	3	300	1432		3P(IA)	2.33(IA)	7.7	47	85	47
40	4/11/2025	GRUPO 1	HAPI	2	495	50		1P(B)	1(B)	16.1	67	81	33
54	15/01/2026	GRUPO 1	HAPI	3	490	93		2P(IB)	1(B)	19.4	79	97	28
51					IQR 153 (510-357) Promedio 440	IQR 327,5 (399,5-72) Promedio 325,32				IQR 6,125 (18,025-11,9) Promedio 15,12		IQR 31,25 (97,25- 66) Promedio 81,46	IQR 7,25(35-31,75) Promedio 36,11

CO 51 - IMPACTO DE UN CONSULTORIO DE PATOLOGÍA OBSTRUCTIVA CON ENFERMERÍA ESPECIALIZADA SOBRE LA UTILIZACIÓN DE RECURSOS, ADHERENCIA INHALATORIA Y CONTROL CLÍNICO.

Joséfina Pascua Rigada[1]; Matias Almeida Souto[1]; Fernando Di Tullio[1]; Fernanda Garcia[1]; Miriam Ortiz[1]; Alejando Salvado[1]

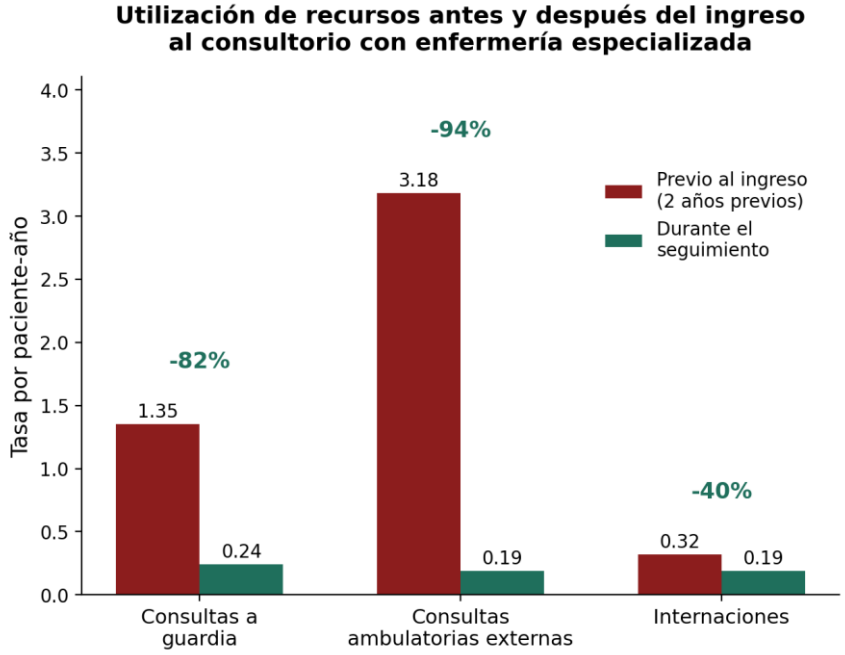
[1] *Hospital Britanico*

Introducción y objetivo: Las exacerbaciones de asma y EPOC concentran una proporción importante de la morbimortalidad y del gasto sanitario asociado a ambas enfermedades. Si bien los modelos de atención integrada están recomendados, el impacto específico de la enfermería especializada sobre desenlaces objetivos ha sido escasamente cuantificado, dificultando sustentar su incorporación al momento de asignar recursos. Nuestro objetivo fue evaluar si un consultorio de seguimiento de patología obstructiva con enfermería especializada como componente central del equipo asistencial se asocia con una menor utilización de recursos sanitarios de alta complejidad, así como con una mejor adherencia al tratamiento inhalatorio y un mejor control clínico.

Material y métodos: Estudio de cohorte unicéntrico (enero de 2024-julio de 2026) que incluyó 70 pacientes en seguimiento (mediana: 6 meses). Según la disponibilidad de datos, se compararon las tasas por paciente-año de consultas a guardia, consultas ambulatorias externas e internaciones entre los dos años previos al ingreso y el período de seguimiento mediante modelos de Poisson con ecuaciones de estimación generalizadas (GEE), ajustados por edad y dependencia de corticoides sistémicos. Asimismo, se evaluó la asociación entre la adherencia inhalatoria (TAI) y el control clínico (ACT, ACQ-5, CAAT y mMRC) mediante correlaciones de Pearson/Spearman y modelos de regresión ajustados por edad con errores robustos por clúster. También se registró la proporción de episodios nuevos resueltos íntegramente en el propio consultorio.

Resultados: Las consultas a guardia disminuyeron de 1,35 a 0,24 por paciente-año (−82%), las consultas ambulatorias externas de 3,18 a 0,19 (−94%) y las internaciones de 0,32 a 0,19 (−40%), con una reducción global del 48% en el total de eventos. El efecto permaneció significativo tras ajustar por edad y dependencia de corticoides sistémicos (IRR=0,50; IC95%: 0,34–0,74; p=0,0006). El 62% de los episodios nuevos se resolvió completamente dentro del consultorio (81% en pacientes con más de 6 meses de seguimiento). El puntaje TAI aumentó de 48 a 50 (p=0,016) y el ACT de 12 a 20 (p=0,0003), observándose correlación entre ambas mejorías (ρ=0,59; p=0,033). Asimismo, el TAI se asoció positivamente con el ACT (ρ=0,428; p=0,0005) y negativamente con el ACQ-5 (r=−0,335; p=0,007); estas asociaciones se mantuvieron tras el ajuste por edad (ACT: β=0,58 puntos por cada punto de TAI, p<0,001; ACQ-5: β=−0,09; p=0,006). Los pacientes con adherencia óptima presentaron mejores puntajes de ACT que aquellos con adherencia subóptima (18,4±4,6 vs. 15,1±5,1; p=0,009). El patrón predominante de incumplimiento fue el inconsciente, debido a técnica inhalatoria incorrecta, observado en el 87% de los pacientes evaluados.

Discusión y conclusiones: En esta cohorte, el seguimiento en un consultorio de patología obstructiva con enfermería especializada se asoció con una reducción significativa de la utilización de recursos hospitalarios y con una mejoría de la adherencia inhalatoria y del control clínico, resultados que persistieron tras los análisis ajustados. El predominio del incumplimiento inconsciente por errores en la técnica inhalatoria sugiere que la intervención sistemática de enfermería (educación, corrección de la técnica y seguimiento) explica, al menos en parte, estos hallazgos. Aunque preliminares, los resultados respaldan la incorporación de enfermería especializada como una intervención con impacto clínico y potencialmente costo-efectiva.



Reducción global del total de eventos: −48% · IRR ajustado por edad y dependencia a GCS: 0,50 (IC95% 0,34–0,74; p=0,0006)

CO 52 - FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CARDIOVASCULAR. ESTUDIO RETROSPECTIVO

Rubén Edgardo Bermudez[1]; Ernesto David Biaziso[1]; Nazarena Ailen Cáceres Canteros[1]; Victoria Cervo[1]

[1] *Instituto De Cardiologia De Corrientes*

Introducción y objetivo: La ventilación mecánica prolongada (VMP), definida como la necesidad de ventilación mecánica invasiva (VMI) por más de 24 horas tras la cirugía, es una complicación frecuente en cirugía cardiovascular (CCV), asociada a mayor mortalidad, estancia prolongada y deterioro funcional. Objetivo: describir las características demográficas y la proporción de pacientes sometidos a CCV que desarrollaron VMP en un instituto de referencia provincial.

Material y método: Estudio descriptivo, retrospectivo, en pacientes adultos sometidos a CCV por esternotomía mediana entre junio 2025 y febrero 2026. Se excluyeron pacientes sin datos suficientes, reoperados por causas no relacionadas con el procedimiento índice, intervenidos por otros procedimientos y fallecidos intraoperatoriamente. Se registraron variables demográficas, quirúrgicas (tipo de cirugía, prioridad, uso y tiempo de circulación extracorpórea [CEC]) y complicaciones postoperatorias. La VMP se definió como VMI ≥24 horas. Se realizó análisis descriptivo y regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 297 pacientes, con una mediana de edad de 66 años y predominio masculino (77.5%). El 45% correspondió a revascularización miocárdica y el 85.9% fueron cirugías electivas. La incidencia de VMP fue del 21.8% (65 pacientes). El uso de CEC se asoció significativamente con VMP (27.5% vs 6.3%; OR 3.55; $p<0.001$), al igual que un mayor tiempo de CEC (112.5 vs 90 minutos; $p<0.001$). El síndrome de bajo volumen minuto (OR 242.62), las complicaciones pulmonares (OR 41.27) y la reintervención quirúrgica (OR 35.88) se asociaron significativamente con VMP ($p<0.001$). La mortalidad global fue del 4.7%, concentrándose el 57.1% de los fallecimientos en el grupo VMP. No se halló asociación significativa con falla multiorgánica, infarto de miocardio perioperatorio ni accidente cerebrovascular.

Discusión y conclusiones: La incidencia de VMP hallada superó el rango reportado por la literatura internacional (4-20%), reflejando la complejidad de la población local. A diferencia de otros estudios, factores como edad, obesidad y EPOC no resultaron significativos, mientras que variables intra y postoperatorias (CEC, síndrome de bajo gasto, complicaciones pulmonares y reintervención) fueron determinantes de la trayectoria ventilatoria. La fuerte asociación entre VMP y mortalidad confirma que la ventilación prolongada constituye un factor de riesgo independiente de mal pronóstico. Estos hallazgos respaldan la necesidad de optimizar los protocolos de desvinculación ventilatoria y fortalecer el rol del kinesiólogo en la detección precoz de complicaciones y en la rehabilitación cardiopulmonar temprana de pacientes de alta complejidad quirúrgica.

CO 53 - VALORES DE REFERENCIA PARA LA PRUEBA DE SENTARSE Y LEVANTARSE DE CINCO REPETICIONES EN ADULTOS ARGENTINOS

David Borghetti[1]; Santiago Larrateguy[2]; Camila Lemarchand[3]; Angelina Romitelli[4]; Constanza Rodríguez[5]; German Mayer[6]; Hernan Morel[2]; Micaela Cabrera[2]; José Robles[7]; Leandro Aren[6]; Laura Carrizo[8]; Daniela Morales[8]; Matias Zitelli[2]; Juan Bogado[9]; José María Malet Ruiz[10]

[1] Consultorio privado CORE ciudad de Olavarría; [2] Universidad Adventista del Plata; [3] Cabildo - Centro de rehabilitación física; [4] Hospital Universitario de Córdoba; [5] Vivant - Salud y bienestar; [6] GRIT - Centro de Salud; [7] Respira; [8] Sanatorio Pasteur anexo sur; [9]Centro Privado de Medicina Respiratoria; [10]Hospital Maria Ferrer

Introducción y objetivo: La prueba de sentarse y levantarse de cinco repeticiones (5-STS) es un test de campo utilizado para evaluar la función física de los miembros inferiores y se ha relacionado con la movilidad funcional y el riesgo de caídas. Además, forma parte de evaluaciones más amplias del rendimiento físico, como la Short Physical Performance Battery (SPPB). Su aplicación es rápida, sencilla y requiere poco equipamiento, lo que favorece su utilización en distintos ámbitos clínicos. Sin embargo, actualmente no se dispone de valores de referencia específicos para la población argentina. El objetivo de este estudio fue establecer valores de referencia del 5-STS por sexo y grupo etario y analizar su asociación con el nivel de actividad física.

Material y método: Estudio observacional, transversal y multicéntrico realizado en adultos argentinos de 18 a 85 años. Se establecieron seis grupos etarios: 18–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–69 y 70–85 años. Se registró el tiempo, en segundos, requerido para completar cinco ciclos de sentarse y levantarse. Se calcularon la media, el desvío estándar, la mediana y los percentiles 5, 25, 75 y 95 por sexo y grupo etario. El percentil 95 se consideró el límite superior empírico de referencia. La actividad física se evaluó mediante el Cuestionario Internacional de Actividad Física y se clasificó como baja, moderada o alta. La asociación entre el tiempo del 5STS y los equivalentes metabólicos-minuto por semana se analizó mediante el coeficiente de correlación de Spearman. Se construyeron modelos de regresión lineal multivariable ajustados por edad, edad al cuadrado, sexo e índice de masa corporal, con errores estándar robustos HC3. Para comparar las categorías de actividad física se utilizó el nivel bajo como categoría de referencia.

Resultados: La muestra se constituyó por 406 adultos (213 mujeres y 193 varones). La edad media fue 47,4±17,7 años. El tiempo requerido aumentó con la edad. En mujeres, la media fue 7,11±1,70 segundos en el grupo de 18-29 años y 10,56±2,73 segundos en el de 70-85 años; los percentiles 95 fueron 10,10 y 15,48 segundos, respectivamente. En varones, la media fue 6,62±1,96 segundos en el grupo de 18-29 años y 9,49±3,09 segundos en el de 70-85 años; los percentiles 95 fueron 10,27 y 14,80 segundos, respectivamente. Resto de valores según grupo etario y sexo en tabla adjunta.En comparación con el nivel bajo de actividad física, el nivel alto se asoció con un tiempo 1,04 segundos menor luego del ajuste (IC95%: −1,65 a −0,42; p=0,001). Una mayor cantidad de equivalentes metabólicos-minuto por semana también se asoció independientemente con un menor tiempo de ejecución (coeficiente beta estandarizado=−0,163; p<0,001).

Conclusión: El tiempo necesario para completar la prueba aumentó progresivamente con la edad, mientras que las diferencias entre sexos fueron de menor magnitud. Un mayor nivel de actividad física se asoció con mejor rendimiento. Este estudio aporta los primeros valores de referencia para la prueba de sentarse y levantarse de cinco repeticiones obtenidos en adultos argentinos, incluyendo límites superiores para su interpretación clínica.

Rango etario	Mujeres (n=213)						Hombres (n=193)					
	n	5	25	50	75	95 (LSN)	n	5	25	50	75	95 (LSN)
18–29	38	4,7	5,7	7,0	8,4	10,1	38	4,1	5,2	6,5	7,3	10,3
30–39	38	4,5	5,5	6,5	7,8	10,2	40	4,5	5,2	6,3	7,6	9,9
40–49	38	4,3	5,0	6,0	7,9	11,5	34	4,6	6,0	7,2	8,6	10,2
50–59	39	6,0	6,8	8,5	9,5	10,5	29	5,5	6,7	7,4	8,7	11,2
60–69	30	6,4	6,9	8,3	10,2	11,8	22	5,4	6,9	7,9	9,1	13,8
70–85	30	7,1	9,0	10,1	12,0	15,5	30	5,6	7,2	8,7	11,0	14,8

Tabla. Percentiles del 5-STS por grupo etario

CO 54 - VALORES DE REFERENCIA Y REPRODUCIBILIDAD DE LA PRUEBA DE SENTARSE Y LEVANTARSE DE TREINTA SEGUNDOS EN ADULTOS ARGENTINOS

Angelina Romitelli[1]; Santiago Larrateguy[2]; Juan Bogado[3]; José Robles[4]; German Mayer[5]; Leandro Aren[5]; Constanza Rodríguez[6]; Hernan Morel[2]; Micaela Cabrera[2]; Matias Zitelli[2]; Camila Lemarchand[7]; Laura Carrizo[8]; Daniela Morales[8]; David Borghetti[9]; José María Malet Ruiz[10]

[1] Hospital Privado de Cordoba; [2] Universidad Adventista del Plata; [3] Centro Privado de Medicina Respiratoria; [4] Respira; [5] GRIT - Centro de Salud; [6] Vivant - Salud y bienestar; [7] Cabildo - centro de rehabilitación física; [8] Sanatorio Pasteur anexo sur; [9]Consultorio privado CORE; [10]Hospital Maria Ferrer

Introducción y objetivo: La prueba de sentarse y levantarse de treinta segundos evalúa la función y resistencia de los miembros inferiores. Actualmente no existen valores de referencia desarrollados en población argentina. Además, existe incertidumbre acerca del efecto de aprendizaje al repetirla. El objetivo fue establecer valores de referencia por sexo y grupo etario, evaluar su reproducibilidad y analizar su asociación con el nivel de actividad física.

Material y método: Estudio observacional transversal en adultos argentinos de 18 a 85 años. Se establecieron seis grupos etarios: 18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 y 70-85 años. La prueba se realizó dos veces con un intervalo de 30 minutos entre sí y se utilizó el mayor número de

repeticiones. Se calcularon media, desvío estándar, mediana y percentiles por sexo y edad; el percentil 5 se consideró límite inferior de referencia. La reproducibilidad se evaluó mediante el coeficiente de correlación intraclase. La actividad física se valoró con el Cuestionario Internacional de Actividad Física y se clasificó como baja, moderada o alta. Se realizaron correlaciones y regresión lineal ajustada por edad, edad al cuadrado, sexo e índice de masa corporal.

Resultados: La muestra se constituyó por 406 adultos (213 mujeres y 193 varones). La edad media fue 47,4±17,7 años. El número de repeticiones disminuyó con la edad. En mujeres, la media fue 24,61±6,20 repeticiones en el grupo de 18-29 años y 15,60±4,68 en el de 70-85 años; los percentiles 5 fueron 15,85 y 9,45 repeticiones, respectivamente. En varones, la media fue 27,37±6,10 repeticiones en el grupo de 18-29 años y 19,07±5,59 en el de 70-85 años; los percentiles 5 fueron 17,00 y 10,45 repeticiones, respectivamente.Resto de valores según grupo etario y sexo en tabla adjunta.

El segundo intento superó al primero en 1,15 repeticiones, y en el 66,7% de los participantes aumentó el número de repeticiones. El coeficiente de correlación intraclase fue 0,924 (intervalo de confianza del 95%: 0,881 a 0,950). Frente al nivel bajo de actividad física, el nivel alto se asoció con 2,44 repeticiones adicionales luego del ajuste (intervalo de confianza del 95%: 0,76 a 4,13; p=0,005).

Discusión y conclusiones: El rendimiento disminuyó progresivamente con la edad. La prueba presentó excelente reproducibilidad, aunque se observó un efecto de aprendizaje relevante, lo que respalda realizar dos intentos y utilizar el mejor resultado. Un mayor nivel de actividad física se asoció con más repeticiones. Este estudio aporta los primeros valores de referencia para la prueba de sentarse y levantarse de treinta segundos obtenidos en adultos argentinos.

Rango etario	Mujeres (n=213)						Hombres (n=193)					
	n	P5 (LIN)	P25	P50	P75	P95	n	P5 (LIN)	P25	P50	P75	P95
18–29	38	**15,9**	21,0	23,0	29,0	36,2	38	**17,0**	23,0	29,0	31,0	36,0
30–39	38	**16,7**	22,3	26,0	29,0	36,5	40	**16,0**	21,8	27,5	33,0	38,0
40–49	38	**14,9**	21,0	27,5	30,8	39,2	34	**16,0**	19,0	24,0	29,8	35,1
50–59	39	**15,0**	16,5	19,0	23,5	29,1	29	**14,4**	18,0	21,0	26,0	32,0
60–69	30	**13,5**	16,0	18,5	22,0	29,5	22	**15,1**	17,3	21,0	26,8	31,0
70–85	30	**9,5**	12,0	15,0	18,0	22,5	30	**10,5**	13,5	20,5	23,0	27,1

Tabla. Percentiles del STS de 30 segundos por grupo etario

Mejor número de repeticiones obtenido entre los dos intentos.

CO 55 - MÁS ALLÁ DE LA EPOC: DIVERSIDAD DE PATOLOGÍAS EN UN PROGRAMA AMBULATORIO DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA. CASUÍSTICA DE UN CENTRO ESPECIALIZADO EN MAR DEL PLATA.

Maria Belén De Censo[1]; Deborah Fernanda Gelabert[1]

[1] *KINERRES*

Introducción: La rehabilitación respiratoria ha ampliado sus indicaciones más allá de la EPOC, incorporando patologías como enfermedades pulmonares intersticiales, cáncer de pulmón e hipertensión pulmonar. Conocer la población asistida permite comprender el alcance actual de estos programas.

Objetivo: Caracterizar la población activa de un programa ambulatorio de rehabilitación respiratoria, describiendo patologías, características demográficas y requerimientos asistenciales.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal. Se incluyeron 147 pacientes activos de un centro ambulatorio de rehabilitación respiratoria (Mar del Plata, Argentina), incorporados entre julio de 2024 y julio de 2026. Se relevaron sexo, edad, diagnóstico principal, clasificación GOLD, CAT, IMC, tabaquismo, oxigenoterapia y traqueostomía. Variables categóricas expresadas como frecuencias y porcentajes; continuas como media.

Resultados: El 56,2% fue femenino (n=82) y el 41,1% masculino (n=60). El grupo etario predominante fue 60–80 años (71,9%; n=105). El diagnóstico más frecuente fue EPOC (45,9%; n=67), seguido por cáncer de pulmón (24,0%; n=35) y enfermedades intersticiales (10,3%; n=15). El 59,7% de los pacientes con EPOC presentó estadios GOLD III–IV. El CAT promedio fue 16,2 puntos: 74,2% impacto moderado, 12,1% grave y 3,0% muy grave. IMC promedio: 24,4 kg/m² en mujeres y 26,7 kg/m² en hombres. El 61,2% eran ex fumadores, 29,9% no fumadores y 8,8% fumadores activos. El 19,2% requirió oxigenoterapia y el 2,1% traqueostomía crónica.

Discusión y conclusión: Aunque la EPOC fue el diagnóstico más frecuente, el 54,1% de los pacientes presentó otras patologías respiratorias, lo que refleja la creciente diversificación de los programas de rehabilitación. La alta proporción de estadios GOLD III–IV y el impacto moderado-grave en el CAT evidencian la complejidad clínica de la población. La inclusión de pacientes oncológicos e intersticiales es consistente con la evidencia actual que avala la rehabilitación en estos grupos. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de equipos interdisciplinarios con capacidad de adaptar las intervenciones a perfiles heterogéneos y de alta demanda asistencial.

Resumen de resultados (N=147)

Variable	n	%
SEXO		
Femenino	84	57,1%
Masculino	63	42,9%
EDAD		
60 - 80 años (predominante)	105	71,9%
DIAGNÓSTICOS PRINCIPALES		
EPOC	67	45,9%
Cáncer de pulmón	35	24,0%
EPID	15	10,3%
Asma	9	6,2%
Otros	21	14,3%
EPOC - GOLD		
GOLD III - IV	40	59,7%
GOLD I - II	27	40,3%
EPOC - CAT (n=67)		
Leve (0 - 9)	6	9,1%
Moderado (10 - 20)	49	74,2%
Grave (21 - 30)	8	12,1%
Muy grave (⩾31)	2	3,0%
IMC PROMEDIO		
Mujeres	24,4 kg/m²	Normopeso
Hombres	26,7 kg/m²	Sobrepeso leve
TABAQUISMO		
Ex fumador	90	61,2%
No fumador	44	29,9%
Fumador activo	13	8,8%
REQUERIMIENTOS ESPECIALES		
Oxigenoterapia	28	19,2%
Traqueostomía crónica	3	2,1%

EPI: enfermedad pulmonar intersticial. CAT: COPD Assessment Test. IMC: índice de masa corporal.

CO 56 - VALORES DE REFERENCIA DE FUERZA DE PRENSIÓN MANUAL EN ADULTOS ARGENTINOS Y SU ASOCIACIÓN CON LA ACTIVIDAD FÍSICA

Camila Lemarchand[1]; Santiago Larrateguy[2]; Juan Bogado[3]; José María Malet Ruiz[4]; Laura Carrizo[5]; Daniela Morales[5]; German Mayer[6]; Leandro Aren[6]; Constanza Rodríguez[7]; Angelina Romitelli[8]; José Robles[9]; Hernan Morel[2]; Micaela Cabrera[2]; Matias Zitelli[2]; David Borghetti[9]

[1] Cabildo - Centro de rehabilitación física; [2] Universidad Adventista del Plata; [3] Centro Privado de Medicina Respiratoria; [4] Hospital Maria Ferrer; [5] Sanatorio Pasteur anexo sur; [6] GRIT - Centro de Salud; [7] Vivant - Salud y bienestar; [8] Hospital Privado de Córdoba; [9]Consultorio privado CORE

Introducción y objetivo: La fuerza de prensión manual es una medida simple y accesible de fuerza muscular, con utilidad para la valoración funcional y el seguimiento clínico. Actualmente no existen valores de referencia desarrollados en población argentina, lo que limita la interpretación de los resultados. El objetivo fue establecer valores de referencia de fuerza de prensión manual por sexo y grupo etario y analizar su asociación con el nivel de actividad física.

Material y método: Estudio observacional transversal en adultos argentinos de 18 a 85 años. Se establecieron seis grupos etarios: 18-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-69 y 70-85 años. Se registró el mayor valor de fuerza de prensión de la mano dominante y no dominante mediante dinamometría. Se calcularon media, desvío estándar, mediana y percentiles por sexo y edad; el percentil 5 se consideró límite inferior de referencia. La actividad física se evaluó mediante el Cuestionario Internacional de Actividad Física y se clasificó como baja, moderada o alta. Se realizaron correlaciones y regresión lineal ajustada por edad, edad al cuadrado, sexo e índice de masa corporal.

Resultados: La muestra se constituyó por 406 adultos (213 mujeres y 193 varones). La edad media fue 47,4±17,7 años. En mujeres, la media disminuyó de 28,28±6,04 kg en el grupo de 18-29 años a 21,66±3,67 kg en el de 70-85 años; los percentiles 5 fueron 17,95 y 16,63 kg, respectivamente. En varones, la media disminuyó de 47,02±10,45 kg a 35,01±6,50 kg; los percentiles 5 fueron 28,20 y 24,37 kg, respectivamente. Resto de valores según grupo etario y sexo en tabla adjunta. La fuerza de la mano dominante fue mayor en varones en todos los grupos etarios. Luego del ajuste, el nivel alto de actividad física se asoció con 2,14 kg más de fuerza dominante respecto del nivel bajo (IC95%: 0,22 a 4,05; p=0,029). Sin embargo, la actividad física total expresada en equivalentes metabólicos-minuto por semana no presentó una asociación independiente significativa.

Discusión y conclusiones: La fuerza de prensión manual mostró diferencias marcadas por sexo y una reducción progresiva con la edad. La relación con la actividad física fue pequeña y no presentó un patrón continuo. Este estudio aporta los primeros valores de referencia de fuerza de prensión manual obtenidos en adultos argentinos y puede facilitar su interpretación clínica.

Tabla. Percentiles de fuerza de prensión de la mano dominante por grupo etario

Valores expresados en kilogramos.

Rango etario	Mujeres (n=213)						Hombres (n=193)					
	n	P5 (LIN)	P25	P50	P75	P95	n	P5 (LIN)	P25	P50	P75	P95
18–29	38	**17,9**	25,4	28,8	31,6	38,0	38	**28,2**	42,2	46,1	53,9	66,3
30–39	38	**20,9**	26,2	29,5	32,2	38,1	40	**44,1**	47,5	51,5	55,6	62,2
40–49	38	**24,4**	27,6	31,0	34,1	37,9	34	**34,8**	40,6	46,4	51,4	61,7
50–59	39	**18,4**	23,7	26,3	29,3	37,1	29	**29,8**	41,0	44,4	48,7	55,7
60–69	30	**19,9**	22,0	24,7	27,9	30,4	22	**32,4**	35,2	38,2	45,9	58,3
70–85	30	**16,6**	19,9	21,9	23,7	27,0	30	**24,4**	30,5	35,3	40,8	43,7

CO 57 - PROBABILIDAD ECOCARDIOGRÁFICA Y CONFIRMACIÓN HEMODINÁMICA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE REFERENCIA

Matías Almeida Souto[1]; Mariano Rua[1]; Nazareno Zelaya[1]; Marcella Perri[1]; Lorena Maldonado[1]; Felipe Chertcoff[1]; Martin Bosio[1]

[1] *Hospital Británico*

Introducción: El ecocardiograma transtorácico constituye el estudio no invasivo de primera línea ante la sospecha de hipertensión pulmonar (HP). Las guías ESC/ERS 2022 proponen estimar su probabilidad mediante la velocidad de regurgitación tricuspídea (VRT) y signos ecocardiográficos adicionales, mientras que el cateterismo cardíaco derecho (CCD) constituye el método de referencia para la confirmación diagnóstica. Existe escasa información local sobre el comportamiento de estos parámetros frente a la evaluación hemodinámica.

Objetivo: Evaluar la asociación entre los parámetros ecocardiográficos recomendados por ESC/ERS 2022 y la presencia de HP confirmada por CCD, y analizar la relación entre la probabilidad ecocardiográfica compuesta y el diagnóstico hemodinámico.

Material y método: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluyó pacientes consecutivos sometidos a CCD por sospecha de HP entre enero de 2020 y julio de 2025. Se analizó el ecocardiograma más próximo al CCD, siempre que no se hubiera iniciado tratamiento específico para HP durante el intervalo. La HP se definió según criterios hemodinámicos vigentes. Se compararon los parámetros ecocardiográficos recomendados por ESC/ERS 2022 entre pacientes con y sin HP mediante test de chi² o exacto de Fisher, y se

evaluó la asociación entre la categoría de probabilidad ecocardiográfica y la confirmación hemodinámica.

Resultados: Se incluyeron 86 pacientes, de los cuales 48 (55,8%) presentaron HP por CCD y 38 (44,2%) no la presentaron. La edad media fue 63,5 ± 14,8 años y el 67% fueron mujeres. Entre los pacientes con HP, los grupos clínicos más frecuentes fueron el grupo 1 (50%) y el grupo 3 (27%). Los parámetros ecocardiográficos asociados significativamente con HP fueron el aplanamiento septal/ventrículo izquierdo en "D" (76% vs. 0%; p2,8 m/s (95% vs. 67%; p=0,005), tiempo de aceleración del tracto de salida del ventrículo derecho <105 ms o muesca mesosistólica (84% vs. 50%; p=0,008), dilatación del ventrículo derecho (60% vs. 17%; p=0,002), TAPSE <18 mm (34% vs. 4%; p=0,003) y cambio fraccional de área del ventrículo derecho <35% (62% vs. 13%; p=0,039). La probabilidad ecocardiográfica pudo establecerse en 53/86 pacientes (62%). La proporción de HP confirmada por CCD aumentó progresivamente según la categoría ecocardiográfica: 0% en pacientes con baja probabilidad, 27% con probabilidad intermedia y 74% con probabilidad alta (p=0,002).

Conclusión: En pacientes derivados a CCD por sospecha de HP, múltiples parámetros ecocardiográficos recomendados por ESC/ERS 2022 se asociaron con la confirmación hemodinámica. Asimismo, se observó un gradiente creciente de HP confirmada desde las categorías de baja a alta probabilidad ecocardiográfica. Estos resultados respaldan la utilidad clínica del enfoque ecocardiográfico multiparamétrico, aunque la imposibilidad de establecer la categoría de probabilidad en una proporción relevante de la cohorte señala una limitación de su aplicación retrospectiva en la práctica real.

CO 58 - VALIDACIÓN TRANSCULTURAL EN ARGENTINA DEL CUESTIONARIO ADHERENCE STARTS WITH KNOWLEDGE-12 PARA EVALUAR BARRERAS DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INHALATORIO

Santiago Larrateguy[1]; Leyla Jungblut[1]; José Robles[2]; José María Malet Ruiz[3]; Angelina Romitelli[4]; Camila Lemarchand[5]; David Borghetti[6]; Constanza Rodríguez[7]; Juan Bogado[8]

[1] Universidad Adventista del Plata; [2] Respira; [3] Hospital Maria Ferrer; [4] Hospital Privado de Cordoba; [5] Cabildo - centro de rehabilitación física.; [6] Consultorio privado CORE; [7] Vivant - Salud y bienestar; [8] Centro Privado de Medicina Respiratoria

Introducción y objetivo: La adherencia al tratamiento inhalatorio es fundamental para el manejo de las enfermedades respiratorias crónicas. En Argentina no se dispone de una versión adaptada y validada del cuestionario Adherence Starts with Knowledge-12, instrumento diseñado para identificar barreras relacionadas con la adherencia terapéutica. El objetivo fue realizar su adaptación transcultural y evaluar sus propiedades psicométricas en adultos usuarios de inhaladores.

Material y método: Estudio instrumental, cuantitativo, transversal y multicéntrico realizado en centros de kinesiología respiratoria de Argentina entre abril y mayo de 2026. La adaptación transcultural incluyó la evaluación por un comité de cuatro expertos mediante el Índice de Validez de Contenido y una prueba piloto en 20 pacientes. Posteriormente, se administró la

versión final a una muestra no probabilística por conveniencia de 121 adultos con enfermedades respiratorias crónicas usuarios de inhaladores. Se realizó análisis descriptivo y se evaluaron la validez de contenido, la consistencia interna mediante alfa de Cronbach y la validez de constructo mediante análisis factorial exploratorio, previa evaluación de la adecuación muestral con la medida Kaiser-Meyer-Olkin y la prueba de esfericidad de Bartlett.

Resultados: En la primera ronda de evaluación por expertos, los ítems 1, 2, 5 y 11 presentaron valores de validez de contenido inferiores al criterio establecido y fueron reformulados. Tras una segunda evaluación, todos alcanzaron valores satisfactorios. En la prueba piloto, el 20% de los participantes presentó dificultades para interpretar el ítem 6, que fue modificado para mejorar su claridad. La muestra definitiva incluyó 121 participantes, con una edad media de 68±11 años; el 55,4% fueron mujeres. El puntaje total medio del cuestionario fue de 19,48±5,92 puntos. La consistencia interna presentó un alfa de Cronbach de 0,60. La medida Kaiser-Meyer-Olkin fue de 0,64 y la prueba de Bartlett resultó significativa (χ^2=365,99; gl=66; p<0,001). El análisis factorial exploratorio identificó tres factores que explicaron conjuntamente el 52,9% de la varianza total.

Discusión y conclusiones: La adaptación transcultural requirió modificaciones lingüísticas y culturales antes de alcanzar una adecuada validez de contenido. La estructura de tres factores aportó evidencia favorable de validez de constructo, mientras que la consistencia interna fue moderada. En conjunto, los resultados aportan evidencia inicial favorable sobre las propiedades psicométricas de la versión argentina del cuestionario y respaldan su potencial utilidad para identificar barreras relacionadas con la adherencia al tratamiento inhalatorio en pacientes con enfermedades respiratorias crónicas. El muestreo no probabilístico y el predominio de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y de mayor edad deben considerarse al interpretar y generalizar los resultados. Futuros estudios en muestras más amplias y heterogéneas permitirán fortalecer la evidencia sobre sus propiedades psicométricas.

ASK 12

FACTORES QUE OBSTACULIZAN EL USO DE LOS MEDICAMENTOS

Piense en todos los medicamentos que usted usa y marque una respuesta para cada una de las siguientes frases.

INCONVENIENCIA/ OLVIDO

Estilos de vida:	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
1. A veces olvido usar mis medicamentos.	☐	☐	☐	☐	☐
2. A veces me quedo sin medicamentos por no renovarlos a tiempo	☐	☐	☐	☐	☐
3. Es un inconveniente usar medicamentos más de una vez al día.	☐	☐	☐	☐	☐

CREENCIAS SOBRE EL TRATAMIENTO

Actitudes y creencias:	Muy de acuerdo	De acuerdo	Indiferente	En desacuerdo	Muy en desacuerdo
4. Confío en que cada uno de mis medicamentos me va a ayudar.	☐	☐	☐	☐	☐
5. puedo reconocer si estoy avanzando hacia mis metas de salud.	☐	☐	☐	☐	☐
Ayuda de otras personas:					
6. Cuento con algún profesional de la salud a quien puedo llamar si tengo preguntas sobre mis medicamentos.	☐	☐	☐	☐	☐
Hablar con el equipo de atención medica:					
7. Mi médico y el personal de enfermería y yo trabajamos juntos para tomar decisiones.	☐	☐	☐	☐	☐

COMPORTAMIENTO

Uso de medicamentos ¿USTED…?	En los últimos 7 días	En las últimas 4 semanas	En los últimos 3 meses	Hace más de 3 meses	Nunca
8. ¿Ha usado algún medicamento con mayor o menor frecuencia que la indicada?	☐	☐	☐	☐	☐
9. ¿Ha omitido o dejado de usar algún medicamento porque pensaba que no estaba funcionando?	☐	☐	☐	☐	☐
10. ¿Ha omitido o dejado de usar algún medicamento porque le hacía sentirse mal?	☐	☐	☐	☐	☐
11. debido al precio del medicamento, he usado menos o he dejado de usar mis medicamentos	☐	☐	☐	☐	☐
12. ¿No ha tenido los medicamentos a su disposición cuando era la hora de usarlos?	☐	☐	☐	☐	☐

CO 59 - ¿PODEMOS SOSPECHAR STAS ANTES DE LA CIRUGÍA? APLICACIÓN DE UN NOMOGRAMA TOMOGRÁFICO. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO.

Nicolás Picco[1]; Macarena De Verda[1]; Amir Sale[1]; Magalí A. Belén Pereiro[1]; Tamara Portas[1]; Benjamín T. Pina[1]; Tomás A. Núñez[1]; Alejandro Damonte[1]

[1] *Hospital de Clínicas JSM*

Introducción: El spread through air spaces (STAS) es un patrón de invasión tumoral reconocido por la Organización Mundial de la Salud, asociado a mayor riesgo de recurrencia y peor supervivencia en pacientes con cáncer de pulmón. Su identificación preoperatoria continúa siendo un desafío, ya que el diagnóstico definitivo depende del estudio anatomopatológico de la pieza quirúrgica. Recientemente se desarrolló un nomograma basado en características tomográficas preoperatorias, incluyendo forma nodular, relación consolidación/tumor (CTR), márgenes irregulares, lobulación y convergencia vascular, con el objetivo de estimar la probabilidad de STAS antes de la cirugía.

Objetivo: Evaluar la aplicabilidad de un nomograma tomográfico recientemente publicado, en una cohorte institucional de pacientes con cáncer de pulmón y STAS confirmado por anatomía patológica.

Diseño: Estudio observacional retrospectivo descriptivo.

Material y métodos: Se analizaron pacientes sometidos a resección pulmonar con intención curativa entre enero de 2021 y junio de 2026 en un hospital universitario. Se incluyeron aquellos con diagnóstico anatomopatológico de cáncer de pulmón y presencia de STAS en la pieza quirúrgica. Para cada paciente se revisaron las tomografías preoperatorias y se registraron las variables incluidas en el nomograma original: forma nodular, CTR, márgenes irregulares, lobulación y convergencia vascular. Posteriormente se calculó el puntaje total y la probabilidad estimada de STAS para cada caso según el modelo publicado.

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes con STAS confirmado por anatomía patológica. La edad media fue de 69 años. La mayoría de los pacientes presentaron lesiones sólidas o con elevada relación consolidación/tumor, así como signos tomográficos asociados a comportamiento invasivo. Los puntajes obtenidos mediante el nomograma se concentraron en los rangos superiores de la escala, con probabilidades estimadas de STAS predominantemente elevadas. La convergencia vascular, los márgenes irregulares y la lobulación constituyeron los hallazgos más frecuentemente observados. El modelo identificó a la mayoría de los pacientes dentro de categorías de riesgo intermedio-alto o alto para STAS.

Conclusiones: En esta serie institucional de resecciones pulmonares con STAS confirmado, el nomograma tomográfico recientemente publicado mostró una adecuada capacidad para clasificar a los pacientes en categorías de riesgo elevadas. Estos resultados respaldan la utilidad potencial de las características tomográficas preoperatorias como herramientas complementarias para estimar la presencia de STAS y planificar la estrategia quirúrgica. Estudios futuros con cohortes que incluyan pacientes STAS positivos y negativos permitirán validar formalmente el rendimiento predictivo del modelo.

CO 60 - VALORES OBSERVADOS DEL TEST DE CAMINATA DE 6 MINUTOS SEGÚN EDAD Y SEXO EN ADULTOS SANOS ARGENTINOS: ESTUDIO MULTICÉNTRICO MIRECAM

Santiago Larrateguy[1]; Laura Carrizo[2]; Daniela Morales[2]; José Robles[3]; Luis Larrateguy[4]; Juan Bogado[4]; Leandro Aren[5]; German Mayer[5]; Camila Lemarchand[6]; Angelina Romitelli[7]; Santiago

Burgos[8]; Constanza Rodríguez[9]; David Borghetti[10]; Rocio Iglesias[11]; Cecilia Cigarra[12]; José María Malet Ruiz[13]

[1] Universidad Adventista del Plata; [2] Sanatorio Pasteur anexo sur; [3] Respira; [4] Centro Privado de Medicina Respiratoria; [5] GRIT - Centro de Salud; [6] Centro de Rehabilitación y Deporte; [7] Hospital Universitario de Córdoba; [8] Hospital Regional Ushuaia; [9] Vivant - Salud y bienestar; [10]Consultorio privado CORE; [11]Centro Privado de Rehabilitacion Tandil; [12]Higa Petrona Villegas De Cordero; [13]Hospital Maria Ferrer

Introducción: El test de caminata de 6 minutos (TC6M) es una prueba de campo ampliamente utilizada para evaluar la capacidad funcional. Su interpretación requiere disponer de valores obtenidos en población sana y conocer su variación según características demográficas. El objetivo de este estudio fue describir la distancia recorrida y los límites inferiores de normalidad según edad y sexo en adultos sanos argentinos participantes del estudio multicéntrico MIRECAM.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico en adultos sanos de 18 a 85 años. Cada participante realizó dos TC6M el mismo día, separados por 30 minutos, utilizándose para el análisis la mayor distancia alcanzada. Los participantes fueron agrupados en 18–29, 30–39, 40–49, 50–59, 60–69 y 70–85 años. El límite inferior de normalidad (LIN) se definió como el percentil 5 observado para cada estrato de edad y sexo. Las diferencias se evaluaron mediante U de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, y la asociación entre edad y distancia mediante correlación de Spearman.

Resultados: Se analizaron 446 participantes, 255 mujeres (57,2%) y 191 hombres, con una edad media de 47 ± 17 años. La distancia fue mayor en hombres que en mujeres (633,7 ± 111,9 vs. 600,7 ± 92,3 m; p=0,001). Se observaron diferencias entre los grupos etarios (p<0,001) y una correlación inversa entre edad y distancia (ρ=-0,61; p<0,001). En el grupo de 18–29 años, el LIN fue de 541,6 m en mujeres y 580,9 m en hombres, mientras que en el grupo de 70–85 años fue de 303,6 y 362,0 m, respectivamente. La diferencia media entre sexos fue máxima entre los 18–29 años (81,9 m) y mínima entre los 70–85 años (9,3 m).

Conclusiones: La distancia recorrida y su límite inferior de normalidad varían considerablemente con la edad y el sexo en adultos sanos argentinos. La diferencia entre hombres y mujeres fue más marcada en los adultos jóvenes y menor en los grupos de mayor edad. La estratificación por edad y sexo aporta información local relevante para la interpretación clínica del TC6M.

Edad (años)	Mujeres n	Mujeres media ± DE (m)	LIN mujeres (m)	Hombres n	Hombres media ± DE (m)	LIN hombres (m)
18–29	47	638,9 ± 68,3	**541,6**	39	720,8 ± 83,3	**580,9**
30–39	62	656,7 ± 62,8	**575,3**	42	694,3 ± 77,7	**592,6**
40–49	41	623,7 ± 57,1	**515,0**	24	643,0 ± 66,3	**560,8**
50–59	40	607,2 ± 57,2	**524,9**	31	630,7 ± 79,1	**515,0**
60–69	33	536,6 ± 72,0	**433,2**	26	578,5 ± 77,2	**446,5**
70–85	32	464,6 ± 93,2	**303,6**	29	474,0 ± 74,8	**362,0**

Tabla 1. Distancia observada y límite inferior de normalidad por edad y sexo

CO 61 - EXPERIENCIA INICIAL CON CRIOSONDA EN ENDOSCOPÍA RESPIRATORIA PEDIÁTRICA: INDICACIONES, RESULTADOS Y SEGURIDAD EN UN CENTRO DE REFERENCIA

Ruben Ferraz[1]

[1] *Hospital De Niños Dr Ricardo Gutierrez*

Introducción y objetivo:. La incorporación de la criosonda ha ampliado las posibilidades diagnósticas y terapéuticas de la endoscopía respiratoria pediátrica. Sus principales aplicaciones incluyen la criobiopsia, la crioextracción y la criorecanalización de la vía aérea. El objetivo de este estudio fue describir las indicaciones, los resultados y las complicaciones del empleo de la criosonda en pediatría.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo realizado en la Unidad de Endoscopía Respiratoria del Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez. Se analizaron los procedimientos con criosonda entre 2025 y 2026. Se evaluaron tipo de procedimiento, instrumental, rendimiento diagnóstico, éxito terapéutico, tiempo de congelación empleado y complicaciones. Todos los procedimientos se realizaron bajo anestesia general mediante broncoscopia rígida, utilizando criosondas de 1,1 mm y 2,4 mm, dióxido de carbono (CO_2) como fuente de gas.

Resultados: Se realizaron 6 procedimientos en 4 pacientes (2 mujeres y 2 varones; rango etario: 8 meses a 11 años, edad media: 4,91 años). Las indicaciones fueron: Criobiopsia: 2 | Crioextracción: 2 | Criorecanalización: 4- Las patologías incluyeron dos casos de aspiración de cuerpo extraño (semilla de girasol y maní) y dos tumores de la vía aérea (xantogranuloma juvenil laríngeo e histiocitosis ALK positiva traqueal). La criobiopsia permitió obtener el diagnóstico histopatológico en ambos pacientes (100%). La crioextracción fue exitosa en el caso de aspiración de maní, mientras que en la aspiración de semillas de girasol no se logró la extracción mediante criosonda, por lo que fue necesaria la conversión a broncoscopia rígida convencional. Las cuatro criorecanalizaciones restablecieron la permeabilidad de la vía aérea.

Las complicaciones incluyeron sangrado leve durante la resección del tumor laríngeo. En la paciente con tumor traqueal, que fue sometida a tres procedimientos, se observó sangrado moderado, controlado con medicación tópica, y un neumotórax que requirió tratamiento quirúrgico.

Discusión y conclusiones: Nuestra experiencia inicial sugiere que la criosonda es una herramienta factible para el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías de la vía aérea pediátrica. En esta serie, la criobiopsia permitió obtener diagnóstico histopatológico en todos los casos y la criorecanalización restableció la permeabilidad de la vía aérea en todos los procedimientos realizados. Las complicaciones se observaron únicamente en el paciente con mayor complejidad anatómica y tumoral. Estos resultados coinciden con la evidencia publicada, con altas tasas de éxito diagnóstico y terapéutico y perfil de seguridad favorable. La experiencia pediátrica continúa siendo limitada; sin embargo, los datos disponibles respaldan la factibilidad de la técnica en centros especializados. Nuestros hallazgos son preliminares, aportan experiencia adicional sobre el uso de la criosonda en pediatría. Se requieren estudios con mayor número de pacientes para confirmar sus indicaciones, eficacia y seguridad.

TABLA 1: Procedimientos analizados

Procedimiento	Indicación	Criosonda	Congelación	Resultado	Complicaciones
1	Crioextracción (semillas de girasol)	2,4 mm	10 s	Sin éxito. Conversión a broncoscopía rígida convencional	Ninguna
2	Crioextracción (maní)	2,4 mm	10 s	Extracción completa	Ninguna
3	Criobiopsia + criorecanalización (xantogranuloma juvenil laríngeo)	1,1 mm	5 s	Diagnóstico histológico y permeabiliza-ción completa	Sangrado grado 1
4	Criobiopsia + criorecanaliza-ción (tumor traqueal ALK positivo)	2,4 mm	5 s	Diagnóstico histológico y recanalización	Sin complicaciones inmediatas
5	Criorecanaliza-ción (tumor traqueal ALK positivo)	2,4 mm	10 s	Recanaliza-ción exitosa	Sangrado grado 2 controlado con medicacion topica
6	Criorecanaliza-ción (tumor traqueal ALK positivo)	2,4 mm	10 s	Recanaliza-ción exitosa	Neumotórax

CO 62 - ¿CUÁNTO ENCONTRAMOS CUANDO BUSCAMOS TROMBOEMBOLISMO DE PULMÓN?

Matias Tomas Rodríguez Molaro[1]

[1] *Hospital Britanico*

Introducción: La angiotomografía de arterias pulmonares (angio-TC) es el estudio de uso mas frecuente ante la sospecha de tromboembolismo de pulmón (TEP), con una sensibilidad del 83% y especificidad del 96% (PIOPED II). Su uso creciente motivó preocupación por la sobreindicación, y la tasa de positividad se utiliza como indicador indirecto de la adecuación de la solicitud. Series internacionales recientes muestran, sin embargo, una variabilidad considerable según el ámbito: 9,1% en un servicio de urgencias, 10,9% en una cohorte general de 2.713 pacientes.

Objetivos: Describir el volumen y el rendimiento diagnóstico de las angio-TC solicitadas por sospecha de TEP en un hospital general universitario, y caracterizar la presentación clínica, la localización, la estratificación de riesgo y el seguimiento de los casos confirmados.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Se incluyeron todas las angio-TC realizadas por sospecha de TEP en un hospital de CABA entre el 01/06/2024 y el 30/06/2025. Se excluyeron los registros sin fecha de estudio o sin datos consignados. Se analizaron edad, resultado, sector solicitante, motivo de solicitud, nivel arterial más proximal comprometido, lateralidad, riesgo según ESC 2019, antecedentes, seguimiento y mortalidad registrada. La caracterización clínica se realizó sobre el subgrupo con TEP confirmado, único con registro sistemático de estas variables.

Resultados: Se analizaron 524 estudios en 13 meses, equivalentes a 1,3 estudios por día calendario. La mediana de edad fue de 71 años (RIC 57–80), sin diferencias entre estudios positivos y negativos (p=0,47). La positividad global fue del 20% (104/524). Entre los 104 TEP confirmados, la solicitud se origino de guardia en el 57%, sala general 26%, áreas críticas 12% y consultorio externo 6%. Las causas de pedidos más frecuentes fueron disnea (60%), dolor torácico (23%), desaturación (20%) y taquicardia/taquipnea (15%); el 7,5% correspondió a un hallazgo incidental. El nivel más proximal comprometido fue segmentario en el 55%, principal 18%, lobar 15% y subsegmentario 12%, con compromiso bilateral en el 47%.Segun la estratificacion de riesgo fueron intermedio-bajo en el 59%, intermedio-alto 21%, bajo 18% y alto 2%. Las comorbilidades más frecuentes fueron neoplasia activa (48%), hipertensión arterial (31%) y TEP/TVP previa (17%). Se documentó seguimiento posterior en el 40%, a cargo de Neumonología en el 76% y la mortalidad fue del 25% por todas las causas.

Conclusiones: La positividad del 20% supera el rango reportado por series contemporáneas de menor positividad (9,1%-15,9%), lo que podría reflejar un umbral de solicitud más selectivo. El perfil predominante fueron pacientes añosos, evaluados en guardia, con compromiso tomográfico segmentario y riesgo intermedio-bajo, y con alta prevalencia de neoplasia activa. Menos de la mitad de los casos confirmados tuvo seguimiento documentado, lo que identifica una oportunidad concreta de mejora en la continuidad de cuidados post-TEP.

CO 63 - NEUMONITIS ASOCIADA A PEMBROLIZUMAB. ESTUDIO RETROSPECTIVO UNICÉNTRICO DE EVENTOS ADVERSOS INMUNOMEDIADOS

Matias Tomas Rodríguez Molaro[1]; Matias Almeida Souto[1]; Tamara Decima[1]; Fernando Di Tullio[1]; Martin Bosio[1]; Joséfina Pascua[1]; Alejandro Salvado[1]

[1] *Hospital Britanico*

Introducción: Los inhibidores de checkpoint inmunológico (ICI) se asocian a eventos adversos inmunomediados (irAEs). Su incidencia reportada varía ampliamente: 2-5% en ensayos pivotales hasta 9-19% en cohortes de vida real, con evidencia consistente de que pembrolizumab confiere mayor riesgo que otros ICI .

Objetivo: Describir la incidencia, características clínico-radiológicas y desenlace de la neumonitis por pembrolizumab, y el perfil global de irAEs, en una cohorte unicéntrica retrospectiva.

Material y métodos: Cohorte retrospectiva de 125 pacientes tratados con pembrolizumab de enero a diciembre del 2025 (monoterapia o combinación), en tratamiento desde 2018 a 2026. Registro estructurado de variables demográficas, oncológicas, de tratamiento e irAEs

Resultados: El 58.8% presentó ≥1 irAE. Incidencia de neumonitis: 7.2%, con 57% de los casos requiriendo internación. La mediana de tiempo al diagnóstico fue de 382 días. La enfermedad pulmonar estructural previa se asoció a mayor riesgo (14.8% vs 4.3%, OR 3.83, p=0.095). Mortalidad global 13.4%, sin muertes directamente atribuidas a irAE; un caso de miocarditis grado 4 requirió ECMO.

Discusión y conclusiones: La frecuencia de neumonitis asociada a pembrolizumab en nuestra cohorte fue del 7,2%, superior a la reportada en ensayos clínicos controlados, pero dentro del rango descrito en estudios de práctica clínica real. Se observó una proporción relevante de casos graves. La presencia de enfermedad pulmonar estructural previa mostró una tendencia a asociarse con mayor frecuencia de neumonitis, aunque sin alcanzar significación estadística, posiblemente debido al tamaño muestral. Estos hallazgos son concordantes con la literatura internacional y sugieren que la enfermedad pulmonar previa podría constituir un factor de riesgo relevante, cuya asociación deberá confirmarse en estudios con mayor tamaño muestral y análisis multivariado.

CO 64 - ¿PUEDE OMITIRSE LA PRUEBA BRONCODILATADORA CUANDO LA ESPIROMETRÍA BASAL ES NORMAL?

José Maria Malet Ruiz[1]; Cristina Burgos[1]; Elizabeth Sangiovanni[1]; Patricia Roldán[1]; Tamara González[1]; Rosario Forlenza[1]; Lucia Sosa[1]; Santiago Larrateguy[2]

[1] *Hospital Maria Ferrer;* [2] *Centro Privado de Medicina Respiratoria*

Introducción y objetivo: La prueba broncodilatadora (BD) suele omitirse cuando el FEV1 y la FVC basales se consideran normales, aunque se desconoce si existe un valor inicial que permita excluir con seguridad una respuesta positiva. El objetivo fue determinar si el FEV1 o la FVC basales, expresados como porcentaje del predicho o z-score, permiten identificar estudios con probabilidad suficientemente baja de respuesta BD y cuantificar la respuesta entre sujetos con espirometría basal conservada.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de espirometrías aceptables y repetibles con prueba broncodilatadora. Para la descripción demográfica se seleccionó el primer estudio, definido como el realizado a menor edad, de cada paciente. Los valores predichos y límites inferiores de normalidad (LIN) se calcularon mediante GLI-2012, etnia "otros". Se definió respuesta BD como un incremento >10% del valor predicho en FEV1 o FVC. Se evaluó la discriminación del FEV1 y la FVC basales mediante curvas ROC y se calcularon sensibilidad, valor predictivo negativo y riesgo residual para distintos puntos de corte. Se analizaron además los umbrales basales de 70%, 80%, 90% y 99% del predicho. La dependencia generada por estudios repetidos se consideró mediante remuestreo y validación agrupados por paciente.

Resultados: 8.359 espirometrías completas correspondientes a 6.887 adultos únicos. La edad mediana fue 59 años (RIC 48–67), 51,9% fueron mujeres y el IMC mediano fue 28 kg/m² (RIC 24–32). Presentaron respuesta BD 1.444/8.359 estudios (17,3%). La capacidad discriminativa del FEV1 basal fue baja (AUC 0,624; IC95% 0,610–0,640) y la de la FVC fue aún menor (AUC 0,536). Entre los estudios con FEV1 ≥80% del predicho, 298/3.030 (9,8%) fueron positivos; con FEV1 ≥90%, 146/1.902 (7,7%), y con FEV1 ≥99%, 72/1.111 (6,5%). Cuando tanto FEV1 como FVC eran ≥80%, 298/2.956 (10,1%) mostraron respuesta. Aun exigiendo además una relación FEV1/FVC ≥LIN, 131/2.135 (6,1%) fueron positivos. Entre 2.394 estudios con FEV1, FVC y FEV1/FVC dentro de límites normales según GLI, 154 (6,4%) presentaron respuesta: 127 por FEV1, 71 por FVC y 44 por ambos. Ningún punto de corte proporcionó simultáneamente un riesgo residual bajo y una reducción relevante del número de pruebas.

Discusión: Los valores basales normales de FEV1 y FVC no excluyen respuesta broncodilatadora. Restringir la prueba BD a estudios con función pulmonar reducida omitiría una proporción clínicamente relevante de respondedores, incluso cuando los tres índices espirométricos se encuentran dentro de límites normales. Por lo tanto, cuando exista indicación clínica, la decisión de realizar la prueba no debería basarse exclusivamente en el valor espirométrico inicial. Estos resultados corresponden a una población derivada a un laboratorio pulmonar y requieren validación externa antes de extrapolarse a poblaciones no seleccionadas.

CO 65 - BRONQUIECTASIAS NO ASOCIADAS A FIBROSIS QUÍSTICA: CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ,ETIOLÓGICAS Y MICROBIOLÓGICAS DE UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE UN CENTRO DE REFERENCIA ARGENTINO

Wendy Marisol Torrejon Chinche[1]; Juan Rafael De la Torre[1]; Melisa Tapia Pacara[1]; Paula Penizzotto[1]; Jesus Miguel Villa Navarro[1]; Matias Horacio Castro[1]; Gladys Noemi Kahl[1]

[1] *HOSPITAL ITALIANO*

Introducción: Las bronquiectasias no fibroquísticas (BQ no FQ) representa una enfermedad crónica y heterogénea caracterizada por la dilatación anormal, irreversible y permanente de los bronquios que se asocia a tos, producción de esputo y antecedentes de exacerbaciones pulmonares e infecciones recurrentes.

Objetivo: Describir las características clínicas, funcionales, microbiológicas y terapéuticas de una cohorte de pacientes con diagnóstico de BQ no FQ en seguimiento por la Sección de Neumonología en el Hospital Italiano desde 2019 al 2024.

Material y métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo. Se incluyeron adultos (≥18 años) con bronquiectasias confirmadas por tomografía computarizada de alta resolución y seguimiento en Neumonología o Clínica Médica.Se excluyeron pacientes con enfermedad pulmonar intersticial, fibrosis pulmonar, bronquiectasias secundarias a radioterapia, las diagnosticadas en contexto de infeccion aguda o no presntar sindrome clinico de BQ o información clínica insuficiente. De una cohorte inicial de 1.500 pacientes, 221 cumplieron los criterios de inclusión.

Resultados: Se analizaron 221 pacientes. La mediana de edad al diagnóstico fue de 67 años (RIC 53–75) y predominó el sexo femenino (71,5%). El IMC medio fue de 25,6 kg/m²; el 52,9% eran no fumadores y el 38,9% exfumadores. Las comorbilidades más frecuentes fueron EPOC (19,0%), neoplasias (10,0%). La etiología predominante fue la postinfecciosa (38,0%), seguida de la idiopática (21,3%) y la post-TBC (16,7%). La tos fue el síntoma más frecuente (87,8%), seguida de expectoración (34,8%), sibilancias (14,9%) y hemoptisis (8,1%). El FEV_1 medio fue de 79,9 ± 27,6% del valor predicho y predominó el compromiso tomográfico de uno o dos lóbulos (79,6%). El 53,2% recibió aerosolterapia, principalmente LABA más corticoides inhalados (25,3%) y terapia triple (9,5%). Los microorganismos aislados con mayor frecuencia fueron Pseudomonas aeruginosa (10,9%) y Haemophilus influenzae (10,0%).

Discusión: La cohorte mostró un perfil similar al de RIBRON y EMBARC, con predominio femenino, edad avanzada y etiología postinfecciosa. La mayor proporción de bronquiectasias post-TBC respecto de los registros europeos probablemente refleja diferencias epidemiológicas entre Latinoamérica y Europa. La función pulmonar relativamente conservada, el compromiso radiológico limitado y la menor frecuencia de Pseudomonas aeruginosa sugieren una cohorte de menor gravedad. Entre las limitaciones destacan el diseño retrospectivo y el carácter unicéntrico.

Conclusión: En esta cohorte predominó un perfil de mujeres de edad avanzada, etiología postinfecciosa y compromiso funcional leve. La mayor proporción de bronquiectasias post-TBC y el menor aislamiento de Pseudomonas aeruginosa respecto de registros europeos evidencian particularidades epidemiológicas de nuestra población y estos datos permiten elaborar estrategias de tratamiento personalizado para optimizar la evaluación etiológica y el manejo de las BQ no FQ en Argentina.

CO 66 - FACTIBILIDAD DE IMPLEMENTACIÓN DE LA ECOGRAFÍA PULMONAR PARA LA PESQUISA DE ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN ARTRITIS REUMATOIDE

Paula Gonzalo[1]; Martin González Vara[1]; Rocio Menga[1]; Derian Enria[2]; Facundo Rosso[1]; Eloisa Falco[3]; Ariel Ballina[1]; Julia Riera[4]; Ma. del Rosario Maleandi[5]

[1] Hospital JM Cullen; [2] Sanatorio San Geronimo; [3] Sanatorio Santa Fe; [4] CEMAFE; [5] Sanatorio Garay

Introducción y objetivo: La ecografía pulmonar (EP) es una herramienta accesible, no invasiva y libre de radiación con potencial utilidad para la pesquisa de enfermedad pulmonar intersticial (EPI). Su incorporación a la práctica clínica puede verse limitada por la dependencia del operador y la disponibilidad de profesionales experimentados. El objetivo fue evaluar la factibilidad de implementar un protocolo estandarizado de EP para pesquisa de EPI realizado por neumonólogos con entrenamiento reciente, considerando reproducibilidad, tiempo de realización y rendimiento frente a tomografía computada de alta resolución (TCAR).

Material y método: Estudio observacional prospectivo en 51 pacientes adultos con artritis reumatoide evaluados para búsqueda de EPI un hospital publico de la ciudad de Santa fe. Tres neumonólogos con entrenamiento reciente y breve en EP (jornada de 4 hs teoricas y 4 hs practicas) y un especialista en diagnóstico por imágenes (mas de 500 EP) realizaron de forma consecutiva y cegada un protocolo estandarizado de EP de 14 espacios intercostales, registrando líneas B e irregularidad pleural. Se evaluaron concordancia interobservador y tiempo de realización; en pacientes con TCAR disponible se exploró el rendimiento diagnóstico de la EP. Se consideró EP patológica según el score de líneas B del protocolo.

Resultados: Los cuatro operadores completaron la evaluación en 51 pacientes. La concordancia interobservador para EP patológica basada en líneas B fue moderada (kappa de Fleiss=0,52), con acuerdo completo en 35/51 estudios (68,6%): 30 normales y 5 patológicos. La concordancia para irregularidades pleurales fue menor (kappa de Fleiss=0,28). El tiempo medio de realización fue 5,10±1,41 min para los neumonólogos y 3,34±0,98 min para el especialista; en el análisis secuencial, el tiempo mediano de los neumonólogos disminuyó de 5,59 min (primer tercio) a 5,04 min (último tercio). Se dispuso de TCAR en 34/51 pacientes (66,7%), de los cuales 9 (26,5%) presentaron EPI. Considerando EP patológica cuando ≥2 de 4 operadores clasificaron el estudio como positivo, la sensibilidad fue 77,8%, la especificidad 88,0%, el VPP 70,0% y el VPN 91,7%. La EP patológica se asoció con rales tipo velcro (p=0,0015).

Discusión y conclusiones: La implementación de un protocolo estandarizado de EP por neumonólogos con entrenamiento reciente resultó factible, rápida y con reproducibilidad moderada, particularmente para líneas B. El elevado VPN frente a TCAR y el breve tiempo requerido respaldan su potencial como herramienta de pesquisa inicial de EPI en artritis reumatoide, especialmente en escenarios con acceso limitado a métodos de referencia u operadores expertos. La EP podría contribuir a seleccionar pacientes que requieran evaluación diagnóstica adicional, sin reemplazar a la TCAR como método de referencia.

CO 67 - LA EDAD COMO MODULADOR EN LA ESTRATIFICACIÓN DE RIESGO EN HIPERTENSIÓN PULMONAR: DISCORDANCIA ENTRE HERRAMIENTAS INVASIVAS Y NO INVASIVAS

Nazareno Zelaya de Leon[1]; Marcella Perri[1]; Matias Almeida Souto[1]; Matias Rodríguez Molaro[1]; Milagros Baez[1]; Mariano Rua[1]; Julio Chertcoff[1]; Lorena Maldonado[1]; Martin Bosio[1]

[1] *Hospital Británico de Buenos Aires*

Introducción Y objetivo: La estratificación de riesgo en la hipertensión pulmonar integra variables clínicas, funcionales, bioquímicas y hemodinámicas. Sin embargo, la edad podría influir en los componentes clínicos y funcionales de las herramientas no invasivas. Como consecuencia, estas podrían asignar un riesgo menor que la evaluación hemodinámica en pacientes jóvenes y un riesgo mayor en adultos mayores. El objetivo de este trabajo, fue evaluar la concordancia entre las categorías de riesgo obtenidas mediante herramientas no invasivas e invasivas, y analizar su relación con la edad.

Material y método: Estudio retrospectivo y unicéntrico que incluyó 44 pacientes con diagnóstico de hipertensión pulmonar, evaluados mediante cateterismo cardíaco derecho. Se compararon las categorías basales de riesgo no invasivo obtenidas mediante ESC/ERS y REVEAL 2.0 con la clasificación hemodinámica del RHC risk tool. Se determinó la proporción de pacientes en los que ambas evaluaciones asignaron la misma categoría de riesgo. En los casos discordantes, se identificó si la herramienta no invasiva asignaba un riesgo mayor o menor que la evaluación hemodinámica. La relación entre la edad y la discordancia se evaluó mediante correlación de Spearman y mediante un análisis exploratorio por grupos etarios

Resultados: La mediana de edad fue de 71 [53–77] años, el 70,5% fueron mujeres y 19/44 pacientes (43,2%) pertenecían al grupo 1. ESC/ERS y el RHC risk tool asignaron la misma categoría de riesgo en el 51,1% de los casos. En el 41,9%, ESC/ERS indicó un riesgo mayor que el RHC risk tool y, en el 7,0%, un riesgo menor. REVEAL 2.0 y el RHC risk tool coincidieron en el 41,9% de los casos; REVEAL 2.0 asignó un riesgo mayor en el 48,8% y un riesgo menor en el 9,3%. En ambas comparaciones, el aumento de la edad se asoció con una tendencia a que las herramientas no invasivas asignaran un riesgo mayor que la evaluación hemodinámica (ESC/ERS: ρ=0,322; p=0,035; REVEAL 2.0: ρ=0,408; p=0,007). Entre los pacientes de hasta 65 años, las herramientas no invasivas asignaron un riesgo menor que el hemodinámico en el 18,8% de los casos.

Discusión y conclusiones: La concordancia entre las herramientas no invasivas y la evaluación hemodinámica fue limitada. La edad se asoció de manera consistente con la dirección de la discordancia: en los pacientes jóvenes, los parámetros no invasivos tendieron a subestimar el riesgo en comparación con la evaluación hemodinámica, mientras que en los adultos mayores se observó un patrón opuesto, con una sobreestimación del riesgo por parte de estas herramientas. Estos resultados exploratorios sugieren que la edad podría influir de forma relevante en la interpretación de las herramientas no invasivas y respaldan su evaluación en cohortes más numerosas y en los distintos grupos de hipertensión pulmonar.

CO 68 - CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR EN UN CENTRO DE INVESTIGACIONES EN PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS EN TUCUMÁN-ARGENTINA

Cynthia Mariana Gallo[1]; Damiana Ines Martinez[1]; Ana Maria Stok[1]; Ramon Angel Rojas[1]; Maria de Lourdes Kasiañuk[1]; Maria José Guzmán[1]; Cecilia Nagle[1]; Camila Gandur[1]; Mónica Castro[1]

[1] *Investigaciones En Patologias Respiratorias*

Introducción: La fibrosis pulmonar es una enfermedad intersticial crónica y progresiva que produce remodelación del parénquima pulmonar, restricción ventilatoria y deterioro funcional significativo.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de pacientes adultos con Fibrosis Pulmonar Idiopática (FPI) y Fibrosis Pulmonar Progresiva (FPP) atendidos entre 2023 y 2025 en un centro especializado de Tucumán. Se analizaron variables clínicas, funcionales, tomográficas, comorbilidades, antecedentes de tabaquismo y tratamientos recibidos.

Resultados: Se incluyeron 34 pacientes: 50% con FPI y 50% con FPP. La edad osciló entre 36 y 83 años, con predominio femenino (71%). El patrón tomográfico más frecuente fue Neumonía Intersticial Usual (NIU) en un 32,3%, seguido de probable NIU 35,2% y Neumonitis por Hipersensibilidad Fibrosante 14,7%.Respecto al tabaquismo, 50% eran no tabaquistas, 3% tabaquista actual y 47% ex tabaquistas, principalmente con carga leve. Las comorbilidades más prevalentes fueron hipertensión arterial (58,8%), hipotiroidismo (32,3%) y enfermedad del tejido conectivo (32,3%). Solo un paciente presentó hipertensión pulmonar documentada.En función pulmonar, la DLCO fue normal en 14,7% pacientes, levemente disminuida en 38,2%, moderadamente en 41,1% y severamente 5,8%. La FVC fue normal o pseudonormal en 34%, restrictiva leve en 52,9%, moderada en 11,7% y severa en 5,8%. Entre los pacientes con FPP, se observó caída del FVC de 5–10% en 11,7% de los casos, caída >10% en 82% y progresión clínico-radiológica sin caída significativa en 5,8% en 12 meses.Al momento de la primera consulta, el 34% recibían antifibróticos, 70,5% no realizaban tratamiento, 26,4% estaban bajo tratamiento inmunosupresor y 8,8% utilizaban oxigenoterapia.

Conclusiones: La cohorte mostró predominio femenino, alta carga de comorbilidades y patrones tomográficos mayormente compatibles con NIU. La mayoría presentó deterioro funcional, con DLCO disminuida y restricción leve predominante. A pesar de la progresión en los pacientes con FPP, el uso de antifibróticos fue bajo, lo que podría haber favorecido el avance de la enfermedad. Estos hallazgos subrayan la necesidad de un abordaje integral y del inicio oportuno de terapias antifibróticas.

CO 69 - COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA LUEGO DE QUIMIOINMUNOTERAPIA EN CÁNCER DE PULMÓN NO CÉLULAS PEQUEÑAS RESECABLE: ANÁLISIS DE COHORTE PARCIAL DE PACIENTES

Krin Suhr[1]

[1] *Instituto Alexander Fleming*

Introducción: La neoadyuvancia en el cáncer de pulmón de células no pequeñas (CPCNP) ha evolucionado significativamente en la última década con la introducción de la inmunoterapia. Diversos estudios han respaldado el uso de regímenes combinados, logrando tasas de respuesta patológica completa superiores al 20-30% y una mejor resecabilidad tumoral. Sin embargo, la cirugía post quimio-inmunoterapia plantea desafíos adicionales. Se ha descrito un aumento en complicaciones intra y postoperatorias, dando mayor complejidad a la resección quirúrgica.

Objetivo: Evaluar la factibilidad quirúrgica y las complicaciones asociadas a la resección pulmonar posterior a tratamiento de quimioinmunoterapia.

DISEÑO: Estudio retrospectivo, observacional y descriptivo

Material y método: Se incluyeron todos los pacientes tratados con diagnóstico de cáncer de pulmón en estadios IA2 a IIIB (TNM 8va edición), que recibieron quimioterapia (QT) más inmunoterapia seguida de cirugía. Recibieron al menos 3 ciclos con Carboplatino + Pemetrexed + Nivolumab entre diciembre 2022 y diciembre 2024. Para decidir el tratamiento neoadyuvante se tuvieron en cuenta como criterios de irresecabilidad: a) Tamaño tumoral > 5cm b) N2 voluminoso c) N2 multiestación d) Invasión de estructuras críticas.

Resultados: Se evaluaron doce pacientes. El tumor primario fue adenocarcinoma en 10 pacientes (83.3%), y carcinoma escamoso en 2 (16.7%). El 83.3% de los pacientes realizaron 3 ciclos de quimio inmunoterapia Carboplatino + Pemetrexed + Nivolumab, y los restantes realizaron 4 ciclos por retraso en la fecha quirúrgica. El promedio de días entre la última sesión de quimio-inmunoterapia y la cirugía fue de 49 días. Previo a la cirugía se estadificaron obteniendo 1 E IA2, 1 paciente E IIA, 2 E IIB, 7 pacientes E IIIA y 1 E IIIB. A todos los pacientes se les realizo lobectomía con vaciamiento ganglionar, con técnica uniportal videotoracoscópica (UVATS). El tiempo promedio de cirugía fue de 260 minutos. Dentro de las complicaciones intraoperatorias se constataron 2 pérdidas sanguíneas de 1500ml aproximadamente entre las complicaciones inmediatas se registró 1 paciente con enfisema subcutáneo extenso y 3 aerorragias persistentes. En 3 pacientes no se encontró tumor viable, en 3 menos de 10% de tumor viable. Con respecto a los estadíos patológicos se registraron E0 (pacientes sin tumor viable) 3 pacientes, E IA1 1paciente, E IA2 2 pacientes, EIB 2 pacientes, E IIB 4 pacientes. El promedio de retiro de drenaje y fecha del alta fue de 6 días.

Conclusión: Un abordaje multidisciplinario, así como una estrategia perioperatoria personalizada para cada paciente son esenciales para reducir las complicaciones y mejorar los resultados quirúrgicos. La cirugía mini invasiva luego de quimio- inmuno terapia es segura y factible; con bajo número de complicaciones graves y bajo índice de conversión en pacientes seleccionados.

CO 70 - DISFAGIA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBROVASCULAR POSOPERATORIO EN CIRUGÍA CARDÍACA: FRECUENCIA Y COMPLICACIONES ASOCIADAS

Mauro Exequiel Alegre[1]; María Laura Quiroz[1]; Juan Ignacio Fernández[1]

[1] *Instituto de Cardiología de Corrientes "Juana Francisca Cabral"*

Introducción y objetivo: El accidente cerebrovascular (ACV) posoperatorio en cirugía cardíaca es una complicación grave que incrementa la morbilidad, la estadía hospitalaria y la mortalidad. Entre sus secuelas, la disfagia es común y se asocia con neumonía aspirativa, desnutrición y necesidad de vías alternativas de alimentación. Su detección temprana es fundamental para prevenir complicaciones. El objetivo primario fue determinar la frecuencia de disfagia en pacientes con ACV perioperatorio tras cirugía cardiotorácica; el objetivo secundario fue evaluar la aparición de neumonía asociada.

Material y método: Estudio observacional prospectivo (diciembre 2023 - junio 2024) en un servicio de recuperación cardiovascular. Se incluyeron adultos (≥18 años) sometidos a cirugía cardiotorácica electiva o de urgencia con ACV perioperatorio (confirmado por clínica y TC/RM), extubados y con SaO2 > 90% sin CPAP/BiPAP. Se excluyeron pacientes con antecedentes neurológicos (ej. Parkinson), traqueostomía, contraindicaciones o alergia al contraste. La evaluación se estructuró en dos etapas: 1) Identificación de predictores clínicos por kinesiólogo mediante el score de Daniels; 2) Estudio de videofluoroscopia (VF) de deglución por un kinesiólogo especialista cegado al score, en posición sentada con angiógrafo digital. Se administraron consistencias semisólidas, líquidas y sólidas opacificadas con sulfato de bario. La severidad se estratificó con la escala de Penetración-Aspiración (PAS). La normalidad de los datos se evaluó con Kolmogorov-Smirnov; las variables continuas se expresaron en mediana y rango intercuartílico, y las categóricas en frecuencia y porcentaje. Se aplicaron pruebas no paramétricas ($p \leq 0,05$) en software Jamovi.

Resultados: De 157 cirugías, 23 presentaron ACV y 16 cumplieron los criterios de inclusión (81,3 % hombres, mediana de edad 69 años). La frecuencia de disfagia fue del 56,3 % (n=9). Según el score de Daniels, la disfonía fue el hallazgo más frecuente (100 % en disfagia vs. 71,4 % sin disfagia; p=0,175), seguida de disartria (33,3 % vs. 0 %; p=0,213) y tos posdeglución (33,3 % vs. 0 %; p=0,213). En la VF, la penetración se observó en el 66,7 % del grupo con disfagia frente al 0 % sin disfagia (p=0,011), y la aspiración en el 33,3 % vs. 0 % (p=0,213). La incidencia general de neumonía fue del 62,5 % (n=10), correspondiendo al 88,9 % en el grupo con disfagia versus el 28,6 % sin disfagia (p=0,035).

Discusión y conclusiones: Los predictores del score de Daniels funcionaron como signos de alerta clínica. La frecuencia de disfagia se ubicó en el rango descrito en la literatura. La significación de la penetración y la mayor incidencia de neumonía en el grupo con disfagia reafirman la necesidad de una evaluación deglutoria sistemática. En conclusión, la disfagia es una complicación frecuente en el ACV posoperatorio de cirugía cardíaca y su presencia se asocia significativamente con neumonía

Tabla 1

Variable	Con disfagia (n=9)	Sin disfagia (n=7)	Valor de p
Edad (años) [Mediana, RIC]	69 [51 - 71]	68 [61 - 71.5]	0.63
Sexo masculino [n (%)]	8 (88.9%)	5 (71.4%)	0.55
Días de ARM [Mediana, RIC]	4 [2 - 16]	1 [1 - 4]	0.128
Aspiración NST [n (%)]	6 (66.7%)	1 (14.3%)	0.060
Foco Motor [n (%)]	2 (22.2%)	1 (14.3%)	1.00
Vía Oral [n (%)]	6 (66.7%)	6 (85.7%)	0.585
Tipo de cirugía [n (%)]			
CRVM	2 (22.2%)	1 (14.3%)	1.00
CRVM + RVA	3 (33.3%)	2 (28.6%)	1.00
RVA	3 (33.3%)	4 (57.1%)	0.615
RAA	1 (11.1%)	0 (0.0%)	1.00

Tabla 2

Característica	Con Disfagia (n=9)	Sin Disfagia (n=7)	Valor p[1]
Aspiración [n (%)]	3 (33.3%)	0 (0.0%)	0.213
Penetración [n (%)]	6 (66.7%)	0 (0.0%)	**0.011**
Disfonía [n (%)]	9 (100.0%)	5 (71.4%)	0.175
Disartria [n (%)]	3 (33.3%)	0 (0.0%)	0.213
Reflejo Nauseoso Anormal [n (%)]	2 (22.2%)	0 (0.0%)	0.475
Tos Voluntaria Anormal [n (%)]	2 (22.2%)	0 (0.0%)	0.475
Tos Post Deglución [n (%)]	3 (33.3%)	0 (0.0%)	0.213
Voz Húmeda Post Deglución [n (%)]	2 (22.2%)	0 (0.0%)	0.475

CO 71 - CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON EXACERBACIÓN DE EPOC EN UN CENTRO DE CÓRDOBA

Florencia Denise Marquez[1]; Leonardo Germán Ubal[1]; María Alejandra Acosta[1]; Eduardo Enrique Oviedo[1]; Jesica Ayelén Polack[1]; Jimena del Rosario Astrada[1]; María Pia Coito[1]; Gregorio Varujan Kevorkof[1]

[1] *Hospital Tránsito Cáceres de Allende*

Introducción: La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) es la tercera causa de muerte a nivel mundial. Las exacerbaciones (E-EPOC) son eventos críticos que marcan la progresión de la enfermedad e incrementan la morbimortalidad, tasas de hospitalización y de reingreso. A nivel nacional no se dispone de estudios que aborden a este subgrupo exacerbador en el ámbito de la emergencia.

Objetivos: Caracterizar clínica y epidemiológicamente las E-EPOC en pacientes atendidos en la guardia central del Hospital Tránsito Cáceres de Allende (Córdoba) entre mayo de 2024 y abril de 2026.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y longitudinal prospectivo (n=58). Se analizaron variables demográficas, carga tabáquica (IPA), multimorbilidad, etiología y desenlaces. La severidad se estratificó mediante la Propuesta de Roma y se evaluó la asociación estadística mediante el test Chi-cuadrado (p7 días; p=0,006). El 15,5% presentó complicaciones cardiovasculares posteriores y la tasa de reingreso a los 90 días alcanzó el 29,3%, con una mortalidad general acumulada del 10,3%.

Discusión: Este estudio mitiga un vacío de evidencia clave a nivel nacional sobre el fenotipo exacerbador en la emergencia. Los resultados exponen una mortalidad acumulada (10,3%) que se alineó con los estándares internacionales, inestabilidad post-alta crítica con un registro del 29,3% de reingresos a 90 días vinculados a comorbilidades y baja adherencia terapéutica. Asimismo, la propuesta Roma validó su capacidad predictiva al asociarse significativamente el estrato grave con peores desenlaces: 40% de eventos cardiovasculares agudos, 70% de ingresos a UCI y 80% de internaciones prolongadas. La alta vulnerabilidad clínica y socioeconómica hallada, sumada a una exposición tabáquica que supera los registros internacionales, fundamenta la urgencia de implementar programas de seguimiento multidisciplinar, fortalecer la cesación tabáquica y potenciar la educación sanitaria en nuestro medio.

Conclusiones: Las E-EPOC se presentaron mayormente en época invernal y por causas infecciosas, afectaron a varones con fenotipo bronquítico y comorbilidades. Más de la mitad de casos requirieron internación. Hubo baja prevalencia de eosinofilia al ingreso. El estrato grave según GOLD exhibió peores desenlaces clínicos y cardiovasculares. Aunque la supervivencia hospitalaria cumplió estándares internacionales, la tasa de reingresos fue críticamente elevada.

CO 72 - ASMA GRAVE: ¿FENOTIPOS DIFERENCIADOS O UN CONTINUO CLÍNICO? ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL REGISTRO ISAN

María Eugenia Franchi[1]; Fernando Saldarini[2]; Sebastián Gando[3]; Joan Dapeña[2]; Carlos Oliva[4]

[1] Hospital Universitario Austral; [2] Hospital Santojanni; [3] Hospital Muñiz; [4] Consultorio Particular

Introducción y objetivo: El asma grave suele describirse como un conjunto de fenotipos diferenciados, idea que orienta decisiones terapéuticas. No está establecido si esos grupos existen como entidades separadas o si la enfermedad es un continuo. El objetivo fue evaluar si las características basales de una cohorte multicéntrica de asma grave se agrupan en patrones diferenciados y si estos difieren en carga de enfermedad e intensidad terapéutica.

Material y método: Estudio transversal de la evaluación basal de un registro prospectivo multicéntrico (12 centros). Se incluyeron adultos con datos completos en ocho variables: edad al diagnóstico, IMC, ACT, VEF1% del predicho, respuesta broncodilatadora, eosinófilos, IgE y exacerbaciones. Se aplicó análisis de conglomerados con distancia de Gower y partición alrededor de medoides (PAM). Los tratamientos y los desenlaces clínicos no participaron de la construcción de los grupos y se compararon de manera independiente. Se evaluó la estabilidad de la agrupación por remuestreo, por omisión de variables y según el centro. Las comparaciones externas se realizaron con pruebas de Kruskal-Wallis, chi cuadrado o Fisher, con corrección de Benjamini-Hochberg.

Resultados: De 291 registros, 221 adultos (85%) tuvieron datos completos. El análisis agrupó a los pacientes en dos clusters (k=2) de baja separación (silhouette media 0,194). Clínicamente, se dividieron en un Cluster 1 de inicio tardío (n=90, mediana de 45 años al diagnóstico) y un Cluster 2 de inicio temprano (n=131, mediana de 13 años). Sin embargo, la distinción es eminentemente cronológica: la edad al diagnóstico domina por completo la partición. Al omitirla, la estructura desaparece (ARI -0,005). Las variables que describen severidad y fisiopatología —control (ACT), función pulmonar (VEF1%), respuesta broncodilatadora, exacerbaciones basales y biomarcadores (eosinófilos e IgE)— se superponen ampliamente, mostrando diferencias clínicas menores e insuficientes para definir perfiles biológicos separados. Externamente, no se demostraron diferencias significativas en severidad del mundo real, incluyendo tratamiento en escalón GINA 5 (82,2% en inicio tardío vs 85,5% en temprano), uso de corticoides orales de mantenimiento (48,2%vs 39,3%), ni en carga asistencial como internaciones previas (39,1% vs 36,9%) o ingresos a UTI (14,0% vs 14,5%). La atopia no fue informativa por registros limitados.

Discusión y conclusiones: Aunque en nuestra cohorte se identifican dos patrones descriptivos basados principalmente en el inicio del asma en la niñez o en la adultez, existe una superposición significativa entre estos perfiles, lo que sugiere que no constituyen fenotipos diferenciados, independentemente de la gravedad, comorbilidades T2, carga asistencial ni intensidad terapéutica; lo que refuerza que esta división cronológica no se traduce en comportamientos evolutivos o de gravedad disímiles, comportándose más como un espectro clínico continuo que como entidades fenotípicas independientes.

CO 73 - PÚBLICO VS. PRIVADO: DIFERENCIAS EN EL PERFIL DEL PACIENTE CON ASMA GRAVE Y DEMORA EN EL ACCESO AL TRATAMIENTO BIOLÓGICO. ESTUDIO MULTICÉNTRICO ISAN

María Eugenia Franchi[1]; Fernando Saldarini[2]; Valeria Brichetti[2]; Joan Dapeña[2]; Sebastián Gando[3]; Maximiliano Romanczuk[4]; Sebastián Ferreiro[5]; Cecilia Cavallo[6]; Betiana Pereyra[7]; Mónica Grilli[8]; Laura Orazi[9]; Carlos Oliva[10]; Gastón Capodarco[11]; Teresita Rosenbaum[1]; Sofía Porta[8]; Silvina Guendulain[9]; Alvaro Teijeiro[10]

[1] Hospital Universitario Austral Bs As; [2] Hospital Santojanni CABA; [3] Hospital Muñiz CABA; [4] Hospital Emilio Ruffa de San Pedro; [5] Hospital Eva Perón de San Martín; [6] Hospital San Martín de Paraná; [7] Hospital San Roque Córdoba; [8] Hospital Español de Mendoza; [9]Sanatorio Allende Córdoba; [10]Hospital Niño Jesús de Córdoba

Introducción: El asma grave conlleva una carga desproporcionada de corticoterapia sistémica y de exacerbaciones graves, cuya distribución entre los subsistemas de salud de Argentina no ha sido caracterizada. El objetivo fue comparar el perfil clínico, inflamatorio y el acceso al tratamiento biológico entre pacientes adultos con asma graveatendidos en el ámbito público y privado de nuestro país.

Material y métodos: Estudio multicéntrico, observacional, de corte transversal, sobre una cohorte de pacientes adultos con asma grave evaluados en consultorios especializados. Se definieron dos grupos según el subsistema de atención: público (n=65, 6 centros) y privado (n=197, 5 centros); se excluyó un subgrupo pediátrico (público n=21, privado n=10) por tamaño insuficiente. Se compararon variables demográficas, biomarcadores T2, comorbilidades, uso de corticoides, función pulmonar, control (ACT), exacerbaciones e internaciones en el año previo, y la demora desde la indicación hasta el inicio del biológico. Variables continuas: mediana (RIC), Mann-Whitney; categóricas: n(%), χ^2 o Fisher. Significación $p<0,05$.

Resultados: Se incluyeron 262 pacientes adultos (65 público, 197 privado). La edad fue similar entre subsistemas (54 vs 58 años; p=0,060). El perfil inflamatorio T2 fue equivalente: eosinófilos (440 vs 410 cél/µl; p=0,71) e IgE total (340 vs 232 UI/ml; p=0,33), sin diferencia en prick/RAST positivo (72,9% vs 59,1%; p=0,064). El grupo público presentó mayor rinitis alérgica (63,1% vs 41,8%; p=0,004), reflujo gastroesofágico (56,9% vs 41,8%; p=0,044) y ansiedad/depresión (32,3% vs 12,2%; p<0,001), además de peor función pulmonar (VEF1% 62 vs 67; p=0,023) y peor control del asma (ACT 12 vs 14; p=0,005). Mostró mayor carga de gravedad: más exacerbaciones con corticoide sistémico (6 vs 3; p<0,001) y más internaciones en sala (1 vs 0; p<0,001). El corticoide oral de mantenimiento fue numéricamente más frecuente en el público, sin significación (48,3% vs 40,6%; p=0,361), al igual que HTA (43,1% vs 35,2%; p=0,300) y diabetes (12,3% vs 6,6%; p=0,186). La demora entre indicación e inicio del biológico fue mayor en el público (9 vs 6 semanas; p=0,014).

Conclusiones: En pacientes adultos con asma grave, el sistema público presentó mayor prevalencia de rinitis alérgica, reflujo y ansiedad/depresión, peor función pulmonar y control del asma, más exacerbaciones e internaciones, y una demora significativamente mayor para

iniciar la terapia biológica, señalando una inequidad de acceso y oportunidad de tratamiento que orienta a priorizar la derivación temprana.

CO 74 - INERCIA TERAPÉUTICA Y PERSISTENCIA DE LA TRIPLE TERAPIA EN EPOC: SEGUIMIENTO PROSPECTIVO SEGÚN CLASIFICACIÓN GOLD

Katerine Ivanoska Ortuño Maita[1]; Fernando Saldarini[1]; Giovanni Alejandro Avila Torres[1]; Lucrecia Maria del Carmen Loprete[1]; Elvis Eduardo Medinacelli[1]; Cyntia Guzmán[1]; Pamela Rossi[1]; Paula Csipska[1]; Mauro Andreu[1]

[1] *Hospital Donacion Francisco Santojanni*

Introducción y objetivo: La prescripción inhalatoria en la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) debería revisarse de forma longitudinal en función de los síntomas, las exacerbaciones, los biomarcadores, la tolerabilidad y la respuesta al tratamiento. Sin embargo, la práctica habitual puede tender a mantener los esquemas sin una reevaluación sistemática, configurando un fenómeno de inercia prescriptiva cuyo alcance real ha sido poco caracterizado en nuestro medio. El objetivo del estudio fue describir la estabilidad global del tratamiento inhalado y la persistencia específica de la triple terapia a lo largo de 12 meses, estratificando los resultados según la clasificación GOLD basal.

Materiales y métodos: Se realizó un seguimiento en una cohorte prospectiva, unicéntrica y de práctica clínica habitual de 117 pacientes con EPOC confirmada por espirometría, evaluados de manera protocolizada al ingreso, a los 6 y a los 12 meses. Los esquemas inhalatorios se agruparon en cuatro clases: LAMA, LABA+LAMA, LABA+CI y LABA+LAMA+CI. El desenlace primario fue la persistencia de la misma clase terapéutica entre el ingreso y los 12 meses en los sobrevivientes con datos pareados. Se estimaron proporciones con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%), y se aplicaron la prueba de McNemar, el coeficiente kappa de Cohen y comparaciones según categoría GOLD.

Resultados: Fallecieron 6 participantes durante el seguimiento y 111 integraron el análisis pareado. Ochenta y cuatro pacientes mantuvieron la misma clase terapéutica (75,7%; IC95% 66,9-82,7). La estabilidad fue del 73,9% en GOLD A, del 69,8% en GOLD B y del 85,7% en GOLD E (p=0,23 para cualquier cambio frente a estabilidad). Entre los 62 usuarios basales de triple terapia, 51 continuaron con ella a los 12 meses (82,3%; IC95% 71,0-89,8), con una persistencia del 75,0% en GOLD B y del 87,5% en GOLD E (p=0,32). Se registraron 11 retiros y 10 nuevas incorporaciones de triple terapia; en consecuencia, su prevalencia pareada varió apenas de 62 a 61 pacientes (McNemar p=1,00; kappa 0,62). En el conjunto de la cohorte se observaron 13 desescalamientos, 11 escalamientos y 3 cambios laterales entre dobles terapias.

Discusion y conclusiones: La cohorte mostró una elevada estabilidad prescriptiva y una alta persistencia de la triple terapia, especialmente en GOLD E, pero también en GOLD B. La estabilidad agregada ocultó transiciones individuales bidireccionales que solo se hicieron evidentes al analizar los movimientos pareados. Estos resultados respaldan la incorporación de auditorías periódicas de indicación y respuesta terapéutica dentro del seguimiento habitual del paciente con EPOC. La ausencia de cambio constituye un indicador operativo de inercia

prescriptiva, pero no demuestra por sí sola un tratamiento inapropiado, por lo que su interpretación debe integrarse con la evaluación clínica individual.

CO 75 - RECUENTO DE EOSINÓFILOS SANGUÍNEOS Y RELACIÓN CON LA GRAVEDAD DE LAS EXACERBACIONES DE EPOC EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE CABA DURANTE EL AÑO 2025-2026

Natalia Soledad Martinez[1]; Diana Molina Reino[1]; Andres Sagal[1]; Martin Sívori[1]; Nicolás Pared[1]; Mario Mendez Vera[1]; Juan Pablo Barberis[1]; José Erquicia[1]; Martin Pascansky[1]; Daniel Pascansky[1]; Paula Kaplan[1]; Mónica Jajati[1]; Szwarstein Pablo[1]; Fernández Romina; Soledad Prigioni; Javier Iriarte[1]

[1] *Hospital General de Agudos José María Ramos Mejia*

Introducción y objetivo: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) representa una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. En Argentina, las enfermedades respiratorias constituyen la tercera causa de muerte. El estudio EPOC.AR (2016) estimó una prevalencia de 14,5% en adultos de ≥ 40 años siendo el 43,5% de las personas tabaquistas activos.Actualmente el recuento de eosinófilos en sangre periférica es un biomarcador de interés debido a su asociación con la frecuencia de las exacerbaciones y la gravedad de la enfermedad.El objetivo de este estudio fue evaluar la asociación entre el recuento de eosinófilos en sangre periférica y la gravedad de la exacerbación de EPOC.

Material y método: Se realizó un estudio observacional, prospectivo, que incluyó pacientes con diagnóstico de exacerbación de EPOC atendidos en un hospital público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el período comprendido entre Agosto 2025 y Julio 2026. El recuento de eosinófilos se obtuvo a partir de su concentración absoluta en sangre periférica en el año previo (descartando otras etiologías y alejado de corticoides sistémicos dentro del año previo) y los pacientes se clasificaron en tres grupos: 2 y el 94.4% un CAT con puntuación >10.Presentaron exacerbación leve el 40.8% con eosinófilos de 130 mediana (RIQ 68.5-205), moderada 25.6%, con eosinófilos de 203 mediana (RIQ 100-257) (vs. leve, $p<0.02$) y grave 33.6% con eosinófilos de 200 mediana (RIQ 80-295) (vs. leve, $p<0.01$).

Discusión y conclusiones: En nuestra cohorte, la mayoría de los pacientes presentó recuento de eosinófilos entre 100 y 299 células/µL y predominó una población con EPOC GOLD “3E”, con elevada carga sintomática. Se observó significativamente mayor eosinofilia en las exacerbaciones moderadas y graves de EPOC en comparación con las leves. Estos hallazgos sugieren una relación entre un mayor recuento de eosinófilos y la gravedad de las exacerbaciones, apoyando la necesidad de continuar investigando el papel del recuento de eosinófilos como marcador de gravedad y potencial herramienta para la estratificación clínica.

CO 76 - OPORTUNIDAD PERDIDA DE TAMIZAJE EN CÁNCER DE PULMÓN: ESTADIO AVANZADO EN PACIENTES ELEGIBLES

Samantha Alvarado Romero[1]; Micaela Godoy Bader[1]; Yimmy Chirino[1]; Santiago Napoli[1]; Diego Litewka[1]

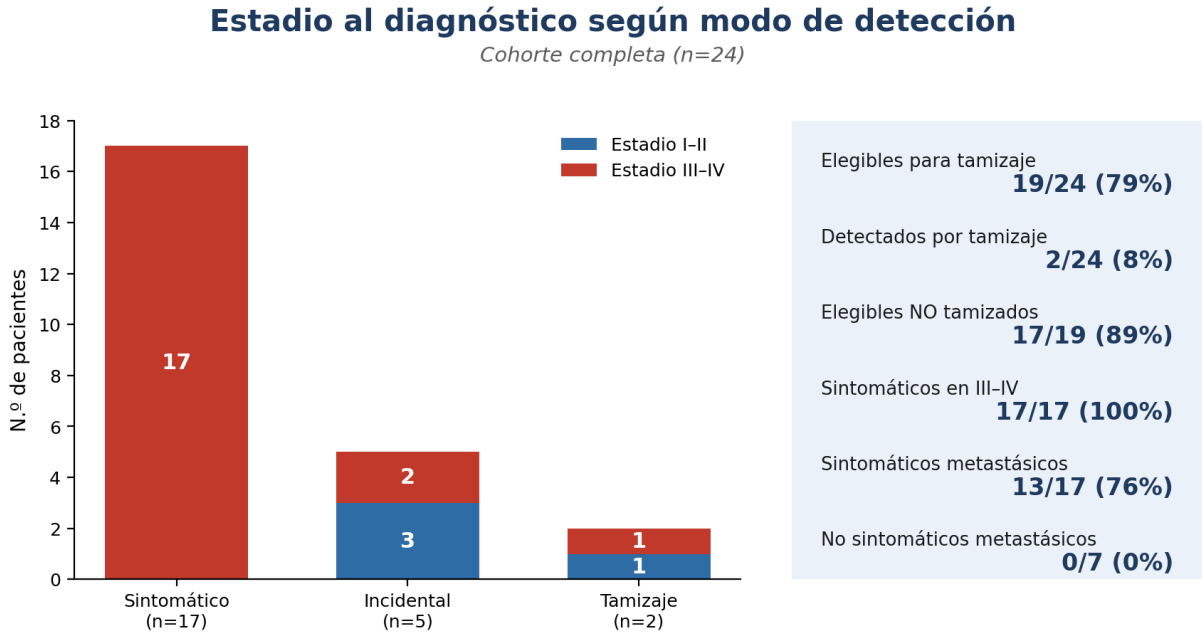
[1] *Hospital Juan A. Fernández*

Introducción y objetivo: El tamizaje con tomografía computada de baja dosis reduce la mortalidad por cáncer de pulmón en población de riesgo, pero en nuestro medio se usa poco. El objetivo fue estimar qué proporción de pacientes elegibles para tamizaje no fue tamizada y describir la vía diagnóstica, el estadio y la mortalidad según el modo de detección.

Materiales y método: Estudio observacional y retrospectivo de casos incidentes de cáncer de pulmón confirmados por histología en un hospital público entre mayo de 2025 y junio de 2026.. Se aplicaron los criterios de elegibilidad de la United States Preventive Services Task Force (50-80 años, 20 o más paquetes-año, tabaquismo actual o cesación menor a 15 años). El modo de detección se clasificó en tamizaje, incidental o sintomático. La estadificación siguió la 9ª edición de la clasificación TNM. Se analizó el estadio según el modo de detección en la cohorte completa, con un análisis de sensibilidad que excluyó los carcinomas microcíticos. Se usaron proporciones y prueba exacta de Fisher.

Resultados: Se incluyeron 24 pacientes (mediana 68 años; 79% varones). El 92% (22/24) eran fumadores o ex-fumadores, con una mediana de 40 paquetes-año. Histología: adenocarcinoma 14, escamoso 6, no microcítico sin especificar 1, microcítico 3. Diecinueve (79%) eran elegibles para tamizaje; sólo 2 (8%) se detectaron por tamizaje y 4 (17%) se habían tamizado alguna vez. De los 19 elegibles, 17 (89%) nunca accedieron al tamizaje y 16 (84%) se presentaron en estadio III-IV. La detección fue sintomática en 17 (71%), incidental en 5 y por tamizaje en 2. Los 17 sintomáticos debutaron en estadio III-IV (100%) y 13 (76%) con metástasis, frente a 4/7 (57%) en estadio I-II y 0/7 metastásicos en la detección no sintomática (Fisher p=0,003; metástasis p=0,001). Los 4 casos en estadio I-II provinieron de detección no sintomática. Los 2 detectados por tamizaje eran no metastásicos y seguían vivos. En el conjunto, el 83% (20/24) debutó en estadio III-IV y el 58% (14/24) en estadio IV. El tratamiento inicial fue paliativo o de soporte en 15 (63%) y curativo en 9 (37%). La mediana del intervalo entre la sospecha y la confirmación fue de 43 días (rango intercuartílico 17-134). La mortalidad global fue 37% (9/24); todas las muertes ocurrieron en estadio III-IV. Los resultados se mantuvieron al excluir los microcíticos (p=0,006).

Discusión y conclusiones: Casi 9 de cada 10 pacientes elegibles para tamizaje nunca accedieron a él y llegaron por síntomas y en estadio avanzado. La detección no sintomática se asoció a estadios más tempranos y sin metástasis, mientras que todos los sintomáticos llegaron con enfermedad avanzada, donde se concentró la mortalidad. Aunque son resultados exploratorios por el tamaño de la muestra y el centro único, muestran una oportunidad perdida de detección temprana y su costo en estadio y supervivencia. Identificar a los candidatos a tamizaje y agilizar el diagnóstico son medidas concretas para mejorar el estadio al diagnóstico.



CO 77 - USO DE CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS Y SU ASOCIACIÓN CON LA SUSCEPTIBILIDAD AL INICIO DEL TABAQUISMO EN ADOLESCENTES DE ESCUELAS SECUNDARIAS DE SAN LUIS DEL PALMAR, CORRIENTES

Andrea Nahir Aguirre Armand[1]; Mario Sussini[1]; Milagros Sussini[1]; Rocio Cardozo[1]; Mercedes Veregara[1]; Matias Zalazar[1]

[1] *Hospital Escuela*

Introducción y objetivo: El uso de cigarrillos electrónicos entre adolescentes constituye una problemática emergente de salud pública debido al incremento sostenido de su consumo y a su posible asociación con el inicio del tabaquismo. En Argentina, y particularmente en la provincia de Corrientes, la información disponible sobre esta temática es limitada. El objetivo del presente estudio fue determinar la prevalencia del uso de cigarrillos electrónicos y analizar su asociación con la susceptibilidad al inicio del tabaquismo en estudiantes de escuelas secundarias de San Luis del Palmar, Corrientes.

Material y método: Se realizó un estudio observacional, transversal y analítico. Se incluyeron 186 estudiantes de dos escuelas secundarias mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia. La información se obtuvo a través de una encuesta anónima, voluntaria y autoadministrada, basada en la Encuesta Mundial sobre el Consumo de Tabaco en Jóvenes (Global Youth Tobacco Survey, GYTS) y adaptada a los objetivos de la investigación. Se relevaron variables sociodemográficas, uso de cigarrillos electrónicos, consumo de cigarrillos

tradicionales, susceptibilidad al inicio del tabaquismo y factores asociados. Se realizó un análisis descriptivo y se evaluó la asociación entre las variables de interés mediante pruebas estadísticas apropiadas.

Resultados: Se analizaron 186 encuestas. La prevalencia de uso de cigarrillos electrónicos alguna vez en la vida fue del 29,0%, mientras que el 28,5% de los estudiantes manifestó haber fumado cigarrillos tradicionales al menos una vez. Entre los adolescentes que nunca habían fumado, el 31,0% presentó susceptibilidad al inicio del tabaquismo. Se observó una asociación entre el antecedente de uso de cigarrillos electrónicos y una mayor susceptibilidad al inicio del tabaquismo. Asimismo, la convivencia con personas fumadoras y la percepción de que vapear es menos perjudicial que fumar se asociaron con una mayor frecuencia de uso de cigarrillos electrónicos.

Discusión y conclusiones: Los resultados muestran que el uso de cigarrillos electrónicos es una práctica frecuente en los adolescentes estudiados y sugieren una asociación con la susceptibilidad al inicio del tabaquismo. Estos hallazgos refuerzan la importancia de implementar estrategias de prevención y educación dirigidas a la población escolar. Además, este estudio aporta evidencia epidemiológica local sobre una problemática poco explorada en la provincia de Corrientes y constituye una base para futuras investigaciones con muestras más amplias, de diferentes localidades y con diseños longitudinales que permitan profundizar el conocimiento sobre el impacto del uso de cigarrillos electrónicos en la salud de los adolescentes y orientar futuras intervenciones de salud pública.

CO 78 - MONITOREO DE LA EFICACIA DE LA TERAPIA CON CPAP UTILIZANDO OXIMETRÍA DE ALTA DEFINICIÓN

Magalí Blanco[1]; Eduardo Borsini[1]

[1] *Hospital Británico*

Introducción: Se han propuesto indicadores de adecuado tratamiento con CPAP al cumplimiento, las fugas y la corrección del índice de apnea e hipopnea. Los perfiles de hipoxemia residual con CPAP aún no se conocen completamente. Propusimos analizar oximetrías de alta definición (OAD) en domicilio (promediación de señal 0.1 segundos) y carga hipóxica residual (magnitud de exposición a la hipoxemia intermitente) con CPAP, en una cohorte de pacientes ambulatorios adaptados al tratamiento.

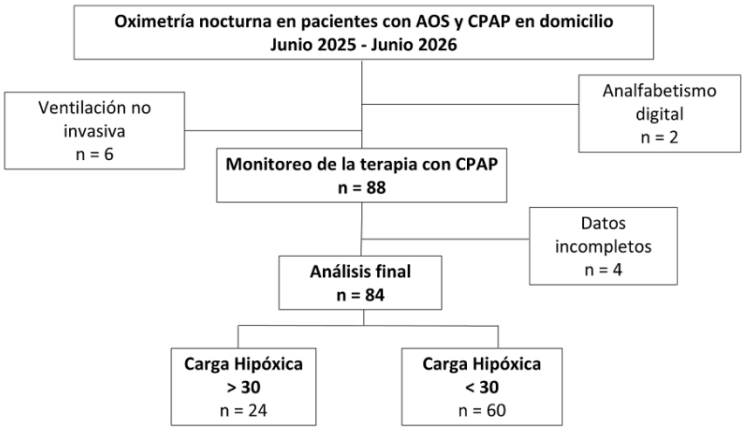
Objetivo: Describir perfiles de hipoxemia residual y carga hipóxica con CPAP mediante OAD.

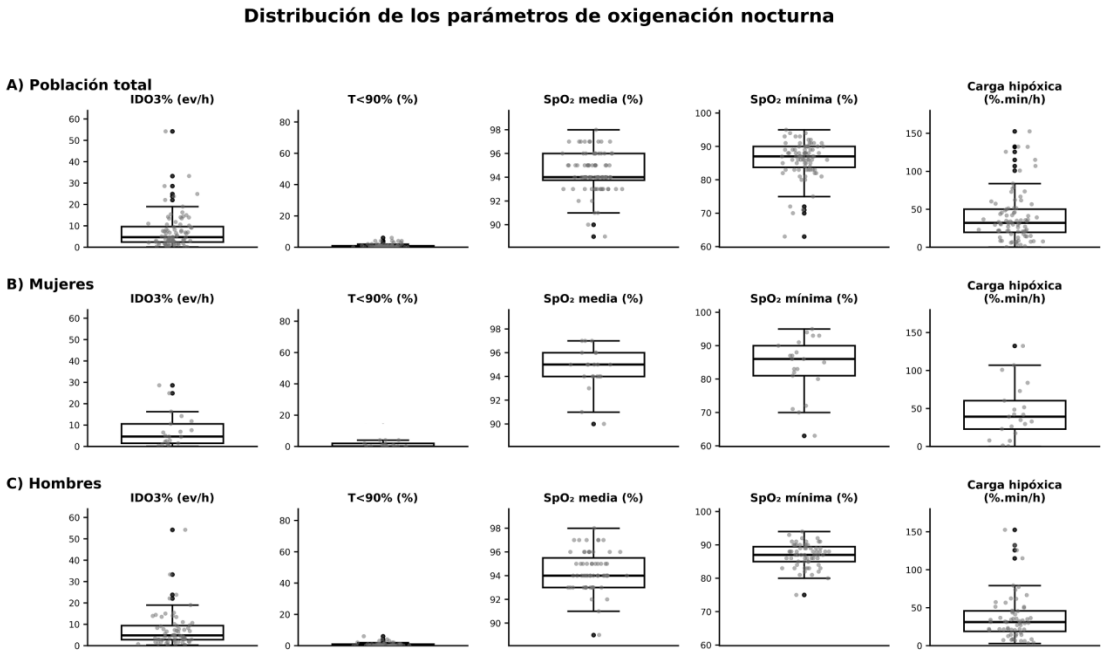
Material y método: Estudio exploratorio y retrospectivo de un único centro. Se realizaron OAD utilizando sistema Biologix™ (oxímetro con actigrafía, aplicación del teléfono móvil y plataforma online con algoritmo complejo entrenado por aprendizaje de máquina). Se consideraron estudios realizados en pacientes con AOS y terapia con CPAP en una única noche. El índice de desaturaciones criterio 3% (IDO3%) se calculó sobre tiempo total de sueño estimado por el algoritmo (TTS). La carga hipóxica se calculó sobre TTS libre de artificios. (Figura 1) Se realizó estadística descriptiva para las variables de interés en pacientes de ambos

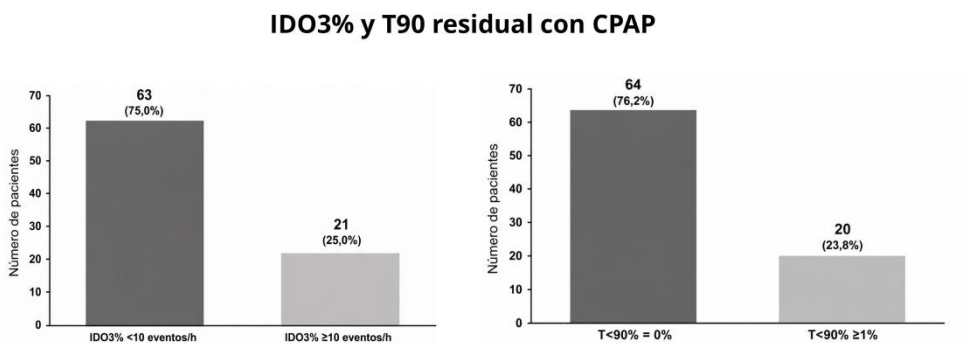
sexos. Se consideraron como indicadores de hipoxia residual (HR) al IDO3% > 5/hora, tiempo debajo de 90% > 1% (T30).

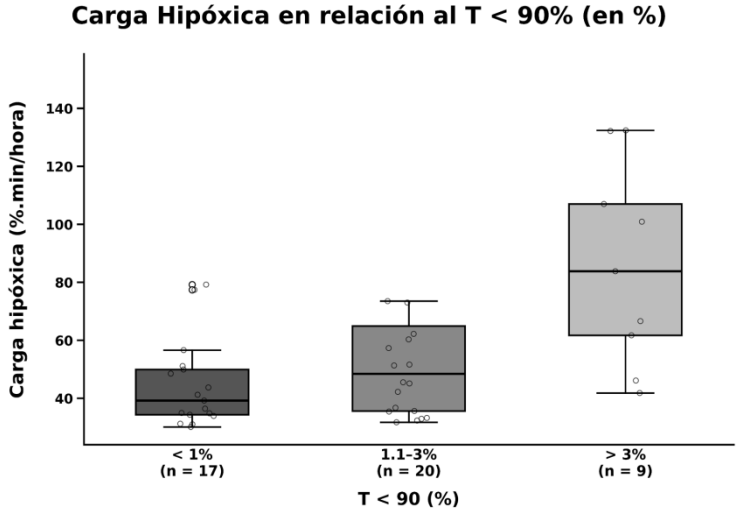
Resultados: Durante un año controlamos 84 tratamientos, 75% hombres, edad 63 años (55.5-71.0), IMC 31.5 (29.3-40.2) kg/m2. No existieron diferencias estadísticamente significativas en el perfil demográfico entre sexos. La tabla 1 muestra las características de la población. La Tabla 2 muestra la medicación concomitante. Las mujeres mostraron una latencia al sueño más prolongada (35 vs. 21 minutos) p = 0.01. El TTS estimado con CPAP fue de 349 vs. 347 minutos respectivamente (p = 0.71). La OAD expuso los siguientes indicadores residuales bajo CPAP (mujeres y hombres respectivamente); IDO3% (4.7 vs. 4.6; p = 0.58), T 30 %.min/hora en 24 (28.6%). (Figura 2 y 3) Un tercio de los casos mostraron los tres indicadores con corrección insatisfactoria (36.9%). (Figura 4 y 5)

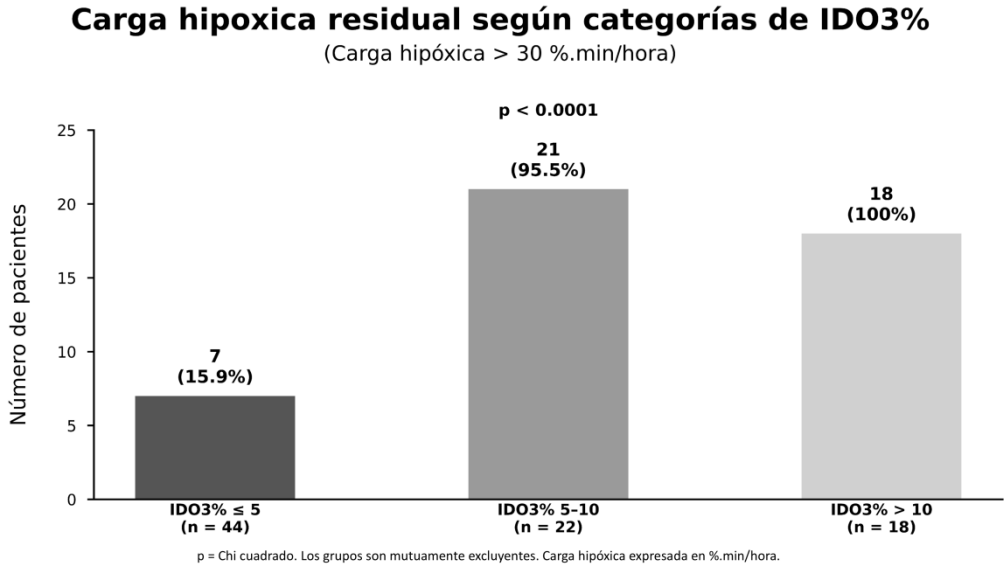
Conclusión: En domicilio y bajo CPAP, la oximetría de alta definición mostró que incluso con valores limítrofes de T < 90%, la carga hipóxica se mantuvo en valores de riesgo en una proporción significativa de los casos. Esta herramienta podría aportar información clínica de valor en uno de cada 3 pacientes.

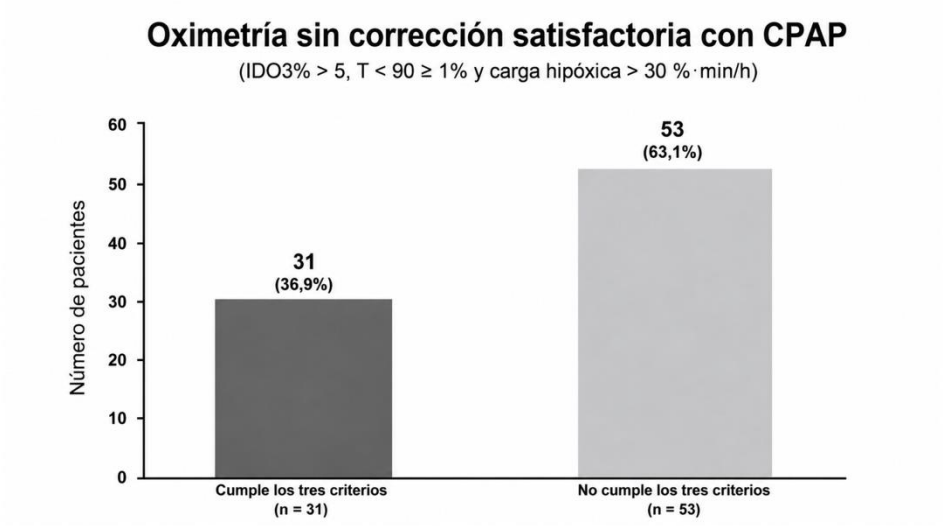


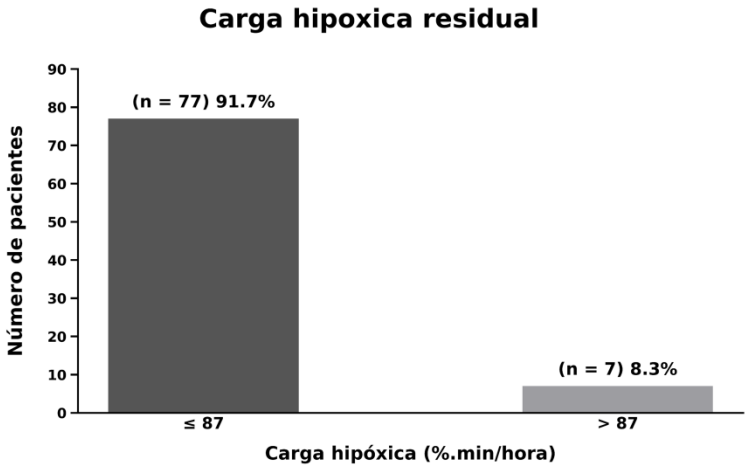

Distribución de los parámetros de oxigenación nocturna
A) Población total
B) Mujeres
C) Hombres
IDO3% (ev/h)
T<90% (%)
SpO₂ media (%)
SpO₂ mínima (%)
Carga hipóxica (%.min/h)


IDO3% y T90 residual con CPAP
Número de pacientes
63
(75,0%)
21
(25,0%)
IDO3% <10 eventos/h
IDO3% ≥10 eventos/h
64
(76,2%)
20
(23,8%)
T<90% = 0%
T<90% ≥1%


Carga Hipóxica en relación al T < 90% (en %)
Carga hipóxica (%.min/hora)
< 1%
(n = 17)
1.1–3%
(n = 20)
> 3%
(n = 9)
T < 90 (%)


Carga hipoxica residual según categorías de IDO3%
(Carga hipóxica > 30 %.min/hora)
p < 0.0001
Número de pacientes
25
20
15
10
5
0
7
(15.9%)
21
(95.5%)
18
(100%)
IDO3% ≤ 5
(n = 44)
IDO3% 5-10
(n = 22)
IDO3% > 10
(n = 18)
p = Chi cuadrado. Los grupos son mutuamente excluyentes. Carga hipóxica expresada en %.min/hora.


Oximetría sin corrección satisfactoria con CPAP
(IDO3% > 5, T < 90 ≥ 1% y carga hipóxica > 30 %·min/h)
Número de pacientes
60
50
40
30
20
10
0
31
(36,9%)
53
(63,1%)
Cumple los tres criterios
(n = 31)
No cumple los tres criterios
(n = 53)



Categorización de Carga Hipóxica de Alto Riesgo Cardiovascular, según Azarbarzin et al. Esuropean Heart Journal. 2026.; 47: 2077-2089.

CO 79 - CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y EPIDEMIOLÓGICA DEL DERRAME PLEURAL EN UN HOSPITAL MONOVALENTE DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

Jessica Emilse Mamani Condori[1]; Astrid Vargas Ainagas[1]; Yael González[1]; Verónica Lawriwskyj[1]

[1] *Hospital Municipal de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer*

Introducción: El derrame pleural constituye una manifestación frecuente de múltiples enfermedades respiratorias y sistémicas. Sus principales etiologías incluyen neoplasias, infecciones e insuficiencia cardíaca. Las mismas varían según la población estudiada y el nivel de complejidad de los centros asistenciales, por lo que conocer sus características clínicas y epidemiológicas resulta fundamental para orientar el abordaje diagnóstico y terapéutico.

Objetivo: Describir las características demográficas, clínicas, radiológicas y las etiologías del derrame pleural en pacientes internados en un hospital monovalente respiratorio.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo. Se analizaron las historias clínicas de 162 pacientes, internados entre enero de 2021 y diciembre de 2025. Los criterios de inclusión fueron: edad ≥16 años, confirmación imagenológica y bioquímica de la enfermedad, y cursar internación en la institución.

Resultados: En cuanto a etiología, un 46% de los casos se asoció a derrame pleural maligno, tanto en debut de enfermedad oncológica pulmonar como en progresión, de los cuales en el 18% de los casos se realizó sellado pleural. Se destacó el adenocarcinoma de pulmón, seguido por mesotelioma y carcinoma de células pequeñas. En segundo lugar en frecuencia, las causas infecciosas incluyeron: empiema bacteriano (14%), tuberculosis pleural (12%) y derrame paraneumónico (7%). Los aislamientos más comunes fueron Streptococcus pneumoniae y Staphylococcus aureus. Otras etiologías fueron: quilotórax, aspergiloma y un caso de insuficiencia cardíaca descompensada.

Discusión y conclusiones: En la población general, la insuficiencia cardíaca constituye una de las principales causas de derrame pleural. Sin embargo, en nuestra serie se observó un predominio de las etiologías oncológicas e infecciosas, hallazgo que probablemente se relaciona con el perfil epidemiológico de un hospital monovalente respiratorio, centro de

referencia para enfermedades respiratorias complejas. Asimismo, el elevado porcentaje de pacientes con antecedentes de tabaquismo y enfermedades respiratorias crónicas podría haber contribuido a la alta prevalencia de derrames pleurales de origen neoplásico o infeccioso. Estos resultados reflejan la importancia de considerar el contexto asistencial al interpretar la distribución etiológica del derrame pleural. El abordaje diagnóstico debe ser sistemático e incluir una adecuada anamnesis, examen físico, estudios por imágenes y toracocentesis. La identificación precoz de la causa subyacente permite instaurar una estrategia terapéutica específica y disminuir el riesgo de complicaciones. En conclusión, en nuestra población las neoplasias y las infecciones constituyeron las principales causas de derrame pleural, por encima de las patologías cardiovasculares. Estos hallazgos destacan la importancia de un alto índice de sospecha clínica y de un abordaje diagnóstico integral, especialmente en hospitales especializados en patología respiratoria, donde el perfil etiológico difiere del observado en la población general.

DEMOGRÁFICAS	
Sexo	N= 162 74 mujeres (45,7%) – 88 varones (54,3%)
Mediana de edad	♀ 62 años – ♂ 60 años
ANTECEDENTES	
Hábito tabáquico (actual o pasado)	78 (48%)
Enfermedades cardiovasculares (HTA, fibrilación auricular)	60 (37%)
Enfermedades metabólicas (Diabetes mellitus, hipotiroidismo)	34 (21%)
Enfermedades respiratorias crónicas (EPOC, asma)	32 (20%)
Neoplasias extrapulmonares	24 (15%)
Cáncer de pulmón	13 (5%)
MOTIVOS DE CONSULTA	
Toracodinia	146 (90%)
Disnea	137 (85%)
Tos	113 (70%)
Fiebre	73 (45%)
Pérdida de peso	56 (35%)
LOCALIZACIÓN	
Hemitórax derecho	87 (53,7%)
Hemitórax izquierdo	73 (45.1%)
Bilateral	2 (1.2 %)

CO 80 - ¿QUIÉNES CONCURREN A UN PROGRAMA DE SCREENING DE CÁNCER DE PULMÓN? EVALUACIÓN DE LOS CRITERIOS DEL CONSENSO ARGENTINO

Maria Belén Besteiro[1]; Martin Bosio[1]; Marcela Perri[1]; Gustavo Lyons[1]; Agustin Buero[1]; Sol López[1]; Nazareno Zelaya[1]; Matías Almeida[1]; Alejandro Salvado[1]

[1] *Hospital Britanico de Bs. As.*

Introducción: El tamizaje de cáncer de pulmón con tomografía computada de baja dosis (TCBD) reduce la mortalidad específica en población de alto riesgo, definida por edad y carga tabáquica. El consenso argentino (AAMR) considera de alto riesgo a personas de 55 a 74 años con carga ≥30 paquetes-año, fumadoras actuales o con cese menor a 15 años. Se desconoce en qué medida las poblaciones captadas por los programas locales cumplen estos criterios.

Objetivo: Describir las características clínicas de una cohorte incorporada a un programa institucional de screening, estimar el cumplimiento de los criterios del consenso argentino y caracterizar al subgrupo no elegible y sus resultados tomográficos basales.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y transversal sobre el registro de un programa institucional de screening. La incorporación se realizó mediante cuestionario de riesgo autoadministrado (117 pacientes, noviembre 2024–julio 2026). Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, exposiciones, tabaquismo, dosis efectiva y categoría Lung-RADS basal. La carga tabáquica se recalculó como (cigarrillos/día ÷ 20) × años. La elegibilidad se evaluó en 115 pacientes con datos completos según criterios AAMR y, como comparación, USPSTF 2021 (50–80 años, ≥20 paquetes-año, cese <15 años).

Resultados: El 50,4% fue de sexo masculino; la edad media fue 63,6 años y el 97,4% tenía entre 55 y 74 años. El 45,2% eran fumadores actuales, 45,2% exfumadores y 9,6% nunca fumadores; entre quienes fumaron alguna vez la carga tabáquica mediana fue de 28 paquetes-año . Sólo 43 pacientes (37,4%) cumplían los criterios AAMR, frente a 67 (58,3%) con criterios USPSTF 2021. Entre los pacientes no elegibles según AAMR, la principal causa de exclusión fue una carga tabáquica inferior a 30 paquetes-año. Asimismo, el 27,8% había suspendido el tabaquismo ≥15 años y el 4,2% no cumplía el criterio etario. Resulta relevante que el 41,7% de los no elegibles presentara al menos un factor de riesgo adicional para cáncer de pulmón, incluyendo enfisema, exposición a asbesto, humo de leña, antecedente de tuberculosis o antecedente personal de cáncer. La dosis efectiva mediana fue 1,2 mSv (RIC 0,8–2,0). En la TCBD basal (n=113) el 95,6% fue Lung-RADS 1–2 y la tasa de estudios Lung-RADS ≥3 fue 4,4% (1,4% en no elegibles vs 7,1% en elegibles).

Conclusiones: Casi dos tercios de la cohorte captada no cumplía los criterios de elegibilidad del consenso argentino, fundamentalmente por carga tabáquica insuficiente, pese a un perfil etario adecuado. Un tercio de los no elegibles se ubicó en la franja discordante entre las guías vigentes (20 a 30 paquetes-año). Estos hallazgos resaltan la necesidad de incorporar el cálculo sistemático de paquetes-año y de establecer una estrategia institucional para los pacientes que se encuentran en esta zona de discordancia. La utilización de herramientas estructuradas de evaluación de riesgo, con validación y supervisión profesional, favorecen una derivación más adecuada y una mejor selección de candidatos al screening.

CO 81 - LAVADO BRONCOALVEOLAR EN SOSPECHA DE TUBERCULOSIS PULMONAR: INTEGRACIÓN MICROBIOLÓGICA Y PATRONES TOMOGRÁFICOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Areliz Grandon[1]; Silvia Gabilanez[1]; Jesús Padilla[1]; Ivone Ritou[1]; Lucia Fernández[1]; Yesica Correa[1]

[1] *San Juan de Dios de la Plata*

Introducción y objetivo: Se estima que hasta un 50 % de pacientes con tuberculosis (TB) pulmonar presentan baciloscopia de esputo negativa o incapacidad para expectorar, retrasando el diagnóstico y empeorando el pronóstico, aunque el lavado broncoalveolar (BAL) es útil, su rendimiento puede variar según la población estudiada y del método microbiológico empleado. Objetivo: Analizar el resultado diagnóstico del BAL mediante BAAR, geneXpert y cultivo para Mycobacterium tuberculosis en pacientes con sospecha clínico-radiológica con esputo negativo o imposibilidad de expectorar, y evaluar la utilidad de combinar estos métodos con los patrones tomográficos.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo donde se incluyeron pacientes mayores de 15 años a quienes se les realizó lavado broncoalveolar (BAL) por sospecha clínico-radiológica de TB, con muestras de esputo previamente negativas para BAAR o que presentaban ausencia de expectoración durante el período comprendido entre junio de 2025 y junio de 2026. Se excluyeron los pacientes que ya recibían tratamiento. Los datos se obtuvieron a partir de historias clínicas, los reportes de microbiología e imágenes torácicas. El BAL fue realizado mediante video broncoscopia flexible según los estándares de la ATS/ERS.

Resultados: Se incluyeron 147 pacientes con una edad media 53 ± 17 años, predominio masculino (61%), con el siguiente perfil clínico: tos (95%), pérdida de peso (93%) y hemoptisis (25%), de estos el 55% no presentaba expectoración y 45% tenían al menos 2 muestras de BAAR negativas. En el 65% (96 pacientes) se logró el diagnóstico por BAL, en cuanto a los métodos diagnósticos: el 32% (47) fue exclusivamente por cultivo, el 12% (18) por geneXpert, y un 15% (22) presentó ambos métodos positivos con baciloscopia negativa, el 6% (9) restante resultó positivo para los tres métodos simultáneamente. (Gráfico 1). El porcentaje de positividad del BAL por cualquier método en combinación del patrón tomográfico fue: cavidades 80%, consolidación 65%, nódulos 63% y patrón de árbol en brote 58%(Gráfico 2); en particular los pacientes con nódulos pulmonares el geneXpert fracasó con un 10.5% de positividad, dependiendo casi exclusivamente del cultivo en 63%.

Discusión y conclusiones: El estudio reafirma el alto impacto del abordaje endoscópico, evidenciando que el procesamiento del cultivo y en conjunto al geneXpert en muestras de BAL optimiza el rescate bacteriológico y respalda la realización temprana de videobroncoscopia en pacientes con alta sospecha clínica y esputo negativo para facilitar el diagnóstico oportuno e iniciar precozmente el tratamiento, además se identificó que el patrón tomográfico influye en el rendimiento de las técnicas microbiológicas; mientras las cavidades favorecen la detección por cualquier método, las lesiones nodulares reducen marcadamente el rendimiento de geneXpert, manteniendo el cultivo un papel indispensable.

Gráfico (1)

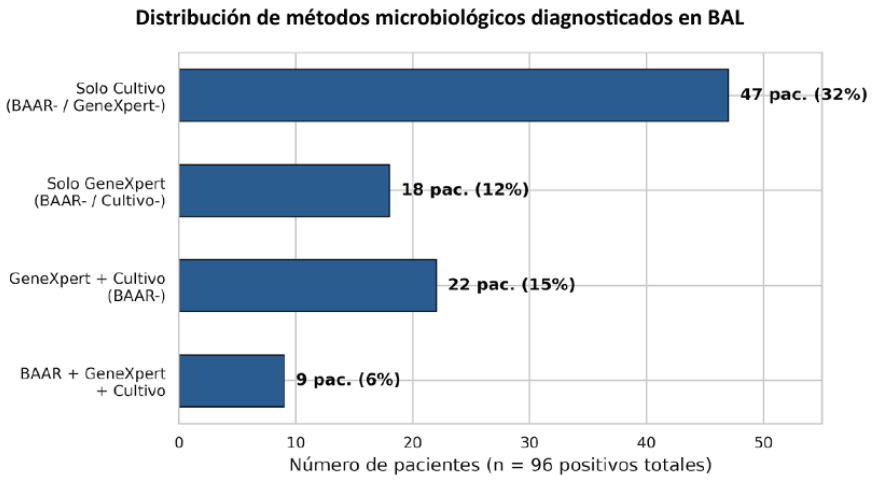
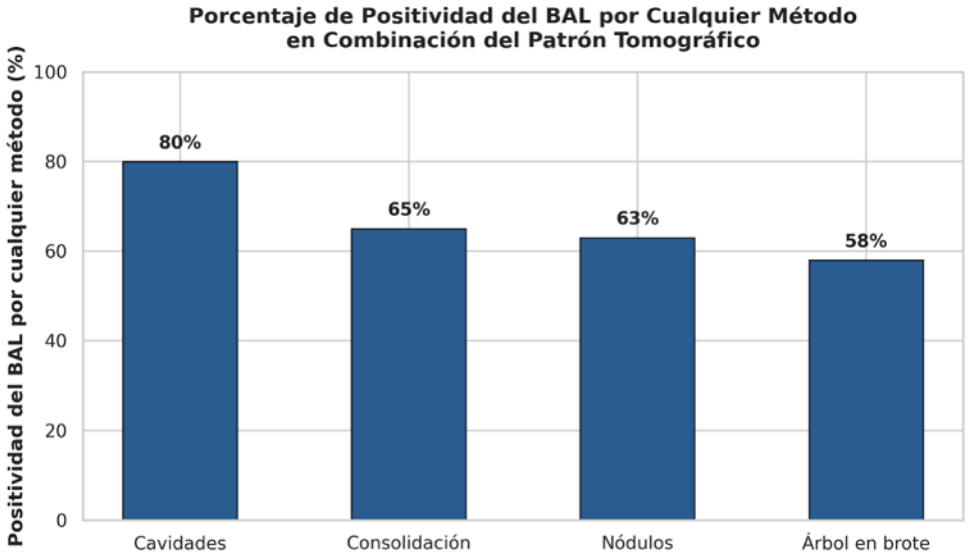


Gráfico (2)



CO 82 - CUANDO EL ASMA AMENAZA: PERFIL CLÍNICO DEL ASMA CASI FATAL.

Thiago Chabat[1]; Juan Pablo Soto[1]; Maria Lucia Fernández[1]

[1] *Unidad académica de Neumología. Hospital Maciel.*

Introducción: Las exacerbaciones asmáticas constituyen un motivo frecuente de consulta. Si bien la mayoría son leves, existen con riesgo vital. El asma casi fatal (NFA) representa un evento crítico, asociado a elevada morbimortalidad y riesgo de recurrencia. Conocer sus características en nuestro medio es clave para optimizar estrategias preventivas y

terapéuticas. Objetivo: Conocer las características basales del asma, del episodio de NFA y la evolución posterior, en pacientes ingresados por NFA en el Hospital Maciel.

Materiales y método: Diseño retrospectivo, descriptivo, observacional y analítico. Población: adultos ingresados a UCI del Hospital Maciel por NFA entre abril 2018-marzo 2024; excluyendo pacientes con otras enfermedades respiratorias crónicas. Se utilizaron los test chi-cuadrado o Fisher y McNemar según correspondiera; se consideró significativo p 0.05). El fenotipo NFA de instalación rápida presentó mayor requerimiento de ARM (83% vs 56%), sin embargo no fue estadísticamente significativo (P=0.134).

Discusión y conclusión: El NFA se presentó en pacientes con alta carga de comorbilidades, tratamiento subóptimo del asma y escasos controles neumológicos. La infección viral fue el desencadenante principal, enfatizando la importancia de profilaxis de infecciones. Destacamos la corta estancia en UCI, sin mortalidad. Post NFA persisten con tratamiento y controles subóptimos y alta recurrencia de exacerbaciones graves. Esto refuerza que el NFA no debe interpretarse como un evento aislado, sino como la expresión extrema de un proces.o sostenido de mal control. En consecuencia, su abordaje debe trascender la resolución del episodio agudo. Requiere estrategias integrales que incluyan seguimiento neumológico estrecho, optimización terapéutica con énfasis en adherencia y técnica inhalatoria; así como intervención en factores clínicos y conductuales modificables.

CO 83 - COMORBILIDADES ASOCIADAS AL FENOTIPO EXACERBADOR EN PACIENTES CON EPOC: ANÁLISIS DE UNA COHORTE HOSPITALARIA

Andres Sagal[1]; Juan Pablo Barberis[1]; Isabella Perrone[1]; Martín Sívori[1]; Pablo Szwarstein[1]; Daniel Pascansky[1]; Romina Fernández[1]; Soledad Prigioni[1]; Paula Kaplan[1]; Mónica Jajati[1]; José Erquicia[1]; Martin Pascansky[1]; Nicolás Pared[1]; Mario Méndez Vera[1]; Diana Molina Reino[1]; Natalia Martinez[1]

[1] *Hospital General de Agudos José Ramos Mejia*

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. Las internaciones por dicha patología suelen deberse a exacerbaciones de esta enfermedad. La EPOC se asocia con una alta carga de comorbilidades, que pueden influir en la gravedad de las exacerbaciones y en el pronóstico de estos pacientes. El objetivo de este estudio fue conocer las comorbilidades más frecuentes y evaluar mediante índices validados el riesgo de exacerbaciones graves.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo de una cohorte de 164 pacientes con exacerbaciones de EPOC evaluados en el Hospital Ramos Mejia de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el periodo de agosto del 2025 a julio del 2026. Se incluyeron en dicho estudio mayores de 18 años con diagnóstico espirométrico de EPOC con VEF1/FVC 40 paquetes-año se asoció significativamente con un mayor riesgo de exacerbaciones graves (OR 3,33; IC95%: 1,57–7,09; p<0,001).

Conclusiones: La exacerbación de la EPOC sigue siendo uno de los principales desafíos clínicos. La caracterización del fenotipo y las comorbilidades asociadas podría aportar información para optimizar la evaluación clínica y el manejo de estos pacientes. Si bien los índices de Charlson y CODEX constituyen herramientas, algunas de las comorbilidades más prevalentes en nuestra

cohorte, no se encuentran contempladas, lo que ponen en manifiesto la necesidad de desarrollar herramientas que reflejen de manera más completa el perfil actual de comorbilidades. La obesidad, HTA y carga tabáquica se asociaron a las exacerbaciones graves con un OR significativo.

CO 84 - EVALUACIÓN DEL CONTROL DEL ASMA, LA FUNCIÓN PULMONAR Y EL RIESGO METABÓLICO EN PERSONAL DE SALUD DE UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Paula Di Rienzo[1]; Tamara Menghi[1]; Magalí Maglione[1]; Sebastían Wustten[1]; Martín González Vara[1]; Agustina Altamirano[1]; Rocío Menga[1]; Luciana Vegetti[1]; Paula Gonzalo[1]; Ariel Ballina[1]

[1] *Hospital José María Cullen*

Introducción y objetivo: El asma es una enfermedad respiratoria crónica frecuente, subdiagnosticada y muchas veces mal controlada, incluso entre trabajadores de la salud. En el marco del Día Mundial del Asma se organizó una jornada de control respiratorio dirigida al personal de un hospital de tercer nivel. El objetivo del presente trabajo fue describir el grado de control de la enfermedad, la función pulmonar, el estado de tabaquismo y el riesgo metabólico asociado en el personal de salud con diagnóstico confirmado de asma.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo y transversal. El 5 de mayo de 2026 se realizó una jornada de espirometrías al personal de un hospital de tercer nivel, a la que se acercaron 43 personas. De ellas, 26 trabajadores del hospital con síntomas, antecedentes de asma y/o espirometría alterada fueron citados a un control ampliado mediante encuesta estructurada, espirometría, evaluación antropométrica (índice cintura/talla) y aplicación del Asthma Control Test (ACT; puntaje ≤19 no controlado, 20-24 parcialmente controlado, 25 controlado). Se relevaron también antecedentes de diagnóstico previo, hábito tabáquico y controles respiratorios previos.

Resultados: De los 26 trabajadores evaluados, se confirmó diagnóstico de asma en 11 (42,3%), superando el antecedente autorreportado, lo que evidenció subdiagnóstico previo. En este grupo, el ACT mostró ausencia de control en 7 casos (63,6%), control parcial en 2 (18,2%), ningún caso con control total y sin dato en 2 (18,2%). La espirometría resultó normal en 5 casos (45,5%) y alterada en 6 (54,5%): obstrucción leve en 3, obstrucción grave en 1 y restricción leve en 2. Respecto del tabaquismo, 8 trabajadores (72,7%) nunca habían fumado, 2 (18,2%) fumaban actualmente y 1 (9,1%) era ex fumador. El índice cintura/talla estuvo elevado (riesgo metabólico u obesidad) en la gran mayoría de los evaluados, y la mayor parte nunca había tenido un control respiratorio previo a esta jornada.

Discusión y conclusiones: El hallazgo más relevante fue el alto nivel de asma no controlada (63,6% según ACT), a pesar de tratarse de personal con acceso facilitado a la atención en un efector de tercer nivel. Esto evidencia una brecha entre el diagnóstico y el control clínico efectivo, independientemente de la disponibilidad de recursos asistenciales. Se sumaron alteraciones espirométricas en más de la mitad de los confirmados y una alta prevalencia de riesgo metabólico/obesidad, comorbilidad que podría agravar el control del asma. El bajo tabaquismo activo sugiere que otros factores, como la adherencia terapéutica o la exposición

ocupacional, contribuyen al control insuficiente. La ausencia de controles respiratorios previos en la mayoría de los evaluados respalda el valor de este tipo de operativos como estrategia de pesquisa activa, reevaluación periódica y ajuste terapéutico en el personal de salud, población habitualmente subestimada en los programas de control respiratorio.

CO 85 - CARACTERIZACIÓN CLÍNICA, TOMOGRÁFICA Y FUNCIONAL DE UNA COHORTE DE PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL (EPI) Y SOSPECHA ECOCARDIOGRÁFICA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR EN EL HOSPITAL ITALIANO DE CÓRDOBA

Germán Guillermo Echenique Fernández[1]; Veronica Maria Farieri[1]; Viviana Alejandra Moyano[1]; Maria Elisa Uribe Echevarria[1]

[1] *Hospital Italiano de Córdoba*

Introducción y objetivos: La hipertensión pulmonar en la enfermedad pulmonar intersticial (HP-EPI) es una complicación severa (Grupo 3 OMS) que duplica la mortalidad. Ante la invasividad del cateterismo cardíaco derecho, el ecocardiograma (ETT) Doppler, la TCAR y el TC6M surgen como herramientas clave de tamizaje. Objetivo general: Determinar las características funcionales y tomográficas según la probabilidad ecocardiográfica de HP (ESC/ERS 2022) en pacientes con EPI del Hospital Italiano de Córdoba. Objetivos específicos: Correlacionar índices de sobrecarga derecha (PSAP, TAPSE/PSAP) con la FVC; comparar capacidad de marcha y reserva cronotrópica relativa (Delta FC/FCbasal) en TC6M entre estratos de riesgo; analizar remodelado tomográfico macro (AP/Aorta) y microvascular (poda vascular, arteria/bronquio); y construir un modelo predictivo multivariable de alta probabilidad de HP.

Materiales y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal en N=80 pacientes con EPI (EPID-ETC 50%, FPI 35%, NH 6.3%, otras 8.8%) con ETT, espirometría, TC6M y TCAR dentro de las 12 semanas. Se analizó la reserva cronotrópica (Delta FC/FCbasal). Se aplicaron pruebas de Kruskal-Wallis, Chi-cuadrado, correlación de Spearman y Regresión Logística Binaria (variable dependiente: Alta Probabilidad de HP).

Resultados: La distribución según probabilidad ecocardiográfica fue: Baja 42.5% (n=34), Intermedia 27.5% (n=22) y Alta 30.0% (n=24). En el estrato de Alta Probabilidad, predominó la EPID-ETC (58.3%) y la disnea mMRC grado 3 (83.3%). PSAP correlacionó negativamente con %FVC ($rs = -0.41$; $p < 0.001$), mientras que TAPSE/PSAP mostró correlación positiva ($rs = 0.46$; $p < 0.001$). En el TC6M, los metros recorridos cayeron a 135 mts en alto riesgo (vs. 360 mts en bajo riesgo; $p < 0.0001$), con 87.5% de desaturación significativa ($p = 0.0006$) y aplanamiento de Delta FC max /FC_basal (0.18 vs. 0.38; $p = 0.002$). En TCAR, el cociente AP/Aorta (1.12 vs. 0.81$; $p < 0.0001$), A/B msd de 3 lóbulos (79.2%; $p < 0.0001$) y poda vascular (70.8%; $p < 0.0001$) predominaron en riesgo alto. En la regresión logística, el cociente AP/Aorta (OR = 4.23; $p = 0.001$), la pérdida de metros en TC6M (OR = 1.68 por -50 mts ; $p = 0.012$) y el embotamiento de Delta FC max/FC_basal (OR = 0.81 por +5% reserva; $p = 0.024$) resultaron predictores independientes de alta probabilidad de HP.

Discusión y conclusiones: El aplanamiento de la reserva cronotrópica (Delta FCmax/FCbasal) refleja la incompetencia del ventrículo derecho debilitado ante el ejercicio en HP-EPI. Junto con el acoplamiento VD-PA y la TCAR, compone una firma fisiopatológica integrada.

Conclusión: La evaluación multimodal no invasiva (espirometría, TCAR, ecocardiograma y respuesta cronotrópica en TC6M, detecta con precisión e independencia a los pacientes con EPI en alto riesgo vascular, optimizando la selección de candidatos a cateterismo cardíaco derecho.

CO 86 - ADHERENCIA Y DETERMINANTES DE ABANDONO EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PULMONAR

Silvia Gavilanez[1]; Areliz Grandon[1]; Micaela Mansella[1]; Franco Intelisano[1]; Yesica Correa[1]; Jesus Padilla[1]; Iara Politis[1]; Daniel Tafalla[1]; Lucia Fernández[1]

[1] *Hospital San Juan de Dios de la Plata*

Introducción y objetivo: La rehabilitación pulmonar (RP) está recomendada para pacientes con enfermedades crónicas con síntomas respiratorios y deterioro de la calidad de vida; sin embargo, presenta porcentajes de abandono de hasta el 50% (1). Tradicionalmente, el abandono se atribuye a variables clínicas, subestimando factores ambientales y personales que podrían influir en la continuidad del programa. El objetivo de este estudio fue determinar la adherencia y analizar los factores clínicos y sociodemográficos asociados al abandono en pacientes que asistieron al programa de RP del hospital.

Material y método: Estudio observacional, retrospectivo y analítico (enero 2025-marzo 2026). Se evaluó el total de derivaciones para cuantificar el ausentismo inicial. El análisis de adherencia excluyó a quienes no iniciaron. Variables dependientes: adherencia (asistencia ≥70% de las sesiones) y causas de abandono (agudización, astenia/apatía, lluvia, problemas personales, hospitalización, fallecimiento, pérdida de seguimiento). Variables independientes: clínicas (diagnóstico, oxigenoterapia) y sociodemográficas (edad, sexo). Análisis bivariado con Chi-cuadrado y T de Student ($p<0,05$).

Resultados: De 138 derivados, 22 (15,9%) registraron ausentismo inicial. Cohorte analizada: 116 pacientes (56,9% mujeres; edad media 65,4±11,3 años). Diagnósticos: EPOC (48,3%), prequirúrgica (15,5%), EPID (11,2%), TEP (8,6%), asma (6,0%) e hipertensión pulmonar (5,2%). La adherencia fue del 35,3% (n=41). En los 75 pacientes no adherentes (<70% asistencia) se observaron dos comportamientos: 24 (32,0%) con abandono definitivo, por pérdida de seguimiento (n=10), causas médicas (n=9), barreras logísticas (n=5). Los 51 restantes (68,0%) presentaron asistencia intermitente (múltiples retornos sin completar el programa), causada por problemas personales (n=12), astenia/apatía (n=5), lluvia (n=4), total de n=21 (41,2%), superando a las intercurrencias médicas que fueron n=17 (33,3%), agudizaciones (n=8), hospitalizaciones (n=8), fallecimiento (n=1). No hubo diferencias en adherencia según diagnóstico (EPOC 35,7% vs no EPOC 35,0%; p=1) ni uso de oxígeno (25,0% vs 36,5%; p=0,63). El perfil sociodemográfico: los adherentes tenían mayor edad (69,1±6,4 vs 63,4±12,9 años; p=0,009) y las mujeres mostraron menor adherencia (27,2% vs 46,0% en hombres; p=0,023).

Discusión y conclusiones: El abandono de la RP no se determinó por diagnóstico o uso de oxígeno domiciliario; los resultados sugieren que es consecuencia de barreras psicosociales, logísticas y climáticas que superan las limitaciones clínicas. Identificamos un perfil de riesgo: mujeres jóvenes con mayor propensión al abandono. La asistencia intermitente (68% de los no adherentes) demuestra que el fracaso terapéutico rara vez es un abandono definitivo, sino una desvinculación progresiva frente a un entorno adverso. Consideramos fundamental identificar precozmente los factores asociados a la falta de adherencia, implementar estrategias específicas de seguimiento y flexibilizar los programas mediante horarios adaptados o telerehabilitación para disminuir el impacto del entorno y favorecer la continuidad del programa.

CO 87 - CT90 COMO PREDICTOR DE COMORBILIDADES CARDIOVASCULARES EN LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (2023-2025)

Daniel Tafalla[1]; Iara Politis[1]; Verónica Outon[1]; Areliz Grandom[1]; Silvia Gavilanez[1]

[1] *Hospital San Juan De Dios De La Plata*

Introducción y Objetivo: La apnea obstructiva del sueño (AOS) afecta entre el l 4 y el 30% de la población mundial y se asocia con comorbilidad cardiovascular y metabólica, principalmente hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus tipo 2 (DBT). La evidencia actual debate si el daño sistémico responde a la frecuencia de eventos respiratorios (Apnea/Hipopnea) o a la magnitud de la hipoxia (tiempo con saturación 0.05), desplazando el enfoque clínico del conteo de eventos hacia la importancia del CT90 como marcador determinante en la estratificación del riesgo.

Variable Clínica	LEVE (n=33)	MODERADO (n=27)	SEVERO (n=50)	VALOR P (Estimado)
Sexo Masculino (%)	55%	48%	72%	< 0.05
Sexo Femenino (%)	45%	52%	28%	< 0.05
Edad (media años)	51.2	58.4	49.8	NS
IMC (media kg/m²)	31.4	36.8	42.5	< 0.001
Epworth (media)	9.2	10.5	14.3	< 0.01
Tabaquismo (%)	18%	22%	28%	NS
HTA (%)	42%	55%	76%	< 0.001
Dislipemia (%)	21%	30%	44%	< 0.05
DBT (%)	15%	18%	36%	< 0.01
Enf Cardiovascular (no HTA) (%)	9%	15%	24%	< 0.05
Hipotiroidismo (%)	12%	18%	10%	NS
Sedantes (%)	6%	11%	14%	NS
ERGE (%)	9%	15%	20%	NS
EPOC (%)	6%	4%	8%	NS

Parámetro PR	LEVE	MODERADO	SEVERO	VALOR P (Estimado)
IAH (eventos/h)	8.4	20.6	58.2	< 0.001
IDO (eventos/h)	9.1	22.3	55.4	< 0.001
CT 90 (% del tiempo)	4.2%	18.5%	49.6%	< 0.001
Sat Promedio (%)	94%	92%	88%	< 0.001
Sat Mínima (Nadir) (%)	83%	78%	56%	< 0.001

CO 88 - ÍNDICES INFLAMATORIOS SISTÉMICOS Y FUNCIÓN PULMONAR EN ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL: RESULTADOS PRELIMINARES DE UNA COHORTE ARGENTINA

Cyntia Guzmán[1]; Pamela Rossi[1]; Joan Manuel Dapeña[1]; Nerina Rodríguez Giambagli[1]; Nolkelys Nemer[1]; Fernando Saldarini[1]

[1] *Hospitan Donación Francisco Santojanni*

Introducción y objetivo: Los índices inflamatorios derivados del hemograma son biomarcadores accesibles, pero su relación con la gravedad funcional de la enfermedad pulmonar intersticial (EPI) y el valor adicional de los índices que incorporan proteína C reactiva o albúmina no están establecidos. El objetivo fue explorar la asociación anual del índice neutrófilo/linfocito (NLR) y otros siete índices inflamatorios con la función pulmonar y describir sus cambios.

Material y método: Estudio unicéntrico, observacional, longitudinal, retrospectivo-prospectivo ambispectivo en adultos de una cohorte de EPI. Se reconstruyeron los datos clínicos, de laboratorio y funcionales respiratorios disponibles de 2025 y 2026. Se analizaron NLR, NLR derivado (dNLR), índice plaqueta/linfocito (PLR), índice de inflamación inmunitaria sistémica (SII), cociente proteína C reactiva/albúmina (CAR), índice nutricional pronóstico (PNI), modified Glasgow Prognostic Score (mGPS) y Advanced Lung Cancer Inflammation Index (ALI). Se evaluaron sus correlaciones con capacidad vital forzada (CVF), difusión de monóxido de carbono (DLCO), Composite Physiologic Index (CPI) y escala Gender-Age-Physiology (GAP) dentro del mismo año mediante Spearman, intervalos de confianza del 95% (IC95%) por bootstrap y pruebas de permutación. Los cambios pareados se analizaron con Wilcoxon. Se utilizó R studio 4.6.1.

Resultados: Se incluyeron 75 pacientes, 63% mujeres, con edad media de 64±12 años; 32% tenían una enfermedad reumática autoinmune sistémica definida. En 2025/2026 estuvieron disponibles NLR en 41/30, dNLR en 41/29, PLR y SII en 39/29, PNI y ALI en 30/20, y CAR y mGPS en 9/6 pacientes. La mediana entre laboratorio y prueba funcional fue 48 días. Se pudieron calcular 60 de las 64 relaciones que se habían proyectado. La mayor señal correspondió a PLR-GAP en 2025 (rho=-0,67; IC95% -0,95 a -0,11; n=11; p=0,026); PLR-CVF mostró una asociación directa moderada (rho=0,55; IC95% 0,10 a 0,81; n=13; p=0,053). El NLR no mostró un patrón consistente con los desenlaces funcionales. En los 13 pacientes con mediciones pareadas, el PNI mostró un aumento mediano de 2,70 puntos (IC95%: 0,20 a 3,57; p=0,040), mientras que el NLR no mostró cambio sistemático (n=22; mediana +0,14; IC95% -0,34 a 0,34; p=0,775).

Discusión y conclusiones: En esta cohorte unicéntrica, el NLR no mostró asociaciones consistentes con los indicadores funcionales. Se observaron señales exploratorias entre un mayor PLR, un menor puntaje GAP y una mayor CVF, así como un incremento interanual del PNI. Debido al reducido tamaño muestral efectivo, la disponibilidad heterogénea de datos y las comparaciones múltiples, estos resultados deben considerarse generadores de hipótesis y requieren validación en una cohorte mayor.

CO 89 - ANÁLISIS DE LA POBLACIÓN DEL SERVICIO DE SUEÑO DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DE LA PLATA

Daniel Tafalla[1]; Iara Politis[1]; Veronica Outon[1]; Silvia Gavilanez[1]; Arelis Grandon[1]

[1] *Hospital San Juan de Dios de La Plata*

Introducción y objetivo: La apnea obstructiva del sueño (AOS) es un trastorno respiratorio de alta prevalencia (4%–30%) asociado a comorbilidades cardiovasculares, cerebrovasculares, metabólicas, cognitivas entre otras. Sus principales factores de riesgo se incluyen la obesidad, el sexo masculino, la edad avanzad; el consumo de tabaco, alcohol o sedantes pueden contribuir con su presencia. Dada su repercusión sistémica, el diagnóstico clínico debe confirmarse mediante estudios objetivos como la poligrafía respiratoria (PR). En este contexto, el objetivo de este estudio es caracterizar el perfil demográfico, antropométrico, metabólico y poligráfico de pacientes evaluados en un centro de referencia.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes mayores de 18 años derivados al consultorio de sueño del HIEAyC "San Juan de Dios" de La Plata por sospecha de AOS con PR realizada entre el 01/09/2023 y el 01/03/2025. Se excluyeron los estudios con registros técnicos insuficientes (tiempo válido <4 horas). Se recolectaron datos de historias clínicas, e informes de PR. La AOS se definió y estratificó según el documento internacional de consenso sobre apnea obstructiva del sueño 2022 se analizaron variables como el Índice de Apneas-Hipopneas (IAH),escala de Epworth, IMC, sexo, edad y comorbilidades como HTA y DBT.

Resultados: Se analizaron 139 poligrafías respiratorias (77 hombres y 62 mujeres; edad promedio de 52.3 años), los principales servicios derivantes fueron Neumonología (57.6%), Cardiología (16.5%), Clínica Médica (8.6%), ORL (5,2%) y otras especialidades (13%) Se diagnosticó Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) en el 82% de los pacientes (n=114), clasificándose en leves (29.8%), moderados (26.3%) y severos (43.9%) mientras que el 18%restante presentó IAH dentro de parámetros normales. En hombres el 80% fueron AOS severos , mientras que en las mujeres prevaleció el grado moderado en un 63.3%. El promedio general del IMC de la población estudiada fue de 38 kg/m2. Se observó una relación directamente proporcional entre el aumento del IMC promedio y la severidad del AOS (43.9 kg/m2 en severos) destacándose la hipertensión arterial como la principal comorbilidad (presente en el 76.7% de casos moderados y 62.0% de severos) y registrando un 12.9% de tabaquismo activo, predominantemente masculino.

CO 90 - PERFIL CLÍNICO-RADIOLÓGICO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTES CON Y SIN ENFERMEDAD REUMÁTICA AUTOINMUNE SISTÉMICA DEFINIDA

Nolkelys Nemer[1]; Joan Manuel Dapeña[1]; Pamela Rossi[1]; Cyntia Guzmán[1]; Nerina Rodríguez Giambagli[1]; Fernando Saldarini[1]

[1] *Hospital Donacion Francisco Santojanni*

Introducción y objetivo: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) asociada a enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (ERAS) comprende perfiles heterogéneos y existe escasa información de cohortes argentinas que integren la clasificación reumatológica con la evaluación neumonológica. El objetivo fue comparar las características clínicas, funcionales y tomográficas de pacientes con EPI, con y sin una ERAS definida.

Material y método: Análisis transversal de una cohorte unicéntrica retrospectiva de 98 adultos con EPI.Se definió ERAS como el diagnóstico documentado de esclerosis sistémica, artritis reumatoidea, Sjögren, lupus eritematoso sistémico, enfermedad mixta del tejido conectivo o miositis. IPAF y otras enfermedades reumatológicas no se reclasificaron automáticamente como ERAS. El desenlace primario fue el patrón de neumonía intersticial no específica (NSIP) entre los pacientes con patrón tomográfico documentado. Se utilizaron prueba exacta de Fisher, Mann–Whitney y regresión logística ajustada por edad, sexo y tabaquismo. Se considero una $p < 0.05$. Se utilizo software estadistico R 4.6.1.

Resultados: Treinta y un pacientes (31,6%) tenían una ERAS definida. El patrón tomográfico estuvo documentado en 78 de los 98 pacientes (79,6%): en 28 de los 31 con ERAS y en 50 de los 67 sin ERAS (p=0,105). Entre quienes tenían patrón tomográfico documentado, la frecuencia de NSIP fue del 75% en el grupo con ERAS (21 de 28 pacientes) y del 24,0% en el grupo sin ERAS (12 de 50 pacientes); OR exacta 9,17 (IC95% 2,91–32,50; p<0,001). La asociación persistió luego del ajuste por edad, sexo y tabaquismo (OR 6,54; IC95% 1,98–21,62; p=0,002; n=74) y al excluir los patrones tomográficos múltiples (OR 9,13; IC95% 2,76–34,05). En el análisis exploratorio por diagnóstico, se documentó NSIP en 6 de 12 pacientes con artritis reumatoidea, 10 de 11 con esclerosis sistémica y 7 de 7 con Sjögren; estos subgrupos no fueron mutuamente excluyentes. El sexo femenino fue más frecuente entre los pacientes con ERAS (83,9% frente a 53,7%), mientras que el tabaquismo fue menos frecuente (32,1% frente a 58,3%). No se observaron diferencias en disnea, saturación, requerimiento de oxígeno domiciliario, CVF, DLCO ni TLC basales.

Discusión y conclusiones: En esta cohorte de pacientes con EPI, la presencia de una ERAS definida se asoció con un patrón NSIP , incluso luego de ajustarlo por edad, sexo y tabaquismo y con un perfil predominantemente femenino. No se encontraron diferencias en la gravedad funcional basal. Estos hallazgos respaldan la integración de la evaluación reumatológica y tomográfica en la caracterización de la EPI. Debido al diseño retrospectivo, la disponibilidad incompleta de la clasificación tomográfica y la heterogeneidad de los diagnósticos reumatológicos, los resultados deben interpretarse con cautela y validarse en cohortes mayores.

CO 91 - CONOCIMIENTO SOBRE LOS CIGARRILLOS ELECTRÓNICOS EN PROFESIONALES DE LA SALUD: RESULTADOS DE UNA ENCUESTA

Lucia Pellegrini[1]

[1] *UATA*

Introducción y objetivo: El tabaquismo es una enfermedad adictiva, crónica y recurrente. Es la primera causa de muerte prematura y evitable en el mundo. La industria tabacalera ha introducido en el mercado nuevos productos de tabaco y nicotina promocionándolos como menos dañinos. Sin embargo, la evidencia científica actual demuestra que contienen sustancias tóxicas y son riesgosos para la salud. En los últimos años se ha evidenciado un aumento del consumo de estos nuevos productos principalmente en la población joven. El objetivo de la encuesta es analizar la información que posee un grupo de profesionales de la salud asistentes al 53° Congreso de la AAMR sobre cigarrillos electrónicos (CE) y conocer la presencia de pacientes consumidores de estos productos en la consulta médica

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal basado en el análisis de una encuesta anónima y voluntaria con preguntas múltiple choice, distribuida a través de un QR durante el desarrollo del 53° Congreso de la AAMR entre los profesionales de la salud asistentes al mismo.

Resultados: Se obtuvieron 131 respuestas. 51.9 % de los encuestados eran médicos/as neumonólogos/as, el resto se distribuye en otras especialidades. El 66 % ejercía entre provincia de Bs. As. Y CABA. 67.2% no había recibido información en los últimos 6 meses sobre productos de tabaco y nicotina. 46,6% había conocido y/o atendido a pacientes consumidores exclusivos de estos productos. Un 57,3% había conocido y/o atendido pacientes fumadores duales. 51 % conocía la Ley 26687 de control de tabaco. En cuanto a la comercialización de estos productos un 34 % declaró que estaba prohibida, un 20,6 % que estaba permitida y 45 % no estaba seguro. En referencia a si podrían utilizarse para la cesación tabáquica, el 60,3% respondió que no, un 16.8 que sí y un 22.9 que no estaba seguro. Un 38,2% afirmó que en el último año recibió información sobre el contenido de estos productos y un 61,8 que no la había recibido. En cuanto a si estarían interesados en recibir capacitación y/o información al respecto el 90,1 refirió que Sí.

Conclusiones: Más del 60 % de los encuestados no ha recibido información ni capacitación sobre los nuevos productos de tabaco y nicotina en el último año. Sin embargo casi la mitad había tenido contacto con pacientes que eran consumidores exclusivos de estos dispositivos o consumidores duales. Se observó disparidad en el conocimiento en cuanto a la posibilidad de ser usados como tratamiento para la cesación. La mitad no conocía los alcances de la ley ni tampoco si estos productos eran o no legales. Se observó gran interés en la temática ya que la mayoría estaba interesada en recibir información al respecto. Podemos inferir a través del análisis de los datos que el conocimiento sobre cigarrillos electrónicos es insuficiente. Por la tanto sería importante y necesario ofrecer capacitación en la problemática al equipo de salud y lograr así unificar criterios y abordajes para mejorar la salud de los pacientes consumidores de CE.

CO 92 - LA ZONA GRIS DE LAS ESPIROMETRÍAS. ¿ESTAMOS INTERPRETANDO BIEN?

Mateo Grati[1]; Constanza Luponio[1]; Aldana Paredes[1]; Manuel Ibarrola[1]; José Luis Reggiani[1]; Gastón De Stefano[1]

[1] *Hospital Muñiz*

Introducción: La interpretación espirométrica evolucionó de los porcentajes fijos del predicho hacia ecuaciones de referencia con z-score y límite inferior de la normalidad (LIN), recomendadas por la GLI y las guías ATS/ERS. Los puntos de corte fijos pueden inducir errores diagnósticos al no considerar la variabilidad fisiológica por edad, sexo, talla y origen étnico.

Objetivo: Describir las características clínicas, demográficas y espirométricas de una cohorte de pacientes de un servicio de referencia de CABA cuyas espirometrías mostraban FEV1/CVF por encima del LIN pero por debajo de la relación fija 0.70, y discutir una recategorización de estos estudios.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo y transversal en pacientes con FEV1/CVF superior al LIN pero inferior a 0.70, evaluados en un servicio de fisiopatología respiratoria de CABA entre julio 2025 y julio 2026. La cohorte se dividió en: "Sugerente de restricción" (VEF1/CVF sobre el LIN, con CVF y VEF1 bajo el LIN) y "Sin restricción" (patrón normal o PRISm por LIN). Se registraron variables demográficas, síntomas respiratorios (disnea, tos), diagnóstico clínico y respuesta broncodilatadora.

Resultados: De 2840 estudios, se seleccionaron 47 pacientes. Edad media: 65,7 años (rango 51-82); IMC medio: 28,2 kg/m². El 53% (25/47) eran varones. Diagnósticos predominantes: EPOC (23%), asma (21%), secuela de TBC (17%) y otros (39%). El 53% no fumaba, 32% eran TBQ activos y 15% ex TBQ. Hubo respuesta broncodilatadora significativa en el 13% y el 55% eran sintomáticos. Con el LIN, el 36% se clasificó como sugerente de restricción (grupo 1) y el 64% sin restricción (grupo 2: 17 normales y 13 PRISm). No hubo diferencias estadísticamente significativas entre grupos. Sin embargo, dentro del grupo sugerente de restricción, el 47% tenía diagnóstico previo de enfermedad obstructiva, el 35% antecedentes de TBQ y el 35% respuesta broncodilatadora positiva; en conjunto, el 76% presentó al menos uno de estos tres elementos sugestivos de patología obstructiva.

Conclusión: Si estos 47 pacientes se hubieran informado solo por el patrón espirométrico, sin correlación clínica, un grupo habría quedado clasificado como sugerente de restricción por LIN y otro como PRISm o indeterminado. Sin embargo, la mayoría presentaba diagnósticos previos de enfermedad obstructiva, antecedentes de TBQ o respuesta broncodilatadora positiva. Esto remarca que la interpretación basada solo en el número, incluso usando el LIN, puede inducir a error si no se correlaciona con la clínica y los antecedentes del paciente. Una limitación es el tamaño muestral y el diseño retrospectivo unicéntrico, que restringen la generalización de los resultados y la significación estadística de las comparaciones exploratorias. Este trabajo se propone como base para aumentar no sólo el N sino también las variables a considerar para establecer mejores referencias y estándares de interpretación del estudio.

CO 93 - ECOBRONCOSCOPÍA LINEAL: EXPERIENCIA EN UN CENTRO RESPIRATORIO MONOVALENTE

Heily Lizbeth Cruz Urcia[1]; Juan Manuel Lucchelli[1]; Luis Pombo[1]; Stella Confaloñeri[1]; Ernesto Gómez[1]; Juan Lugo[1]; Mercedes Raya[1]; Atilio Reginatto[1]; Ana Clara López[1]

[1] *Htal. R. R. Maria Ferrer*

Introducción: La ecobroncoscopia lineal (EBUS) es una herramienta mínimamente invasiva para el diagnóstico de lesiones mediastinales, hiliares y pulmonares centrales. En pacientes con cáncer de pulmón, desempeña además un rol fundamental en la estadificación mediastinal. La criosonda es una herramienta complementaria para la obtención de muestras, incorporada en los últimos años, en determinados escenarios diagnósticos.

Objetivo: Describir las características clínico-demográficas de la población, analizar las indicaciones del EBUS, sus características técnicas, el rendimiento diagnóstico, y las complicaciones asociadas.

Material y métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, que incluyó 35 pacientes sometidos a EBUS con fines diagnósticos o de estadificación mediastinal, con diagnóstico confirmado o alta sospecha de cáncer de pulmón. Para el análisis de las características técnicas y del rendimiento diagnóstico, se dividieron los procedimientos en dos grupos: EBUS diagnóstico y de estadificación, incluyendo en este último aquellos realizados con fines diagnósticos y de estadificación en un mismo acto. Las variables continuas se expresaron como media ± DE y las categóricas como N (%).

Resultados: Se incluyeron 35 pacientes, con edad media de 65,8 ± 10,4 años; 20 eran hombres. Veintitrés tenían antecedente de tabaquismo y 15 antecedente de al menos un primario conocido. Las sospechas diagnósticas fueron malignidad (n=30), enfermedad inflamatoria (n=4) e infecciosa (n=1). Se realizaron 36 procedimientos, ya que un paciente requirió un segundo procedimiento por material insuficiente para estudios moleculares, 24 fueron diagnósticos y 12 de estadificación. Todos se realizaron bajo anestesia general y con aguja 22G. En los procedimientos diagnósticos se punzaron 28 estaciones, con una media de 1,3 ± 0,5 estaciones por procedimiento y 4,1 ± 1,0 pases por estación. La estación 7 fue la punzada más frecuentemente(n=10). Se realizó criobiopsia ganglionar en 3/24 procedimientos (12,5%), todas en estación 7, con una media de 4,3 ± 1,5 muestras. En los procedimientos de estadificación se punzaron 36 estaciones, con una media de 3,0 ± 0,7 estaciones por procedimiento y 4,0 ± 0,9 pases por estación; la estación 7 fue la punzada más frecuentemente (n=11). Se realizó criobiopsia ganglionar en 2/12 procedimientos (16,7%), en estaciones 4R y 7, con 5 y 4 muestras, respectivamente. El rendimiento diagnóstico fue de 62,5% en los procedimientos diagnósticos y de 83,3% en los de estadificación. Se registró hipoxemia en un procedimiento de estadificación; no se observaron otras complicaciones.

Conclusiones: El EBUS permitió realizar procedimientos diagnósticos y de estadificación mediastinal en un centro especializado, con baja frecuencia de complicaciones. Los procedimientos de estadificación permitieron muestrear un mayor número de estaciones por procedimiento, con un número de pases por estación similar al de los procedimientos diagnósticos. La criobiopsia ganglionar se incorporó como herramienta complementaria para la obtención de muestras en casos seleccionados.

CO 94 - FACTORES DETERMINANTES Y DESENLACES CLÍNICOS EN PACIENTES ASMÁTICOS GRAVES CON REQUERIMIENTO DE SOPORTE VENTILATORIO EN UN CENTRO REGIONAL DE MENDOZA

Claudia Cieri[1]; Carolina Frisson[1]; Sabrina Álvarez[1]; Enrique Barimboim[1]; Estefania Dutto[1]; Natalin Rumbo[1]; Javier Abdala[1]; Gonzalo Santiago[1]

[1] *Hospital Central*

Introducción: Las crisis asmáticas son emergencias médicas que pueden conducir a insuficiencia respiratoria aguda y colapso ventilatorio. Las recomendaciones de GINA enfatizan la optimización de oxigenoterapia, broncodilatación eficaz y soporte ventilatorio oportuno. La Cánula Nasal de Alto Flujo (CNAF) entrega altos flujos humidificados, genera leve PEEP y barre el espacio muerto nasofaríngeo, aunque su evidencia frente a la asistencia respiratoria mecánica (ARM) en asma aún es limitada.

Objetivo: Describir las características clínico-demográficas, el perfil gasométrico de ingreso y los desenlaces hospitalarios de pacientes con crisis grave de asma con soporte ventilatorio.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo sobre una cohorte consecutiva de 18 internaciones por crisis grave de asma con soporte ventilatorio e ingreso a cuidados críticos (enero 2023 - octubre 2025). Se incluyeron pacientes de 18 a 62 años sin patologías respiratorias crónicas previas. Se analizaron variables demográficas, motivo de ingreso (pura vs. infección), parámetros fisiológicos (SaO_2, FC, PCO_2), uso de nebulizadores de malla, días de CNAF/ARM y mortalidad. La estadística descriptiva utilizó medidas de tendencia central, dispersión y frecuencias.

Resultados: Se incluyeron 18 internaciones (edad: 38,1 ± 16,7 años; 61,1% mujeres, n=11). Requirieron UTI 13 pacientes (72,2%). El ingreso fue por crisis pura en 10 casos (55,6%) y asociada a infección en 8 (44,4%). Al ingreso presentaron taquicardia (121,0 ± 12,8 lpm) y SaO_2 promedio de 82,4% (53%-92%). Recibieron CNAF 13 pacientes (72,2%) y 7 requirieron intubación orotraqueal (IOT, 38,9%). Los asistidos con CNAF fueron más jóvenes (34,3 ± 17,8 vs. 47,8 ± 8,1 años) y con menor hipercapnia inicial (PCO_2: 39,3 ± 8,8 vs. 48,5 ± 13,7 mmHg). El éxito de la CNAF como estrategia no invasiva fue del 69,2% (9/13 evitaron IOT). El grupo con IOT (n=7) presentó mayor PCO_2 al ingreso (49,8 ± 10,9 vs. 35,6 ± 4,9 mmHg en no intubados). Tres pacientes fueron intubados directamente; este subgrupo presentó mayor edad (48,0 ± 10,0 años) e hipercapnia (PCO_2: 51,0 ± 15,6 mmHg), con ARM prolongada (media: 27 días). Fallecieron 2 pacientes (11,1%) por complicaciones infecciosas severas.

Conclusiones: La elevación de la PCO_2 al ingreso constituyó el principal factor discriminante en la necesidad de IOT. La CNAF demostró ser una alternativa no invasiva efectiva en casi el 70% de los casos, previniendo complicaciones de la ventilación invasiva. Sin embargo, la IOT se mantiene como la medida de rescate insustituible ante la falta de respuesta o deterioro clínico.

CO 95 - EVALUACIÓN DEL REMODELADO REVERSO DE CAVIDADES DERECHAS EN PACIENTES CON HAP COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD A TRES AÑOS DE SEGUIMIENTO

Javier Iriarte[1]; Manuel Lago[1]; Nicolás D amelio[1]; Paula Kaplan[1]; Germán Souto[1]; Andrés Dini[1]; Martin Sívori[1]

[1] *Hospital Ramos Mejia*

Introducción: En pacientes con hipertensión arterial pulmonar(HAP)la disfunción del ventrículo derecho(VD)secundaria al aumento progresivo de la postcarga es condicionante de mortalidad. El remodelado reverso de las cavidades derechas(RRCD) determinado a partir de parámetros ecocardiográficos, es predictor independiente de eventos de morbimortalidad en pacientes bajo tratamiento vasodilatador específico(TVE). Su desempeño en pacientes con HAP prevalentes para predecir mortalidad a 3 años en un Programa de Hipertensión Pulmonar de gestión pública no se ha validado

Hipótesis: El RRCD es un buen predictor de mortalidad a 3 años en pacientes con HAP prevalente con TVE

Objetivo: Evaluar RRCD como predictor de mortalidad en pacientes con HAP a 36 meses de seguimiento

Material y métodos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico de HAP, prevalentes, con TVE regular por más de 3 meses evaluados retrospectivamente a 3 años de seguimiento. Se analizaron variables demográficas, clase funcional (CF), categorización de riesgo a través de REVEAL 2.0, parámetros hemodinámicos, funcionales y bioquímicos de acuerdo a lo determinado por guías de práctica de hipertensión pulmonar(GPHP)y ecocardiografía con valoración del corazón derecho de acuerdo a guías vigentes con medición de parámetros de RRCD (área de fin de diástole del VD, área de aurícula derecha e índice de excentricidad del VI en sístole). Se realizó análisis de Kaplan Meier para determinar sobrevida de la cohorte y de los pacientes con RRCD presente o ausente

Resultados: Se analizaron 19 pacientes, edad mediana 41 años, 68% mujeres, HAP idiopática 57,8%, asociada a fármacos, enfermedades del tejido conectivo y HIV. CF 2 y 3 89,5%. La sobrevida a 3 años de toda la cohorte fue del 81% (IC 95% 63-100) Presentaron RRCD 10 pacientes. A 3 años de seguimiento los pacientes con RRCD presentaban CF 1 y 2, score REVEAL 2.0 bajo, la mediana de NTproBNP fue normal, mediana de IC 3,4 L/min/m2 y RVP 4,5 UW, sólo 3 pacientes mostraron descenso > al 50% de las RVP respecto de la hemodinamia basal, y sólo 2 pacientes recibían TVE triple con prostanoides parenterales. La sobrevida de RRCD presente a 3 años fue del 100% (IC 95% 100-100) mientras que en el grupo sin RRCD fue del 63% (IC 95% 37-100).

Conclusiones: A pesar del reducido número de pacientes evaluados se enfatiza la importancia de la consideración de parámetros ecocardiográficos de mejoría de la función del VD en el seguimiento de estos pacientes.

Resultados

Características básales de los pacientes

Tabla 1

	Overall
n	19
edad (mean (SD))	39.79 (14.73)
sexo = varon (%)	6 (31.6)
Etiologia (%)	
Drogas	2 (10.5)
Esclerodermia	3 (15.8)
HIV	2 (10.5)
HPTEC	1 (5.3)
Idiopatica	10 (52.6)
LES	1 (5.3)
cf (%)	
I	2 (10.5)
II	16 (84.2)
III	1 (5.3)
prostanoides (%)	
NO	11 (57.9)
Selexipag	1 (5.3)
Teprostinil SC	7 (36.8)
reveal_2 = 0-6 Bajo Riesgo (%)	17 (89.5)
remodelado = 1 (%)	10 (52.6)
caida_sat_tm6m = >10% (%)	6 (31.6)
strain_vd = Disminuido (%)	10 (52.6)
tm6m (median [IQR])	460.00 [435.00, 540.00]
nt_pro_bnp (median [IQR])	147.00 [57.00, 396.00]
tapse (median [IQR])	19.00 [17.50, 21.00]
areafdvd (median [IQR])	22.40 [19.00, 28.30]
ad (median [IQR])	8.00 [6.00, 10.00]
fraccion_acortamiento (median [IQR])	45.00 [33.75, 47.25]
tapse.psap (median [IQR])	0.27 [0.25, 0.62]
ic (median [IQR])	3.20 [2.80, 3.55]
pcp (median [IQR])	11.00 [10.00, 12.00]
rvp (median [IQR])	5.30 [3.70, 7.00]
sat_art_pulmonar (median [IQR])	73.00 [70.50, 76.00]

Diferencias entre fallecidos y sobrevivientes

CO 96 - EL NEUMONÓLOGO COMO PROMOTOR DE LA VACUNACIÓN: LA ASOCIACIÓN ENTRE LA INDICACIÓN ESPECIALIZADA Y LA COBERTURA VACUNAL.

Yesica Mariel Amarilla[1]; Héctor Osvaldo Varas[1]; Angel Gabriel Sánchez[1]; María Alejandra Benavides[1]

[1] Hospital de Alta Complejidad "Pte. Juan Domingo Perón".

Introducción y objetivo: La vacunación antigripal, antineumocócica y contra el COVID-19 disminuye drásticamente las exacerbaciones y la mortalidad en pacientes con patologías respiratorias crónicas. Sin embargo, las tasas de cobertura suelen ser subóptimas. El objetivo de este estudio es determinar el impacto y la fuerza de asociación de la indicación explícita del neumonólogo sobre la adherencia a los esquemas de vacunación respiratoria en pacientes ambulatorios.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico y transversal sobre una muestra de 380 pacientes. Se analizaron variables demográficas, fuentes de indicación y estado de inmunización mediante la prueba de Chi-cuadrado (χ^2), Odds Ratios (OR) e Índice de Inmunización Cruzada (prueba U de Mann-Whitney).

Resultados: La muestra presentó un predominio femenino (65,3%) y del grupo etario de 40-64 años (41,3%). La indicación por neumonólogo (n=122) se asoció significativamente con una mayor cobertura en la vacuna antigripal (78,7% vs. 60,1%; OR 2,45; p<0,001) y antineumocócica (68,9% vs. 48,1%; OR 2,39; p<0,001). No se halló asociación significativa para COVID-19 (p=0,38). El grupo con indicación especializada presentó una mayor tasa de esquema ideal (3 vacunas) en comparación con el resto de la muestra (41% vs. 24%; p<0,001). La barrera más frecuente fue el miedo a los efectos adversos, aunque la falta de percepción de necesidad fue significativamente menor en pacientes con indicación del especialista.

Discusión y conclusiones: La recomendación activa del médico neumonólogo es un factor determinante clave para maximizar la cobertura vacunal integral. No obstante, se reconoce un sesgo de clasificación puesto que el 36,3% de la muestra no poseía patologías respiratorias crónicas y el 34,2% era menor de 40 años, lo que implica que para una parte de la muestra la falta de indicación podría responder a criterios normativos y no a una falla asistencial. Se concluye que es prioritario institucionalizar protocolos de consejería en la consulta especializada para mitigar la vacilación vacunal y mejorar la protección del paciente crónico.

Vacuna Analizada	Indicación Neumonólogo (n=122)	Otra / Sin Indicación (n=258)	Valor de p (χ^2)	Odds Ratio (OR) [IC95%]
Antigripal 2025 (Sí)	96 (78,69%)	155 (60,08%)	p < 0,001	2,45 [1,49 – 4,04]
Antineumocócica (Sí)	84 (68,85%)	124 (48,06%)	p < 0,001	2,39 [1,52 – 3,76]
COVID-19 (Completo)	76 (62,30%)	147 (56,98%)	p = 0,383	1,25 [0,80 – 1,94]

CO 97 - DESEMPEÑO DE LAS TÉCNICAS DE CULTIVO Y XPERT MTB/RIF ULTRA EN MATERIA FECAL EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON DIAGNÓSTICO DE TUBERCULOSIS

PULMONAR Y CONFIRMACIÓN BACTERIOLÓGICA DE COMPLEJO MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS (CMT) EN MUESTRAS RESPIRATORIAS

María Inés Urteneche[1]; María Eugenia Ginestet[1]; Edith Macha Marín[1]; Rosana Pereda[1]; Victor Pawluk[1]; Norma Edith González[1]; Pablo Martín Cassanelli[1]

[1] *Hospital General de Niños Pedro de Elizalde*

Introducción y objetivo: El diagnóstico microbiológico de tuberculosis pulmonar(TP) en pediatría es complejo debido a la paucibacilaridad de las muestras y la dificultad para acceder a muestras respiratorias(MR) de calidad. La OMS en los últimos años recomienda el uso de materia fecal(MF) como muestra alternativa para el diagnóstico de TP. El rendimiento de esta muestra así como el desempeño de los métodos diagnósticos en nuestra región se desconoce. Es por eso que nos propusimos analizar el desempeño de las técnicas de cultivo y Xpert MTB/RIF Ultra(Ultra) realizadas a partir de MF en pacientes con TP y confirmación bacteriológica de CMt en MR diagnosticados en nuestra institución.

Material y método: Trabajo retrospectivo, de corte transversal. Se estudiaron los casos de TP atendidos en un hospital pediátrico entre el 1 de mayo de 2024 y el 31 de mayo de 2026 con confirmación bacteriológica de CMt en MR y que se les solicitó MF. Las MR y la MF fueron procesadas por Ultra y por cultivo(MGIT, Löwenstein-Jensen y Stonebrink) a través del método de Petroff modificado. Para la MF se adaptó la técnica SOS para su procesamiento. Se revisaron historias clínicas y de laboratorio, registrando datos demográficos, clínicos, tipo de MR, resultados de cultivo y Ultra.

Resultados: Durante el periodo analizado, se solicitó la búsqueda de CMt en al menos 1 MR y 1 MF a 62 pacientes con diagnóstico de TP. En 33 casos se obtuvieron resultados positivos para CMt en la MR(22 esputos y 11 lavados gástricos), con una mediana de edad de 13,7(RIQ:7,3-14,8) años, siendo el 61% de sexo masculino. Con respecto a las MR, 31 fueron positivas por Ultra(94%, IC95:82-99%) y en 2 pacientes no se realizó el ensayo. Para MF fueron detectables 26(79%, IC95:63-90%), 6 negativas y 1 inválida. En 24 pacientes se detectó CMt en ambas muestras y al comparar los valores de semicuantificación del material genético entre MF y MR, observamos que en 16/24(67%) fue al menos una categoría menor en MF, en 6/24(25%) fue el mismo y solo en 2/24(8%) fue mayor para MF. Si focalizamos en el lavado gástrico, de las 11 positivas en 7 casos se detectó CMt en MF(64%), de los cuales en 4 el valor de semicuantificación fue menor y en 3 se obtuvo el mismo resultado. Los 4 casos que no pudieron ser identificados por MF(3 no detectados y 1 inválido) correspondieron a un valor de trazas en la MR. Al analizar el desempeño del cultivo se obtuvo un 87,5%(IC95:73-96%) de MR con rescate de CMt(28/32), valor que disminuye para MF a 33,3%(IC95:17-53%) (8/24). La mediana de los tiempos de cultivo fue de 7,5(RIQ:5,0-14,0) días para MR y de 17,0(RIQ:11,8-34,8) días para MF.

Discusión y conclusiones: Se logró detectar CMt tanto por cultivo como por Ultra en MF. El desempeño del cultivo es subóptimo detectando sólo el 33,3% de los casos estudiados por cultivo. Para el Ultra la diferencia de detección entre MR y MF fue del 15%, pudiendo ser una alternativa aceptable cuando no sea posible la obtención de MR. Es importante continuar evaluando la MF para poder determinar cuál es aporte para la detección de CMt en pediatría.

CO 98 - REHABILITACIÓN RESPIRATORIA INTERDISCIPLINARIA EN UN HOSPITAL PUBLICO PROVINCIAL : MODELO DE ATENCIÓN SOSTENIDO EN EL TIEMPO

Sandra Gabriela Chiervo[1]

[1] *Hospital Zonal Especializado de Agudos y Crónicos Dr. A. Cetrángolo, ente López, Buenos Aires*

Introducción y objetivo: La rehabilitación respiratoria cuenta con sólida evidencia de beneficio funcional y en calidad de vida, su implementación sostenida en el tiempo dentro del subsector público continúa siendo poco frecuente y escasamente representada en la literatura y en los congresos de la especialidad, donde predominan las experiencias de centros privados o de alta complejidad. En el hospital público provincial se desarrolla un programa interdisciplinario de rehabilitación respiratoria que continuó activo incluso durante la pandemia, cuando el equipo sostuvo la atención de forma remota mientras el servicio se reconvertía parcialmente a la atención de COVID-19. El objetivo de este trabajo es describir este modelo asistencial, su evolución y su alcance actual.

Material y método: Estudio descriptivo. El programa asiste actualmente a aproximadamente 250 pacientes semanales, formato grupal presencial y 30 a 40 telerehabilitación, derivados por neumonólogos del propio hospital u otras instituciones. Durante los primeros meses de la pandemia se sostuvo el tratamiento por videollamada al grupo en curso; hacia fines de 2020 comenzó el retorno gradual al formato presencial, consolidado en 2021-2022, y la atención a distancia quedó luego instaurada de forma permanente, dos veces por semana, para pacientes con dificultades de traslado o seguimiento remoto. El ingreso se realiza los miércoles, con evaluación a cargo de kinesiólogos, nutricionistas y psicólogas, con derivación a trabajo social según necesidad. El programa se desarrolla de lunes a viernes (excepto miércoles), en cinco turnos grupales diarios de 10 a 15 pacientes, con entrenamiento en circuito. A todos se les realiza, en la admisión, prueba de marcha de 6 minutos, cuestionario de calidad de vida respiratoria de Saint George, escala de disnea (mMRC y Borg) y espirometría. Desde 2022 se incorporó la corre-caminata anual (septiembre-noviembre, 2 a 4 km), declarada de Interés Deportivo Municipal por el Municipio de Vicente López, junto con la murga terapéutica como espacio de inserción social.

Resultados: Se observó un aumento en la distancia recorrida en la prueba de marcha y una mejoría subjetiva en el cuestionario de calidad de vida respiratoria en la mayoría de los pacientes reevaluados, con adherencia estimada del 70% en quienes continúan el seguimiento a distancia. La corre-caminata y la murga terapéutica registran participación creciente desde su implementación.

Discusión y conclusiones: Este trabajo describe un modelo de rehabilitación respiratoria sostenido de forma ininterrumpida durante más de cinco años en un hospital público provincial, incluido el período de pandemia, que hoy asiste a cerca de 300 pacientes de manera simultánea entre ambas modalidades. La integración de entrenamiento clínico, seguimiento a distancia e inserción social mediante la corre-caminata y la murga terapéutica configura un modelo de atención continua, replicable en otras instituciones públicas, y

demuestra que la cronicidad como enfoque asistencial es sostenible incluso en contextos de recursos limitados.

CO 99 - TRAYECTORIA DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DURANTE EL PRIMER AÑO TRAS EL ALTA DOMICILIARIA EN SOBREVIVIENTES DE UCI CON TRAQUEOTOMÍA ATENDIDOS EN UN CENTRO DE DESVINCULACIÓN DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA Y REHABILITACIÓN

Melina Calvo Delfino[1]; Mirian Lorena Delvalle[1]; Miguel Antonio Escobar[1]; Agustín García[1]; Daniela García[1]; Claudia Monzón[1]; Gastón Germán Morel Vulliez[1]; Emilio Sebastián Rositi[1]; Emiliano Navarro[1]; Eduardo Luis De Vito[1]

[1] *Grupo Santa Catalina*

Introducción y objetivo: El aumento de la supervivencia a la enfermedad crítica incrementó el número de pacientes con secuelas físicas, cognitivas, psicológicas y de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). Los pacientes traqueostomizados (TQT) que tras la unidad de cuidados intensivos (UCI) se derivan a centros de desvinculación y rehabilitación (CDR) constituyen un grupo vulnerable, con escasa evidencia de su evolución posterior. El objetivo fue describir la trayectoria de la CVRS desde el mes previo a UCI, al mes, 6 y 12 meses del alta y comparar los problemas reportados en las dimensiones de EQ-5D-5L al año de egreso con valores de referencia de la población argentina.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo en un CDR de Buenos Aires. Se incluyeron adultos TQT, ingresados entre enero/2021 y marzo/2024, con alta domiciliaria. La CVRS se evaluó mediante el cuestionario EQ-5D-5L en el mes previo a UCI, al mes, 6 y 12 meses del alta. Las trayectorias temporales se analizaron con modelos lineales mixtos. Los valores de referencia, derivados de los microdatos como promedios específicos por sexo y edad, se compararon con los observados mediante chi-cuadrado o Fisher.

Resultados: Se analizaron 42 pacientes (54,8% hombres), edad: 68±12 años, estadía en UCI: 40 días (RIC 26–59), ventilación mecánica: 32 días (RIC 23–46). El EQ-index pre-UCI mostró diferencias respecto al primer mes (0,888±0.148 vs. 0,750±0.248, p0.05). El EQ-VAS no mostró cambios. Proporción de pacientes con limitaciones pre-UCI, al mes, 6 y 12 meses fueron respectivamente: 13%, 20%, 11% y 9% en movilidad; 7%, 17%, 6% y 6% en autocuidado; y 10%, 19%, 11% y 8% en actividades cotidianas. Se encontraron diferencias significativas en movilidad al mes y 6 meses ($p<0,05$), autocuidado al mes ($p<0,001$) y actividades cotidianas al mes y 6 meses ($p<0,05$). En dolor/malestar, 23%, 15%, 9% y 7%, ($p<0.05$ pre-UCI vs. 12 meses) y ansiedad/depresión 23%, 20%, 13% y 12%, sin diferencias significativas. Se encontraron diferencias significativas en autocuidado ($p=0.001$), actividades usuales ($p=0.045$) y ansiedad/depresión ($p=0.01$) al año con respecto a valores de referencia poblacional.

Discusión y conclusiones: La trayectoria descrita revela que el alta constituye el momento de máxima vulnerabilidad, probablemente por la transición entre el soporte de un entorno institucional y el domicilio. Esto sugiere que el deterioro inicial es transitorio y reversible. El

área de mayor impacto fue ansiedad/depresión, indicando que el impacto psicológico persiste pese a la recuperación funcional. Al comparar con valores poblacionales, al año se evidenció mayor impacto en las dimensiones autocuidado, actividades usuales y ansiedad/depresión. La recuperación tras la enfermedad crítica en pacientes TQT debe entenderse como un proceso continuo más allá del alta. Los hallazgos destacan la importancia de articular la rehabilitación con estrategias de seguimiento longitudinal que favorezcan la reintegración funcional y psicosocial.

CO 100 - CLASIFICACIÓN DE LAS EXACERBACIONES DE EPOC: UN ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PROPUESTA ROMA Y GOLD

Soledad Prigioni[1]; José Erquicia[1]; Martin Sívori[1]; Daniel Pascansky[1]; Martin Pascansky[1]; Pablo Szwarstein[1]; Mónica Jajati[1]; Romina Fernández[1]; Paula Kaplan[1]; Javier Iriarte[1]; Mario Mendez[1]; Nicolás Pared[1]; Andres Sagal[1]; Diana Molina[1]; Natalia Martinez[1];

[1] *Hospital Ramos Mejia*

Introducción y objetivo: Las exacerbaciones de la EPOC definen el pronóstico y categorizan el tratamiento por lo que es importante determinar su severidad.

Objetivo: Comparar la concordancia en la estratificación de las exacerbaciones de EPOC según el enfoque de GOLD frente a criterios de Roma.

Material y método: Se realizó un estudio descriptivo y transversal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de EPOC que presentaron un episodio de exacerbación.

La recolección de datos se efectuó en 3 centros de salud del AMBA de Enero a Julio de 2026 mediante una encuesta estructurada para obtener las variables de los modelos de clasificación GOLD y Roma. Los criterios de Roma debieron ser adaptados debido a la ausencia de datos de PCR y a la conversión de la escala de disnea Visual Analog Scale (VAS) a Medical Research Council Modificada (mMRC). En Roma se utilizaron 4 de los 5 criterios propuestos definiendo como exacerbación leve (exL) a quienes cumplían 0-1, moderada (exM) ≥2 y severa (exS) a la presencia de hipercapnia y acidosis en el estado ácido base arterial ($pCO_2 > 45$ mmHg, $pH < 7.35$). En la clasificación GOLD se usaron los criterios convencionales.

Resultados: Se incluyeron 62 pacientes, media de edad de 69 ±10.2 años, 62.9% mujeres, 26.8% tabaquistas activos (TBQa). GOLD A 16,1%, GOLD B 33,9%, GOLD E 50%. De acuerdo a GOLD 26 fueron exL, 17 exM y 19 exS. Según Roma, 41 fueron exL: incluyó 25 pacientes con exL y 16 con exM de la clasificación GOLD. Hubo 14 casos con exM por Roma (todos categorizados como exS por GOLD) y 5 exS (misma severidad según GOLD). Al comparar el grupo donde coincidió la categorización exL vs el que mostró discordancia exM-exL, encontramos para el primero una tendencia a mayor representación de varones (36% vs 18.7%) y menor edad (68.8±11.4 vs 73.2±8.8), igual proporción de TBQa, y para el grupo discordante mayor grado de obstrucción bronquial severa GOLD 3-4 (68.8% vs 12.5%) y comorbilidades cardiovasculares (CV) (56.3% vs 36%). En el grupo donde hubo coincidencia en la categoría exS se encontró menor representación de varones con respecto al que tuvo

discordancia exS-exM (20% vs 57.1%) sin diferencias en la media de edad (68±12.1 vs 67.7±8.6) y el TBQa (20% vs 21.4%). La obstrucción bronquial severa se constató en el 100% vs el 68.8% del grupo discordante. Las comorbilidades CV se hallaron en el 60% vs 50% de exS-exM.

Discusión y conclusiones: En nuestra cohorte de 62 pacientes con exacerbación de EPOC la clasificación de Roma categorizó como leves a un grupo significativamente mayor que GOLD incluyendo a las exL y exM de esta última, y como severas a un número menor. La obstrucción bronquial severa y las comorbilidades CV se hallaron en mayor proporción en los casos de exM por GOLD y en las exS.

Encontramos baja concordancia entre ambas propuestas, evidenciando que Roma tiende a subclasificar la gravedad. A pesar de estas diferencias ambas herramientas resultan complementarias en la práctica clínica.

CO 101 - PROGRAMA DE SCREENING DE CÁNCER DE PULMÓN EN EL HOSPITAL PRIVADO UNIVERSITARIO DE CÓRDOBA

María Eugenia Olmos[1]

[1] *Hospital Privado Universitario de Cordoba*

Introducción: El cáncer de pulmón es la principal causa de mortalidad por cáncer en Argentina (15%), seguido por el colorrectal (12%) y el de mama (9,64%). Se diagnostica mayormente en estadios avanzados (III-IV), con sobrevida a 5 años menor al 12%, mientras que en estadios tempranos (I-II) esa sobrevida alcanza el 70%. Los estudios NLST y NELSON demostraron que el screening con tomografía computada de baja dosis de radiación (TCBDR) en pacientes de riesgo reduce la mortalidad a 10 años entre 25 y 33%, al detectar precozmente nódulos malignos.

Objetivos: Desarrollar un programa de screening de cáncer de pulmón con protocolo de seguimiento en sujetos de riesgo, para la detección temprana y reducción de la morbimortalidad y los costos en salud, e implementar cesación tabáquica personalizada.

Material y métodos: Abordaje multidisciplinario (Oncología, Cirugía de Tórax, Anatomía Patológica, Imágenes, Neumonología, Clínica Médica). Inclusión: ambos sexos, 50-80 años, tabaquismo activo en los últimos 15 años, carga ≥20 paquetes/año. Exclusión: pacientes de bajo riesgo, fuera del rango etario, sin tabaquismo activo reciente, carga <20 paquetes/año, bajo performance status o comorbilidades graves. La TCBDR se solicitó especificando fin de screening, carga tabáquica y probabilidad de malignidad (ecuación de Brock University); Imágenes informó según Lung-RADS y ACCP, derivando a Neumonología. Datos analizados con InfoStat (v. 2020).

Resultados: Se incluyeron 124 pacientes, con predominio masculino (54%) y de 50-69 años (75%). El 62,9% tenía tabaquismo activo, con mayor carga tabáquica que los ex tabaquistas (40,6 vs. 33,5 paquetes/año). El 61,3% recibió cesación tabáquica; entre los tabaquistas activos, el 26,7% de quienes la recibieron dejó de fumar, frente a 0% en quienes no la

recibieron. La TC de tórax fue solicitada mayormente por Neumología (56,5%). Se hallaron nódulos en el 42,7% de los pacientes, predominando categorías Lung-RADS de bajo riesgo 1 y 2, aunque el 15,1% fue categoría 4. El seguimiento recomendado fue control a los 12 meses (82,3%) y biopsia (4%). De 47 pacientes con TC de control al año, el nódulo se mantuvo estable en 45 y desapareció en 1. Se realizaron 5 biopsias, con malignidad en 3 casos (tasa de nódulos malignos: 2,4%).

Discusión: El programa alcanzó 124 pacientes, con concentración en la población de mayor riesgo (varones, 50-69 años, tabaquistas activos). El 15,1% de los nódulos en categoría 4 requiere seguimiento estrecho. La cesación tabáquica activa mostró clara asociación con el abandono del hábito, por lo que se recomienda ampliarla. La tasa de malignidad (2,4%) respalda la utilidad clínica del programa.

Conclusión: El programa resultó factible y efectivo para la detección temprana de cáncer de pulmón en población de alto riesgo, facilitando el abordaje multidisciplinario. Se recomienda su ampliación y seguimiento longitudinal.

CO 102 - ACTIVIDAD DE LOS DÍAS DOMINGOS EN UN SERVICIO DE ENDOSCOPÍA RESPIRATORIA DE ALTA COMPLEJIDAD: EXPERIENCIA DE DOS AÑOS EN UN HOSPITAL DE REFERENCIA

Pablo Furcinitto[1]; Diego Sousa Matias[1]; Maria Angelica Saab[1]; Roberto Dure[1]

[1] Servicio de endoscopia peroral. Hospital de infecciosas F.J. Muñiz

Introducción y objetivo: La disponibilidad de servicios de endoscopía respiratoria durante los fines de semana suele asociarse principalmente a la resolución de urgencias. Sin embargo, en centros de referencia con elevada demanda asistencial, esta actividad puede constituir una extensión de la práctica programada habitual, incluyendo procedimientos diagnósticos y terapéuticos de alta complejidad. El Servicio de Endoscopía Respiratoria del Hospital F. J. Muñiz cuenta con dos médicos endoscopistas de guardia todos los días de la semana. Objetivo: describir la actividad realizada durante los días domingos, evaluando volumen, complejidad, procedencia, carácter programado o de urgencia, modalidad de sedación y complicaciones.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se analizaron todos los procedimientos realizados durante los días domingos entre junio de 2024 y julio de 2026. Se registraron edad, procedencia, carácter programado o de urgencia, tipo de procedimiento, obtención de muestras histológicas, modalidad de sedación y complicaciones.

Resultados: Se realizaron 408 procedimientos, el 80% de ellos programados. La edad promedio fue de 47 años; 354 pacientes (86,8%) pertenecían a la institución y 54 (13,2%) fueron derivados de otros hospitales. Se realizaron 311 broncoscopías flexibles (76,2%), 262 con lavado broncoalveolar; 56 broncoscopías rígidas (13,7%), incluyendo dilataciones de vía aérea, colocación y retiro de stents, desobstrucciones, crioterapia y coagulación con argón plasma; 20 esofagoscopías/extracciones de cuerpos extraños (4,9%); 6 evaluaciones endoscópicas de la deglución; 3 traqueostomías percutáneas de urgencia y 12 procedimientos no broncoscópicos,

incluyendo avenamientos y biopsias pleurales. En 26 casos (6,4%) se obtuvieron muestras histológicas mediante aguja de Schieppati, criosonda o pinzas rígidas/flexibles. En 353 procedimientos (86,5%) la sedación estuvo a cargo del médico endoscopista. Se registraron 5 complicaciones mayores (1,2%): un sangrado grave controlado durante el procedimiento, una desaturación severa y tres neumotórax, resueltos mediante avenamiento pleural por el mismo equipo.

Discusión y conclusiones: La actividad de los días domingos mostró un volumen sostenido y una amplia variedad de procedimientos diagnósticos y terapéuticos. Aproximadamente 8 de cada 10 procedimientos fueron programados, demostrando que la actividad no se limita a la resolución de urgencias. La realización de broncoscopías rígidas, intervenciones sobre la vía aérea, esofagoscopías y técnicas de obtención de muestras histológicas evidencia la posibilidad de desarrollar procedimientos de alta complejidad durante estas guardias. La baja frecuencia de complicaciones y su resolución por el mismo equipo reflejan la capacidad de resolucion. Estos resultados muestran que la guardia de los domingos constituye una jornada asistencial activa, programada y de alta complejidad, y respaldan la cobertura permanente de endoscopía respiratoria en centros de referencia.

CO 103 - TUBERCULOSIS EN NIÑOS CON DERRAME PLEURAL: EXPERIENCIA HOSPITALARIA 02/2022–05/2026

Damaris Bucalima[1]; Verónica Vázquez[1]; Mariana Vitello[1]; Mariano Cardigonde[1]; Andrea Di Giorgi[1]

[1] *Hospital Eva Peron De San Martin*

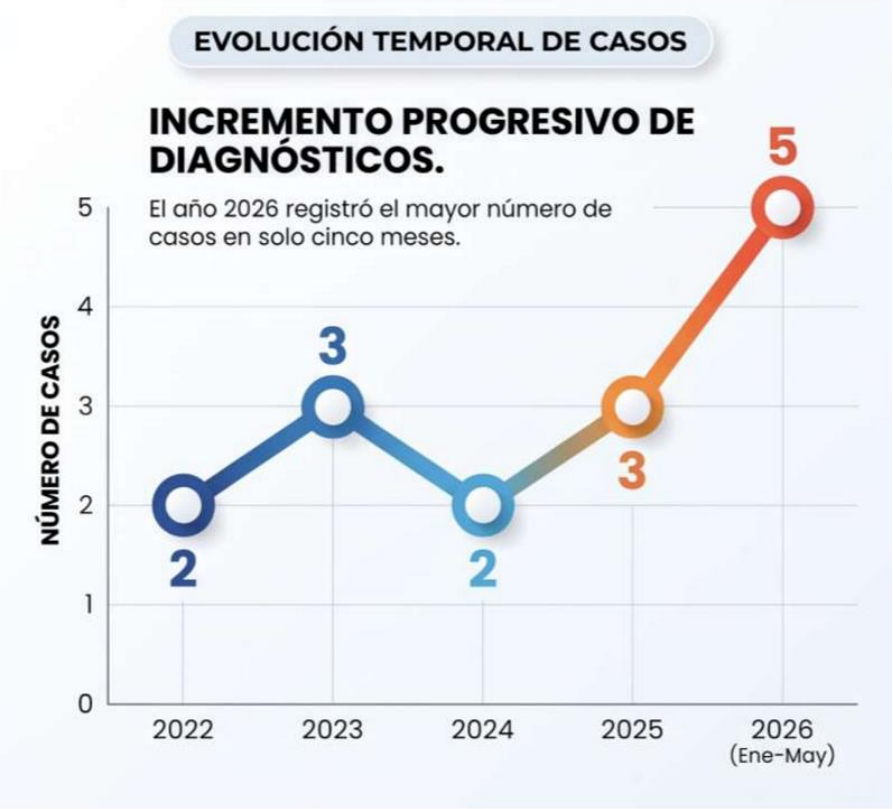
Introducción y objetivo: El derrame pleural es una causa relevante de internación pediátrica y puede requerir procedimientos invasivos. La tuberculosis debe considerarse entre sus diagnósticos diferenciales, especialmente en el contexto epidemiológico actual. Su naturaleza paucibacilar y la dificultad para obtener muestras adecuadas pueden dificultar la confirmación y retrasar el diagnóstico. Objetivo: describir las características epidemiológicas, clínicas y diagnósticas de niños internados con derrame pleural y tuberculosis entre febrero de 2022 y mayo de 2026, incluyendo edad, requerimiento de tubo de avenamiento pleural (TAVP) y estrategias diagnósticas.

Material y método: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se revisaron historias clínicas de pacientes pediátricos internados con derrame pleural durante el período analizado. Se registraron variables demográficas, antecedentes epidemiológicos, PPD, requerimiento de TAVP, modalidad diagnóstica y resultados microbiológicos según tipo de muestra.

Resultados: Se registraron 120 pacientes internados por derrame pleural; 45 (37,5%) requirieron TAVP y 15 (12,5%) tuvieron tuberculosis. De estos, 10/15 (66,7%) requirieron TAVP. Predominó el sexo masculino (11/15; 73,3%). Tres pacientes (20%) tenían 0-5 años, 5 (33,3%) 6-10 años y 7 (46,7%) eran mayores de 10 años. El diagnóstico fue bacteriológico en 8/15 (53%), clínico en 7/15 (46.6). La PPD fue positiva en 2/15 (13,3%), negativa en 11/15 (73,3%) y no constaba en 2/15 (13,3%). Ocho de 15 (53,3%) tenían contacto epidemiológico

positivo consignado. GeneXpert fue detectable en líquido pleural en 5 pacientes. Entre los 10 con TAVP, solo en 3 se realizo biopsia pleural con GeneXpert detectable en todos. Los casos por año fueron en ascenso: 2022, 2; 2023, 3; 2024, 2; 2025, 3; y 2026 hasta mayo,5.

Discusión y conclusiones: La tuberculosis representó el 12,5% de los derrames pleurales de esta serie. La heterogeneidad diagnóstica y la elevada frecuencia de PPD negativa refuerzan la necesidad de integrar clínica, epidemiología, imágenes y microbiología. En los pacientes con TAVP, la biopsia pleural para GeneXpert se realizó solo en 3 casos y fue detectable. Aunque este número no permite estimar su rendimiento, la obtención de tejido pleural durante el avenamiento podría constituir una oportunidad diagnóstica cuando esté indicada y sea factible. La concentración de 5 casos en los primeros cinco meses de 2026 refuerza la importancia de mantener la sospecha de tuberculosis ante el derrame pleural pediátrico.



CO 104 - EXACERBACIONES DE EPOC: REGISTRO ANUAL EN UN HOSPITAL PUBLICO DE CABA

Mario Romel[1]; Pablo Szwarstein[1]; Nicolás Pared[1]; Andres Sagal[1]; Sol Prigioni[1]; Diana Molina[1]; Juan Pablo Barberis[1]; Isabella Perrone[1]; Mónica Jajati[1]; Romina Fernández[1]; Martin Pascansky[1]; Javier Iriarte[1]; Natalia Martinez[1]; Daniel Pascansky[1]; Martin Sívori[1]

[1] *Hospital Ramos Mejia*

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) es una de las principales causas de morbimortalidad a nivel mundial. Las internaciones por esta patología se deben, en su mayoría, a exacerbaciones, que constituyen la principal causa de deterioro evolutivo de la enfermedad, por lo que su prevención es un objetivo fundamental. El objetivo de este estudio fue describir las características clínicas, el fenotipo, el tipo de exacerbaciones, el consumo de recursos de salud y el tratamiento previo y posterior en pacientes con exacerbación de EPOC atendidos por neumonólogos en un hospital público.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, intervencional y prospectivo de una cohorte de pacientes con exacerbación de EPOC (definición GOLD) atendidos por neumonòlogos del Hospital General de Agudos “Dr. J. M. Ramos Mejía” (CABA), entre el 1 de agosto de 2025 y el 31 de julio de 2026. El tratamiento indicado fue de acuerdo a GOLD. El objetivo fue describir las caracterìsticas clínicas, funcionales y fenotípicas, consumo de recursos de salud, tratamiento previo y posterior de los pacientes con EPOC exacerbados.

Resultados: Se registraron 164 exacerbaciones de EPOC durante el año observado. La edad fue de 68.8 años (mediana, RIQ 25-75% 63.2-75.7), con 51.8% de sexo femenino. El 73% tenía diagnóstico previo de EPOC (mediana 9,7 años, RIQ 4.5-13); el 80.6% era seguido por neumonólogos, el 17% por clínicos y el 2.4% no tenía seguimiento. Ex-tabaquistas 42.1% y actual 10%(45 paq-año, mediana, RIQ 30-55). Según la clasificación GOLD: grupo A 12.2%, B 35.3% y E 52.5%; por estadio espirométrico: I 10.3%, II 31.7%, III 41.4% y IV 16.6%. El FEV1% post-broncodilatador previo fue de 45% (mediana, RIQ 35-66). El recuento de eosinófilos (eos) en sangre periférica fue de 178 eos/µL (mediana, RIQ 78-250): 29.6% <100 eos/µL, 52.8% entre 100-299 eos/µL y 17.6% ≥300 eos/µL; CAT 15 (mediana, RIQ 12-16). mMRC 3 (mediana, RIQ 2-3). El número de exacerbaciones en el año previo fue: leves 0.55±0.77, moderadas 0.76±0.92 y graves 0.26±0.7 EPOC (17%internados: 13.4% piso-8.5 dìas mediana, RIQ 7-11-; 3.6% UTI- 9.5 dìas mediana, RIQ 3-10-). Tratamiento previo: 21% recibían broncodilatadores de acción corta, 7.3% broncodilatadores de larga (BDAL), 9.7% doble broncodilataciòn de acción larga (LABA/LAMA), 22% LABA/CI y 36.6% triple terapia (53% de forma abierta y 3.4% no recibía tratamiento. El 11% tenía oxigenoterapia crónica domiciliaria. Tratamiento de la exacerbación: el 60% recibió antibióticos y corticoides sistémicos. Tratamiento posterior: se indicó triple terapia en el 44.5% de los casos lo que representó un incremento del 21.5% respecto del tratamiento previo.

Conclusiones: Las exacerbaciones de EPOC continúan siendo uno de los principales desafíos clínicos, y su prevención tiene un alto valor pronóstico. Como era esperable, la mayoría de los pacientes atendidos por neumonólogos correspondió a los grupos GOLD III/IV y B/E, con una proporción relevante de fenotipo T2 alto (17.6% con ≥300 eos/µL). Se observó un uso previo elevado de corticoides inhalados —combinados con LABA o como parte de triple terapia— y uso bajo de BDAL. Algo más de la mitad de las exacerbaciones se trató con antibióticos y corticoides sistémicos, y la triple terapia se incrementó un 21.5% en el período post-exacerbación. El acceso a la medicación indicada constituye un pilar fundamental para la prevenciòn adecuada de las exacerbaciones de EPOC.

CO 105 - BARRERAS DE ACCESO Y CONTINUIDAD TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE BUENOS AIRES

Mario Mendez[1]; Manuel Lago[1]; Paula Kaplan[1]; D'Amelio Nicolás[1]; Iriarte Javier[1]; Martin Sívori[1]; Pablo Szwarstein[1]

[1] *Hospital Ramos Mejia*

Introducción y objetivo: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad rara, progresiva y potencialmente mortal cuyo tratamiento requiere acceso oportuno y continuo a terapias específicas. Las barreras administrativas y de provisión pueden comprometer la continuidad terapéutica. El objetivo fue describir la frecuencia, tipo y tiempo de las barreras de acceso al tratamiento específico en pacientes con HAP y analizar su distribución según cobertura de salud.

Material y método: Estudio observacional, retrospectivo y longitudinal, con análisis descriptivo y exploratorio. Se incluyeron pacientes con diagnóstico confirmado de HAP según criterios ESC/ERS, en seguimiento entre enero de 2020 y enero de 2026. Se definió inicio oportuno como ≤30 días desde la indicación; interrupción terapéutica como ausencia de provisión de uno o más fármacos durante ≥60 días por causas no clínicas; y barrera de acceso como demora >30 días, interrupción ≥60 días o cambio no clínico del tratamiento. Las variables numéricas se expresaron como mediana e intervalo intercuartílico (RIQ) y las categóricas como número y porcentaje.

Resultados: Se incluyeron 18 pacientes; 83,3% eran mujeres, 88,9% se encontraba en clase funcional II–III y 77,8% eran prevalentes. El 100% presentó al menos una barrera de acceso. La mediana de demora hasta el inicio fue de 107,5 días (RIQ 55–183) y solo 11,1% inició dentro de los primeros 30 días. El 94,4% presentó interrupciones ≥60 días y el 83,3% cambios no clínicos. Se utilizaron muestras médicas para iniciar el tratamiento en 27,8% y para reiniciarlo en el 100% de los casos con interrupción. Quince pacientes tenían cobertura y tres carecían de ella. La mediana de demora fue de 89 días (RIQ 46–179,5) y 180 días (RIQ 154–365), respectivamente (p=0,11). La distribución de las categorías de demora difirió según cobertura (p=0,001): con cobertura predominaron falta de provisión y negativa de cobertura (40% cada una), mientras que todos los pacientes sin cobertura se clasificaron como ausencia de cobertura. No hubo diferencias en la frecuencia de interrupción (93,3% vs. 100%; p=1). Durante el seguimiento, 50% presentó internación, 66,7% requirió escalamiento terapéutico y la mortalidad fue 11,1%.

Discusión y conclusiones: Las barreras de acceso fueron universales, con demoras prolongadas e interrupciones frecuentes. La existencia de cobertura no garantizó el acceso continuo, observándose barreras principalmente relacionadas con provisión y autorización. Por el reducido tamaño muestral y el diseño retrospectivo unicéntrico, no puede establecerse una relación causal entre las barreras y los eventos clínicos. Estos hallazgos evidencian la necesidad de optimizar los procesos de autorización y garantizar la provisión sostenida del tratamiento específico.

CO 106 - CORTICOSTEROIDES EN EL SÍNDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA: UNA REVISIÓN DE REVISIONES SISTEMÁTICAS Y METAANÁLISIS DE NOVO.

Lucas Gonzalo Durán[1]; Iñaki Manuel Dopazo Danieli[1]; Matias Agustin Atencio[1]; Nicolás Antonio Grassi[2]; Florencia Beatriz Vázquez Brignole[2]; Franco Ezequiel Espinoza[2]; Luciana Sofía Mas Lamandia[1]; Denis Ariel Dezurko[2]; Roxana Oliva[3]; Micaela Giselle Montenegro Fernández[2]; Marina Otamendi[2]; Santiago Tomas Laco[2]; Joel Agustín Schernenco[1]; Magdalena Cruz[2]

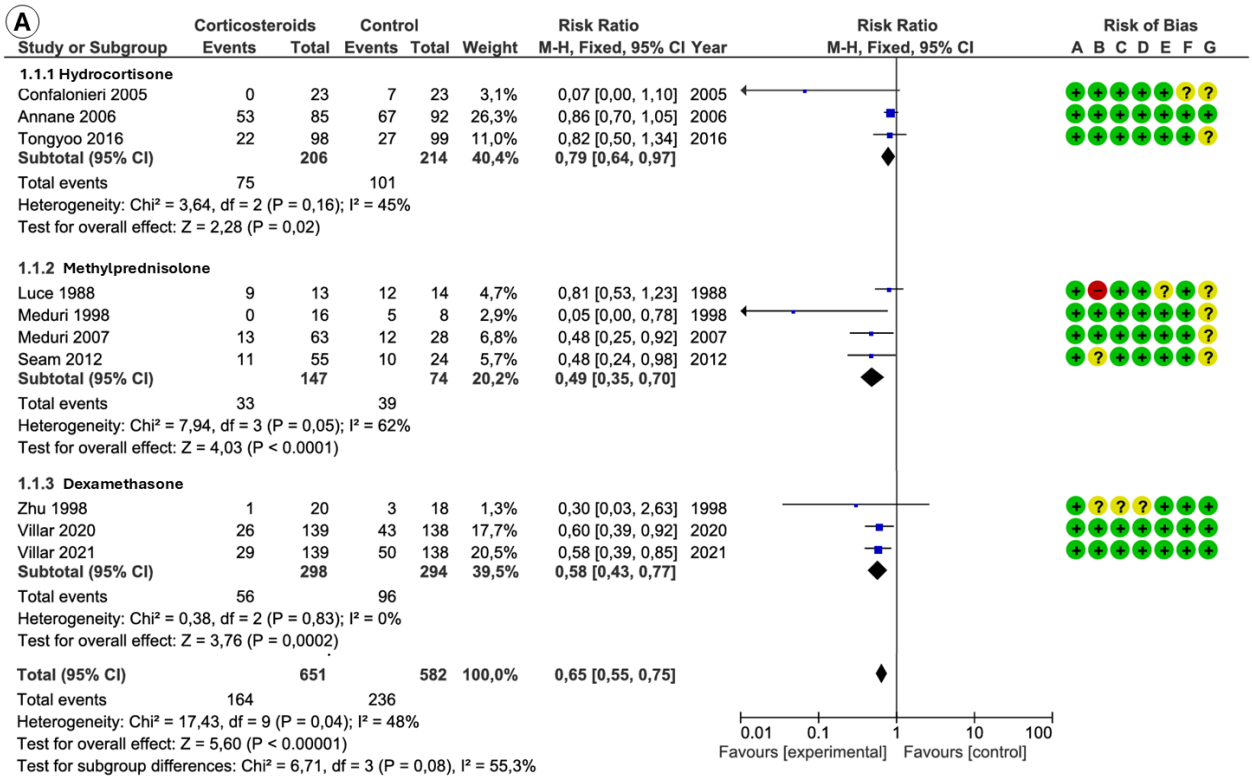
[1] Departamento De Ciencias De La Salud, Universidad Nacional Del Sur; [2] Servicio De Terapia Intensiva, Hospital Municipal De Agudos Dr. Leonidas Lucero; [3] Servicio De Kinesiologia, Hospital Municipal De Agudos Dr. Leonidas Lucero

Introducción y objetivo: El síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) se caracteriza por una inflamación pulmonar difusa y continúa asociado con una elevada morbimortalidad. El objetivo de este estudio fue evaluar la efectividad y seguridad de los corticosteroides intravenosos en adultos críticamente enfermos con SDRA, mediante una revisión de revisiones sistemáticas y un metaanálisis de novo de ensayos clínicos aleatorizados (ECA).

Material y métodos: Se identificaron revisiones sistemáticas publicadas entre 2020 y 2025, siguiendo las recomendaciones PRISMA. Se extrajeron los ECA individuales incluidos en las revisiones con el propósito de evitar la duplicación de estudios, y se realizaron metaanálisis de novo mediante RevMan 5.4. La calidad metodológica de las revisiones sistemáticas se evaluó mediante AMSTAR-2 y la certeza de la evidencia mediante el enfoque GRADE.

Resultados: Se incluyeron 11 revisiones sistemáticas, la mayoría de calidad metodológica baja o críticamente baja. El metaanálisis de novo mostró que los corticosteroides redujeron significativamente la mortalidad global (RR 0,65; IC95%: 0,55–0,75), con heterogeneidad moderada (Figura A). También se observaron reducciones en la mortalidad hospitalaria, a 28 días y a 60 días. El tratamiento con corticosteroides aumentó los días libres de ventilación mecánica y redujo la duración de la ventilación mecánica, sin disminuir significativamente la estancia en la unidad de cuidados intensivos. La hiperglucemia fue más frecuente con corticosteroides, mientras que las infecciones, la bacteriemia y los eventos hemorrágicos no mostraron un incremento consistente. No se identificó evidencia clara de sesgo de publicación, aunque su presencia no pudo excluirse.

Discusión y conclusiones Los corticosteroides sistémicos podrían reducir la mortalidad y mejorar los desenlaces respiratorios en adultos seleccionados con SDRA. Sin embargo, la heterogeneidad clínica entre los estudios, las diferencias en los esquemas terapéuticos y la certeza variable de la evidencia obligan a interpretar estos hallazgos con cautela. En conjunto, los resultados respaldan un potencial beneficio clínico de los corticosteroides intravenosos en el SDRA, aunque persisten incertidumbres respecto de la selección óptima de pacientes y del esquema terapéutico más apropiado.



CO 107 - REACCIONES ADVERSAS A FÁRMACOS ANTITUBERCULOSOS SEGÚN LA PRESENTACIÓN DEL ESQUEMA: COMBINACIÓN A DOSIS FIJA VERSUS FÁRMACOS SEPARADOS. ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

Yimmy Chirino[1]; Micaela Godoy[1]; Samantha Alvarado[1]; Santiago Napoli[1]

[1] *Hospital Fernández*

Introducción y objetivo: El tratamiento antituberculoso de primera línea puede administrarse como combinación a dosis fija o como fármacos separados. La combinación a dosis fija simplifica la toma y favorece la adherencia, pero su perfil de seguridad comparado con la administración separada ha sido poco evaluado en nuestro medio, y la evidencia disponible es heterogénea. El objetivo fue comparar la frecuencia, el tipo y la gravedad de las reacciones adversas medicamentosas entre ambas presentaciones.

Material y método: Estudio observacional, retrospectivo, de cohorte. Se incluyeron pacientes con tuberculosis activa asistidos en el programa de tuberculosis de un hospital general de agudos entre junio de 2025 y junio de 2026, que recibían tratamiento antituberculoso de primera línea. Se excluyeron contactos sin enfermedad activa, pacientes en quimioprofilaxis, esquemas de segunda línea y registros sin datos de exposición o desenlace. La exposición fue la presentación del esquema: combinación a dosis fija o fármacos separados. Se definió reacción adversa como toda reacción registrada en la historia clínica y atribuida por el médico tratante al tratamiento, y su gravedad se clasificó según la conducta adoptada. Se compararon proporciones con test exacto de Fisher.

Resultados: Se analizaron 83 pacientes: 55 (66%) recibieron fármacos separados y 28 (34%) combinación a dosis fija. La mediana de edad fue 30 años (rango intercuartílico 22-40) y 29 años (27-45) respectivamente; 42% y 25% fueron mujeres. Predominó la forma pulmonar (67% y 79%) y los casos nuevos (96% y 100%). Los grupos no difirieron en comorbilidades (49% y 68%; p=0,16) ni en hepatograma basal alterado (40% y 32%; p=0,63).

Presentaron reacciones adversas 12 de 55 pacientes con fármacos separados (21,8%; intervalo de confianza 95% 12,9-34,4) y 3 de 28 con combinación a dosis fija (10,7%; 3,7-27,2); odds ratio 2,33; p=0,25. La hepatotoxicidad fue la más frecuente (9 de 15 reacciones), seguida de la neurológica (3). Fue moderada en 11 casos, leve en 2 y grave en 2; cuatro pacientes con reacción adversa cursaron internación. La conducta más frecuente fue la suspensión transitoria (9 casos). La hepatotoxicidad ocurrió en 12,7% y 7,1% (p=0,71) y la modificación del esquema atribuible a una reacción adversa en 14,5% y 10,7% (p=0,74).

Discusión y conclusiones: Se observó una frecuencia de reacciones adversas aproximadamente dos veces mayor con los fármacos separados, sin alcanzar significación estadística. La dirección del hallazgo es coherente con la hipótesis de que la combinación a dosis fija no incrementa la toxicidad y podría asociarse a menos eventos, aunque el tamaño muestral del grupo expuesto a la combinación limita la interpretación y los intervalos de confianza se superponen ampliamente. El diseño retrospectivo expone a subregistro de reacciones leves y la asignación del esquema no fue aleatoria, por lo que no puede descartarse sesgo de indicación. Estos resultados justifican un estudio prospectivo con mayor número de pacientes.

Desenlaces según la presentación del esquema antituberculoso (n=83)

Desenlace	Fármacos separados (n=55)	Combinación a dosis fija (n=28)	OR (IC 95%)	p
Reacción adversa (primario)	12 (21,8%)	3 (10,7%)	2,33 (0,60-9,04)	0,25
Hepatotoxicidad	7 (12,7%)	2 (7,1%)	1,90 (0,37-9,80)	0,71
Modificación del esquema por RAM	8 (14,5%)	3 (10,7%)	1,42 (0,35-5,83)	0,74
Reacción grave	2 (3,6%)	0	—	0,55

RAM: reacción adversa medicamentosa. OR: odds ratio. IC: intervalo de confianza. Test exacto de Fisher.

CASOS CLÍNICOS

CC 01 - SERIE DE CASOS: PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA (AR) EN TRATAMIENTO CON DROGAS MODULADORAS DE ENFERMEDAD BIOLOGICOS (DMARD B) QUE DESARROLLARON TUBERCULOSIS (TBC) Y ENFERMEDAD POR MICOBACTERIAS NO TBC

Daniela Bustos[1]; Susana Pineda[1]; Inés Savid[1]

[1] *Hospital Dr. Alejandro Gutierrez*

A propósito de la experiencia en Servicio de Neumonología de Hospital A Gutiérrez de Venado Tuerto en diagnóstico de Tuberculosis en pacientes con diagnóstico AR en tratamiento con drogas moduladoras de enfermedad (DMARD).

Se presentan cuatro pacientes con AR seropositivos, en tratamiento con DMARD b, dos con anti factor necrosis tumoral (anti TNF), uno con inhibidor de interleucina 6 y uno con anticuerpo monoclonal quimérico anti CD20 que en su evolución desarrollan como evento adversos tuberculosis o enfermedad por micobacteria no TBC.

Cabe destacar que tres pacientes antes de iniciar tratamiento biológico realizaron screening para descartar TBC: siendo radiografía de tórax frente y perfil y la prueba tuberculinica (PPD) negativos.

CASO 1: mujer 54 años, ama de casa, 21 años de evolución AR no erosiva, en tratamiento con DMARD convencionales (c): metotrexate (MTX) 15 mg semanal vía oral (VO). Recibía tocilizumab 162mg semanal subcutánea (SC) cuando desarrolla TBC cavitada con baciloscopia positiva. Lo desarrollo a los 12 meses de inicio.

CASO 2: mujer 54 años empleada doméstica, 13 años de evolución de AR erosiva, tratamiento con DMARDc MTX 15mg semanal VO, certolizumab pegol 400mg mensual SC, realizo dosis carga. Desarrollo TBC miliar a los 11 meses de inicio.

CASO 3: varón 71 años jubilado, 3 años evolución de AR seropositivo. DMARDc: MTX 15 mg semanal vo. A los 9 meses de inicio terapia biológica, etanerceps 50 mg semana SC presenta tuberculosis por micobacteria no tuberculosa con baciloscopia positiva. Como antecedente era enfisematoso, ex tabaquista en seguimiento con neumonologia.

CASO 4: mujer de 58 años con adenopatías cervicales de 6 semanas de evolución, asocia fiebre vespertina, sudoración nocturna y pérdida de peso. Tratada con DMARDc: metotrexate y levoflumamida. Desde hace 2 años recibia Rituximab 1 gr cada 15 dias, cada 6 meses, con buena respuesta clínica. No consta tamizaje previo de infección por tuberculosis. Se realiza tomografia de tórax con conglomerado ganglionar cervical y supraclavicular. Se realiza biopsia de ganglio supraclavicular que informa granulomas con necrosis caseosa, baciloscopia negativa, cultivo y PCR Positivo para Micobacterium Tuberculosis.

Conclusión: La tuberculosis es una enfermedad descripta como efecto adverso relacionado con DMARD b. La aparición de síntomas compatibles con TBC fue dentro de media de tiempo esperado entre 9 y 12 meses.

Múltiples guías recomiendan screening de tuberculosis latente en pacientes con AR antes de iniciar terapia biológica. Se recomienda PPD y/o interferón gamma relass assey (IGRA) como test inicial. Todo esto fue realizado en nuestros pacientes, por lo cual nuestra inquietud es: ¿el viraje tuberculinico hubiera sido de utilidad? ¿Debemos realizar solo IGRA y descartar PPD? ¿Es de utilidad repetir PPD anualmente durante el tratamiento con DMARDb?

CC 02 - A PROPÓSITO DE UN CASO: CANULA NASAL DE ALTO FLUJO DOMICILIARIO EN DISPLASIA BRONCOPULMONAR SEVERA

Inés Savid[1]; Daniela Bustos[1]; Araiz Soledad[1]

[1] *Hospital Dr. Alejandro Gutierrez*

Introducción: La displasia broncopulmonar (DBP) es la enfermedad crónica más frecuente del recién nacido prematuro (RNPT). Esta determinada por la detención del desarrollo pulmonar, parénquima, vasculatura y vía aérea, asociado a un proceso inflamatorio crónico por factores pre y post natales.

Hasta el 37% de los bebes con DBP son dado de alta con oxigenoterapia domiciliaria. Las modalidades convencionales, en ciertas ocasiones, presentan limitaciones en términos de tolerancia, adherencia y costos en salud pública.

La cánula nasal de alto flujo (CNAF) ha surgido como una alternativa terapéutica.

El objetivo principal de este caso clínico es presentar la viabilidad del uso domiciliario de la CNAF en niños con DBP, destacando su impacto sobre la insuficiencia respiratoria crónica hipercapnica.

Caso Clinico: Se presenta a un RNPT, varón, de 28 semanas edad gestacional con peso adecuado (p50), producto de un embarazo adolescente mal controlado que nace por cesárea por corioamnionitis y sífilis congénita.

Requiere asistencia respiratoria mecánica durante 51 días, presión positiva continua por 3 días, CNAF durante 17 días y luego oxigenoterapia a bajo flujo. A los 20 días de cánula nasal desarrolla insuficiencia respiratoria hipercapnica con pCO2 83.

Se coloca CNAF normalizando valores. Al mes se desciende a cánula nasal con incremento de CO2 por lo que retoma CNAF.

Egresa a los 120 días con CNAF domiciliario 2 lts/kg FiO2 30%. A los 6 meses continua con CNAF 1 lts/kg FiO2 30% nocturno. Al año de su egreso institucional se indica alta.

Discusion: El objetivo principal del soporte ventilatorio crónico en DBP es reducir la gravedad de la insuficiencia respiratoria, proporcionar estabilidad clínica y optimizar el tratamiento a largo plazo con impacto positivo en desarrollo neurocognitivo y crecimiento pulmonar.

La CNAF administra gases calentados y humidificados a través de cánulas nasales específicas, en flujos que superan la ventilación minuto del paciente. El acondicionamiento evita la lesión de la mucosa, favorece la depuración mucociliar y mejora la tolerancia en el uso prolongado. Los dispositivos poseen alarmas de seguridad integradas que garantiza un uso seguro. Además el lavado del espacio muerto anatómico puede contribuir a la reducción de la hipercapnia y por el flujo elevado genera una presión positiva espiratoria que favorece el reclutamiento alveolar y mejora la oxigenación.

La ventilación no invasiva, si bien es eficaz, con frecuencia muestran problemas de tolerancia, interfieren con la alimentación oral, requieren mayor supervisión y un costo mayor para el sistema de salud.

Conclusion: La DBP continúa siendo una de las principales complicaciones de la prematurez, con un alto impacto clínico y social debido a la insuficiencia respiratoria crónica. La CNAF representa una modalidad prometedora para el manejo domiciliario de la DBP. Sin embargo, su implementación debe realizarse dentro de programas estructurados, con criterios de selección adecuados, capacitación familiar y seguimiento interdisciplinario.

CC 03 - EL GRAN SIMULADOR FUNGICO

Carla Maria Florencia Pérez[1]; Viviana Aquino[1]; Maria Cristina Reyes Armua[1]; Hugo González[1]; Miguel Suave[1]; Octavio Nicolás Brasca Zbrun[1]

[1] *Hospital Jr Vidal*

Introducción: Las imágenes cavitadas pulmonares en pacientes con infección por VIH/SIDA representan un hallazgo radiológico relevante que suele asociarse a procesos infecciosos oportunistas.En el contexto del VIH, la interpretación de estas lesiones requiere integrar el estado inmunológico del paciente (especialmente el recuento de CD4), ya que condiciona fuertemente el espectro etiológico.

Caso clínico: Paciente masculino tabaquista de 47 años, con VIH en tratamiento antirretroviral regular (diagnosticado en 05/2025).

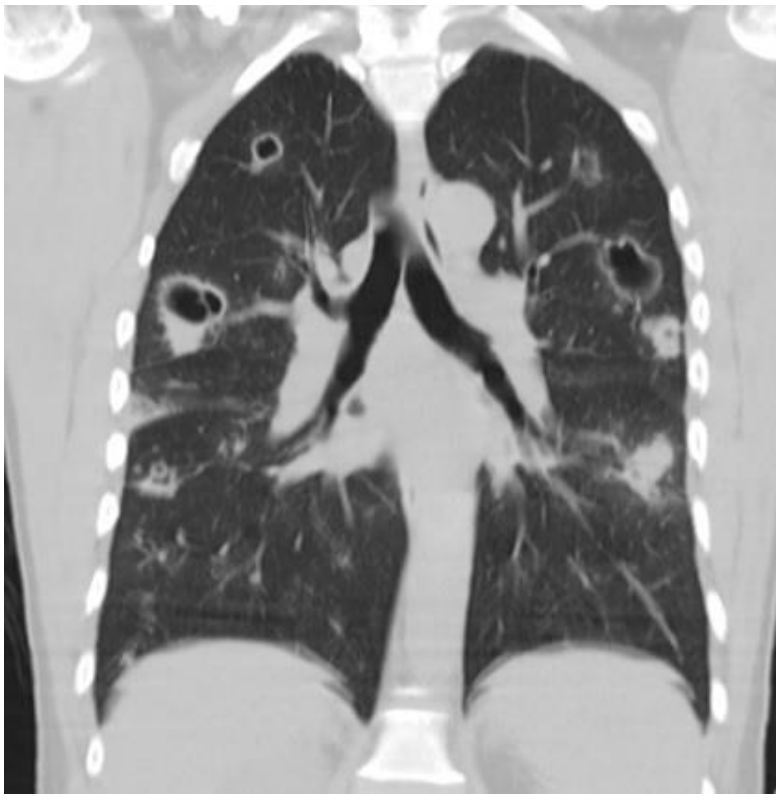
Inicia en 04/2025 con disnea progresiva (mMRC 2), tos productiva y sensación febril. Por radio opacidades bilaterales en la radiografía de tórax, se sospecha neumonía por Pneumocystis jirovecii y cumple 21 días de trimetoprima-sulfametoxazol con mejoría parcial; las baciloscopias y cultivos de esputo (x3) resultaron negativos. En julio recibe levofloxacina por 7 días, ante persistencia sintomática y recomendación infectologica. Se realizo TC de tórax (29/08) que evidencia sinusopatía maxilar derecha, vidrio esmerilado basal y nódulos/micronódulos cavitados de hasta 3 cm. Evoluciona con astenia, sudoración nocturna, pérdida de 5 kg y dolor torácico opresivo (8/10). Tras hisopados virales (COVID-19/Influenza)

negativos y persistencia de síntomas, se decide su internación.Al ingreso se encuentra estable y afebril, con roncus en campo pulmonar izquierdo. El laboratorio muestra anemia y leucocitosis. Una nueva TC confirma derrame pleural izquierdo laminar, vidrio esmerilado, micronódulos y múltiples opacidades pseudonodulares cavitadas con niveles hidroaéreos. Se indica aislamiento respiratorio, cobertura antibiotica y muestras de esputo. Se realiza Videofibrobroncoscopia que evidencia una placa blanquecina poco friable sobre fondo eritematoso en la entrada de la língula, realizándose lavado broncoalveolar (BAL).

Discusión: Teniendo en cuenta contexto inmunológico del paciente se pueden plantear diferentes diagnósticos infectologicos. A destacar: tuberculosis pulmonar y micosis pulmonares, dada área endémica.

Posteriormente se recibe resultado de observación directa de muestra de esputo obtenida durante internación: levaduras de Paracoccidiodes Brasiliensis.

Conclusión: frente a un paciente HIV positivo deben considerarse múltiples agentes oportunistas, priorizando la sospecha orientada a región endémica y exposiciones. La Paracoccidioidomicosis es la micosis profunda sistémica más frecuente en América Latina, causada por el hongo dismórfico Paracoccidioides brasiliensis. la enfermedad puede presentar un amplio espectro clínico y se divide en dos formas: la aguda, la menos frecuente (3%-5% de los casos), y la crónica, la más común (>90% de los casos), que afecta principalmente a hombres de entre 20 y 30 años.La forma clínica más frecuente es la crónica multifocal con afectación pulmonar y muco-cutánea. En este caso, la misma se presentó sin lesiones cutáneas evidentes, siendo el pulmón el foco de afección. Finalmente se indico tratamiento con itraconazol 200 mg dia con buena evolución clínica.



CC 04 - NÓDULOS PULMONARES QUE DESCONCIERTAN

Josseline Sinchiguano[1]; Manuela Garro[1]

[1] *Sanatorio Mendez*

Introducción: El leiomioma metastásico benigno (LMB) es una entidad infrecuente caracterizada por la presencia de lesiones histológicamente benignas fuera del útero, generalmente en los pulmones, en mujeres con antecedentes de leiomioma uterino. A pesar de su apariencia no maligna al microscopio (baja mitosis, sin atipia ni necrosis), se comporta clínicamente como un tumor metastásico, lo que representa un reto diagnóstico y terapéutico. Su patogénesis se asocia con diseminación hematógena de células del leiomioma uterino, especialmente tras procedimientos quirúrgicos como la histerectomía o miomectomía. La mayoría de los casos son hallazgos incidentales.

Caso clínico: Paciente femenina de 43 años, sin antecedentes oncológicos ni respiratorios, con historia de miomatosis uterina tratada con histerectomía simple 15 años previos. Acude a la consulta por radiografía patológica que se realizó en contexto de bronquitis, niega síntomas respiratorios y constitucionales. La radiografía de tórax reveló múltiples opacidades nodulares bilaterales. Se realizó tomografía computada de tórax sin contraste, que evidenció múltiples nódulos pulmonares bien delimitados, de distribución bilateral y tamaño variable, el mayor de 4.8 x 3.7 cm, con posterior PET-TC sin captación y con densidad grasa en su interior.

En comité de tumores se decide punción con aguja gruesa guiada bajo tomografía: sin rédito por lo que se decide realizar biopsia quirúrgica de lesión ubicada en LSD. La anatomía patológica descarta atipia celular y figuras mitóticas, con receptor de estrógeno y progesterona positivos, compatible con LMB. Se derivó a la paciente a onco-ginecología para tratamiento y seguimiento.

Discusión y conclusión: El LMB es una rara variante proliferativa de fibras musculares lisas en lugares alejados al útero, que frecuentemente se presenta con aspecto radiológico similar a metástasis, es infrecuente, representa 0.5-2% de los tumores de músculo liso uterino.

El LMB debe considerarse en mujeres con antecedentes de miomatosis uterina que presentan nódulos pulmonares, especialmente si han sido sometidas a cirugía uterina, incluso hasta 20 años previos a la aparición de las lesiones pulmonares. Aunque histológicamente benigno: estrógeno-dependiente y con bajo grado de mitosis, su comportamiento clínico se asemeja al de un tumor metastásico, lo que genera incertidumbre diagnóstica. La inmunohistoquímica es clave para diferenciarlo de neoplasias malignas. El tratamiento debe ser individualizado, con opciones que incluyen cirugía, hormonoterapia y seguimiento clínico-radiológico.

CC 05 - SÍNDROME COMBINADO FIBROSIS-ENFISEMA ASOCIADA A POSITIVIDAD DE ANTICUERPOS RO60 Y RO52

Serrana Serrana Garcia[1]; Fabiána De Armas[2]

[1] DNSFFAA; [2] Hospital policial

Introducciòn: La fibrosis pulmonar combinada con enfisema (CPFE) se asocia con un peor pronóstico que la enfermedad pulmonar intersticial aislada. La CPFE asociado a neumonía organizada refractaria a tratamiento corticoideo y positividad anti-Ro52 son marcadores de mal pronóstico pulmonar.

Historia clínica: SM de 75 años, exfumador (35 paquetes-año), cardiopatía isquémica . Consultó por tos seca persistente; dos años después desarrolló disnea mMRC 3, no manifestaciones clínicas de enfermedad autoinmune.

Velcros bibasales y saturación basal de oxígeno de 97%.

Espirometria, test de marcha(TM6M), disfusión libre monoxido de carbono (DLCO) y volumen pulmonar (TLC).

AÑO	2023	2024
CVF	85%	97%
VEF1	112%	98%
IG	0.85	0.84
DLCO	84	64
TLC	112	
TM6M		
DISTANCIA	normal	normal
Sat	Pre 97%-91%	Pre 97-post70%

Panel de anticuerpos

	2023	2024
FR	negativo	negativo
ana	negativo	1/640
ena	negativo	ro52 y ro60
ck	negativo	negativo
anca	negativo	negativo

Anticuerpos negativos :Anti-sDNA,Antinucleosoma,Antihistona,Anti-SmD1,Anti-PCNA,Anti-La (SS-B),Anti-CENP-B,Anti-Scl-70,

Anti-U1-snRNP,Anti-AMA M2,Anti-Jo-1,Anti-PM-Scl,Anti-Mi-2,Anti-Ku,Anti-DFS70. SerologiaVIH negativo

La TAC de tórax de 2023 mostró fibrosis sin distribución apicocaudal y enfisema (no permite cargar imagen) .

Entre 2024 y 2025 aparecieron consolidaciones migratorias bilaterales sugestivas de neumonía organizada.

Broncoscopia:Secreciones abundantes.Lavado broncoalveolar negativo.

Biopsia pulmonar quirúrgica :distorsión arquitectural , fibrosis colágena extensa e infiltrado inflamatorio.

A dos años del diagnóstico instaura disnea3 mmRc y aparición de consolidación en tomografia, descartada etología infecciosa, se comienza con prednisona 30 mg dia, micofenolato 2gr dia , broncodilatadory oxigenoterapia.Nintedeninb iniciado en 2023.

Infección respiratoria e insuficiencia cardíaca con derrame pleural bilateral ,se realiza tratamiento con buena evolución.

La neumonía organizada persistió a pesar de los corticoides que se aumentaron a 40 mg dia.

El micofenolato se suspendió por mala tolerancia.Se plantea el inicio de Rituximab , paciente cursa exacerbación respiratoria falleciendo.

Discusión y conclusiones: En el CPFE es fundamental reevaluar periódicamente una causa autoinmune, los anticuerpos pueden positivizarse durante la evolución. La seroconversión coincidió con la progresión clínica y el aumento de la de neumonía organizada.La enfermedad autoinmune subyacente probablemente coincida con enfermedad de Shrogren (Ro60+) aunque no contamos con los criterios diagnósticos definitvos, Ac Ro52+ es un mal predictor pronóstico.

Las espirometrias mantuvieron un patrón pseudonormal con TLC conservada, la DLCO descendió progresivamente (sobrestimada en CPFE). El estudioTM6M identificó precozmente el deterioro funcional.La reevaluación inmunológica seriada y del acceso oportuno a terapias inmunomoduladoras y antifibróticas en pacientes con CPFE es de importancia para mejorar pronóstico.

CC 06 - ROL CRUCIAL DE LA PLEUROSCOPIA MÉDICA EN EL DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO DEL DERRAME PLEURAL EXUDATIVO: SERIE DE 4 CASOS

Dylan Maldonado[1]; Edgar Contreras[1]; Juan Castellanos[1]; Maynor Palma[1]

[1] *Unidad de Neumología, Hospital Roosevelt, Guatemala*

Introducción: El derrame pleural exudativo representa un reto diagnóstico frecuente, especialmente cuando los estudios iniciales de líquido pleural, microbiología e imagen no permiten establecer con certeza su etiología. En este contexto, la pleuroscopia médica constituye una herramienta de alto valor al permitir la visualización directa de la cavidad pleural y la obtención de biopsias dirigidas con elevado rendimiento diagnóstico, tanto en enfermedades infecciosas como malignas.

Serie de casos: Presentamos una serie de 4 casos de derrame pleural exudativo no resuelto mediante evaluación convencional. Dos correspondieron a tuberculosis pleural. El primero, un hombre de 39 años con derrame pleural derecho, fiebre y disnea, en quien la pleuroscopia mostró cambios inflamatorios agudos con fibrina en toda la pleura parietal, adherencias pleuro-pulmonares simples y cambios inflamatorios asociado a antracosis en pulmón derecho; la biopsia reveló granulomas con necrosis caseosa, confirmando tuberculosis pleural. El segundo, mujer de 36 años con derrame pleural izquierdo persistente inicialmente tratado como paraneumónico; la pleuroscopia evidenció cambios inflamatorios agudos y múltiples nódulos de diversos tamaños supurativos en toda la pleura parietal y la histopatología reportó pleuritis granulomatosa con células gigantes tipo Langhans, estableciendo igualmente el diagnóstico de tuberculosis pleural. Los otros dos casos correspondieron a etiología neoplásica. En una mujer de 84 años con disnea progresiva, pérdida de peso y derrame pleural derecho, la pleuroscopia mostró placas blanquecinas perladas difusas y las biopsias confirmaron mesotelioma epitelioide. En una mujer de 77 años con antecedente de cáncer de mama hace mas de 20 años, presentó derrame pleural derecho; la pleuroscopia reveló cambios inflamatorios agudos y crónicos con múltiples placas blanquecinas y nódulos perlados en pleura parietal, y la histología concluyó adenocarcinoma poco diferenciado de origen metastásico con origen primario de mama.

Discusión: Esta serie demuestra que la pleuroscopia médica fue decisiva para diferenciar etiologías infecciosas y malignas en derrames pleurales exudativos persistentes, incluso cuando los estudios iniciales resultaron negativos o no concluyentes.

Conclusión: En pacientes con derrame pleural exudativo de etiología incierta, la pleuroscopia médica desempeña un rol crucial para alcanzar el diagnóstico final. En esta serie permitió confirmar 2 casos de tuberculosis pleural y 2 casos de malignidad, consolidándose como una herramienta diagnóstica fundamental.

CC 07 - ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL COMO MANIFESTACIÓN PREDOMINANTE DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

MIcaela Gómez Giglio[1]; Florencia Villaroel[1]; Ignacio López[1]; Silvia Quadrelli[1]; Alejo Ramos[1]

[1] *Sanatorio Guemes*

Introducción: El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por una amplia heterogeneidad clínica. Si bien el compromiso pleuropulmonar constituye una causa importante de morbimortalidad, la enfermedad pulmonar intersticial

(EPI) representa una manifestación infrecuente, con una prevalencia estimada entre el 2 y el 5%.

La neumonía intersticial no específica (NSIP) constituye el patrón tomográfico e histopatológico mas frecuente. No obstante la EPI como presentación clínica predominante del LES es excepcional y requiere descartar otras enfermedades del tejido conectivo (ETC) y etiologías diferenciales.

Los factores asociados a su desarrollo son edad avanzada al momento del diagnóstico de la enfermedad, enfermedad de larga data, RNP positivo y serositis.

Presentamos el caso de un paciente masculino con LES-EPI, patrón NSIP, cuya principal manifestación clínica fue respiratoria.

Caso clínico: Hombre de 65 años, reside en CABA, con antecedente de lupus eritematoso sistémico diagnosticado a partir de artritis y derrame pleural (perfil inmune: FAN 1:2560 de patrón nuclear moteado fino, anticuerpos anti-Sm, anti-RNP y anti-ADN positivos e hipocomplementemia) consulta por disnea mMRC 2 y tos seca de nueve meses de evolución.

Las pruebas de función pulmonar evidenciaron un patrón restrictivo leve (CVF 2,41 L; 68% , VEF1 1,91 L 69%,TLC 3,9 L 66%) DLCO 66%; 16,7 ml/min/mmHg (disminución leve) . El ecocardiograma transtorácico mostró función sistólica conservada biventricular, sin signos indirectos de hipertensión pulmonar.

Tomografía de tórax evidencia áreas de vidrio esmerilado bilateral, periférico y bibasal, engrosamiento de los septos inter e intralobulillares, bronquiectasias y bronquioloectasias por tracción.

El caso fue discutido en el CMD, tras integrar los hallazgos clínicos, inmunológicos, funcionales y radiológicos se descartaron etiologías alternativas y se estableció el diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial patrón NSIP-LES.

Se inició tratamiento con meprednisona con consecuente mejoría clínica de la disnea y recuperación funcional, objetivada por un incremento de CVF 2,41lt (69%) a CVF 2,76 lt (76%) que corresponde a 8 % y 350 ml del porcentaje.

Dado buena evolución se consensua en CMD iniciar micofenolato 2 gr/día con buena tolerancia.

Conclusiones: La EPI asociada a LES constituye una manifestación infrecuente, especialmente en pacientes de sexo masculino. Este caso destaca la necesidad de considerar las conectivopatías en el estudio de las EPI y pone de manifiesto el valor del comité multidisciplinario para establecer un diagnóstico preciso e instaurar un tratamiento oportuno.

Aunque hasta un 65% de los casos publicados de LES-EPI presentan superposición con otra enfermedad del tejido conectivo, en este paciente dicha posibilidad fue descartada mediante evaluación clínica, inmunológica y discusión multidisciplinaria, lo que refuerza la singularidad del caso.

CC 08 - ADENOCARCINOMA PULMONAR DE CRECIMIENTO LEPÍDICO EN PACIENTES JÓVENES: REPORTE DE DOS CASOS

Iris Vigil[1]; María José Etcheverry[2]; Leticia Chiavassa[1]

[1] Hospital Pasteur; [2] Clinica de Especialidades

Introducción: El adenocarcinoma pulmonar de crecimiento lepídico (ACL) es un subtipo histológico poco frecuente. Afecta habitualmente a adultos mayores con antecedentes de tabaquismo o neumopatías crónicas. Su aparición en pacientes jóvenes sin factores de riesgo conocidos es excepcional. Esto representa un desafío debido a que su clínica simula procesos infecciosos o inflamatorios, retrasando el diagnóstico.

Descripción de los casos: Caso 1: Varón de 27 años, sin antecedentes patológicos de relevancia, consultó por tos seca y disnea progresiva de 6 meses. Recibió corticoides y antibióticos empíricos sin mejoría. Al ingreso: afebril, saturación de oxígeno 91% (aire ambiental) e hipoventilación generalizada izquierda. La tomografía de tórax evidenció consolidación alveolar bilateral con broncograma aéreo en lóbulo superior izquierdo y áreas de vidrio esmerilado perilesional. Exámenes microbiológicos, serológicos y reumatológicos fueron negativos. Evolucionó con registros febriles y requerimiento de oxígeno. Se realizó biopsia pulmonar guiada por TC y la anatomía patológica confirmó ACL. Inició quimioterapia sin respuesta y falleció.

Caso 2: Varón de 21 años, transportista, tabaquista (4 paquetes/año), ingresó por tos seca, congestión nasal de 5 meses, astenia, pérdida de peso (5 kg) y vómitos. Al ingreso: estable, afebril, SatO2 89% (aire ambiental) con sibilancias y roncus bilaterales. TC de tórax, cerebro y abdomen mostró derrame pleural bilateral, masa en lóbulo inferior derecho, adenopatías mediastinales /abdominales y patrón intersticial micronodulillar con vidrio esmerilado. La videobroncoscopia con biopsia reveló lesión neoproliferativa en carina y bronquio fuente izquierdo. El estudio histopatológico concluyó ACL. El paciente intercurrió con infección respiratoria bilateral y falleció.

Discusión

El ACL en jóvenes es una entidad rara cuyo patrón radiológico de vidrio esmerilado y consolidación bilateral simula neumonías atípicas u organizadas. La falta de respuesta a esquemas antibióticos convencionales debe motivar la sospecha oncológica y la toma temprana de biopsia.

Conclusiones: El adenocarcinoma pulmonar de crecimiento lepídico debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales ante síntomas respiratorios persistentes en pacientes jóvenes, especialmente cuando las imágenes no son concluyentes y la evolución clínica es tórpida. Su detección oportuna es crucial para establecer un tratamiento eficaz.

CC 09 - PRIMEROS CASOS DE RESISTENCIA A BEDAQUILINA EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES

Laura Rey[1]; Cintia Jara Vera[1]; Bruno Bartoletti[1]; Victor Cruz[1]; Ana Gamberale[1]; Mario Matteo[1]; Domingo Palmero[1]

[1] *Hospital F. J. Muñiz*

Introducción y objetivos: La tuberculosis multirresistente (TB-MDR) continúa siendo un problema relevante de salud pública. La incorporación de bedaquilina (Bdq) a los esquemas terapéuticos mejoró el abordaje de la tuberculosis resistente; sin embargo, la emergencia de resistencia amenaza su eficacia y limita las opciones disponibles. En Argentina existe escasa evidencia local sobre este fenómeno. El objetivo fue evaluar la frecuencia de resistencia a Bdq y describir las características clínico-epidemiológicas, microbiológicas y evolutivas de pacientes con TB-MDR atendidos en un centro de referencia de CABA.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal realizado en el Hospital Francisco J. Muñiz entre enero de 2022 y diciembre de 2025. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con TB-MDR y resistencia confirmada a Bdq, atendidos en la sala 19 del Pabellón Koch. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, antecedentes de tratamiento, exposición previa a Bdq, adherencia, tipo de resistencia, compromiso pulmonar, mutaciones asociadas y desenlaces clínicos. El análisis estadístico fue descriptivo.

Resultados: De 66 pacientes con TB-MDR evaluados, 10 presentaron resistencia confirmada a Bdq, con una frecuencia estimada de 15,2% (IC95%: 7,5-26,1). La media de edad fue de 36,5 años (mediana 32; rango 18-58) y predominó el sexo femenino (60%). La resistencia fue adquirida en 8 casos (80%) y primaria en 2 (20%). Siete pacientes (70%) tenían exposición previa a Bdq, mientras que uno de ellos recibió clofazimina, desarrollando resistencia cruzada. Se observó mala adherencia previa en 8 pacientes (80%) . El compromiso pulmonar bilateral se observó en 9 casos (90%). Siete pacientes (70%) presentaron al menos una comorbilidad; las más frecuentes fueron VIH y diabetes tipo 2, cada una en 2 casos (20%). Considerando diabetes tipo 1 y 2 en conjunto, estuvo presente en 3 pacientes (30%). La mutación Rv0678 se identificó en 9 casos (90%) y pepQ en 1 (10%). En la evolución, 3 pacientes se curaron (30%), 3 pacientes continúan en tratamiento al momento de realizar el estudio (30%) y 4 fallecieron (40%), 3 por tuberculosis XDR y 1 por otra causa.

Discusión y conclusiones: La resistencia a Bdq se identificó en el 15,2% de los pacientes con TB-MDR evaluados. Predominaron la resistencia adquirida, la exposición previa al fármaco, la mala adherencia, el compromiso pulmonar bilateral y las comorbilidades. La mutación Rv0678 fue el hallazgo molecular más frecuente. Si bien el tamaño muestral impide establecer asociaciones causales, esta serie permite caracterizar una problemática emergente en un centro nacional de referencia. Se destaca la necesidad de fortalecer la vigilancia microbiológica y molecular, optimizar la adherencia terapéutica y promover el uso racional de Bdq para preservar su eficacia.

CC 11 - MANEJO DE COMPLICACIONES HEPÁTICAS Y EVOLUCIÓN CLÍNICA BAJO TERAPIA MODULADORA EN UNA PACIENTE CON DIAGNÓSTICO DE FIBROSIS QUÍSTICA EN LA ADULTEZ. CENTRO DE FIBROSIS QUÍSTICA DE ADULTOS — EQUIPO MULTIDISCIPLINARIO VACCAREZZA-MUÑIZ

Julieta Daiana De Cunto[1]; Maria Paula Alurralde[1]; Ana Luz Taborda[2]; Romina Sánchez[1]; Tatiana Rosella[1]; Jimena López Pineiro[1]; Analia Resguardo[3]; Silvana Aguero[2]; Marisol Cedron[2]; Natalia Areas[1]; Silvia Paz[1]; Laura E Osken[3]; Pablo González Montaner[1]; Domingo Palmero[3]

[1] Htal Muñiz; [2] Instituto Vaccarrezza; [3] Htal Muñiz Instituto Vaccarrezza

Introducción: La fibrosis quística (FQ) ha experimentado una transformación radical en las últimas décadas. El diagnóstico precoz y los moduladores del CFTR (ETI), han logrado que la FQ se convierta en una condición crónica del adulto. Este nuevo escenario terapéutico presenta desafíos complejos, entre los cuales la hepatotoxicidad inducida por fármacos es de importancia clínica.

Caso clínico: Paciente mujer de 22 años, mal desarrollo pondoestatural, bronquiolitis, asma. Desconoce pesquisa neonatal. TB a sus 15 años. Bronquiectasias.

2019 colonización por PAE y SAMR, múltiples internaciones por exacerbaciones respiratorias. La primera aproximación al Hospital, fue a fines del año 2022, por exacerbación infecciosa. Durante la internación, se sospecha enfermedad fibroquística.

EFR: FEV1: 1.38 (42%)

Se realizan 3 Test del sudor patológicos. Elastasa 129 Ug/g.

Secuenciación genética F508DEL/C.3718-2477C>T.

Se inicia tratamiento especifico y rehabilitación respiratoria. Requiriendo 2 internaciones durante este periodo por exacerbaciones respiratorias.

Inicia Elexacaftor/Tezacarfor/Ivacaftor en diciembre del 2023.

EFR al segundo mes FEV1: 1.68 (52%)

En julio del 2025, inicia con dolor abdominal, vómitos e ictericia por lo que concurre a Sanatorio privado. TGO 1066 UI/L, TGP 1168 UI/L, BT 3,02 mg/dl, BD 1,96 mg/dl, FAL 208 UI/L y TP 43%. Serologías HIV y virus hepatotropos no reactivas. FAN 1/160, ASMA 1/100. Requiriendo internación.

Inicia seguimiento en Hepatología, con sospecha de Hepatitis Autoinmune aguda. Inicia meprednisona 20 mg/día, con hepatograma control Normal. Progresión de disnea, por lo que se decide reinicio de ETI en días alternos.

En octubre dosis diaria de moduladores. 10 días posteriores, descenso de meprednisona a 10 mg/día.

En Diciembre del 2025, TGP 179 UI/L, TGO 142 UI/L, BT 0,8 mg/dl. Biopsia hepática, compatible con DILI (Hepatitis crónica activa con patrón portal y lobulillar) RMN sin alteraciones hepáticas ni de la vía biliar.

Por necesidad de continuar tratamiento con ETI, se reinicia Meprednisona 20 mg/día y Moduladores en días alternos.

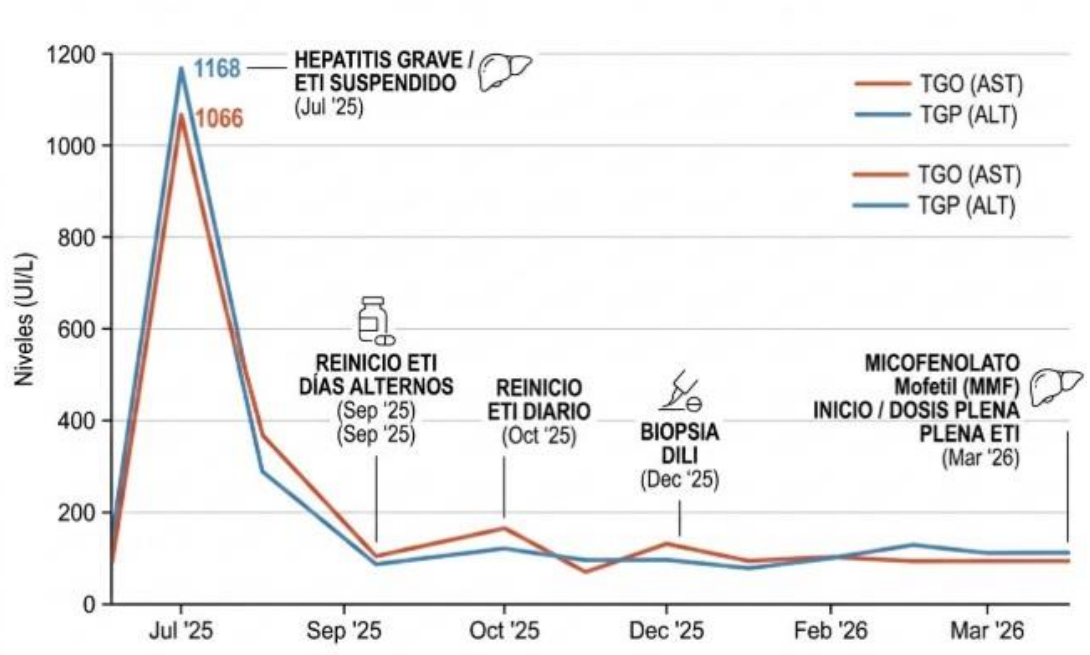
En marzo del 2026, empeoramiento de los síntomas respiratorios. Exacerbaciones con requerimiento de antibiótico VO. Inicio de tratamiento con Micofenolato Mofetil (MMF), con descenso paulatino de Meprednisona y dosis plena de ETI.

EFR: FEV1 2.69 (82%)

Actualmente MMF 1500 mg/día + 4 mg/día meprednisona, dosis diaria de ETI controlando síntomas respiratorios, sin internaciones.

El diagnóstico diferencial en pacientes con FQ con compromiso hepático debe distinguirse entre la enfermedad hepática asociada a la FQ y la toxicidad aguda por moduladores. En nuestra paciente, la correlación entre clínica, laboratorio e histología fue fundamental para orientar el diagnóstico de DILI.

El manejo debe ser multidisciplinario, priorizando la seguridad hepática sin desestimar el impacto de los moduladores. Asociar corticoides con MMF permitió controlar la inflamación hepática y reintroducir dosis plenas de ETI, logrando estabilidad hepática y respiratoria. Se recalca la importancia de la sospecha clínica de FQ en pacientes adultos.



CC 12 -¿EVOLUCIÓN O SUPERPOSICIÓN DE PATRONES? CORRELACIÓN RADIOLÓGICA E HISTOPATOLÓGICA EN UN CASO DE NEUMONÍA INTERSTICIAL CON CARACTERÍSTICAS AUTOINMUNES (IPAF)

Maria del Rosario Flores[1]; Barbara Carolina González[1]; Ivana Gabriela Vega[1]; Noemi Daniela Cabral[1]; Carolina Churruca[1]; Graciela Gómez[1]; Nancy Edith Romero[1]; Cristina Rodhe[1]; Lorena del Carmen Canteros[1]

[1] *Hospital Julio Cecilio Perrando*

Introducción: La neumonía intersticial con características autoinmunes (IPAF) es una entidad definida por la ATS/ERS en 2015 para pacientes con enfermedad pulmonar intersticial (EPI) y rasgos de autoinmunidad que no cumplen criterios de enfermedad del tejido conectivo definida. Su diagnóstico requiere la integración de criterios clínicos, serológicos y morfológicos, previa exclusión de otras causas de EPI. La actualización del consenso internacional de 2025 destaca la importancia de la discusión multidisciplinaria y del seguimiento longitudinal para su adecuada clasificación y manejo.

Caso Clínico: Paciente femenina de 44 años, no tabaquista, con IMC 45 e hipertensión arterial. Consulta por disnea mMRC 3 y artralgias, presentando a la auscultación crepitantes tipo "Velcro" y rash malar. Relata diagnóstico en 2008 de lupus eritematoso sistémico, posteriormente descartado por Reumatología al no cumplir criterios clasificatorios vigentes. Se documentó FAN positivo (1/160, patrón moteado fino) en 2015, actualmente negativo, al igual que el resto del perfil autoinmune.La espirometría mostró patrón inespecífico (CVF 65% del predicho), con descenso del 8% de la CVF respecto al estudio funcional realizado hace 7 años.La revisión de las tomografías evidenció progresión desde un patrón de neumonía organizada en 2015[Fig.1], con posterior componente sobreagregado de neumonía intersticial no específica en 2019[Fig.2], hacia un patrón compatible con neumonía intersticial usual en 2026[Fig.3].El ecocardiograma fue normal y el test de caminata no evidenció desaturación.Ante la progresión radiológica y la coexistencia de diferentes patrones tomográficos (NOC/NINE/NIU), se realizó fibrobroncoscopia para BAL, descartando proceso infeccioso subyacente. Se realizó biopsia pulmonar por videotoracoscopia, que informó un patrón histológico compatible con neumonía intersticial usual (NIU)[Fig.4].Tras la discusión en ateneo multidisciplinario, integrando los hallazgos clínicos, serológicos, radiológicos e histopatológicos, se estableció el diagnóstico de neumonía intersticial con características autoinmunes (IPAF), indicándose seguimiento conjunto por Neumología y Reumatología.

Discusión y Conclusión: Este caso ilustra la complejidad diagnóstica de las enfermedades pulmonares intersticiales con características autoinmunes.La IPAF continúa representando un desafío diagnóstico que requiere un abordaje multidisciplinario. El seguimiento longitudinal en esta paciente documentó el predominio secuencial de patrones tomográficos (NOC, NINE y NIU), un hallazgo poco descrito en la literatura y no contemplado específicamente en los consensos vigentes. La discordancia entre la evolución tomográfica y el patrón histológico final ,plantea un interrogante aún sin respuesta: ¿la secuencia de patrones refleja la progresión de una misma enfermedad o distintas expresiones morfológicas de un proceso intersticial

autoinmune?. Este caso resalta el valor del seguimiento longitudinal ,la discusión multidisciplinaria, y refuerza la necesidad de un seguimiento evolutivo e individualizado.

CC 13 - CUANDO EL LAVADO BRONCOALVEOLAR NO ALCANZA: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN EOSINOFILIA PULMONAR. SERIE DE CASOS

Sofía Gaite[1]; Alejo Ramos[1]; Manuel Ibarrola[1]; Silvia Quadrelli[1]

[1] *Sanatorio Guemes- CABA*

Introducción: Las enfermedades eosinofílicas pulmonares comprenden un espectro de entidades caracterizadas por infiltración eosinofílica del parénquima pulmonar. Un recuento de eosinófilos ≥25% en el lavado broncoalveolar (BAL) es altamente sugestivo en el contexto clínico adecuado, aunque no es específico y puede no reflejar el compromiso eosinofílico pulmonar . El objetivo fue describir el aporte y las limitaciones diagnósticas del BAL en pacientes con sospecha de enfermedad eosinofílica pulmonar.

Se realizó una serie retrospectiva de casos del Servicio de Neumonología del Sanatorio Güemes (CABA), incluyendo pacientes evaluados entre enero de 2017 y enero de 2026 con sospecha de enfermedad eosinofílica pulmonar en quienes se realizó BAL. Se analizaron características clínicas, eosinofilia periférica, IgE, tomográfias, BAL, estudios microbiológicos e inmunológicos, biopsia, tratamiento y evolución.

Casos clínicos: Paciente 1: Varon de 25 años con cuadro subagudo de disnea, fiebre y pérdida de peso. Tomografía con consolidaciones periféricas y opacidades en vidrio esmerilado. BAL con 2% de eosinófilos. Ante la discordancia clínico-radiológica, se realizó biopsia pulmonar que confirmó neumonía eosinofílica. Presentó buena respuesta a corticoides.

Paciente 2: Mujer de 75 años con disnea e insuficiencia respiratoria. Eosinofilia periférica hasta 3380/µL e IgE elevada. Tomografía con consolidaciones y patrón en mosaico. BAL con 30% de eosinófilos. Planteándose como principal diagnóstico un síndrome hipereosinofílico.

Paciente 3: Mujer de 64 años con asma . Presentó disnea progresiva, eosinofilia periférica de 2600/µL e IgE elevada. TC con opacidades subpleurales, bronquiectasias y tapones mucosos. BAL con eosinofilia >25%. Se consideró compatible con probable aspergilosis broncopulmonar alérgica.

Paciente 4: Mujer con asma, TC con atelectasias y consolidaciones recurrentes, eosinofilia periférica y BAL inicial sin eosinofilia. Ante persistencia del cuadro, se repitió el estudio evidenciando 65% de eosinófilos. Se descartaron causas infecciosas y autoinmunes. Compatible con neumonía eosinofílica crónica, con adecuada respuesta a corticoides.

Discusión y conclusiones: El BAL es una herramienta sensible, pero no específica, para detectar eosinofilia alveolar. Nuestra serie demuestra sus limitaciones. Un BAL sin eosinofilia no excluye enfermedad como en el caso 1 y en la evaluación inicial del caso 4, donde el diagnóstico se alcanzó mediante biopsia o repetición del estudio. Asimismo, la eosinofilia en BAL no define la etiología, ya que puede observarse en distintas enfermedades, como ilustran

los casos 2 y 3. La repetición del BAL puede aportar información adicional cuando persiste una alta sospecha clínica. Por ello, el BAL debe interpretarse junto con la clínica, los hallazgos tomográficos, la eosinofilia periférica y otros estudios complementarios; la biopsia conserva un rol en casos seleccionados. En conclusión, el BAL constituye una herramienta dentro del algoritmo diagnóstico, pero por sí solo no establece la etiología ni el diagnóstico definitivo.

CUANDO EL LAVADO BRONCOALVEOLAR NO ALCANZA: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS EN EOSINOFILIA PULMONAR. SERIE DE CASOS

Sanatorio Güemes- CABA
AUTORES: Gaite Sofia, Ramos Alejo, Ibarrola Manuel, Quadrelli Silvia.

Tabla 1

Variable	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad / Sexo	25/ M	75/ F	65/ F	40/F
Presentación	Subaguda	Subaguda	Aguda	crónica
Síntomas principales	Disnea, fiebre, tos	Disnea, fiebre	Disnea, tos	Disnea, tos
Eosinofilia periférica	NO/ 0%	SI/ 3380	SI 2600 (23%)	SI / 720 Leve
Hallazgos en TC	Consolidación 10/6/21: LSI, LII 04/06/21: LSD, LID	Vidrio esmerilado / Consolidacion	nódulos, bronquiectasias árbol en brote	Consolidación VE Atelectasia LM, LID Engrosamiento bronquial
BAL (% eosinófilos)	2%	30%	25%	65%
Diagnóstico por BAL	No	Sí	Sí	Si en el segundo BAL
Biopsia pulmonar	SI	No	No	NO
Motivo de biopsia	BAL no concluyente	—	—	—
IgE T,	331	4609	1161	-
Perfil inmune,	NEGATIVO	NEGATIVO	ANCA 1/80, PR3 Y MPO NEG	NEGATIVO
parasitos en MF	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO	NEGATIVO
Ag aspergillus	NEGATIVO	NEGATIVO	INDETERMINADO	NEGATIVO
Diagnóstico final	NE	Eosinofilia Pulmonar en contexto Hipereosinofilia periferica	probable ABPA	compatible con NEC
Principal aporte del BAL	No descartó enfermedad	Detectó eosinofilia, no la etiología	Requirió integración clínico-radiológica	La repetición permitió el diagnóstico

CC 14 - SECUESTRO PULMONAR INTRALOBAR EN ADULTA JOVEN CON TOS CRÓNICA: REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Johanna Bonilla Delgado[1]

[1] *Sanatorio De La Trinidad Mitre*

Introducción: El secuestro pulmonar es una malformación congénita infrecuente con tejido pulmonar no funcionante, sin comunicación bronquial y con irrigación arterial sistémica aberrante. Se clasifica en intralobar, con drenaje venoso pulmonar, y extralobar. El diagnóstico en adultos suele demorarse por presentarse como infecciones recurrentes o tos crónica,

confundiéndose con otras patologías. El objetivo es presentar un caso de secuestro intralobar en adulta joven y resaltar la sospecha clínica y estudios por imágenes para tratamiento oportuno.

Caso Clinico: Femenina de 29 años, sobrepeso, CIA cerrada espontáneamente y madre cáncer de útero.

No fumadora, exposición a humo de segunda mano 10 años. Vacunas: Antigripal, Prevenar 20; COVID-19 3 dosis. Consulta en julio 2025 por tos crónica mucopurulenta exacerbada 4 meses, disnea de esfuerzo, dorsalgia, malestar general y astenia; recibió antibióticos reiterados sin mejoría. Examen físico: estable, eupneica, Sto2 98 %, FC 82, FR 16, T 36.4 °C, TA 110/70, murmullo vesicular normal. Laboratorio: GB 8.200, neutrófilos 69.4 %, VSG de 71, IgE 31, IgG 2379, IgM 212, HIV negativo. AngioTAC de tórax: opacidad consolidativa en lóbulo inferior izquierdo con broncograma aéreo, arteria nutricia desde aorta descendente y drenaje a vena pulmonar inferior izquierda, compatible con secuestro pulmonar intralobar. Espirometría normal. Se realizó lobectomía inferior izquierda por videotoracoscopía, evidenciándose masa que comprometía todo el lóbulo. Cultivo: Pseudomona aeruginosa multisensible. Anatomía patológica: inflamación crónica sobre secuestro; inmunohistoquimica proceso inflamatorio inespecífico policlonal. Evolucionó favorable, sin oxígeno, y egresó al 6° día postoperatorio. Control febrero de 2026: estable, en rehabilitación pulmonar.

Discusión: El secuestro pulmonar representa entre el 0.15 % y 6,4 % de malformaciones congénitas pulmonares. El intralobar es el más frecuente en adultos y comparte la pleura visceral. La clínica varía desde asintomático hasta tos e infecciones repetidas. La AngioTAC con contraste es el diagnóstico de elección pues identifica la arteria nutricia y el drenaje venoso, diferenciándolo de otras masas. La espirometría suele ser normal, como en este caso. El tratamiento es la resección quirúrgica (toracotomía o videotoracoscopia), que evita complicaciones infecciosas y confirma el diagnóstico. Aquí, la lobectomía fue curativa con buena evolución.

Conclusiones: El secuestro pulmonar debe incluirse en el diagnóstico diferencial de jóvenes con tos crónica y opacidades persistente. Un alto índice de sospecha y la AngioTAC oportuna son fundamentales para el diagnóstico. La resección quirúrgica es definitiva y con buen pronóstico. Este caso subraya la importancia de conocer patologías infrecuentes para evitar demoras diagnósticas y terapéuticas en neumonología.

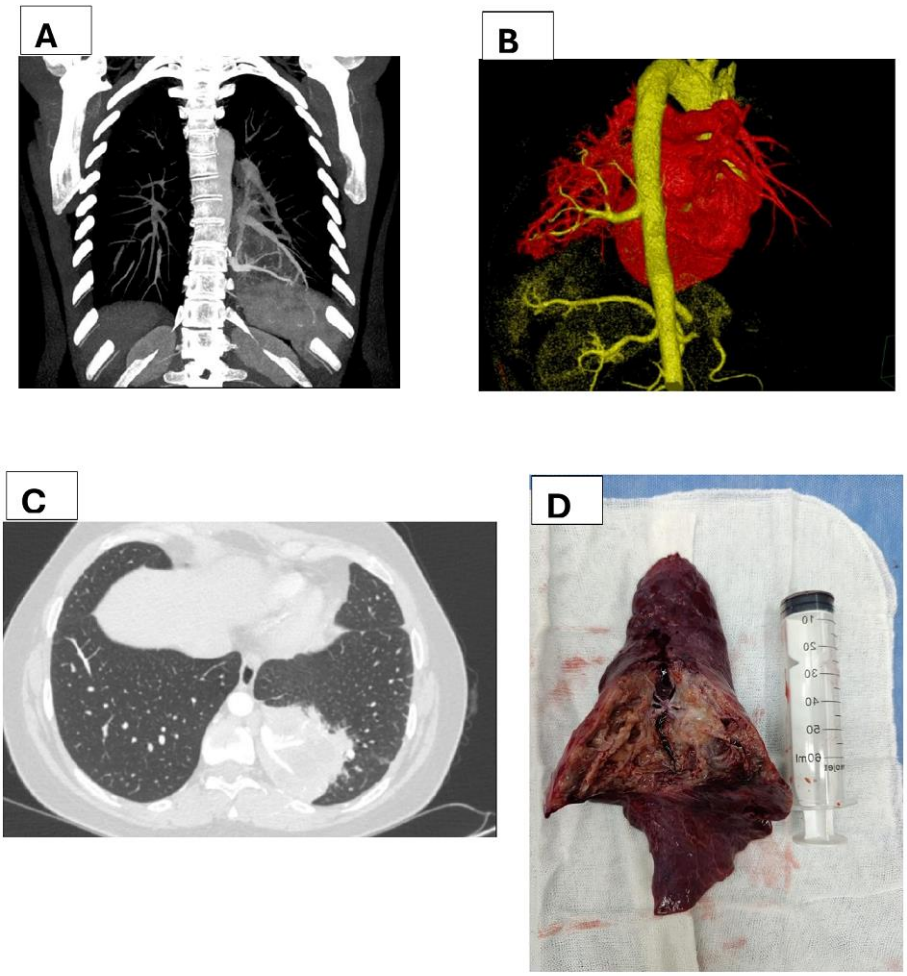


Figura A: AngioTAC reconstrucción coronal. Figura B: reconstrucción 3D con arteria nutricia. Figura C: TAC axial con opacidad en LII. Figura D: Pieza quirúrgica de lobectomía inferior izquierda.

CC 15 - COCCIDIOIDOMICOSIS EN HUESPED INMUNOCOMPETENTE

Hector Sale[1]; Ernesto Cruz[1]; Christian Álvarez[2]; Silvia González[1]; Cecilia Torres[1]; Omar Diaz[1]; Marcela Collante[1]; Evangelina Salazar[1]; Ruben Acuña[1]; Ana Rovarini[1]; Mercedes Espeche[1]; Maria Stivala[1]; Felix Triguero[1]; Daniela Saad[1]; Sergio Rodríguez[1]; Florencia Curia[1]

[1] Hospital De Clinicas Pte. Dr. N. Avellaneda; [2] Hospital Nestor Kirchner

Caso clínico: Paciente masculino de 47 años, no tabaquista, sin viajes fuera de la provincia, reside en zona urbana de Tucumán, sin comorbilidades, solo antecedentes de Osteocondromatosis múltiple familiar, uso ocasional de AINEs. Taxista. Consulta por tumoraciones en regiones laterales de cuello, de varios meses de evolución. Se descarta trastorno linfoproliferativo. Laboratorio y perfil inmunológico normales. HIV no reactivo. Ecografía de partes blandas: adenomegalias cervicales. TAC de Tórax: Infiltrado intersticioalveolar, con árbol en brote e imagen nodular en segmento posterior del lóbulo superior izquierdo. TAC de abdomen y pelvis normales. Fibrobroncoscopía sin lesiones

endoluminales.Muestras ganglionares: GeneXpert negativo. CMT no detectado. Cultivo por BACTEC MGIT negativo. Se descarta micobacteriosis atípica. Ex. Micológico directo: Coloración de Grocott, no se observan elementos fúngicos. Giemsa negativo. Cultivo: positivo, con identificación de Coccidioides posadasii (PCR en Instituto Malbrán). Serología para hongos: anticuerpos anti-Coccidioides positivos. Se inició tratamiento con fluconazol 400 mg/día. A los 40 dias se reevaluó el paciente, encontrándose asintomático, con buena tolerancia a la medicación y sin aparición de nuevas adenomegalias, con reducción del infiltrado pulmonar y desaparición de la imagen nodular. Continúa tratamiento hasta completar 12 meses, donde se reevaluará clinicamente, con imágenes y serología con títulos de anticuerpos antes de su suspensión.

Conclusión: La Coccidioidomicosis diseminada con compromiso ganglionar y pulmonar en un huésped inmunocompetente, representa un hallazgo excepcional en nuestro medio. En Tucumán se reportaron solo 2 casos, de 228 casos registrados en Argentina en los últimos 130 años (entre 1892 y 2022), lo que resalta la infrecuencia de esta enfermedad. En los casos publicados, la especie identificada fue Coccidioides posadasii, coincidente con el aislamiento en nuestro paciente.Decidimos presentar este caso, que brinda evidencia clínica de una entidad de difícil sospecha diagnóstica y enfatiza la necesidad de ser tenida en cuenta, incluso en inmunocompetentes, para evitar un retraso en el diagnóstico e iniciar precozmente su tratamiento. Además, consideramos importante esta comunicación, que resultará un aporte, al enriquecer la casuística nacional y el conocimiento de esta enfermedad poco frecuente.



CC 16- ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PACIENTE CON ESCLERODERMIA Y ENFERMEDAD POR IGG4. REPORTE DE UN CASO.

Carolina Fernanda Muñoz[1]; Sebastian Lamot[1]

[1] *Hospital Provincial Neuquén*

Introducción: La enfermedad por IgG4 es una enfermedad fibroinflamatoria sistémica, con infiltración linfoplasmocitaria de los órganos afectados y niveles elevados de IgG4. A nivel torácico puede afectar hasta un 30% de los pacientes con IgG4 sistémica con siete patrones principales. A nivel pulmonar patrón nodular, vidrio esmerilado, enfermedad intersticial y peribroncovascular. A nivel extrapulmonar patrón ganglionar, pleural y retromediastínico .

Afecta principalmente hombres,entre 50 y 60 años. Los síntomas son inespecíficos y no siempre requiere tratamiento

Caso Clínico: Paciente masculino ex-tabaquista (40 p/y). Esclerodermia diagnosticada en 2025 con raynaud, ulceras digitales y disfagia. FAN 1/1280 anticentrómero. ANCA MPO y PR3 negativos. ENAs negativo. FR negativo. Tratamiento con sildenafil. Comienza con tos seca , disnea mMRC 2- 3, y pérdida de peso.

Saturación de oxigeno 95%, auscultación normal.

Laboratorio: hepatograma patrón colestásico. Serología HVC HVB HIV negativo. AMA ASMA LKM negativo.

Espirometría patrón no obstructivo leve con respuesta broncodilatadora positiva. FVC 76%. DLCO disminución leve 78%.

Se solicita tomografía de tórax que evidencia compromiso intersticial y poliadenopatías.

Se solicita PET TC: Adenopatías y conglomerados supra e infradiafragmaticos con aumento de captación compatibles con enfermedad linfoproliferativa.

Se estudia para descartar Linfoma, TBC o enfermedad por IgG4.

PPD 0 mm. Dosaje IgG 2483 mg/dl

BAL: germenes comunes, BAAR, hongos y tbc negativo. Citología 2 extendidos con moderada celularidad sin particularidades.

Biopsia de ganglio cervical e inguinal: hiperplasia folicular reactiva.

Biopsia hepática: infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, abundantes neutrófilos. Fibrosis portal tipo estoriforme moderado. Colestasis leve. Hallazgos sugieren el diagnóstico de compromiso hepatobiliar/colangitis esclerosante relacionada con igg4.

Se evalúa en forma interdisciplinaria, se interpreta como EPID en paciente con esclerodermia y enfermedad por IgG4, con compromiso ganglionar, pulmonar y hepático.

Inicia con rituximab, dosis bajas de corticoides y acido ursodesoxicolico.

Discusión: El compromiso intersticial pulmonar en enfermedad por IgG4 es un diagnóstico complejo. Aunque en nuestro paciente la esclerodermia era la primer sospecha como causa de EPID, las poliadenopatías y un dosaje de IgG4 elevado, fortalecieron la sospecha para descartarla como etiología y profundizar su investigación. Si bien la biopsia pulmonar nos confirmaría el diagnóstico del compromiso intersticial por IgG4, la elección del tratamiento con rituximab permite tratar ambas causas y evitar el procedimiento, pudiendo confirmar el diagnóstico solo con biopsia hepática.

Conclusión: La afectación torácica de la enfermedad relacionada con IgG4 es heterogénea. Los principales patrones observados en la tomografía son el engrosamiento peribroncovascular y la afectación de los ganglios linfáticos. Los síntomas inespecíficos y el compromiso multisistémico hacen que se requiera una alta sospecha diagnostica para su estudio.



CC 17 - COEXISTENCIA DE TUBERCULOSIS PULMONAR Y CRIPTOCOCOSIS DISEMINADA CON COMPROMISO ÓSEO EN HUÉSPED INMUNOCOMPETENTE

Wilber Balcera Estrada[1]; Ana Gabriela López Ortega[1]; Alejandra Gonzales[1]; Tobias Bailon[1]; Moises Molina[1]; Cristhian Sancan[1]; Xavier Paredes[1]; Carlos Tummino[1]

[1] *Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas*

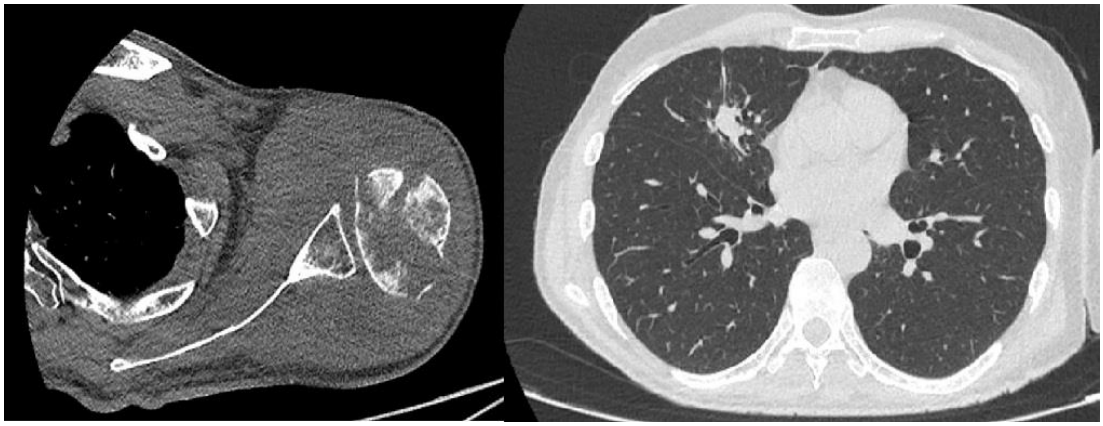
Introducción: La tuberculosis (TB) pulmonar tiene alto impacto sanitario. Su coexistencia con micosis sistémicas profundas como la criptococosis diseminada es infrecuente y de manejo complejo. A diferencia de C. neoformans, Cryptococcus gattii afecta con mayor frecuencia a huéspedes inmunocompetentes, con capacidad de formar criptococomas pulmonares y diseminarse a sitios inusuales (hueso, piel, sistema nervioso).

Caso clínico: Varón de 66 años, sin antecedentes patológicos relevantes, que consultó por dolor e impotencia funcional en hombro izquierdo de 2 meses de evolución, asociado a tos no productiva, disfonía, pérdida de peso y sudoración nocturna. La RMN/TC de hombro mostró una lesión lítica epifisiodiafisaria humeral con extensión articular, y la TC de tórax evidenció un nódulo en lóbulo medio. Ante sospecha oncológica inicial, se realizó biopsia ósea y toma de líquido articular, aislándose C. gattii; el lavado broncoalveolar resultó positivo para TB y C. gattii, confirmando criptococosis diseminada con TB pulmonar.

La punción lumbar descartó compromiso de SNC y el estudio inmunológico no evidenció inmunocompromiso subyacente. Se inició anfotericina B (con rotación a formulación liposomal por toxicidad renal/electrolítica) seguida de consolidación con fluconazol oral a altas dosis, y un esquema antituberculoso sin rifampicina para evitar la interacción farmacológica. La evolución se complicó con diarrea por Clostridium difficile e hipopotasemia/hipomagnesemia severas, resueltas con reposición intensiva.

Discusión: La coinfección de TB y criptococosis diseminada es un escenario infrecuente incluso en huéspedes inmunocomprometidos, y más raro en pacientes inmunocompetentes. Se ha descrito que la TB puede inducir un estado transitorio de inmunodeficiencia mediada por células que favorece una infección criptocócica en un huésped inmunocompetente. El compromiso óseo en la criptococosis diseminada es infrecuente (5-10%), predominando la localización vertebral por sobre la de huesos largos y articulaciones apendiculares, como ocurrió en nuestro paciente a nivel de la cabeza humeral. Las lesiones óseas criptocócicas suelen presentar hallazgos radiológicos inespecíficos capaces de simular tanto un proceso neoplásico primario como una tuberculosis ósea, lo que remarca la importancia del abordaje quirúrgico con toma de biopsia para el diagnóstico histopatológico y microbiológico definitivo. La negatividad del líquido cefalorraquídeo permitió validar una consolidación estándar con fluconazol en dosis altas según guías IDSA, mientras que la exclusión de la rifampicina del esquema antituberculoso obligó al uso de un esquema alternativo con fluoroquinolonas, estrategia coherente con lo reportado en casos similares de coinfección fúngico-micobacteriana.

Conclusión: La coinfección de TB y Criptococosis diseminada en inmunocompetentes exige un alto índice de sospecha diagnóstica. El diagnóstico microbiológico oportuno y un esquema farmacológico individualizado son determinantes para evitar interacciones graves, controlar toxicidades y lograr remisión clínica.



CC 18 - CRÓNICA DE UNA MUERTE ANUNCIADA: EN EL SILENCIO DE LA MUCORMICOSIS PULMONAR

Carla Interlandi Zoireff[1]; Ana Darelli[1]; Silvina Cáceres[1]; Andrea Aguero[1]; Maria Pia Rocchia[1]; Damiana Martinez[1]; Ariela Tarcic[1]

[1] *Hospital Centro de Salud Zenon Santillan*

Introducción: La mucormicosis pulmonar es una infección fúngica invasiva causada por hongos del orden Mucorales, caracterizada por su marcada angioinvasion que conduce a trombosis, necrosis y hemorragias. Afecta principalmente a pacientes inmunocomprometidos. La mortalidad global de mucormicosis pulmonar alcanza entre 59% y 90% en enfermedad diseminada.

Caso Clínico: mujer de 33 años con antecedentes de miocardiopatía dilatada y diabetes mellitus (diagnosticada a los 19 años, sin tratamiento). Ingresa por fiebre, disnea progresiva y expectoración hemoptoica. TAC inicial evidencia consolidación en lóbulo superior e inferior derecho con derrame pleural, con hipoxemia en la gasometría y leucocitosis. Se inició tratamiento empírico para neumonía grave de la comunidad con ampicilina+sulbactam y claritromicina. Evolución desfavorable, con persistencia de disnea y progresión imagenológica. Segunda TAC evidencia lesión persistente, planteándose diagnóstico diferencial con neoplasia pulmonar (linfoma, adenocarcinoma). Se realizó fibrobroncoscopia, observándose pseudomembranas blanquecinas adherentes a la mucosa bronquial. Las muestras de biopsia y examen directo fueron positivas para mucor con ADN compatible con Rhizopus arrhizus. Se inició tratamiento antifúngico y se realiza segunda fibrobroncoscopia con fines de desobstrucción de la vía aérea. Durante la internación presentó infección asociada a catéter por Klebsiella pneumoniae resistente, evolucionó con insuficiencia respiratoria, paciente obita.

Discusión y conclusión: La mucormicosis pulmonar es poco frecuente en diabéticos. El diagnóstico es complejo, ya que las manifestaciones iniciales son inespecíficas y las imágenes pueden simular neoplasias (consolidaciones en 58%, masas o nódulos). Cada día de retraso en el inicio del tratamiento antifúngico aumenta significativamente la mortalidad. La confirmación diagnóstica requiere demostración histopatológica o microbiológica; el lavado broncoalveolar tiene sensibilidad limitada (≈50%). El manejo exitoso exige terapia antifúngica combinada con desbridamiento quirúrgico. La anfotericina B liposomal es el fármaco de primera línea. Este caso ilustra una presentación atípica de mucormicosis pulmonar en paciente diabética joven, con evolución inicial simulando neumonía bacteriana vs neoplasia. El tratamiento debe ser inmediato y combinado: antifúngico potente , quirúrgico y corrección de las alteraciones metabólicas.

Fig 1: Tac de tórax 11/12/25, ingreso hospitalario de la paciente.

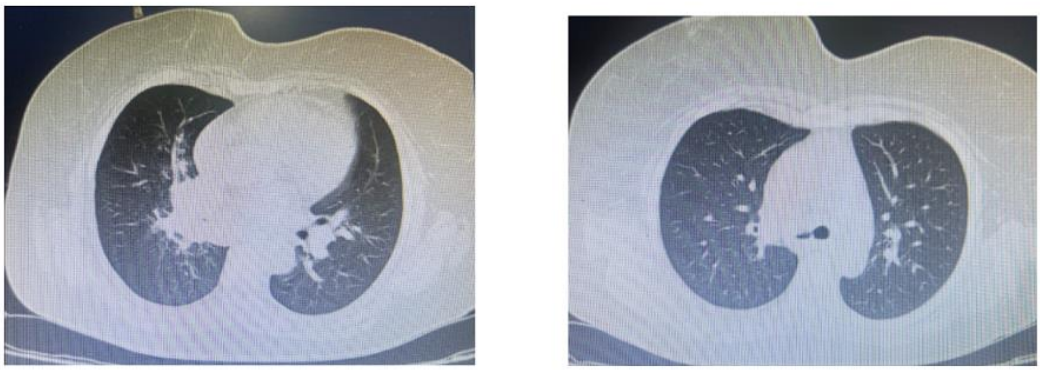
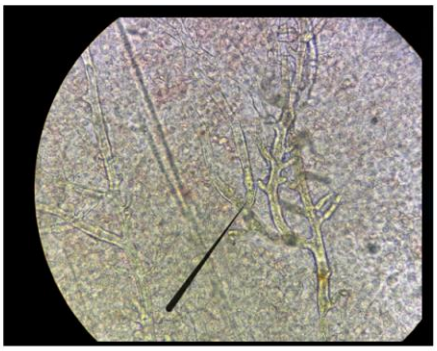


Fig 2: Imágenes de fibrobroncoscopía.

.



Fig 3: Microscopía directa de hifas cenocíticas compatibles con mucorales.



CC 19 - ASPERGILOSIS PULMONAR CON INVASIÓN PLEURAL EN UN PACIENTE CON ANTECEDENTES ONCOLÓGICOS

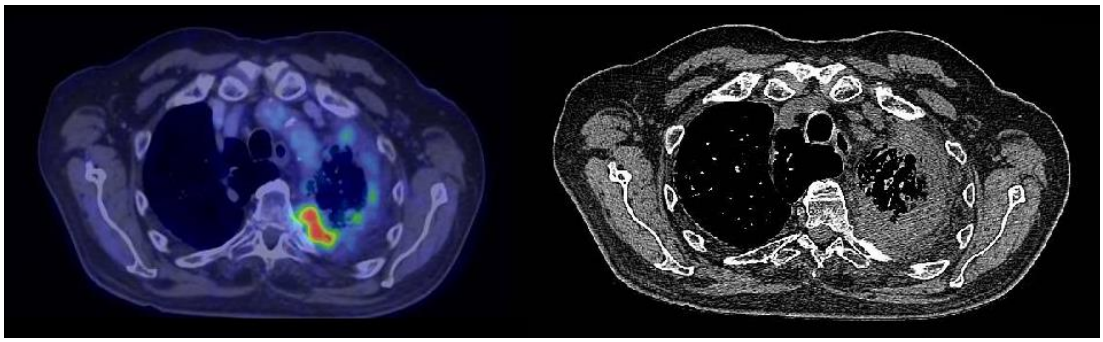
Juan Pablo Barberis[1]; Szwarstein Pablo[1]; Luchelli Juan Manuel[2]; Heily Cruz Urcia[2]; Claudio Martin[2]; Martín Sívori[1]

[1] Centro Universitario de Neumonología, Hospital General de Agudos "J. M. Ramos Mejía"; [2] Instituto Alexander Fleming

introducción: La aspergilosis pleural es una manifestación poco común de la infección por Aspergillus, representando menos del 5% de los derrames pleurales. Esta entidad suele presentarse de forma secundaria en pacientes con patologías pulmonares previas. La invasión del espacio pleural ocurre generalmente por extensión directa del hongo desde el parénquima, tras cirugías torácicas o por la presencia de fístulas broncopleurales. Dada su baja frecuencia y la inespecificidad de sus síntomas, representa un desafío diagnóstico que requiere la demostración de hifas en el tejido o líquido pleural.

Caso clínico: Varón de 75 años, con antecedente de cáncer de pulmón en 2016 tratado en el mismo año, diabetes y ex tabaquista, consultó en enero de 2025 por pérdida de peso, disnea mMRC 2 y tos con expectoración asociada a roncus en hemitórax izquierdo. Se realizó tomografía de tórax que evidenció enfisema paraseptal y centrolobulillar a predominio de ambos ápices pulmonares asociado a opacidades y bronquiectasias cilíndricas por tracción en ápice izquierdo y ambas bases asociado a reticulación. En un cultivo micológico de esputo se aisló Aspergillus spp. y se inició isavuconazol en febrero de 2025 con buena respuesta inicial al tratamiento. En diciembre de 2025, el paciente presentó dolor pleurítico izquierdo asociado a valores de PCR elevados, por lo que se le realizó un PET-CT que demostró aumento de la actividad metabólica, engrosamiento pleuroparenquimatoso y cambios evolutivos progresivos del compromiso parenquimatoso previo. Ante este hallazgo se decidió realizar fibrobroncoscopia con toma de biopsia transbronquial y biopsia pleural quirúrgica. En ambos estudios se observó la presencia de hifas y aisladas esporas. El cultivo de tejido pleural fue positivo para Aspergillus fumigatus resistente a isavuconazol, por lo que inició tratamiento con anfotericina B liposomal. En abril de 2026, por mal manejo del dolor pleurítico se decidió su ingreso a sala general. Durante la internación presentó un episodio de hemoptisis masiva por el que requirió intubación orotraqueal y tratamiento endoscópico. En terapia intensiva contrajo una neumonía intrahospitalaria por E. coli productora de betalactamasas y falleció luego de 10 días a pesar del tratamiento instaurado.

Discusión y conclusiones: Este caso subraya la vulnerabilidad de pacientes de edad avanzada con factores de riesgo como diabetes, enfisema y antecedentes oncológicos ante la aspergilosis invasiva con afectación pleural. El compromiso pleural por Aspergillus se asocia a un mal pronóstico y alta mortalidad. Aunque el isavuconazol es un tratamiento de primera línea eficaz, la aparición de cepas resistentes y la invasión pleural exigen el uso de antifúngicos de rescate como la anfotericina B. La hemoptisis masiva es una complicación de difícil manejo en la evolución de esta enfermedad que puede comprometer la vida de forma inmediata. Se requiere una alta sospecha clínica y un enfoque multidisciplinario para el manejo de esta forma grave de aspergilosis.



CC 20 - CUANDO LA ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA SE PRESENTA COMO SINDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO AGUDO: DEBUT DE UN SINDROME ANTISINTETASA

Laura Diaz[1]; Victoria Rossi Rios[1]; Paula Gonzalo[1]; Virginia Larivey[1]

[1] *Sanatorio Santa Fe*

Introducción: El síndrome antisintetasa (SAS) es una miopatía inflamatoria autoinmune caracterizada por anticuerpos antisintetasa, EPID, miositis, fenómeno de Raynaud y manos de mecánico, etc. En un subgrupo, la EPID constituye la manifestación inicial e incluso puede debutar como SDRA, dificultando el diagnóstico y favoreciendo diagnósticos alternativos, principalmente infecciosos. Presentamos un caso de SAS cuyo debut fue un SDRA con evolución inicial orientada hacia una neumonía oportunista.

Caso clínico: Paciente masculino de 51 años, con obesidad y diabetes mellitus tipo 2, consultó por 7 días de disnea progresiva, tos seca, astenia y fiebre. Ingresó con insuficiencia respiratoria hipoxémica ($SatO_2$ 85%; PaO_2 42,6 mmHg), LDH 506 U/L y radiografía de tórax (imagen 1) con infiltrado bibasal, iniciándose antibioticoterapia empírica. La TC (imágenes 2 y 3) mostró consolidaciones peribroncovasculares bilaterales, vidrio esmerilado y engrosamiento septal. Por mala evolución requirió ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI), cánula nasal de alto flujo, ampliación de cobertura antibiótica y antiviral y fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar (BAL). En UCI se realizaron serologías para influenza A/B, SARS-CoV-2, VHB, VHC y VIH, y estudio inmunológico (ANA, c-ANCA, p-ANCA, ENA, anti-Jo-1 y complemento), inicialmente negativos. El BAL descartó patógenos bacterianos, virales, micobacterianos y fúngicos habituales. Ante el deterioro clínico recibió un pulso de metilprednisolona. La PCR en BAL fue positiva para Pneumocystis jirovecii con alta carga, iniciándose tratamiento dirigido, con mejoría y externación con oxigenoterapia y rehabilitación pulmonar. El estudio posterior de inmunidad celular y humoral fue normal.

En el seguimiento desarrolló mioartralgias y manos de mecánico (imagen 4). El laboratorio mostró CPK 312 U/L y aldolasa 11,3 U/L; la biopsia cutánea evidenció dermatitis de interfase compatible con dermatomiositis y la capilaroscopia un patrón establecido para esclerosis sistémica/dermatomiositis, con disminución del número de capilares, dilataciones y abundantes petequias. La TCAR mostró EPID con patrón NINE (imágenes 5 y 6). La espirometría

fue normal, con DLCO del 72% y KCO conservada. En una segunda evaluación, los anticuerpos anti-Jo-1 y anti-Mi resultaron positivo fuerte y positivo débil, respectivamente. Se diagnosticó SAS con compromiso pulmonar predominante e inició tratamiento con micofenolato mofetil y metotrexato. Permanece estable, sin oxigenoterapia y en seguimiento interdisciplinario.

Conclusión: El SAS puede debutar como una EPID rápidamente progresiva manifestándose como SDRA, incluso antes de las manifestaciones extrapulmonares. Este caso destaca la importancia de sospechar una enfermedad autoinmune ante un SDRA de etiología incierta e integrar la evolución clínica con los estudios complementarios. Asimismo, resalta que la detección molecular de Pneumocystis jirovecii debe interpretarse en el contexto clínico, ya que no excluye una enfermedad subyacente responsable del cuadro y puede retrasar el diagnóstico definitivo.



Imagen 1.

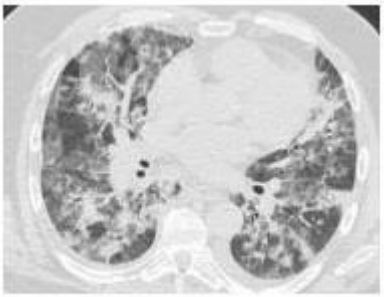


Imagen 2.

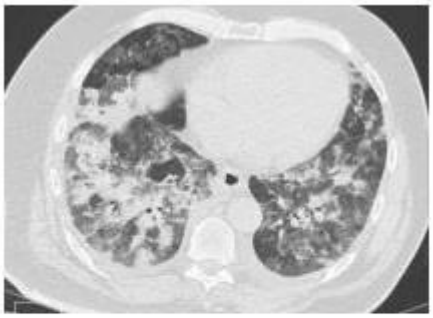


Imagen 3.



Imagen 4.

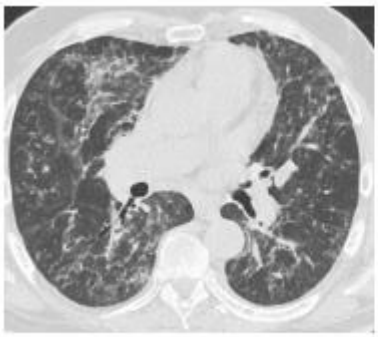


Imagen 5.

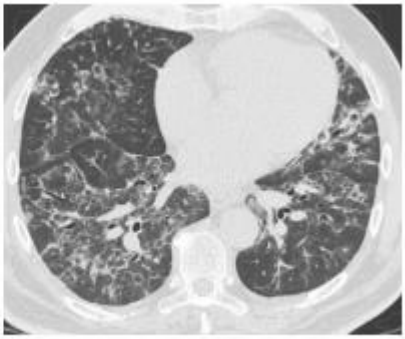


Imagen 6.

CC 21 - COLECCIÓN PLEURO-SUBDIAFRAGMÁTICA PERSISTENTE TRAS COMPLETAR EL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS POR MYCOBACTERIUM BOVIS: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO

Alejo Gabriel Garcia[1]; Norma Edith González[1]; Lourdes Eugenia Domínguez Figueredo[1]; Maria Eugenia Ginestet[1]; Evelin Hidalgo[1]

[1] División Neumotisiología. Hospital General de Niños Pedro de Elizalde (CABA)

introducción: La aparición de nuevas lesiones durante o tras completar el tratamiento de la tuberculosis representa un desafío diagnóstico, ya que obliga a diferenciar entre recaída, fracaso terapéutico y respuesta inflamatoria paradójica. La evidencia que orienta el manejo de colecciones pleuro-subdiafragmáticas, particularmente en tuberculosis por Mycobacterium bovis, es limitada.

Caso clínico: Paciente masculino de 15 años con tuberculosis pleuropulmonar. El diagnóstico inicial se realizó mediante Xpert Ultra positivo para Complejo Mycobacterium tuberculosis (CMT) de biopsia pleural, iniciándose tratamiento con isoniacida (H), rifampicina (R), pirazinamida y etambutol (E). Durante la fase de mantenimiento, el cultivo identificó Mycobacterium bovis. Tras seis meses de tratamiento, presentó hepatotoxicidad medicamentosa y, dada la favorable evolución clínica y confirmación de sensibilidad a HR, se decidió finalizar el tratamiento. En la radiografía de control de fin de tratamiento se evidenció una nueva opacidad en base pulmonar derecha. La tomografía de tórax y la ecografía abdominal evidenciaron una colección pleuro-subdiafragmática bilobulada de 10 cm, con extensión transdiafragmática y efecto de masa sobre el hígado, pese a permanecer asintomático. Ante la imposibilidad de descartar enfermedad activa, se reinició tratamiento con HRE y levofloxacina. Se realizaron tres drenajes percutáneos guiados por tomografía. Tras los dos primeros procedimientos, la colección recidivó hasta alcanzar nuevamente su tamaño inicial. El material obtenido presentó Xpert CMT positivo sin resistencia a R, cultivos para micobacterias, bacterias comunes y hongos negativos. Se optó por un manejo multidisciplinario e individualizado con drenaje percutáneo prolongado ambulatorio y

corticoterapia. Al momento el paciente continúa asintomático y presenta reducción progresiva de la colección en controles ecográficos seriados.

Discusión y conclusiones: La aparición de una colección pleuro-subdiafragmática tras completar el tratamiento de la tuberculosis constituye una complicación infrecuente y plantea un desafío diagnóstico y terapéutico. En este caso, la discordancia entre la evolución clínica favorable, los hallazgos imagenológicos, y la recidiva de la colección con cultivos negativos dificultó la toma de decisiones. Ante la ausencia de evidencia específica, fue necesario individualizar la estrategia terapéutica mediante un abordaje multidisciplinario.

CC 22 - TUBERCULOSIS: "LA GRAN SIMULADORA". NUESTRA EXPERIENCIA DE LOS ULTIMOS AÑOS.

Amir Sale[1]; Tamara Portas[1]; Macarena De Verda[1]; Nicolás Picco[1]; Alejandro Damonte[1]; Magali Belén[1]; Tomas Nuñez[1]

[1] *Hospital de Clinicas José de San Martin*

introducción: La tuberculosis pulmonar sigue siendo una causa importante de morbilidad en nuestro medio. Su capacidad de imitar patologías neoplásicas o infecciosas ha hecho que se la denomine "la gran simuladora". El diagnóstico certero requiere con frecuencia procedimientos invasivos.

Objetivo: Describir nuestra experiencia en procedimientos quirúrgicos y endoscópicos realizados en pacientes con tuberculosis pulmonar o secuelas tuberculosas, analizando los diagnósticos diferenciales y el impacto del diagnóstico definitivo en la conducta terapéutica.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de 14 pacientes intervenidos entre enero de 2023 y junio de 2025 en un Hospital publico. Se recolectaron antecedentes, hallazgos clínicos e imagenológicos, procedimientos realizados y evolución.

Resultados: De los 14 pacientes, 46% presentaban antecedentes de tuberculosis. Los diagnósticos diferenciales incluyeron neoplasias pulmonares, linfoma, sarcoidosis, aspergilosis y empiema para neoplásico. Los procedimientos efectuados fueron videotoracoscopía (3), mediastinoscopía (2), broncoscopía con lavado broncoalveolar (3), drenaje pleural (2), embolización bronquial (1) y seguimiento tomográfico (1). En dos casos con adenopatías mediastinales, la mediastinoscopía permitió descartar linfoma y confirmar granulomas caseificantes. Dos pacientes con nódulo pulmonar sospechoso fueron diagnosticados finalmente de tuberculosis activa mediante BAL. La confirmación microbiológica o histológica permitió adecuar la terapéutica y evitar tratamientos más agresivos.

Discusión: La diversidad de presentaciones clínicas e imagenológicas justifica el término "la gran simuladora". El empleo de técnicas mínimamente invasivas como la videotoracoscopía y mediastinoscopía resultó esencial para arribar al diagnóstico. La broncoscopía contribuyó al diagnóstico de tuberculosis endobronquial y de infecciones asociadas. La precisión diagnóstica

modificó la conducta en la mayoría de los casos, priorizando tratamiento médico específico y reduciendo intervenciones innecesarias.

Conclusiones: La tuberculosis pulmonar puede presentarse como simuladora de neoplasias y otras enfermedades. La videotoracoscopía, mediastinoscopía y broncoscopía son herramientas clave para confirmar el diagnóstico y orientar el manejo adecuado.

Tabla 1. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos realizados

Procedimiento	N.º de pacientes
Videotoracoscopía	3
Videomediastinoscopía	2
Broncoscopía con lavado broncoalveolar	3
Drenaje pleural	2
Embolización de arterias bronquiales	1
Seguimiento tomográfico	1
No completó tratamiento	2

Tabla 2. Hallazgo clínico-radiológico y conducta terapéutica según antecedente de tuberculosis

N.º	Año	Antecedente TBC	Hallazgo	Conducta / procedimiento
1	2025	No	Adenomegalias mediastinales	Mediastinoscopía
2	2024	Sí	Adenomegalias mediastinales	Mediastinoscopía
3	2025	No	Derrame pleural tabicado	VATS + decorticación + biopsia pleural
4	2025	No	Nódulo pulmonar	FBC + BAL (positivo)
5	2023	Sí	Nódulo pulmonar	Control tomográfico periódico
6	2025	No	Derrame pleural tabicado	VATS convertida + decorticación + biopsia pleural
7	2024	Sí	Derrame pleural tabicado	VATS + decorticación + biopsia pleural
8	2025	No	Derrame pleural	Drenaje con vía central
9	2023	Sí	Imagen cavitada en TAC	FBC
10	2024	No	Hemoptisis. Imagen cavitada	Embolización de arterias bronquiales
11	2024	No	Derrame pleural	Drenaje con vía central
12	2025	Sí	Empiema de necesidad	No completó tratamiento. Se fugó
13	2024	Sí	Aspergilosis y TBC pleural	FBC + BAL (positivo)
14	2025	Sí	Compresión extrínseca de BF izquierdo	No completó tratamiento. Clostridium, shock séptico

Tabla 3. Características generales de la cohorte y diagnósticos diferenciales

Parámetro	Resultado
Total de pacientes	14
Antecedente de tuberculosis	46 %
Diagnósticos diferenciales considerados	Neoplasias pulmonares; linfoma; sarcoidosis; aspergilosis; empiema paraneoplásico

Tabla 4. Correlación entre hallazgo radiológico, método diagnóstico y resultado final

Hallazgo radiológico	N.° de pacientes	Método diagnóstico	Resultado final
Adenopatías mediastinales	2	Mediastinoscopía	Descartó linfoma; confirmó granulomas caseificantes (tuberculosis)
Nódulo pulmonar sospechoso	2	BAL	Tuberculosis activa

CC 23- CUANDO EL HUESPED FAVORECE AL HONGO

Carla Maria Florencia Pérez[1]; Viviana Aquino[1]; Maria Cristina Reyes Armua[1]; Hugo González[1]; Miguel Suave[1]; Lucas Adriel Machado[1]

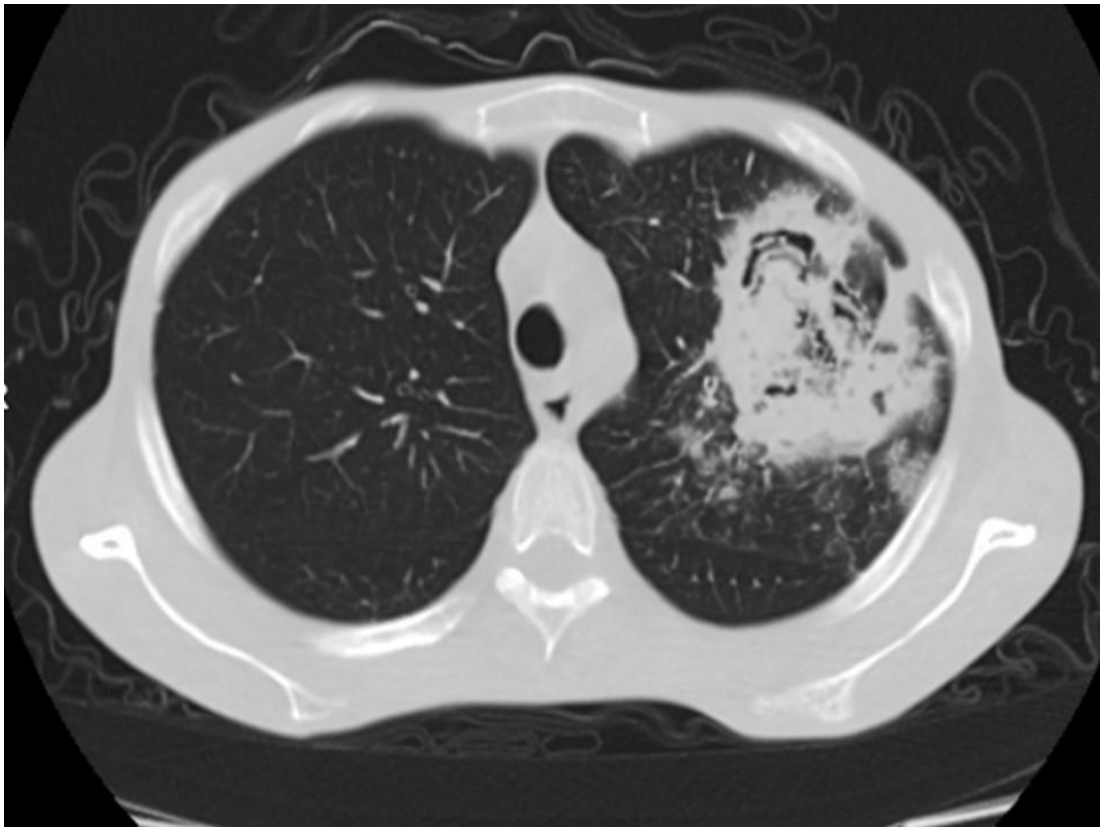
[1] *Hospital JR Vidal*

Introducción: La infección por hongos se considera una enfermedad silenciosa y su incidencia está aumentando a nivel mundial. La diabetes mellitus aumenta la susceptibilidad a las infecciones por hongos, la interacción entre niveles elevados de glucosa en sangre y la función inmunitaria debilitada crea un entorno ideal para la proliferación de patógenos fúngicos.

Caso clínico: Paciente masculino de 24 años, diagnóstico de DBT 1, tratamiento regular con insulina glargina y aspártica.Refiere presentar pérdida de peso 6 meses de evolución,con orexia conservada sin tomar conducta. Agregándose en mes de marzo astenia y adinamia. En mayo presenta pústula en región anterior de pierna izquierda que evoluciona a ulcera de 4 cm no dolorosa, sin secreción.Presentando dos semanas previas a consulta,tos seca que progresa en pocas horas a tos productiva acompañado de chuchos y dolor retro esternal, tipo opresivo, intensidad 7/10, sin irradiación que aumentaba ante accesos de tos, por lo que acude a centro de salud cercano a domicilio donde indican analgesia y tratamiento antibiótico por 7 días con mejoría parcial de la tos.Por presentar hemoptisis leve, acude a control con médica diabetóloga decidiéndose internación por probable cuadro de neumonía de la comunidad. Ingresa taquicárdico 100 lpm resto de signos vitales normales. Se realizó laboratorio evidenció: anemia, leucocitosis, hiperglucemia: 552 mg/dl. Tomografía de tórax que evidencia a nivel de

lóbulo superior izquierdo tres imágenes cavitadas de paredes gruesas e irregulares en su interior presentan contenido,asociado a opacidades en vidrio esmerilado de aspecto pseudonodulares y engrosamiento de septos interlobulillares.Por sospecha de tuberculosis pulmonar,se indica aislamiento respiratorio y toma de muestra de esputo seriadas para BAAR,las cuales resultan negativas. Se realiza videofibro endoscopia evidenciándose secreciones mucopurulentas sin lesiones endoluminales,se realizo BAL del segmento APICO-POSTERIOR tomándose muestra con contenido mucopurulento,solicitandose BAAR,micobacterias atípicas y hongos.Se recibe resultado de desarrollo de cultivo de hongos positivo para Aspergillus nigger.Posteriormente se recibe resultado de serologia para Aspergillus Nigger 1/2.

Conclusión: El Aspergillus Nigger representa un porcentaje menor de las aspergilosis pulmonares generalmente menos del 5% al 10% de los aislamientos clínicos significativos.Se concluye que el paciente con diabetes mellitus presenta una infección pulmonar por Aspergillus nigger,potencialmente grave en el contexto de alteración de la inmunidad innata asociada a la hiperglucemia. El adecuado control metabólico de la diabetes constituye un pilar fundamental en el abordaje terapéutico, junto con la instauración precoz de tratamiento antifúngico sistémico dirigido. La respuesta clínica dependerá de la rapidez del diagnóstico, la reversión de los factores predisponentes y la adherencia al tratamiento. Se recomienda seguimiento estrecho clínico, radiológico y microbiológico para evaluar respuesta terapéutica y detectar posibles complicaciones.



CC 24 - CAVIDAD PULMONAR SECUNDARIA A TRAUMATISMO TORÁCICO CERRADO: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Maria Cristina del Milagro Martinez[1]; Graciela Svetliza[1]; Horacio Matias Castro[1]

[1] *Hospital Italiano de Buenos Aires*

Introducción: Las lesiones cavitadas del pulmón constituyen un desafío diagnóstico en la práctica diaria debido al amplio espectro de enfermedades que pueden producirlas. Su abordaje requiere integrar antecedentes con los hallazgos clínicos, radiológicos y microbiológicos para distinguir entre etiologías infecciosas, neoplásicas, inflamatorias y traumáticas. En pacientes jóvenes, las causas infecciosas, especialmente la tuberculosis, los abscesos pulmonares y algunas micosis, suelen representar las principales hipótesis diagnósticas. En este escenario, las laceraciones pulmonares secundarias a traumatismo torácico cerrado constituyen una causa infrecuente de cavidades pulmonares y pueden simular otras entidades de mayor prevalencia, generando incertidumbre diagnóstica y motivando estudios complementarios y tratamientos innecesarios. Se presenta un caso de una cavitación pulmonar secundaria a un trauma torácico cerrado.

Caso clínico: Paciente femenina de 54 años con antecedentes de asma, rinitis crónica, no fumadora, que es derivada por lesión pulmonar cavitada. Refiere que una semana atrás presentó trauma torácico cerrado en accidente automovilístico. Para evaluación del trauma se le solicitó tomografía de tórax que evidenció lesión cavitada de 28 x 68 mm de paredes gruesas e irregulares, sin contenido interno, localizada a nivel del segmento posterior del lóbulo inferior izquierdo, acompañada de halo de consolidación circundante.Asintomática. Niega tos, fiebre o pérdida de peso y hemoptisis. Examen físico sin hallazgos de mención. Se realiza Videobroncoscopia con Lavado Broncoalveolar. Baciloscopia negativa. PCR para micobacterias típicas y atípicas negativas. Cultivo para gérmenes comunes, Koch, Micológico sin desarrollo.Ante la sospecha de etiología traumática se decide espectar tratamiento antibiótico. Al mes se realiza una tomografía de tórax que muestra resolución de la lesión cavitada. Por los cultivos negativos y la resolución espontánea de la misma se confirma el diagnóstico de cavitación pulmonar por trauma de tórax.DiscusiónSi bien las etiologías infecciosas y neoplásicas constituyen causas frecuentes de lesiones pulmonares cavitadas, el antecedente reciente de traumatismo torácico debe plantear como diagnóstico diferencial la laceración pulmonar postraumática. Estas lesiones pueden adoptar una apariencia cavitada y simular procesos infecciosos, especialmente cuando presentan paredes gruesas o cambios inflamatorios periféricos. La correlación temporal con el trauma, la ausencia de manifestaciones clínicas de infección, los estudios microbiológicos negativos y la resolución espontánea favorecen el diagnóstico.

Conclusión: La laceración pulmonar postraumática es una causa infrecuente de cavitación pulmonar que debe considerarse en pacientes con traumatismo torácico reciente. Su reconocimiento, junto con la exclusión razonable de otras etiologías y el seguimiento radiológico, puede evitar tratamientos antimicrobianos y procedimientos diagnósticos innecesarios.

CC 25 - TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES CARCINOIDES BRONCOPULMONARES: ACTUALIZACIÓN DE LA EXPERIENCIA INSTITUCIONAL

Macarena Ayelen de Verda[1]; Nicolás Picco[1]; Amir Sale[1]; Tomás Gustavo Nuñez[1]; Alejandro Damonte[1]

[1] *Hospital de Clínicas José de San Martin*

Introducción: Los tumores carcinoides broncopulmonares representan entre el 2% y el 5% de las neoplasias malignas pulmonares y constituyen la forma más frecuente de tumor neuroendocrino pulmonar. Se clasifican en carcinoides típicos y atípicos, estos últimos con mayor agresividad biológica y potencial de diseminación. La caracterización clínica, imagenológica y quirúrgica resulta fundamental para definir la estrategia terapéutica. Este estudio actualiza la experiencia institucional mediante una serie contemporánea comparada con la cohorte histórica presentada en el Congreso Argentino de Cirugía en 2012.

Objetivo: Describir las características clínicas, quirúrgicas y evolutivas de pacientes con tumores carcinoides broncopulmonares tratados quirúrgicamente y comparar los resultados con una serie histórica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional que incluyó 27 pacientes con diagnóstico histológico de tumor carcinoide broncopulmonar operados entre 2012 y 2025. Se analizaron variables demográficas, presentación clínica, localización tumoral, tipo de resección, abordaje quirúrgico, anatomía patológica y complicaciones postoperatorias. Los resultados se compararon con una cohorte histórica de 41 pacientes intervenidos entre 1984 y 2009.

Resultados: La edad media fue de 55 años (24-77), superior a la de la serie histórica (45 años). Predominó levemente el sexo femenino (55,5%). La mayoría de los pacientes fueron diagnosticados de manera incidental o consultaron por síntomas relacionados con neumonía postobstructiva. Las lesiones periféricas fueron más frecuentes que las centrales. El 59% de las cirugías se realizó por abordaje abierto y el 41% por VATS. La lobectomía fue la resección más realizada (88,9%), seguida de neumonectomía (3,7%) y resecciones anatómicas menores o procedimientos diagnósticos. Se efectuó plástica bronquial en siete pacientes. Predominaron los carcinoides típicos; los atípicos presentaron mayor tamaño tumoral y, en algunos casos, compromiso ganglionar. La tasa de complicaciones fue del 18,5%, similar a la serie histórica, sin mortalidad perioperatoria.

Conclusión: La serie contemporánea confirma que la cirugía continúa siendo el tratamiento de elección para los tumores carcinoides broncopulmonares, con baja morbimortalidad y resultados favorables. En comparación con la cohorte histórica, se observó un incremento en la edad al diagnóstico, manteniéndose resultados quirúrgicos satisfactorios.

CC 26 - EL GRAN SIMULADOR: PATRÓN MICRONODULILLAR COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE HISTOPLASMOSIS PULMONAR EN UNA PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDA

Andrea Aro Arias[1]; Fernando Alcoba Ramirez[1]; Rebeca Padilla Fernández[1]; Alejandra González[1]; Carlos Tummino[1]

[1] *Hospital Posadas*

Introducción: La histoplasmosis pulmonar (HP) puede presentar un amplio espectro de hallazgos radiológicos. Las consolidaciones y los nódulos son las manifestaciones más frecuentes, la presentación con patrón micronodulillar puede simular otras entidades.

Presentamos el caso de una paciente inmunocomprometida con síndrome febril y TAC de tórax con patrón micronodulillar con diagnóstico de HP.

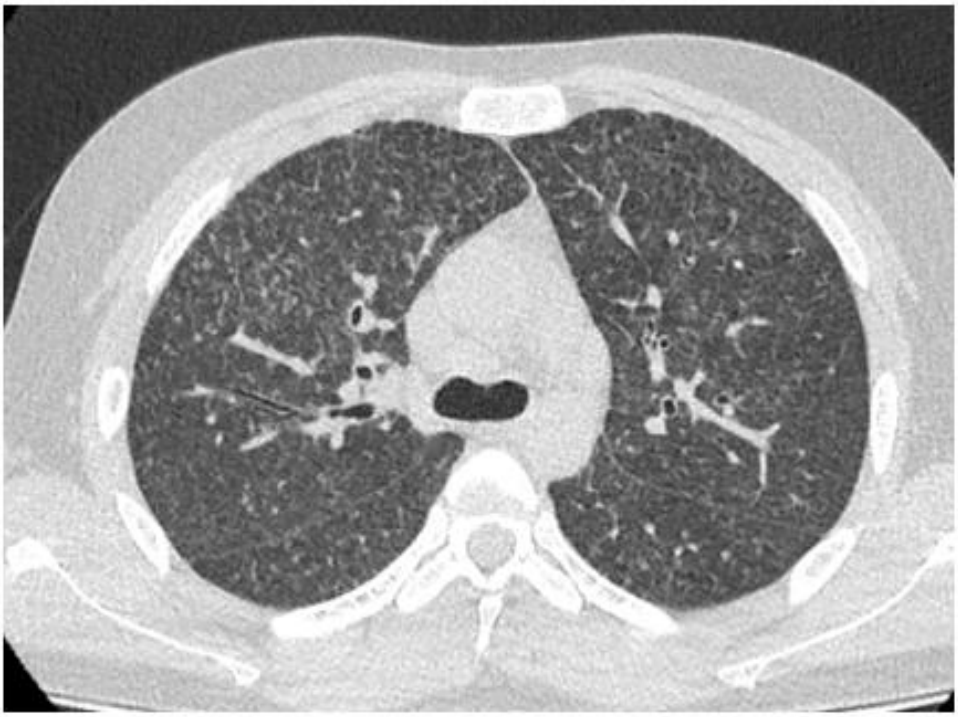
Caso clínico: Paciente femenina de 25 años con antecedentes de síndrome de Evans (anemia hemolítica y trombocitopenia autoinmune) y lupus eritematoso sistémico, en tratamiento habitual con micofenolato, hidroxicloroquina y meprednisona.

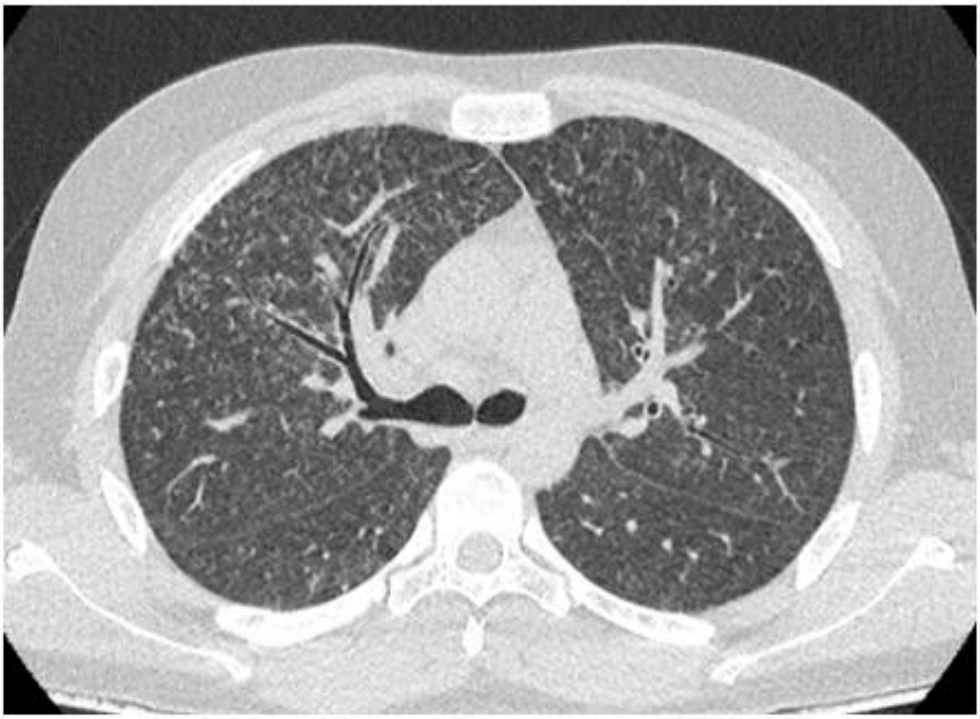
Presentó síndrome febril prolongado asociado a tos con estrías hemoptoicas y trombocitopenia. La TAC de tórax mostró patrón micronodulillar bilateral. Se planteó como diagnóstico principal tuberculosis miliar, se inició tratamiento antituberculoso empírico y se realizó lavado broncoalveolar (BAL) el cual evidenció levaduras en el examen directo y en el cultivo de Histoplasma capsulatum, la baciloscopía, GeneXpert y cultivo para micobacterias resultaron negativos. En este contexto, se suspendió el tratamiento antituberculoso y se inició anfotericina B desoxicolato, posteriormente se rotó a anfotericina B liposomal por desarrollo de insuficiencia renal e hipopotasemia. Evolucionó favorablemente con tratamiento antifúngico.

Discusión: La histoplasmosis es una micosis sistémica causada por Histoplasma capsulatum, considerada endémica en Argentina.

Las manifestaciones tomográficas son variables y dependen del estado inmunológico del huésped. En la mayoría de los pacientes predominan los nódulos pulmonares, las consolidaciones y las adenopatías mediastínicas. El patrón micronodulillar difuso constituye una forma de presentación menos frecuente, descripta principalmente en pacientes con enfermedad diseminada e inmunosupresión.

Este caso resalta la importancia de incluir la histoplasmosis dentro del diagnóstico diferencial del patrón micronodulillar en pacientes inmunocomprometidos, destacando el valor del BAL para alcanzar un diagnóstico etiológico oportuno.





C 27 - NO TODO LO QUE CRECE ES CANCER: MASA TORACOABDOMINAL GIGANTE DE ORIGEN INCIERTO

Moises Octavio Molina Castro[1]; Alejandra González[1]

[1] *Hosp. Nacional Alejandro Posadas*

Introducción: El hamartoma pulmonar es la neoplasia benigna más frecuente del pulmón en el adulto y representa alrededor del 8% de los tumores pulmonares primarios. Suele presentarse como un nódulo periférico, menor a 4 cm de hallazgo incidental con comportamiento clínico benigno en la mayoría de los casos.

Sin embargo, las presentaciones atípicas constituyen un desafío diagnóstico: los hamartomas gigantes (mayores a 8 cm) son infrecuentes y la localización extraparenquimatosa o retroperitoneales no forman parte de la historia natural. Presentamos el caso de una paciente, con un hallazgo incidental de una masa toracoabdominal gigante que fue interpretado como un hamartoma.

Caso clínico: Paciente femenina de 76 años con antecedentes de tuberculosis que requirió cirugía de colapso pulmonar más resección parenquimatosa. Acude a consultorio de Neumonologia por cuadro de 2 meses de tos seca y disnea mMRC1. En la Rx de tórax presenta importante retracción del hemitórax izquierdo con una imagen radio-opaca de gran volumen en LID. Se solicito TC de tórax: disminución del volumen del hemitórax izquierdo con desviación mediastínica, granulomas calcificados, en lóbulo inferior derecho extensa formación heterogénea, de bordes definidos, con densidad grasa en su interior asociada a clacificaciones, que mide 92x84 mm, de aspecto extraplumonar, de probable origen retroperitoneal; no se identifico la glándula suprarrenal derecha. La funcion pulmonar evidencio una espirometria con CVF 1,37 [69%]; VEF1 0,91 [58%]; IT [66%]. Volúmenes pulmonares: CPT 103%, VR 153%, relación VR/CPT 150% compatible con atrapamiento aéreo. DLCO 85%, KCO 104%. PET-TC: lesión gigante de 93x62 mm, SUV máximo de 0,9 con efecto compresivo en la base pulmonar derecha. Fue valorado de oncourologia sin indicación de biopsia ni resección quirúrgica. Se interpreto como hamartoma gigante.

Discusión y conclusión: El hamartoma pulmonar es el tumor benigno más frecuente del pulmón. En una serie de 215 casos confirmados histológicamente, el tamaño medio fue de 1,5 cm, la gran mayoría asintomáticos. Los hamartomas gigantes, de más de 8 cm, son una rareza dentro de esta entidad.

Imagenologimente, el hallazgo de densidad grasa combinada con calcificación "popcorn " es prácticamente diagnóstico. Sin embargo, cuando estos hallazgos característicos están ausentes, como puede ocurrir en lesiones de mayor tamaño o de localización atípica, debe realizarse el diagnóstico diferencial con una neoplasia maligna. En el PET-TC los hamartomas muestran una captación baja o nula de FDG.

El aspecto central de este caso es diferenciar una masa de probable origen pulmonar que en el proceso diagnóstico se categorizo como una localización extrapulmonar, de probable origen retroperitoneal, en relación con la glándula suprarrenal e ilustra las limitaciones diagnósticas que pueden presentarse ante lesiones de gran tamaño y localización atípica, en las que

hallazgos clásicos de benignidad coexisten con elementos radiológicos infrecuentes. Subraya la importancia del enfoque multidisciplinario ante un caso de difícil abordaje.



CC 28 - LINFOMA MALT PRIMARIO DE TRÁQUEA EN UNA PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

Moises Octavio Molina Castro[1]; Artemio Oscar Garcia[1]; Jhon Alexander Burgos[1]

[1] *Hosp. Nacional Alejandro Posadas*

Introducción: Los linfomas primarios de tráquea son extremadamente infrecuentes, representando menos del 1% de las neoplasias respiratorias. El linfoma extranodal de la zona marginal tipo MALT es el subtipo histológico más frecuentemente descrito en esta localización, aunque su compromiso traqueal continúa siendo excepcional, con escasos casos publicados en

la literatura mundial. Su asociación con la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) no ha sido previamente comunicada.

Caso clínico: Mujer de 57 años, con antecedentes de hipertensión arterial e infección por VIH (diagnosticada en 1999) con adecuada supresión virológica, que consultó por disnea progresiva y tos seca de tres años de evolución. La tomografía de tórax evidenció una lesión lobulada de 19x10x18 mm en la pared anterior de la tráquea proximal, con estenosis menor al 50%. Se realizó broncoscopia rígida combinada, con resección endoluminal con electrocauterio y toma de biopsias, recuperando la permeabilidad de la vía aérea. La inmunohistoquímica (CD20+, BCL2+, CD43+ parcial, Ki-67 de 8%, negatividad para CD5, CD10, BCL6, ciclina D1 y SOX11) confirmó linfoma MALT. La estadificación descartó compromiso ganglionar o extranodal a distancia (estadio IE de Ann Arbor). Recibió seis ciclos de rituximab, ciclofosfamida, vincristina y prednisona, con buena respuesta oncológica. Desarrolló estenosis cicatrizal de la vía aérea, que requirió stent transitorio y tratamiento con láser diodo de 1470 nm, con adecuada evolución clínica, endoscópica y tomográfica.

Discusión y conclusiones: El linfoma MALT traqueal es una causa excepcional y de curso indolente de obstrucción de la vía aérea central, con frecuente retraso diagnóstico dada la inespecificidad de sus síntomas. El diagnóstico requiere confirmación histológica e inmunohistoquímica, y un abordaje multidisciplinario en el que la broncoscopia intervencionista cumple un rol diagnóstico y terapéutico central, tanto en el manejo inicial como en las complicaciones cicatrizales posteriores. La infección por VIH incrementa el riesgo de linfomas no Hodgkin agresivos, pero se asocia excepcionalmente a linfomas MALT; la adecuada supresión virológica probablemente contribuyó a la buena tolerancia del tratamiento oncohematológico. Este caso constituiría la primera comunicación de la asociación entre linfoma MALT traqueal primario e infección por VIH.

Histología del linfoma	Año de publicación	Localización	Sexo y edad	Ref.
Linfoma maligno mixto	1981	Tráquea media	Hombre, 67 años	7
MALT (diferenciación plasmocitoide)	2012	Tráquea media (lesión circunferencial extensa)	Mujer, 71 años	13
MALT	2013	Tráquea proximal con extensión a bronquio principal derecho	Mujer, 47 años	8
MALT	2015	Tráquea media	Mujer, 93 años	9
MALT	2017	Pared anterior de la tráquea	Hombre, 57 años	10
MALT	2018	Carina (caso 1); bronquio lobar inferior izquierdo (caso 2)	Hombres, 62 y 72 años	11
MALT	2017	Lesiones nodulares de tráquea proximal a carina (caso 1); tráquea media (caso 2)	Mujer, 47 años; mujer, 62 años	12

Linfoma B no Hodgkin de alto grado	2023	Tráquea endoluminal, 4,5 cm por debajo de las cuerdas vocales	Mujer, 75 años	4
MALT	2023	Tráquea proximal, pared anterolateral	Hombre, 53 años	14
MALT (zona marginal extranodal)	**2026**	**Tráquea proximal, pared anterior (unión laringotraqueal)**	**Mujer, 57 años (VIH+)**	**Caso actual**

CC 29 - BRONQUIECTASIAS E INFECCIÓN BRONQUIAL CRÓNICA POR ENTEROBACTERIAS: EXPLORANDO UNA ASOCIACIÓN POCO FRECUENTE

Ana Luz Ale Taborda[1]; Julieta Daiana De Cunto[2]; Laura Elizabeth Osken[1]; Domingo Palmero[1]

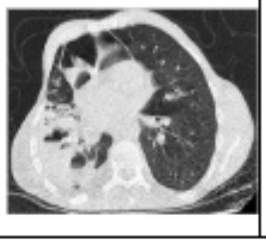
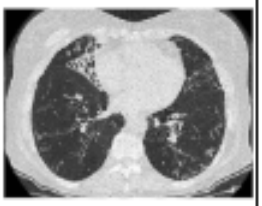
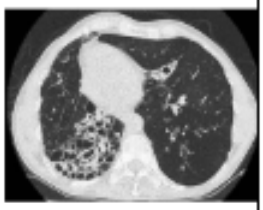
[1] Instituto Vaccarezza; [2] Hospital Muñiz

Introducción: La infección bronquial crónica por enterobacterias es un hallazgo infrecuente en pacientes con bronquiectasias. Su persistencia podría relacionarse con alteraciones anatómicas o funcionales del tracto gastrointestinal que favorezcan la microaspiración.

Serie de casos: Se presentan tres pacientes en seguimiento en un centro especializado en bronquiectasias. El primer caso corresponde a un paciente de 45 años con antecedente de atresia esofágica congénita, reconstrucción del tránsito digestivo mediante transposición colónica retroesternal y reintervención posterior. Presentó infecciones respiratorias recurrentes desde la infancia con desarrollo de bronquiectasias bilaterales, hernia hiatal y hernia de Morgagni. En los últimos dos años presentó múltiples exacerbaciones con requerimiento de antibióticos endovenosos y orales, asociadas a infección bronquial crónica por Escherichia coli. La función pulmonar evidenció deterioro severo (VEF_1 0,90 L; 23% del predicho) y la tomografía mostró bronquiectasias quísticas y varicosas bilaterales con tapones mucosos. El segundo caso corresponde a una paciente de 79 años con bronquiectasias asociadas a enfermedad pulmonar por micobacterias no tuberculosas (síndrome de Lady Windermere), con erradicación microbiológica posterior al tratamiento. Presentaba enfermedad por reflujo gastroesofágico y hernia hiatal. Desarrolló una infección bronquial crónica por Proteus mirabilis. Se realizó tratamiento endovenoso y antibióticos inhalados off label. Durante el último año presentó una única exacerbación leve y mantuvo estabilidad funcional (VEF_1 1,39 L; 76% del predicho). El tercer caso corresponde a un paciente de 49 años con bronquiectasias idiopáticas, sin patología gastrointestinal documentada, que presentó infección bronquial crónica por Escherichia coli y una exacerbación leve durante el último año. La tomografía evidenció bronquiectasias quísticas y cilíndricas bilaterales con distorsión de la arquitectura pulmonar. El examen funcional respiratorio informó (VEF_1 0,89 L; 23% del predicho). En el primer y tercer paciente se indicó antibioticoterapia inhalada, que aún no ha podido iniciarse por falta de disponibilidad, mientras que en la segunda paciente se administró amikacina inhalada de forma off label.

Discusión y conclusiones: La infección bronquial crónica por enterobacterias, presente en aproximadamente el 16% de los pacientes con bronquiectasias, continúa siendo un escenario

poco caracterizado. En nuestra serie, dos de los tres pacientes presentaban alteraciones gastrointestinales compatibles con microaspiración crónica y las opciones de tratamiento inhalado fueron limitadas. La persistencia de la infección se asocia con mayor frecuencia de exacerbaciones, deterioro de la función pulmonar y aumento de la mortalidad. Aunque la infección crónica por enterobacterias es infrecuente y plantea desafíos diagnósticos y terapéuticos, su presencia debería motivar la investigación de alteraciones gastrointestinales.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3
Edad	**45 años**	**79 años**	**49 años**
Patología digestiva asociada	Atresia esofágica con reconstrucción del tránsito.	Hernia de Hiato	No presenta
Etiología de bronquiectasias	Postinfecciosa	Secundario a Micobacterias no tuberculosas	Idiopática
VEF1	0.90 L; 23% del predicho	1.39 L; 76% del predicho	0.89 L; 23% del predicho
Bronchiectasis Severity Index	12 (Severo)	12 (Severo)	7 (Moderado)
Infección bronquial crónica	*Escherichia coli*	*Proteus mirabilis*	*Escherichia coli*
Tratamiento antibiótico inhalado.	Se solicitó.	Amikacina inhalada uso off label	Se solicitó
Tomografía de tórax			

CC 30 - EL TRASPLANTE COMBINADO PULMÓN-RIÑÓN UNA ALTERNATIVA EXCEPCIONAL Y DESAFIANTE: REPORTE DE UN CASO

Osvaldo Pestana Fabra[1]; Karen Ochoa[1]; Paola González[1]; Pamela Becerra[1]; Juana Rosalia Ahumada[1]; Jorge Osvaldo Caneva[1]; Atenea Gregoriety[2]; Mariano Candioti[2]; Juan Manuel Osses[2]

[1] Fundación Favaloro; [2] Fundacion Favaloro

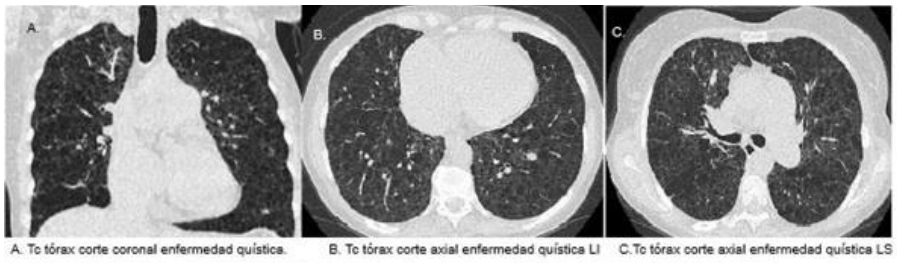
Introducción: La linfangioleiomiomatosis (LAM) es una enfermedad quística pulmonar poco frecuente que puede progresar a insuficiencia respiratoria terminal. Aunque el trasplante pulmonar constituye el tratamiento de elección en enfermedad avanzada, la coexistencia de

insuficiencia renal puede requerir un trasplante combinado pulmón-riñón, procedimiento excepcional.

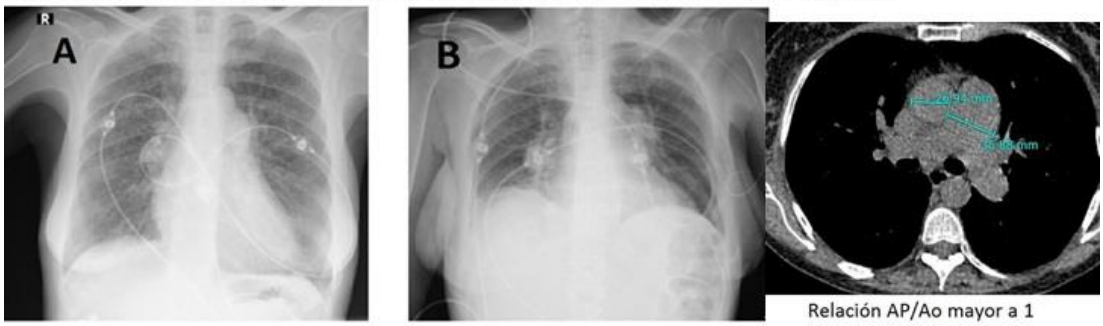
Caso clínico: Mujer de 56 años con LAM diagnosticada en 2012, tratada inicialmente con sirolimus. Durante la evolución desarrolló deterioro progresivo de la función pulmonar, hipertensión pulmonar severa e insuficiencia renal crónica, con suspensión del tratamiento por deterioro renal. Evolucionó con insuficiencia cardíaca derecha, dependencia de oxígeno de alto flujo y fue priorizada en emergencia nacional para trasplante. En mayo de 2026 se realizó trasplante bipulmonar seguido de trasplante renal con soporte mediante ECMO veno-arterio-venoso, sin complicaciones intraoperatorias. El postoperatorio se complicó con disfunción primaria del injerto pulmonar, injuria renal y necesidad de ventilación mecánica prolongada, requiriendo traqueostomía y hemodiálisis transitoria. Tras rehabilitación intensiva presentó recuperación progresiva de la función pulmonar y renal, logrando desvinculación de la asistencia ventilatoria y alta con internación domiciliaria.

Conclusiones: El trasplante combinado pulmón-riñón representa una alternativa terapéutica factible en pacientes cuidadosamente seleccionados con LAM avanzada y compromiso renal irreversible. Este caso resalta la importancia de la evaluación multidisciplinaria, la selección adecuada del receptor y la coordinación entre equipos especializados para obtener resultados favorables en un procedimiento de muy baja frecuencia.

El caso clínico del reporte representa el primer caso exitoso combinado de trasplante pulmonar y renal en Argentina. La adecuada evaluación y selección del receptor, como asi también el trabajo en conjunto de los equipos de trasplante pulmonar y renal son claves en el éxito de estos procedimientos.



A. Tc tórax corte coronal enfermedad quística. B. Tc tórax corte axial enfermedad quística LI C.Tc tórax corte axial enfermedad quística LS



A. Radiografía de tórax pre trasplante pulmonar B. Radiografía de tórax pos trasplante pulmonar

Relación AP/Ao mayor a 1

CC 31 - ACTINOMICOSIS PULMONAR: LA GRAN SIMULADORA. A PROPÓSITO DE UN CASO

Magali Maglione[1]; Tamara Menghi[1]; Luciana Vegetti[1]; Ariel Ballina[1]

[1] *Hospital José Maria Cullen*

Introducción: La actinomicosis pulmonar es una infección bacteriana crónica infrecuente causada por especies del género Actinomyces, bacilos grampositivos filamentosos, anaerobios o microaerófilos, de crecimiento lento, que forman parte de la microbiota habitual de la cavidad oral. La enfermedad pulmonar representa aproximadamente el 15–20% de los casos de actinomicosis y se relaciona principalmente con la aspiración de secreciones orofaríngeas, favorecida por factores predisponentes como la mala higiene bucal y el deterioro dentario. Constituye un importante desafío diagnóstico debido a sus manifestaciones clínicas e imagenológicas inespecíficas, simulando con frecuencia neoplasias pulmonares, tuberculosis o infecciones fúngicas.

Caso clínico: Paciente masculino de 38 años, tabaquista (10 paquetes/año), inmunocompetente, virus inmunodeficiencia humana negativo, que consultó por hemoptisis moderada intermitente de dos meses de evolución asociada a síndrome constitucional, sin fiebre. Al examen físico presentaba marcado deterioro de las piezas dentarias. La tomografía computada de tórax evidenció una masa de 64 mm en la base pulmonar izquierda con broncograma aéreo, atelectasia y retracción mediastínica, hallazgos sugestivos de neoplasia pulmonar primaria. Se realizó fibrobroncoscopía con lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial. Los cultivos bacterianos, la baciloscopía, la PCR para Mycobacterium tuberculosis y el resto de los estudios microbiológicos resultaron negativos. El estudio anatomopatológico demostró tejido fibrocolágeno con fragmentos de parénquima pulmonar y colonias de microorganismos filamentosos compatibles con Actinomyces spp., confirmándose el diagnóstico mediante la correlación clínico-radiológica e histopatológica. Se inició tratamiento con amoxicilina/ácido clavulánico con una duración prevista de 12 meses. Durante el seguimiento presentó resolución de la hemoptisis, recuperación clínica y marcada reducción del tamaño de la lesión pulmonar en los controles tomográficos.

Discusión y conclusiones: La actinomicosis pulmonar puede ser clínicamente indistinguible del cáncer de pulmón, incluso en pacientes inmunocompetentes. El aislamiento microbiológico presenta un bajo rendimiento debido al crecimiento lento de Actinomyces spp., la necesidad de condiciones estrictas de anaerobiosis, los períodos prolongados de incubación y la disminución de la sensibilidad ocasionada por el uso previo de antibióticos, el sobrecrecimiento de otros microorganismos y las dificultades en el transporte y procesamiento de las muestras. En consecuencia, el diagnóstico suele sustentarse en la anatomía patológica, integrada con los hallazgos clínicos y radiológicos. Este caso destaca la importancia de incluir la actinomicosis pulmonar dentro de los diagnósticos diferenciales de las masas pulmonares, especialmente en pacientes con factores predisponentes, ya que su reconocimiento oportuno permite instaurar tratamiento antibiótico específico, lograr una evolución favorable y evitar procedimientos quirúrgicos innecesarios.



CC 32 - BULLA GIGANTE DE RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA: REPORTE DE CASO

Osvaldo Pestana Fabra[1]; Karen Ochoa[1]; Paola González[1]; Pamela Becerra[1]; Ramiro Cantarella[2]; Juana Rosalia Ahumada[1]; Jorge Osvaldo Caneva[1]; Juan Manuel Osses[1]

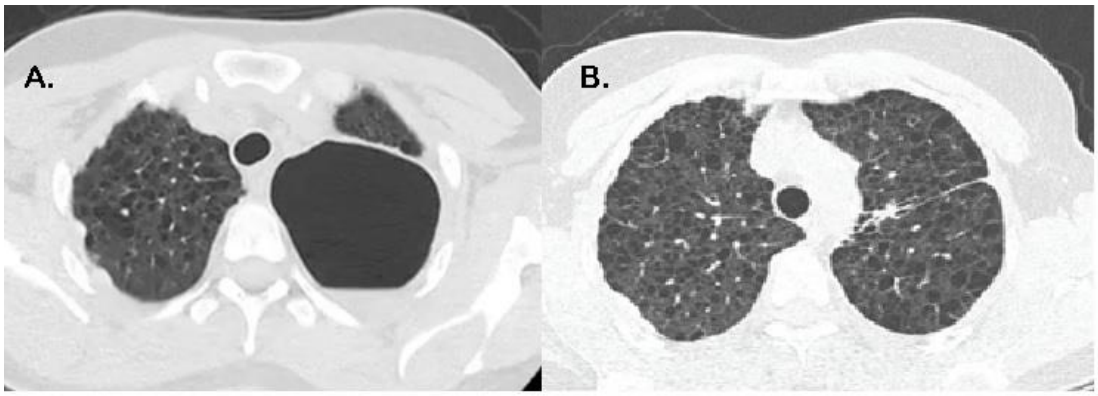
[1] Fundación Favaloro; [2] Hospital Universitario de Alicante

Introducción: La resolución espontánea de bullas o quistes pulmonares es un fenómeno excepcional y escasamente descrito. En pacientes con linfangioleiomiomatosis (LAM), el tratamiento con sirolimus ha demostrado estabilizar la función pulmonar y reducir la progresión de la enfermedad, aunque la desaparición completa de lesiones quísticas constituye un hallazgo inusual.

Caso clínico: Se presenta una paciente de 38 años con diagnóstico de LAM, sin antecedente de tabaquismo, en tratamiento con sirolimus desde 2018 y en lista de espera para trasplante pulmonar. Como antecedentes relevantes presentó neumotórax espontáneo derecho y posteriormente neumotórax bilateral, tratados mediante sellamiento pleural. La tomografía computarizada evidenció inicialmente múltiples quistes pulmonares y una bulla gigante subpleural en el lóbulo superior izquierdo con nivel hidroaéreo. En el seguimiento tomográfico realizado un año después se constató la resolución completa de la bulla, con persistencia del resto de las lesiones quísticas. Paralelamente se observó mejoría funcional, reflejada por incremento de la DLCO (32% a 46%), aumento de la distancia recorrida en la prueba de marcha de seis minutos (540 m con oxígeno suplementario a 570 m sin oxígeno) y disminución del volumen residual y de la relación volumen residual/capacidad pulmonar total.

Conclusión: La resolución espontánea de una bulla gigante en una paciente con LAM representa un hallazgo infrecuente. La mejoría funcional concomitante sugiere un posible

beneficio mecánico secundario a la reexpansión pulmonar, aunque el mecanismo fisiopatológico permanece incierto. Este caso aporta evidencia sobre la variabilidad evolutiva de las lesiones quísticas en la LAM y destaca la necesidad de estudios que esclarezcan los mecanismos involucrados en su regresión espontánea.



A. Bulla gigante en LSI **B. Resolución de bulla en LSI**

CC 33 - TUBERCULOSIS DISEMINADA EN PACIENTE CON INTERFERONOPATIA TIPO I

Carolina Cedeño Alvarado[1]; Evelin Hidalgo[1]; Norma González[1]

[1] Hospital de Niños Pedro Elizalde

Introducción: Las interferonopatías tipo I son enfermedades autoinflamatorias poco frecuentes caracterizadas por una activación persistente de la vía del interferón tipo I. La desregulación de esta respuesta inmunitaria se ha asociado con una mayor susceptibilidad a formas graves y diseminadas de tuberculosis. Presentamos el caso de un niño con interferonopatía tipo I que desarrolló tuberculosis diseminada por Mycobacterium tuberculosis.CASO CLÍNICOPaciente masculino de 9 años con antecedente de interferonopatía tipo I, paniculitis símil lupus, hepatitis y pancreatitis crónica, corticoterapia prolongada, desnutrición crónica e inmunosupresión. A los 3 años presentó enfermedad diseminada por Mycobacterium bovis BCG con compromiso cutáneo, que requirió tratamiento antituberculoso durante 14 meses.A los 8 años ingresó por reagudización de pancreatitis e insuficiencia respiratoria, con deterioro clínico a las 48 horas que motivó su ingreso a terapia intensiva. Ante la sospecha de infección micobacteriana diseminada se realizaron pruebas de biología molecular (Xpert Ultra) y cultivos de aspirado traqueal, orina, sangre y médula ósea, con aislamiento de Mycobacterium tuberculosis en las cuatro muestras, confirmando tuberculosis diseminada. La cepa era sensible a drogas de primera línea; sin embargo, por hepatopatía preexistente no fue posible mantener el esquema convencional, instaurándose un tratamiento individualizado con amikacina (los 2 primeros meses), levofloxacina, linezolid, etambutol y cicloserina durante 10 meses. La evolución fue compleja, con síndrome de activación macrofágica (evidencia de hemofagocitosis en médula ósea), episodios convulsivos con neuroimágenes que mostraron calcificaciones en ganglios basales y colección extraaxial frontal, sin rescate microbiológico en LCR, síndrome paradojal asociado al descenso de la corticoterapia y miopatía del paciente crítico, requiriendo asistencia respiratoria mecánica durante 34 días, traqueostomía y soporte ventilatorio nocturno durante siete meses. Permaneció 4 meses en UTIP y 6 meses en sala por alto riesgo social. Completó 10 meses de

tratamiento con buena tolerancia, negativización microbiológica, recuperación respiratoria progresiva, retiro del soporte ventilatorio y alta hospitalaria en buen estado clínico. No fue posible identificar un caso fuente entre los contactos convivientes.

Discusión y conclusiones: Las interferonopatías tipo I favorecen la susceptibilidad a formas graves de enfermedad por micobacterias. El antecedente de enfermedad diseminada por M. bovis BCG ya evidenciaba esta predisposición, mientras que la inmunosupresión, la corticoterapia y la desnutrición probablemente contribuyeron a la gravedad del cuadro descripto. El aislamiento de M. tuberculosis en múltiples muestras estériles confirmó la diseminación, y el tratamiento individualizado permitió un desenlace favorable.

CC 34 - TUBERCULOSIS DISEMINADA CON AFECTACIÓN PULMONAR Y OVÁRICA SIMULANDO UNA NEOPLASIA GINECOLÓGICA

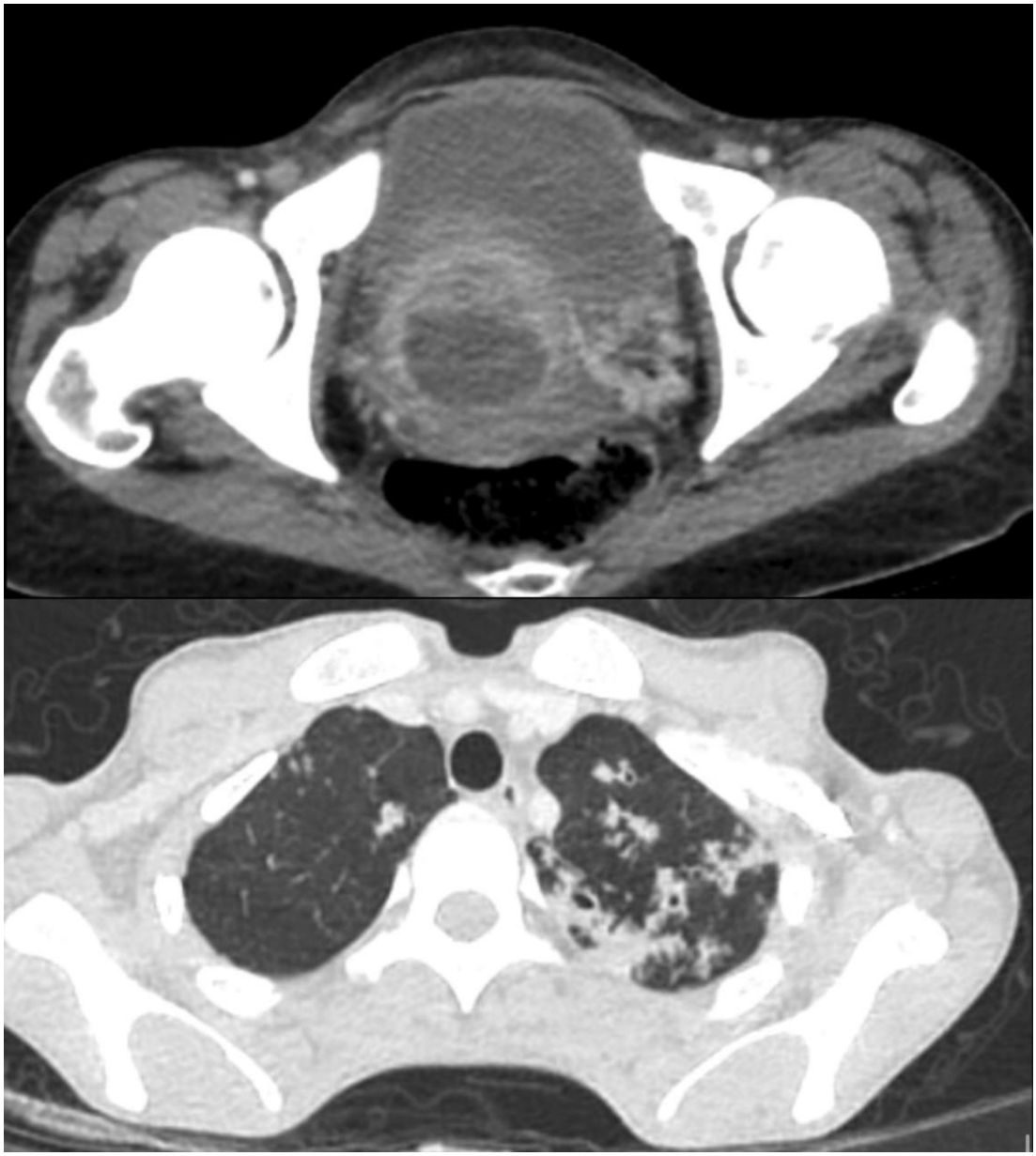
Cristhian Sancán[1]; Ana López[1]; Alejandra González[1]; Marcela Heres[1]

[1] *Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas*

Introducción: La tuberculosis extrapulmonar representa entre el 15-20% de los casos en pacientes inmunocompetentes. El compromiso genital femenino es infrecuente y la afectación ovárica, excepcional. Su presentación —masas anexiales, ascitis y elevación del CA-125— puede simular una neoplasia ginecológica, retrasando el diagnósticos y favoreciendo cirugías innecesarias.

Caso clínico: Femenina de 23 años, ex tabaquista, consultó por dolor y distensión abdominal, ascitis, pérdida de peso, sudoración nocturna y tos de una semana de evolución. Evaluada inicialmente por ginecología, la ecografía transvaginal mostró una formación sólida paraovárica izquierda de 44x22x41 mm con abundante ascitis y CA-125 de 253 U/ml por lo que se sospecho tumor de ovario y se programó anexectomía. Durante el estudio prequirúrgico, la tomografía de tórax evidenció infiltrados alveolares nodulares de predominio apical en lóbulo superior izquierdo, con cavitación y patrón en árbol en brote. El esputo confirmó tuberculosis pulmonar bacilífera(baciloscopía y GeneXpert positivos para Mycobacterium tuberculosis, sensible a rifampicina e isoniacida), iniciándose tratamiento antituberculoso. Ante la persistencia de la masa anexial, ascitis, implantes peritoneales y adenopatías retroperitoneales, se planteó como diagnóstico diferencial tuberculosis genitourinaria con compromiso ovárico. En ateneo multidisciplinario se intentó una biopsia guiada por tomografía para confirmación histológica, que no pudo realizarse por interposición de asas intestinales y escasa diferenciación de las estructuras anatómicas. La normalización del CA-125 (33 U/ml), sumada a la evolución clínica favorable y a la respuesta al tratamiento antituberculoso, alejó la sospecha oncológica y respaldó el diagnóstico de tuberculosis diseminada con compromiso pulmonar y ovárico. Durante la internación, la paciente presentó nefritis tubulointersticial atribuida a rifampicina, con insuficiencia renal aguda (creatinina máxima 4,02 mg/dl) que requirió modificar transitoriamente el tratamiento, con posterior recuperación de la función renal. Evolucionó favorablemente, con mejoría clínica, radiológica y ecográfica.

Discusión y conclusión: La tuberculosis genital sigue siendo una entidad infrecuente y de difícil sospecha clínica. Su afectación ovárica puede reproducir el cuadro típico de una carcinomatosis peritoneal por cancer de ovario, con masas anexiales, ascitis, implantes peritoneales y CA-125 elevado. En mujeres jóvenes de áreas endémicas, la coexistencia de síntomas constitucionales y hallazgos pulmonares debe elevar la sospecha de tuberculosis diseminada. Este caso destaca la importancia de una evaluación torácica sistemática ante toda paciente con aparente patología ginecológica acompañada de síntomas respiratorios o constitucionales: el reconocimiento precoz permitió replantear el diagnóstico inicial de neoplasia, evitar una cirugía potencialmente innecesaria e instaurar tratamiento específico. Asimismo, resalta el valor del abordaje multidisciplinario en estas presentaciones extrapulmonares poco frecuentes.



CC 35 - ENFERMEDAD QUÍSTICA PULMONAR ASOCIADA AL TABACO: EXPERIENCIA DIAGNÓSTICA EN DOS CASOS CLÍNICOS

Maria José Paez Aleaga[1]; Heily Cruz[1]; Gastón Larrea[1]; Mercedes Raya[1]; Ana Clara López[1]; Yael González[1]; Verónica Lawriwskyj[1]

[1] *Hospital María Ferrer*

Introducción: La histiocitosis pulmonar de células de Langerhans (HPCL) es una enfermedad intersticial quística poco frecuente, relacionada con el tabaquismo en adultos jóvenes. Se caracteriza por la proliferación clonal de células de Langerhans por la activación de la vía MAPK, que produce inflamación bronquiolocéntrica, formación de nódulos y evolución hacia lesiones quísticas pulmonares. Su diagnóstico requiere integrar la clínica, las imágenes tomográficas y posteriormente la confirmación histopatológica.

Caso 1. Paciente femenina de 44 años, fumadora activa. Acude por cuadro de 8 meses de evolución caracterizado por disnea clase funcional 2, tos con expectoración, pérdida de peso y sudoración nocturna. Derivada a consultores externos por sospecha de etiología infecciosa, presenta TACAR donde se evidencia múltiples quistes pulmonares de predominio en lóbulos superiores, enfisema centrolobulillar y nódulos centrolobulillares, hallazgos altamente sugestivos de HPCL.

Es presentada en cómite multidisciplinario junto con laboratorio inmunológico, funcional respiratorio y riesgo cardiológico. Se decide realizar lavado broncoalveolar en segmento anterior LSD, del cual no se obtienen rescates microbiológicos y por parte de anatomía patológica se informa presencia de células gigantes multinucleadas y por sospecha de HPCL se realizan técnicas de inmunohistoquímica con CD1a positivo.

Se decidió seguimiento con pruebas funcionales respiratorias y nueva TACAR, enfatizando la cesación tabáquica.

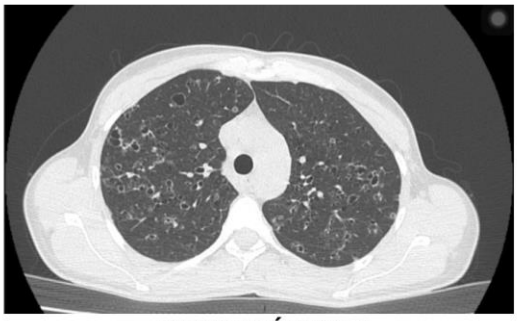
Caso 2. Paciente femenina de 40 años fumadora activa. Consulta por disnea clase funcional 2 y tos seca. Presenta una TACAR donde se observa con predominio en lóbulos superiores y segmentos apicales de los lóbulos inferiores enfisema centrolobulillar e imágenes quísticas irregulares.

Se realiza BAL en segmento anterior LSD y biospsias directas de bronquio fuente derecho e izquierdo sin resultado anatopatológico concluyente. El caso clínico es discutido en ateneo multidisciplinario, se solicitan pruebas funcionales complementarias: espirometría con obstrucción leve, panel inmunológico negativo. Por sospecha de HPLC se realiza criobiopsia pulmonar, se obtienen 4 muestras de segmento anterior y posterior LSD. En anatomía patológica se realizan tinciones con CD1a y S100 con

resultados focalmente positivos y aislados histiocitos con un diagnóstico sugerente a HPCL. El manejo fue multidisciplinario se indica broncodilatadores, vacunación, seguimiento clínico y cesación tabáquica.

Conclusiones: La HCLP debe sospecharse en pacientes jóvenes fumadores con enfermedad pulmonar quística y predominio de lesiones en lóbulos superiores. En este tipo de patologías la

TACAR representa una herramienta diagnóstica de suma importancia, la cual permite evitar procedimientos invasivos cuando el patrón es típico.El diagnóstico requiere un enfoque multidisciplinario que integre clínica, imágenes, anatomía patológica y estudios moleculares cuando están disponibles.La cesación tabáquica es el tratamiento de primera línea y puede modificar significativamente la evolución de la enfermedad.



CASO CLÍNICO 1



CASO CLÍNICO 2

CC 36 - CUANDO EL NEUMOCOCO INVADE: MÁS ALLÁ DE LA NEUMONÍA

Rebeca Padilla[1]; Alejandra Gonzales[1]; Analia Santos[1]; Andrea Aro[1]; Ana López[1]; Fernando Alcoba[1]

[1] *Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas*

Introducción: El Streptococcus pneumoniae es la principal causa bacteriana de neumonía adquirida en la comunidad y una de las causas más frecuentes de enfermedad neumocócica invasiva (ENI). La bacteriemia ocurre en el 10–30% de los pacientes hospitalizados y constituye un factor asociado a mayor mortalidad, especialmente en adultos mayores y pacientes con comorbilidades. La artritis séptica es una complicación poco frecuente.

Caso clínico: Se presenta el caso de un paciente masculino de 79 años, etilista. Refiere cuadro de siete días de evolución caracterizado por tos con expectoración mucopurulenta, fiebre, disnea y dolor en la rodilla izquierda, que imposibilitaba la deambulación. Al ingreso presentó síndrome de disfunción multiorgánica, requiriendo hemodiálisis de urgencia. Los hemocultivos desarrollaron Streptococcus pneumoniae multisensible. Tomografía de tórax: consolidación con broncograma aéreo en el lóbulo superior derecho. La ecografía de rodilla izquierda evidenció edema y abundante líquido sinovial. Se realizó drenaje articular, con material purulento. El análisis del líquido sinovial mostró leucocitos y piocitos, con desarrollo de neumococo. Recibió tratamiento con ceftriaxona durante 10 días. Durante su internación, el paciente presentó shock séptico por bacteriemia asociada a catéter por Klebsiella pneumoniae NDM. Se indicó aztreonam y ceftazidima/avibactam durante 4 semanas. Posteriormente se otorga el alta hospitalaria.

Discusión: La ENI continúa representando una causa importante de internación en adultos mayores y la mortalidad puede alcanzar el 20 %.

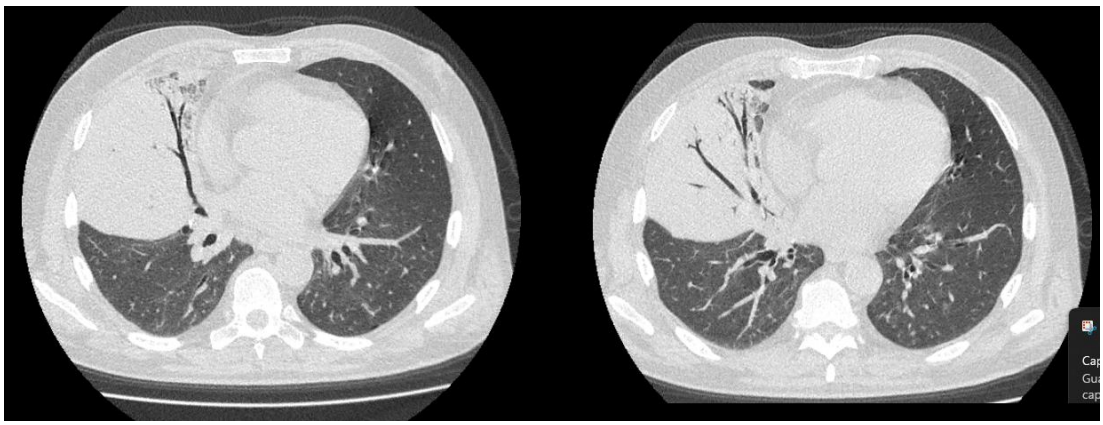
Los principales factores predisponentes son edad avanzada, alcoholismo, inmunosupresión, diabetes mellitus, enfermedad hepática crónica y asplenia. La edad avanzada y el alcoholismo crónico presentes en nuestro paciente actuaron como factores de riesgo.

La artritis séptica por Streptococcus pneumoniae es una manifestación poco frecuente, ya que representa aproximadamente el 1.5 % de las ENI .

El tratamiento antibiótico dirigido asociado al drenaje precoz del foco articular continúa siendo la mejor estrategia terapéutica para disminuir la mortalidad y prevenir secuelas funcionales

La falta de vacunación antineumocócica en nuestro paciente destaca la importancia de la inmunización para prevenir formas invasivas de la enfermedad.

Conclusión: La ENI se asocia a una elevada carga de morbimortalidad, a pesar de los avances diagnósticos y terapéuticos. Si bien la vacunación antineumocócica ha modificado favorablemente la epidemiología, la enfermedad invasiva continúa ocasionando cuadros graves. Por ello, resulta fundamental reforzar las estrategias de inmunización, especialmente en los grupos de riesgo.



CC 37 - ADENOCARCINOMA PULMONAR NO MUCINOSO DE PRESENTACIÓN ATÍPICA EN UN PACIENTE NO FUMADOR CON EXPOSICIÓN OCUPACIONAL Y AMBIENTAL

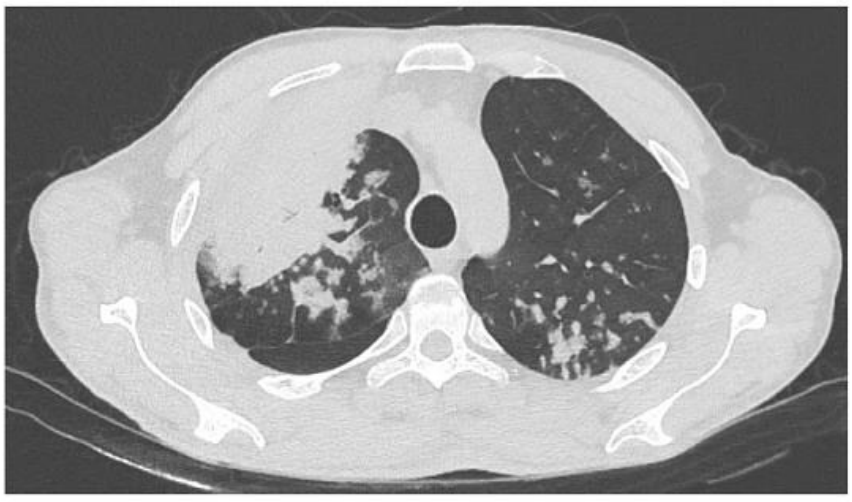
Jaines José Zabala Marcano[1]; Elías Adrián Cabrera[1]; Matías Omar Pereyra[1]; Araceli Abigaíl Michlovsky[1]; Verónica Belén Alcaraz[1]; Nicolás Daniel Rodríguez Dos Santos[1]; Lucio Agustín Del Prado[1]; Natasha Rocío Solis[1]; María Susana Azcona[1]; Julieta Franzoy[1]; Alberto Gabriel Roman[1]

[1] *Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga*

Introducción: El adenocarcinoma es el tipo histológico más frecuente de carcinoma de pulmón, con un aumento en su frecuencia en los últimos años, sobre todo en pacientes no fumadores. Su presentación como consolidaciones bilaterales es poco habitual y suele confundirse con procesos infecciosos o inflamatorios, retrasando el diagnóstico oncológico. Presentamos un caso en el que la serología resultó, además, un factor de confusión adicional.

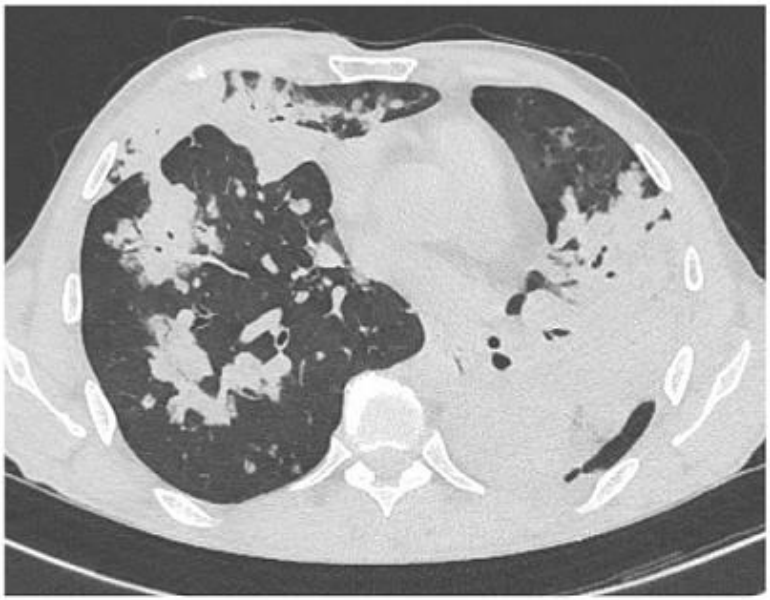
Caso clínico: Masculino de 49 años, sin antecedentes patológicos, no fumador, con exposición a humo de biomasa y herbicidas desde la infancia, emisiones de una laminadora de terciados fenólicos durante más de 20 años y, carpintería por 5 años. Consulta por tos seca y disnea progresiva de un año de evolución. La tomografía de tórax mostró consolidaciones bilaterales con broncograma aéreo, interpretadas inicialmente como proceso infeccioso, se realiza fibrobroncoscopía más lavado bronquioalveolar y biopsia transbronquial, con resultados negativos. Ante nuevos episodios de expectoración espumosa y blanquecina e importante disociación clínico radiológica, se planteó sospecha de proteinosis alveolar (PAP), solicitándose anticuerpo anti factor estimulante de colonias granulocíticas, que resultó positivo (1/400). sin material proteináceo PAS-positivo en el líquido de lavado bronquioalveolar. Se realizó punción transtorácica guiada por tomografía, con hallazgo de adenocarcinoma no mucinoso, patrones acinar, papilar y lepídico, con panel molecular por inmunohistoquímica pan-negativo. Dada la rareza de esta dualidad diagnóstica y la presentación atípica, se decidió derivar para criobiopsia transbronquial, que confirmó el diagnóstico oncológico e identificó además un patrón micropapilar no descripto previamente, y negativización del anticuerpo, descartándose proteinosis alveolar autoinmune. Se estadificó como T4N2Mx y se indicó quimioterapia con carboplatino y pemetrexed.

Discusión y conclusiones: La presentación con consolidaciones parenquimatosas bilaterales del adenocarcinoma es infrecuente, y puede simular procesos infecciosos, inflamatorios e incluso la PAP. Existen casos publicados de PAP autoinmune coexistente con cáncer de pulmón, fenómeno distinto de la PAP secundaria a malignidad. En nuestro paciente, la positividad serológica constituyó un dato engañoso adicional, al no acompañarse del material PAS-positivo esperado. Ante la rareza de esta dualidad diagnóstica y la atipicidad del cuadro, se optó por escalar los métodos diagnósticos hacia la criobiopsia transbronquial, que ofrece mayor rédito que la biopsia con pinza convencional al obtener muestras de mayor tamaño y con preservación de la arquitectura tisular, lo que permitió identificar hallazgos previamente no evidenciados. Este caso ilustra la relevancia de sostener un diagnóstico diferencial exhaustivo ante presentaciones atípicas, ya que la correcta indicación terapéutica depende de la certeza histológica.









CC 38 - “CUANDO EL OXÍGENO NO ES SUFICIENTE: REPORTE DE TRES CASOS DE METAHEMOGLOBINEMIA ADQUIRIDA”

Milagros Zulaica[1]; Fabiána Salazar[1]; Andrea Bertolín[1]; Silvana Guendulain[1]; Juan Pablo Casas[1]

[1] *Sanatorio Allende*

Introducción: La metahemoglobinemia adquirida representa un desafío diagnóstico. Se produce por oxidación de la hemoglobina, alterando el transporte de oxígeno y ocasionando disnea e hipoxemia refractaria a oxigenoterapia. Su principal característica es la discordancia entre una presión parcial de oxígeno normal en la gasometría arterial y una baja saturación por pulsioximetría. La etiología más común es la farmacológica, siendo la Dapsona uno de los fármacos más implicados.

CASO CLÍNICO 1. Mujer (IMC 19) bajo peso, 30 años, VIH y linfoma no Hodgkin. Tras reacción adversa a trimetoprima-sulfametoxazol, se rotó la profilaxis para Pneumocystis jirovecii a Dapsona. Cuatro días después presentó disnea, cianosis periférica e hipoxemia refractaria a oxigenoterapia. La tomografía de tórax fue normal y la gasometría arterial evidenció de PaO2 normal y saturación de O2 baja; la metahemoglobina fue de 7,7%. Suspendida la Dapsona, descendió a 0,08% a los 2 días, con mejoría clínica.

CASO CLÍNICO 2. Mujer (IMC 24) normopeso, 64 años, EPOC, con hidradenitis supurativa tratada con Dapsona. Consultó por disnea clase funcional 2 de cuatro días de evolución e hipoxemia refractaria a oxigenoterapia. La tomografía de tórax fue normal y la gasometría arterial evidenció de PaO2 normal y saturación de O2 baja; la metahemoglobina fue de 10%. Tras suspender el tratamiento, descendió a 2,4% a los 3 días, con resolución clínica.

CASO CLÍNICO 3. Mujer (IMC 31) obesa, 60 años, sepsis secundaria a pioderma gangrenoso, inició tratamiento con Dapsona. A la semana presentó disnea, cianosis e hipoxemia refractaria a oxigenoterapia. La tomografía de tórax fue normal y la gasometría arterial evidenció de PaO2 normal y saturación de O2 baja. La metahemoglobina fue de 9%. Tras suspender el fármaco, descendió a 3,6% al séptimo día, con mejoría clínica.

Discusión y conclusión: Se presentaron tres casos de metahemoglobinemia asociado a Dapsona. Los tres pacientes presentaron disnea e hipoxemia refractaria a oxigenoterapia, y evidenciaron una "brecha de saturación": baja saturación por pulsioximetría y una presión parcial de oxígeno normal en la gasometría arterial, siendo este un sello distintivo para orientar el diagnóstico. Los tiempos de resolución de la metahemoglobinemia fueron dispares, lo que se asoció al diferente peso corporal de los pacientes. Debido a que la Dapsona se caracteriza por presentar una elevada liposolubilidad, favoreciendo su distribución y acumulación en el tejido adiposo, prolongando la exposición a metabolitos oxidantes y retrasando el descenso de los niveles de metahemoglobina. En los tres casos, la suspensión precoz del fármaco permitió la resolución clínica, destacando la importancia del reconocimiento temprano para evitar retrasos diagnósticos y prevenir complicaciones potencialmente graves.

CC 39 - SCHWANNOMA ENDOBRONQUIAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Priscila Natali Coronel Brizuela[1]; Heily Cruz[1]; Juan Manuel Lucchelli[1]; Luis Pombo[1]; Ana Clara López[1]; Veronica Lawriwskyj[1]; Yael González[1]; Astrid Vargas[1]

[1] *Hospital Maria Ferrer*

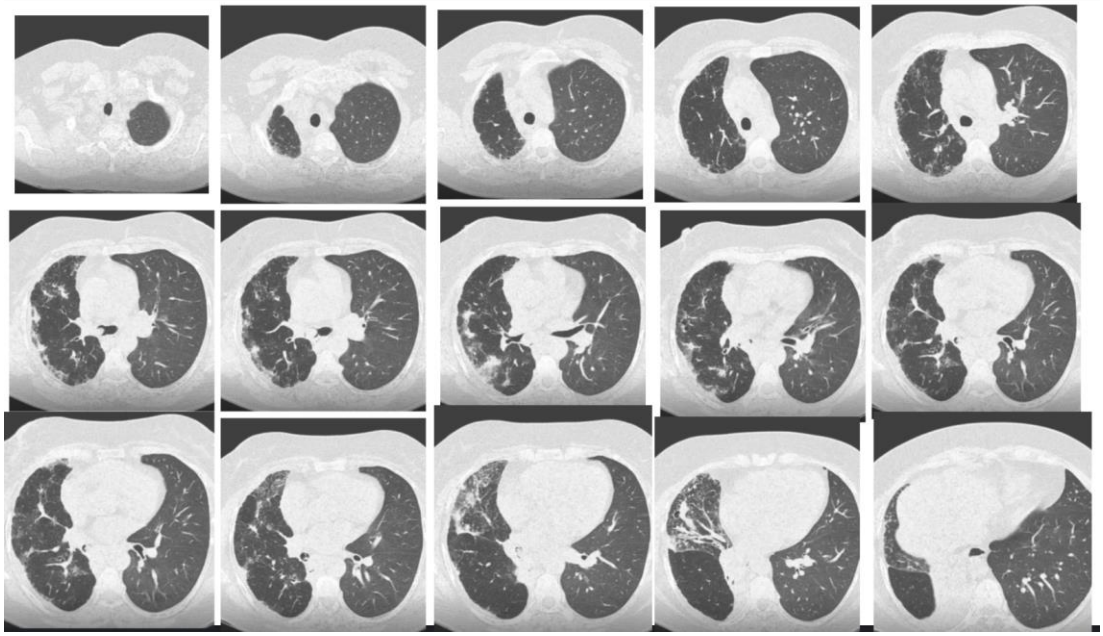
Introducción: El schwannoma es un tumor benigno originado a partir de las células de Schwann siendo a nivel de los nervios periféricos el tumor más frecuente. Suele presentarse frecuentemente a nivel de cabeza, cuello, extremidades y en un 0,2% a nivel endobronquial, formando parte del 2% correspondiente a tumores endobronquiales benignos. Respecto a la epidemiologia no existe predominio en cuanto al sexo, presentándose entre la tercera y quinta década de vida. No suelen relacionarse a síndromes hereditarios y suelen presentarse de manera esporádica. Clínicamente se manifiestan con tos, disnea, sibilancias, hemoptisis y

neumonías post obstructivas. No existe un abordaje terapéutico unificado, y el tratamiento depende de las características individuales del paciente, sus comorbilidades y la experiencia del centro médico.

Caso Clínico: Paciente de 59 años con antecedentes de diabetes tipo dos e hipertensión arterial presenta infecciones respiratorias a repetición de dos años de evolución asociados a disnea mmrc II progresiva. En la tomografía de tórax se evidencia lesión endoluminal a nivel del bronquio fuente derecho asociada a colapso completo del lóbulo inferior homolateral por lo que se realiza broncoscopia rígida donde se observa a nivel del bronquio fuente derecho lesión lisa que ocluye la luz en su totalidad con su base de implantación en el tronco intermedio , este se extrae en su totalidad con maniobras mecánicas. Se recibe diagnóstico compatible con schwannoma endobronquial por lo que se realiza control endoscópico al mes, que evidencia únicamente la base de implantación por lo que se decide en comité de tumores seguimiento clínico y broncoscópico.

Discusión: Si bien se trata de un tumor histológicamente benigno, puede presentar un comportamiento localmente agresivo debido a su crecimiento progresivo y al efecto obstructivo que ejerce sobre la vía aérea central. La localización endobronquial constituye una forma de presentación excepcional y representa un desafío diagnóstico, tanto por la inespecificidad clínica como por la necesidad de una adecuada caracterización anatomopatológica e inmunohistoquímica para establecer el diagnóstico definitivo. Dado su lento crecimiento y la rareza de su transformación maligna, se recomienda un seguimiento a largo plazo.

Conclusión: Este caso resalta la importancia de incluir los tumores benignos en el diagnóstico diferencial de las lesiones endobronquiales, especialmente en pacientes con síntomas respiratorios persistentes o infecciones respiratorias recurrentes. Su reconocimiento oportuno permite seleccionar la estrategia terapéutica más adecuada y evitar tratamientos innecesariamente agresivos. Aunque no existen guías específicas ni recomendaciones sustentadas en evidencia de alta calidad para su manejo, la experiencia publicada sugiere que la neumonología intervencionista constituye una alternativa terapéutica eficaz y mínimamente invasiva en pacientes seleccionados.



CC 40 - PLAQUETOPENIA SECUNDARIA A SOTATERCEPT EN HIPERTENSION ARTERIAL PULMONAR: A PROPOSITO DE UN CASO

Julieta González Anaya[1]; Luciano Andrés Melatini[1]; Silvina Benavidez[1]; Tulio Papucci[1]; Juan Manuel Via Alvarado[1]; Matias Colucci[1]

[1] *INEUS*

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad vascular progresiva. Sotatercept (ligando ActRIIA-Fc) revolucionó su tratamiento al actuar sobre el remodelado vascular mediante la vía de activinas/GDF. No obstante, impacta en la hematopoyesis: en los ensayos pivotales STELLAR y PULSAR la plaquetopenia alcanzó incidencias del 6,1% y 18%. Aunque suele ser leve y reversible, en la práctica real pueden presentarse descensos severos o prolongados. Presentamos un caso de plaquetopenia por sotatercept para describir su evolución, manejo y revisión de la literatura.

Caso clínico: Paciente femenina de 66 años con HAP Grupo 1 (asociada a esclerosis sistémica) en triple terapia con macitentán, tadalafilo y análogos de prostaglandinas subcutáneos continuos. Por riesgo intermedio-alto en score COMPERA 2.0 tras tres años de tratamiento en octubre de 2025 se adicionó sotatercept a dosis inicial de 0,3 mg/kg.La paciente partia de un recuento plaquetario de 134.000 mm3.

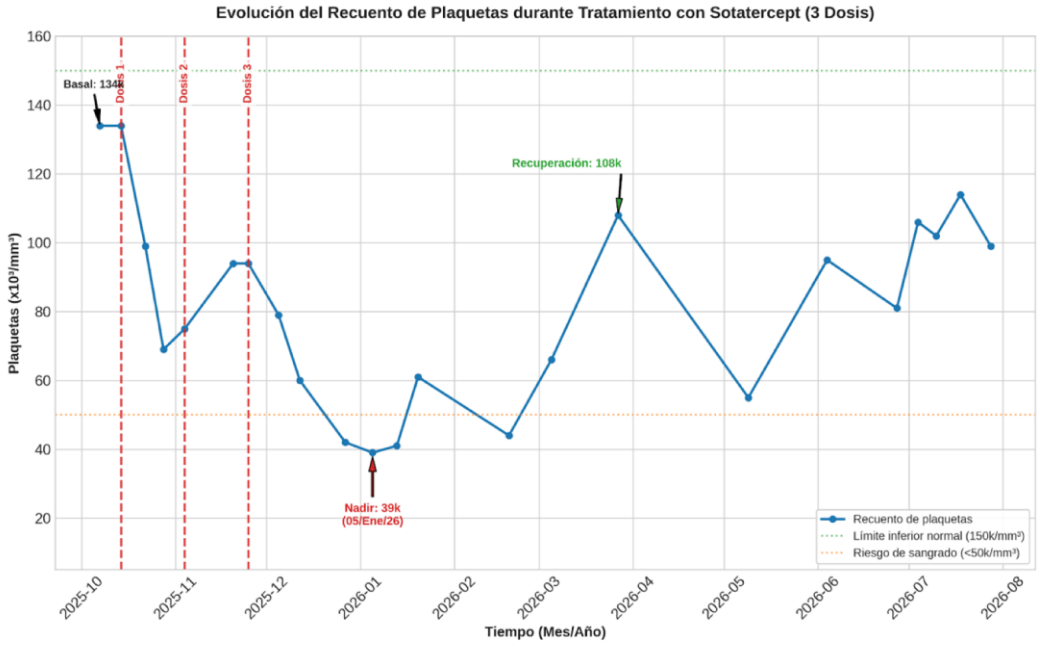
Recibió tres dosis a 0,3 mg/kg: 14 de octubre, 4 de noviembre y 25 de noviembre de 2025. Tras la primera dosis descendió a 69.000/mm³ con parcial recuperación (94.000/mm³). Luego de la tercera dosis reinició una caída rápida (79.000/mm³ el 5/Dic y 42.000/mm³ el 27/Dic), suspendiéndose el fármaco. Alcanzó un nadir de 39.000/mm³ el 5 de enero de 2026 (3 meses del inicio). Mantuvo valores oscilatorios (41.000-66.000/mm³) hasta lograr un pico de

recuperación de 108.000/mm³ el 27 de marzo de 2026 (5 meses de la dosis inicial), estabilizándose en torno a 100.000/mm³. Permaneció asintomática sin eventos sangrantes.

Discusión y conclusión: A diferencia de los ensayos clínicos donde la plaquetopenia fue transitoria, en esta paciente con tres dosis persistió durante meses. Esta respuesta prolongada y fluctuante se alinea con la vida media de eliminación de sotatercept (~24 días) y el tiempo de recuperación de la megacariopoyesis.

Destacan los factores concomitantes: la esclerosis sistémica puede presentar por sí misma trombocitopenia autoinmune o microvascular, pudiendo la desregulación inmune interactuar con el bloqueo ActRIIA. Asimismo, la infusión continua de prostaglandinas es un cofactor conocido de consumo plaquetario.

Pese a la severidad de la citopenia, no hubo sangrados y se constató una discreta mejoría sintomática en la disnea tras las aplicaciones. Ante el posterior deterioro funcional por la suspensión, actualmente se evalúa reiniciar sotatercept ponderando el balance riesgo/beneficio bajo monitoreo estricto o microtitulación.



CC 41- CUANDO UNA OTITIS CRÓNICA OCULTA UNA TUBERCULOSIS

Rebeca Padilla[1]; Alejandra Gonzales[1]; Ana López[1]; Yanina Asquineyer[1]; Marcela Heres[1]; Fernando Alcoba[1]; Andrea Aro[1]

[1] *Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas*

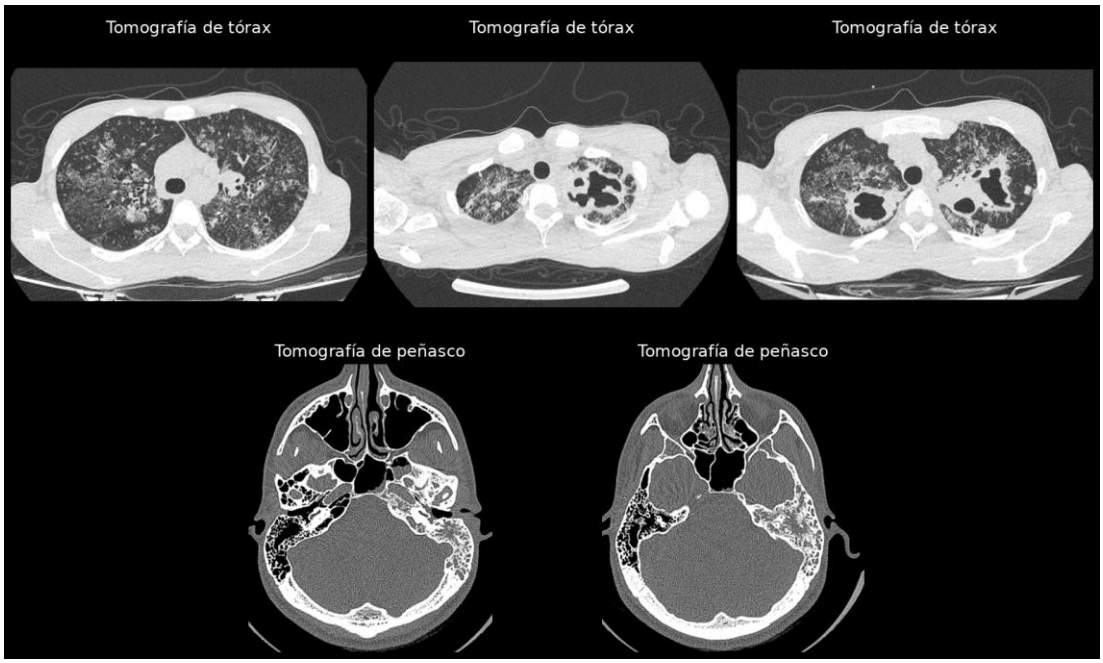
Introducción: La tuberculosis extrapulmonar representa entre el 15 y el 20% de los casos de tuberculosis. La otitis tuberculosa es una forma rara de tuberculosis extrapulmonar, representa el 0,1 % de todos los casos de tuberculosis(TB). La patogénesis ótica puede ser secundaria a la diseminación hematógena o linfática desde un foco primario en otra localización,o por contigüidad local a través de la trompa de Eustaquio desde la nasofaringe o

desde oído externo. La presentación clínica es una tríada de otorrea indolora, perforación de la membrana timpánica y parálisis facial. Suele ser diagnosticada erróneamente, lo que retrasa el tratamiento inicial.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente masculino de 22 años, sin antecedentes. Refiere cuadro de un año de evolución de otalgia,otorrea e hipoacusia izquierda,recibió antibióticos en varias oportunidades, sin mejoría. Evoluciona meses después, con pérdida de peso y fiebre. Tomografía de tórax(TC): múltiples áreas de infiltrado nodulillar de distribución peribroncovascular, patrón árbol en brote multilobar, áreas densas parenquimatosas con patrón consolidativo asociadas a cavitación en lóbulos superiores. Esputo con BAAR +++ y Cultivo de Mycobacterium tuberculosis sin resistencia. Serología para HIV negativa. Fue valorado por el servicio de Otorrinolaringología: oído izquierdo húmedo con presencia de lesión exofítica en oído medio. Se realiza TC de peñascos: velamiento de las celdillas mastoideas izquierdas, antro y oído medio con alteración de la morfología y densidad de la cadena osicular. Se interpreta el cuadro como tuberculosis diseminada.(Pulmonar/otica). Recibió tratamiento antituberculoso durante 12 meses con resolución de la otorrea y secuela auditiva.Se realiza TC de tórax control al final del tratamiento con lesiones cavitadas residuales.

Discusión: La importancia de este caso radica en que la manifestación inicial de la enfermedad fue un cuadro de otitis media crónica refractaria al tratamiento antibiótico, durante un año previo al diagnóstico de tuberculosis pulmonar. Si bien no se obtuvo confirmación microbiológica del compromiso ótico, la ausencia de respuesta a múltiples esquemas antibióticos, la confirmación microbiológica de TB pulmonar, los hallazgos otológicos y radiológicos y la respuesta al tratamiento hacen altamente probable el diagnóstico de tuberculosis ótica.

Conclusión: La TB debe incluirse en el diagnóstico diferencial de otitis media crónica sin respuesta al tratamiento antibiótico convencional. La sospecha clínica y el reconocimiento oportuno de esta entidad son fundamentales para evitar retrasos diagnósticos y reducir el riesgo de secuelas auditivas permanentes.



CC 42 - CUANDO LA NEUMONÍA OCULTA UNA ZOONOSIS: SERIE DE CASOS DE NEUMONÍA POR CHLAMYDIA PSITTACI

Rebeca Padilla[1]; Alejandra Gonzales[1]; Ana López[1]; Carlos Tummino[1]; Graciela Cabral[1]; Daniela Rios[1]; Fernando Alcoba[1]; Andrea Rios[1]

[1] *Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas*

Introducción: La psitacosis es una enfermedad zoonótica de distribución mundial causada por Chlamydia psittaci, bacteria intracelular transmitida principalmente por la especie psitácidos.

Las neumonías adquiridas en la comunidad (NAC) por bacterias atípicas representan aproximadamente el 15 %, no se identifican con frecuencia en la práctica clínica porque no existen pruebas específicas, rápidas o estandarizadas ampliamente disponibles para su detección.

La presentación varía desde la infección subclínica hasta sepsis grave y afectación multisistémica.

Resultados: Se incluyeron 9 pacientes, con predominio del sexo femenino (55,6%). La edad media fue de 45,3 años. El tiempo medio de evolución desde el inicio de los síntomas fue de 7,1 días. El antecedente de contacto con aves estuvo presente en 7/9. Sin comorbilidades en 5 pacientes (55,6%). En cuanto a la presentación clínica, todos los pacientes presentaron fiebre al momento del diagnóstico. La disnea estuvo presente en 7/9 pacientes. Asimismo, 6 pacientes manifestaron diarrea y/o vómitos. Se internaron 7/9 pacientes con una media de 8,6 días. Requerimiento de soporte de oxígeno en todos los pacientes internados, en 2 con necesidad de cánula de alto flujo (CAFO).

En los estudios de laboratorio, 5 pacientes presentaron leucocitosis. La hipertransaminasemia estuvo presente en 7 pacientes (77,8%), la proteína C reactiva (PCR), se encontró elevada en 4 pacientes.

El diagnóstico se estableció mediante la detección de anticuerpos por inmunoensayo de quimioluminiscencia (CLIA), reactiva para Chlamydia spp. en 6 pacientes (66,7%), mientras que en 3 pacientes (33,3%) se confirmó mediante PCR para Chlamydia psittaci. Todos los pacientes (100%), recibieron 14 días de tratamiento antibiótico con Doxiciclina.

Discusión: La psitacosis, es subdiagnosticada como etiología de la neumonía adquirida en la comunidad. El subdiagnóstico se relaciona principalmente con la baja sospecha clínica y con una anamnesis incompleta respecto a la exposición epidemiológica con aves, lo que retrasa el diagnóstico etiológico y el inicio del tratamiento específico.

Conclusión: La psitacosis debe considerarse dentro de las etiologías de la NAC para evitar demoras en el tratamiento adecuado.

CC 43 - SARCOMA MIELOIDE ENDOBRONQUIAL: UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA DE MASA PULMONAR

Juan Pablo Barberis[1]; Mario Méndez Vera[1]; Laura Soledad Prigioni[1]; Jimena Rivera[2]; Nicolás Bonini[2]; Martín Sívori[1]

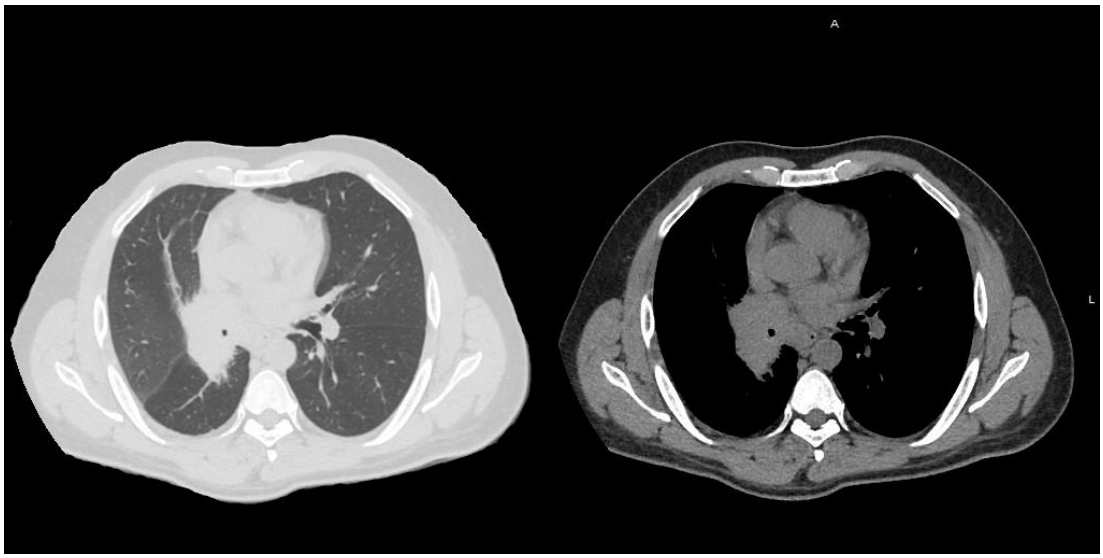
[1] Centro Universitario de Neumonología, Hospital General de Agudos "J. M. Ramos Mejía"; [2] Hospital General de Agudos "J. M. Ramos Mejía"

Introducción: Las neoplasias malignas hematológicas pueden manifestarse como masas en tejidos extramedulares en casos relativamente infrecuentes. Una de estas manifestaciones es el sarcoma mieloide (SM). Estas masas suelen desarrollarse como manifestación primaria de la leucemia mieloide aguda (LMA), síndromes mieloproliferativos, o como reactivación de estos, especialmente luego de un trasplante de células progenitoras hematopoyéticas (TCPH). Los órganos más frecuentemente afectados son los nodos linfáticos, la piel, el hueso y el aparato gastrointestinal. La presentación de un SM en la vía aérea es extremadamente infrecuente.

Caso clínico: Varón de 44 años, con diagnóstico de LMA en Diciembre de 2023 tratado con quimioterapia y trasplante alogénico de médula ósea en 2024, en mantenimiento con Azacitidina. Consulta en Marzo de 2026 por tos seca y disnea mMRC 2. Se solicitó examen funcional respiratorio (EFR) con evidencia de patrón obstructivo severo sin respuesta a broncodilatadores asociado a patrón sugestivo de restricción moderada. La tomografía de tórax mostró un tejido sólido con centro hipodenso de aspecto necrótico por encima del bronquio fuente derecho asociado a disminución del calibre de los bronquios del lóbulo inferior y medio, conformando una masa de 59 x 50 mm. La fibrobroncoscopia evidenció oclusión total de la luz del bronquio del lóbulo superior derecho y oclusión parcial de la luz del bronquio del L. medio e inferior, con mucosa friable. Se realizó lavado broncoalveolar (BAL) y biopsia endobronquial. Los cultivos de BAL y de tejido fueron negativos para gérmenes comunes, micobacterias y hongos. La histopatología demostró infiltración por células de

contornos irregulares, cromatina fina, nucléolos evidentes y escasos citoplasmas. La inmunohistoquímica mostró positividad difusa para MPO, TdT y CD45, y con CD34 se observó positividad en aisladas células y estructuras vasculares, resultados vinculables a infiltración bronquial de la enfermedad de base (LMA) compatible con un sarcoma mieloide bronquial.

Discusión y conclusiones: El SM es una proliferación extramedular de blastos mieloides que altera la arquitectura tisular normal. Su incidencia es baja (2-9% en pacientes con LMA), y la afectación de la vía aérea es excepcionalmente rara. La relevancia de este caso radica en su presentación como una masa pulmonar que semeja un carcinoma broncogénico o una infección oportunista, presentando una dificultad diagnóstica considerable. El diagnóstico definitivo se basa en la histología y el uso de inmunohistoquímica, siendo marcadores clave la MPO, CD68, CD117 y CD34. En pacientes post-TCPH, el SM puede ser la primera señal de recaída sistémica, incluso con médula ósea y citometría de flujo normal. El SM debe incluirse dentro de los diagnósticos diferenciales de masas endobronquiales en pacientes con antecedentes de enfermedad neoplásica hematológica siendo la broncoscopia la herramienta esencial para su diagnóstico.



CC 44 - SÍNDROME DE EMBOLIA GRASA: ESTRATEGIAS DE SOPORTE VENTILATORIO EN UNA SERIE DE CASOS DE UN HOSPITAL PÚBLICO DE CORRIENTES CAPITAL.

Carlos Matias Ezequiel Zalazar[1]; Mario Sussini[1]; Milagros Sussini[1]; Mercedes Veregara[1]; Andrea Nahir Aguirre Armand[1]

[1] *Hospital Escuela "Gral San Martin"*

introducción: El síndrome de embolia grasa (SEG) es una complicación infrecuente del trauma ortopédico, principalmente asociado a fracturas de huesos largos. Su incidencia clínica se estima entre el 0,5 y el 11% de la población estudiada. Se caracteriza por insuficiencia respiratoria, alteraciones neurológicas y petequias, aunque la tríada clásica completa se observa en una minoría de los pacientes. El compromiso pulmonar constituye la manifestación predominante y puede variar desde hipoxemia leve hasta síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), principal determinante de morbimortalidad. El diagnóstico es

fundamentalmente clínico y el tratamiento continúa basándose en medidas de sostén, con una mortalidad actualmente estimada inferior al 10% cuando se realiza reconocimiento precoz y soporte adecuado. Existe escasa evidencia que describa pacientes con diferentes grados de gravedad respiratoria y distintos requerimientos de soporte ventilatorio.

Casos clínicos: Se presentan una serie de tres pacientes jóvenes (17–23 años), previamente sanos, ingresados por politraumatismos con fracturas de huesos largos. Todos ingresaron sin compromiso respiratorio ni hemodinámico y fueron estabilizados para resolución quirúrgica diferida. Entre las 24 y 72 horas desarrollaron alteracion neurológica, hipoxemia e infiltrados pulmonares en vidrio esmerilado difusos en tomografía, sin lesiones cerebrales agudas. Dos pacientes presentaron petequias, completando la tríada clásica del SEG. Todos requirieron ingreso a terapia intensiva para soporte respiratorio: un paciente evolucionó favorablemente con cánula nasal de alto flujo, mientras que dos requirieron intubación y ventilación mecánica invasiva por deterioro neurológico e hipoxemia, uno de ellos con decúbito prono por SDRA. Tras 5–7 días de ventilación mecánica, ambos fueron extubados exitosamente. Los tres pacientes evolucionaron favorablemente y completaron posteriormente el tratamiento quirúrgico.

Discusión y conclusiones: Esta serie de casos demuestralas diferentes formas de compromisorespiratorio del SEG, desde hipoxemia tratada con cánula nasal de alto flujo hasta SDRA que requirió ventilación mecánica invasiva y decúbito prono. La presentación clínica diferida y la ausencia de pruebas diagnósticas específicas continúan representando un desafío diagnóstico, por lo que un alto índice de sospecha resulta esencial en pacientes con fracturas de huesos largos que desarrollan insuficiencia respiratoria y deterioro neurológico, especialmente cuando se asocian petequias y se excluyen otras etiologías. En ausencia de tratamientos farmacológicos con eficacia demostrada, el soporte respiratorio individualizado y el manejo intensivo oportuno constituyen el pilar terapéutico y se asocian con mejores desenlaces clínicos. Aunque limitada por el reducido número de casos, esta serie destaca la importancia del reconocimiento precoz del SEG, la estratificación de la gravedad respiratoria y la implementación escalonada de estrategias de soporte ventilatorio para optimizar la evolución clínica y reducir la morbimortalidad.



CC 45 - ESTENOSIS TRAQUEAL POSTRAUMÁTICA ASOCIADA A ACCIDENTE Y USO DE CINTURÓN DE SEGURIDAD

Juan Pablo Casas Uriburu[1]; Betiana Pereyra[1]; Rodrigo Benavidez[1]; José Lugones[1]; Juan Pablo Casas[1]

[1] *Sanatorio Allende*

introducción: La estenosis traqueal postraumática asociada a accidente automovilístico y uso de cinturón de seguridad es una complicación seria que ocurre cuando la laringe o la tráquea sufren una lesión estructural debido a la desaceleración brusca o colisión frontal de alta energía.

Caso clínico: Paciente femenina de 15 años, antecedentes de accidente automovilístico con choque frontal y lesión cutánea en región cervicotorácica por el cinturón de seguridad. No refirió síntomas respiratorios relevantes en ese momento. A los 2 meses comienza con disnea progresiva, interpretada como asma bronquial y tratado con inhaladores. Consulta al año por disnea grado 3 (al caminar menos de 50 metros) y "respiración ruidosa". Se realiza espirometría que evidencia obstrucción severa (VEF1 1.06 L / 35% del predicho) y curva de flujo volumen con limitación de flujos inspiratorios y espiratorios (morfología en cajón), un Índice de Empey de 14,85 (valor normal <10) y un FEF50%/FIF50% de 1,29 (valor normal <1). Ante la sospecha de obstrucción fija de la gran vía aérea se realiza tomografía computarizada de tórax y cuello, con posterior broncofibroscopia. Se diagnosticó subluxación aritenoidea derecha y estenosis laringotraqueal, tratándose posteriormente con recanalización endoscópica mediante argon. Presentando el paciente marcada mejoría clínica y funcional.

Comentario: El cinturón de seguridad salva vidas reteniendo a los ocupantes dentro del habitáculo, pero puede generar daños específicos en cuello y tórax superior asociados a la fuerza brusca de aceleración y desaceleración con posibilidad de desgarro o hasta ruptura de anillos cartilaginosos. Los síntomas de estenosis pueden aparecer meses después del evento, requiriendo un alto índice de sospecha para el diagnóstico.

CC 46 - HIPOVENTILACIÓN ASOCIADA A PARÁLISIS DIAFRAGMÁTICA UNILATERAL

Jordana Denisse Guillén Hidalgo[1]; Patricia Castro[1]; Verónica Lawriwskyj[1]

[1] *Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer*

Introducción: La hipoventilación alveolar es un trastorno caracterizado por ventilación insuficiente que produce hipercapnia e hipoxemia. Su etiología incluye enfermedades neuromusculares, alteraciones de la caja torácica, obesidad, trastornos del control central de la respiración y disfunción de los músculos respiratorios.

Caso clínico: Masculino de 73 años con antecedentes de ex tabaquista (50 p/y), hipertensión arterial y cirugía por acalasia. Consultó por cuadro de dos meses por disnea mMRC II, diaforesis, pérdida de peso, hiporexia, cervicalgia y dorsalgia derecha. Presentó estudios iniciales con elevación del hemidiafragma derecho en radiografía y tomografía de tórax,

espirometría mostró patrón restrictivo y ecografía diafragmática disminución de la excursión del hemidiafragma derecho. Se ampliaron estudios: la gasometría arterial mostró hipoxemia (PaO_2 77 mmHg), espirometría con CVF del 46% con patrón restrictivo, DLCO del 62% y presión inspiratoria máxima del 54% disminuidas y tomografía de tórax con coexistencia de elevación del mismo diafragma.

Para descartar lesión endobronquial se realizó fibrobroncoscopia, sin lesiones endoluminales. Posteriormente presentó insuficiencia respiratoria requiriendo intubación orotraqueal e internación. Tras la estabilización clínica fue extubado exitosamente. Persistió con hipercapnia y elevación del hemidiafragma derecho. La ecografía diafragmática confirmó la parálisis. Evolucionó favorablemente, sin uso de oxígeno y se da el alta.

Por sospecha de trastornos del sueño se realizó poligrafía, que evidenció apneas obstructivas del sueño moderada (IAH 24,9 eventos/hora). La resonancia magnética cerebral mostró cambios isquémicos crónicos y de columna cervical cambios degenerativos discales difusos. Se indicó ventilación mecánica no invasiva (IPAP 16 cmH_2O/EPAP 9 cmH_2O), con adecuada adherencia y evolución favorable, reducción del IAH a 13,2 eventos/hora y normalización de la hipercapnia.

Discusión y conclusiones: La parálisis diafragmática unilateral es una causa infrecuente de hipoventilación secundaria a lesiones del nervio frénico, cirugías, traumatismos, neoplasias o idiopáticas, y puede ocasionar insuficiencia respiratoria por disminución de la excursión del mismo que altera la mecánica ventilatoria. Puede ser asintomática y aquellos con enfermedades respiratorias asociadas ocasiona disnea, patrón restrictivo, hipoventilación e insuficiencia respiratoria. El diagnóstico es con la gasometría con hipercapnia e hipoxemia, espirometría con patrón restrictivo y disminución de la presión inspiratoria máxima, radiografía y tomografía de tórax con elevación del hemidiafragma afectado. La ecografía diafragmática confirma la disminución de la excursión diafragmática. El tratamiento con ventilación no invasiva mejora el intercambio gaseoso, disminuye el trabajo respiratorio y alivia síntomas nocturnos.

En conclusión, el reconocimiento precoz de esta entidad es un desafío diagnóstico y requiere de abordaje multidisciplinario para instaurar un tratamiento oportuno para optimizar el pronóstico y calidad de vida.



CC 47 - CUANDO NO TODO ES ASMA: DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS DE LA DISNEA EN UNA UNIDAD DE ASMA

Donaldo Pautt[1]; Yanina Salice[1]; Lisandro Churin[1]; Marcos Hernandez[1]; Giselle Tomaszuk[1]; Eduardo Barreca[1]; Manuel Ibarrola[1]

[1] *Sanatorio Guemes*

Introducción: El asma constituye una de las principales causas de disnea crónica; sin embargo, la persistencia de síntomas pese a un tratamiento optimizado obliga a reconsiderar el diagnóstico y ampliar el estudio. El sesgo de atribución al diagnóstico de base puede retrasar la identificación de patologías concomitantes que expliquen el cuadro clínico. Presentamos tres casos de pacientes con asma en quienes el reconocimiento de una comorbilidad relevante resultó determinante para interpretar la disnea y modificar la estrategia terapéutica.

Paciente 1. Mujer de 46 años, con asma de niña y rinitis alérgica con obstrucción grave, ex tabaquista 25 p/y con enfisema, paladar hendido y múltiples internaciones por causa respiratoria. Ingresa a unidad de asma, se indica triple terapia inhalada y luego Dupilumab. Continuo con mejoría de síntomas, pero sin cambios espirométricos. Presentó desaturación marcada en el TM6M (caída de 98% a 86%). Se realizó ecocardiograma transesofágico con pasaje de burbuja al tercer latido con foramen oval permeable por lo que continuo manejo en conjunto con Cardiología.

Paciente 2. Mujer de 57 años, asma en la infancia (Salmeterol/Fluticasona) y atopia. Presenta mal control de la enfermedad, ACT: 11. Presenta 3 exacerbaciones por año, la última en octubre de 2025, con internación en UTI con VNI. Presentaba Tc de tórax, espirometría y ecocardiograma sin alteraciones. Inició seguimiento por unidad de asma, presentaba eosinófilos:137, IgE<10 UI/mL y Tc de senos paranasales con poliposis maxilar. Al interrogatorio dirigido refiere principalmente disnea en decúbito y sensación de cuerpo

extraño a nivel faríngeo. Se realizó poligrafía (35 ev/hr) y la valoración dinámica de la vía aérea con FBC evidenció colapso dinámico traqueal moderado. Posteriormente Medicina del Sueño inicia CPAP con resolución de la disnea.

Paciente 3. Mujer de 69 años con asma del adulto (Budesonida/formoterol), con adecuada adherencia, artritis reumatoide en tratamiento con Adalimumab y Meprednisona 4 mg/dia. Inició seguimiento por unidad de asma de difícil control en el contexto de tres episodios bronquiales durante 2025. Tc de tórax: múltiples nodulillos centrolobulillares en hemitórax derecho, bronquiectasias, leve engrosamiento del intersticio peribronquial bilateral. Se discutió en comité multidisciplinario y se concluyó bronquiolitis obliterante asociada a artritis reumatoide.

Discusión y conclusiones: La persistencia de disnea pese a un tratamiento óptimo del asma debe motivar una reevaluación diagnóstica sistemática para evitar el sesgo de atribución al diagnóstico de base. Un abordaje multidisciplinario y uso de las herramientas diagnósticas permiten identificar enfermedades concomitantes que pueden ser las verdaderas responsables de los síntomas. Reconocerlas en forma precoz posibilita instaurar tratamientos dirigidos, optimizar los desenlaces clínicos y consolidar un enfoque de medicina de precisión.

CC 48 - TRATAMIENTO DE ESTENOSIS SUBGLÓTICA COMPLEJA CON STENT SUBGLÓTICO ARTEMIC: REPORTE DE UN CASO

Lizeth Valencia[1]; Dante Andrade[1]; Isidoro Ricardo[1]; Artemio Garcia[1]; Manuel Ibarrola[1]; Silvia Quadrelli[1]

[1] *Sanatorio Guemes*

Las estenosis laringo-traqueales pueden clasificarse según su localización en supraglóticas,glóticas, subglóticas y traqueales.Las subglóticas son aquellas que producen un estrechamiento laringo-traqueal justo por debajo de las cuerdas vocales y por encima del primer anillo traqueal, esta región se extiende entre 1,5 y 2 cm de longitud en el adulto y está circunscrita por el cartílago cricoides.

Varón de 42 años nacido en santa cruz, vive en buenos aires, de ocupación encargado de edificio, con antecedentes patológicos de asma grave con riesgo vital y soporte de IOT/ARM en múltiples oportunidades (2020-2021-2023-2024), en esta última requirió traqueostomía. Posteriormente es decanulado, evolucionando con desarrollo de estenosis a 2 cm de glotis, con lumen 8mm que requirió dilatación con láser en 2 oportunidades (7/08/25, 21/08/25) y con colocación de stent estenótico subglótico, intercurre con migración del stent en dos oportunidades por el cual fue reemplazado por un stent subglótico artemic grande. La última evaluación fue efectuada el 30/04/26, mediante broncoscopia en la que se observó el stent en posición y permeable, libre de incrustaciones y ausencia de granulomas por contacto.

La literatura muestra que la estenosis subglótica/laringotraqueal es de complejidad multicausal a en razón de su proximidad de la glotis, riesgo de migración, desarrollo de granulomas por contacto permanente u ocasional, en virtud de la gran movilidad funcional del

órgano, a lo que se agrega reestenosis de temida frecuencia que conduce a nuevas intervenciones, para tratar la misma patología. El Montgomery T-tube ha sido ampliamente utilizado en estenosis subglóticas benignas, desde su aparicion en 1965. A diferencia de los stents cilíndricos convencionales, el stent subglótico Artemic fue diseñado específicamente para la anatomía subglótica, con extremo proximal pseudoeliptico y de suave inclinación anterior, cuerpo cilíndrico con anclajes y extremo distal ensanchado, características que buscan imitar la luz glótica, reducir la migración y permitir la movilidad cordal y el cierre glótico. En nuestra experiencia, este diseño podría explicar una mejor adaptación local en lesiones subglóticas complejas, aunque se requieren estudios comparativos para confirmar su superioridad frente a otros dispositivos.

El interés de este caso no radica únicamente en la colocación de un stent traqueal, sino en el empleo de un dispositivo específicamente diseñado para la región subglótica, una localización en la que los stents rectos convencionales pueden presentar limitaciones relacionadas con la adaptación anatómica y la migración. En nuestra experiencia el uso del stent diseñado para la región subglótica, como el Artemic, podría favorecer una mejor adaptación anatómica y estabilidad, en comparación con stents convencionales. Se requieren estudios comparativos y mayor número de casos para confirmar estos hallazgos

CC 49- PRESENTACIÓN ATÍPICA DE NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD: EL DESAFÍO DE LA HIPOXEMIA FELIZ O SILENTE

José Ignacio Erquicia Andrade[1]

[1] *Hospital Ramos Mejia*

Introducción: La hipoxemia feliz o silente es la hipoxemia significativa con disnea mínima o ausente y sin aumento del trabajo respiratorio, descrita mayormente en infección por COVID-19 entre otras patologías. Se debe por el desajuste V/Q y SHUNT intrapulmonar.

Además, la vasculopatía protrombótica y la variabilidad del reflejo ventilatorio hipóxico, algunos pacientes presentan hipoxemia silenciosa sin disnea.

Caso clínico: Femenina de 61 años, con antecedentes de hipotiroidismo, HTA, no tabaquista, 3 dosis de vacuna para el COVID. Consultó por evolución de 12 días de fiebre, adinamia, tos no productiva, negando disnea, con radiografía de tórax observando consolidación basal izquierda, interpretado como neumonía adquirida en la comunidad, inicia tratamiento ambulatorio, sin mejoría. Reconsultó y se internó con saturación de 82% (FiO2: 0.21) sin disnea (Borg 0) yPO2 53 mmHg y PCO2 31 mmHg. Se inició AMS y oxigenoterapia, con resultados negativos de panel viral, HIV, VDRL, VHB/C, hemocultivos. Se realizó angiotomografia de tórax, descartándose TEP y presentando consolidación basal izquierda. Se realizó nuevo panel viral negativo y serologías negativas para neumococo, legionela, micoplasmas y clamidia. Ante fiebre persistente, se realizó BAL con BAAR y cultivos negativos. Por continuar con hipoxemia sin disnea (Borg 0), pasó a UTI para soporte con CAFO; se completaron serologías con CMV, hantavirus, leptospirosis y perfil reumatológico, todas negativas. Se realizó nueva TC de tórax que mostró mayor compromiso pulmonar bilateral. Se repitió BAL, informando BAAR y cultivos negativos. Se escaló tratamiento empírico con imipenem, vancomicina, anfotericina,

claritromicina y corticoterapia. Evolucionó con mala mecánica respiratoria, sin presentar disnea (Borg 0), requiriendo IOT y uso de inotrópicos por signos de shock. Concluyó antibioticoterapia (10 días), mostrando mejoría clínica y descenso de curva térmica, indicando desconexión de ventilación mecánica, con buena tolerancia, presentando gasometría arterial sin hipoxemia, logrando alta hospitalaria a los 25 días.

Discusión y conclusiones: La hipoxemia feliz o silente se estudió más durante la pandemia de COVID-19, aunque ya se la conocía antes. Se debe al desajuste V/Q y shunt intrapulmonar, vasculopatía protrombótica con endotelitis y microtrombosis, limitación de la difusión y variabilidad del reflejo ventilatorio hipóxico. Es clínicamente importante reconocerla porque puede haber hipoxemia sin disnea, lo que retrasa la consulta y el diagnóstico, empeorando pronóstico y supervivencia. Es fundamental enfocar la atención en la gasometría y oximetría para orientar el diagnóstico y tratamiento precoz.

CC 50 - GEPA: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA PRIMER SERIE NACIONAL

Matías Almeida Souto[1]; Verónica Farrieri[2]; Fernando Di Tullio[1]; Joséfina Pascua[1]; Fernando Saldarini[3]; Viviana Moyano[2]; Alejandro Salvado[1]

[1] Hospital Británico; [2] Sanatorio Allende; [3] Hospital Santojanni

Introducción y objetivo: La granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (GEPA), antes síndrome de Churg-Strauss, es una vasculitis ANCA asociada infrecuente caracterizada por asma, eosinofilia y compromiso multiorgánico. Las series internacionales describen el compromiso de vía aérea (asma y enfermedad sinonasal) como frecuente, pero rara vez lo cuantifican como entidad combinada. El objetivo de este trabajo es describir las características clínicas, serológicas y terapéuticas de una serie multicéntrica argentina de pacientes con GEPA, con énfasis en la prevalencia del compromiso combinado de vía aérea.

Material y método: Estudio retrospectivo multicéntrico que incluyó 33 pacientes con diagnóstico de GEPA de cinco centros de Argentina y Uruguay. Se analizaron variables demográficas, de laboratorio (eosinofilia, IgE, ANCA), compromiso orgánico por sistemas y tratamientos recibidos. Los campos sin dato se consideraron negativos, salvo IgE, hipereosinofilia y corticoides, reportados sobre los pacientes con dato disponible.

Resultados: El 67% eran mujeres; edad media al diagnóstico 58 años (rango 26–82). La media de eosinófilos al diagnóstico fue de 2.949/mm³ (mediana 1.490); existia un antecedente de hipereosinofilia en el 78%. La positividad ANCA fue del 39% de los casos. El asma estuvo presente en un 88% (adulto 67%; joven 21%) y el compromiso ORL/sinusal en el 91%; mientras que el compromiso combinado de vía aérea (asma y/o sinonasal) alcanzó 100% (33/33). Otros compromisos: neurológico (51%), cutáneo (33%), cardíaco (18%) o renal (12%), entre otros estuvieron presentes con una frecuencia considerablemente menor.

Discusión y conclusiones: Nuestra serie reafirma que el compromiso de vía aérea —asma y enfermedad sinonasal— es el hallazgo clínico más constante en GEPA, presente en la práctica totalidad de los pacientes, dato no reportado explícitamente en las principales series

internacionales. Esto sugiere que el eje respiratorio superior e inferior debería considerarse el hilo conductor clínico de la enfermedad, más allá de la heterogeneidad sistémica y del estado serológico ANCA.

CC 51- ADENOPATÍAS MEDIASTINALES Y COMPROMISO BRONQUIAL: CUANDO NO TODO ES NEOPLASIA

Fernando Alcoba[1]; Alejandra González[1]; Rebeca Padilla[1]; Andrea Aro[1]

[1] *Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas*

Introducción: La tuberculosis ganglionar constituye la forma extrapulmonar más frecuente de tuberculosis (TB); sin embargo, el compromiso aislado de adenopatías mediastinales en adultos es infrecuente y puede simular enfermedades neoplásicas. En ese escenario la ecobroncoscopia (EBUS-TBNA) es una herramienta útil para el diagnóstico evitando procedimientos quirúrgicos más invasivos. Presentamos un caso de tuberculosis ganglionar mediastinal con presentación pseudotumoral y compromiso de la vía aérea central.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino de 42 años, con antecedente de tiroiditis de Hashimoto en tratamiento con levotiroxina, consultó por cuadro de tres meses de evolución de pérdida de peso, hiporexia, disfagia para sólidos y tos seca, con registros subfebriles.

Al ingreso presentaba adelgazamiento, palidez cutánea y dolor epigástrico. El laboratorio evidenció anemia crónica, requirió transfusión. Serología para VIH negativa, marcadores tumorales negativos.

La TC de tórax mostró múltiples adenopatías mediastinales con centro hipodenso sugestivos de necrosis, conglomerados ganglionares retrocavo-pretraqueales y subcarinales, con reducción de la luz del bronquio intermedio, adenopatías hiliares bilaterales, sin compromiso del parénquima pulmonar. La TC de abdomen y pelvis no evidenció adenopatías.

Se realizó broncoscopia: carina engrosada y fija, placas blanquecinas sobre la carina principal y secundaria derecha, edema y congestión con disminución de la luz del bronquio fuente derecho, sin lesiones endoluminales. Se efectuó EBUS-TBNA de las estaciones ganglionares 7 y 4R. La muestra obtenida mostró tejido necrótico sin evidencia de malignidad. La baciloscopía y la tinción de Ziehl-Neelsen fueron negativas. GeneXpert detectado bajo y el cultivo detectó Mycobacterium tuberculosis complex, sin resistencia a isoniacida.

Con el diagnóstico de tuberculosis ganglionar mediastinal se inició tratamiento antituberculoso de primera línea, con evolución clínica favorable y marcada reducción de las adenopatías.

Discusión: La tuberculosis ganglionar solo con compromiso mediastinal en adultos representa un importante desafío diagnóstico.

El EBUS-TBNA desempeñó un papel fundamental al permitir obtener muestras ganglionares de manera mínimamente invasiva, el diagnóstico pudo establecerse mediante GeneXpert,

resaltando la utilidad de las técnicas moleculares en formas paucibacilares de tuberculosis extrapulmonar.

Conclusiones: La tuberculosis ganglionar mediastinal debe incluirse en el diagnóstico diferencial de pacientes con adenopatías mediastinales.

El EBUS-TBNA constituye una herramienta diagnóstica mínimamente invasiva para el diagnóstico alternativo de neoplasia. En pacientes con baciloscopia negativa, las técnicas moleculares como GeneXpert permiten confirmar el diagnóstico e iniciar precozmente el tratamiento específico.





CC 52 - COINFECCIÓN INFRECUENTE EN UN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO

Fernando Alcoba[1]; Alejandra González[1]; Rebeca Padilla[1]; Andrea Aro[1]; Ana López[1]

[1] *Hospital Nacional Profesor Alejandro Posadas*

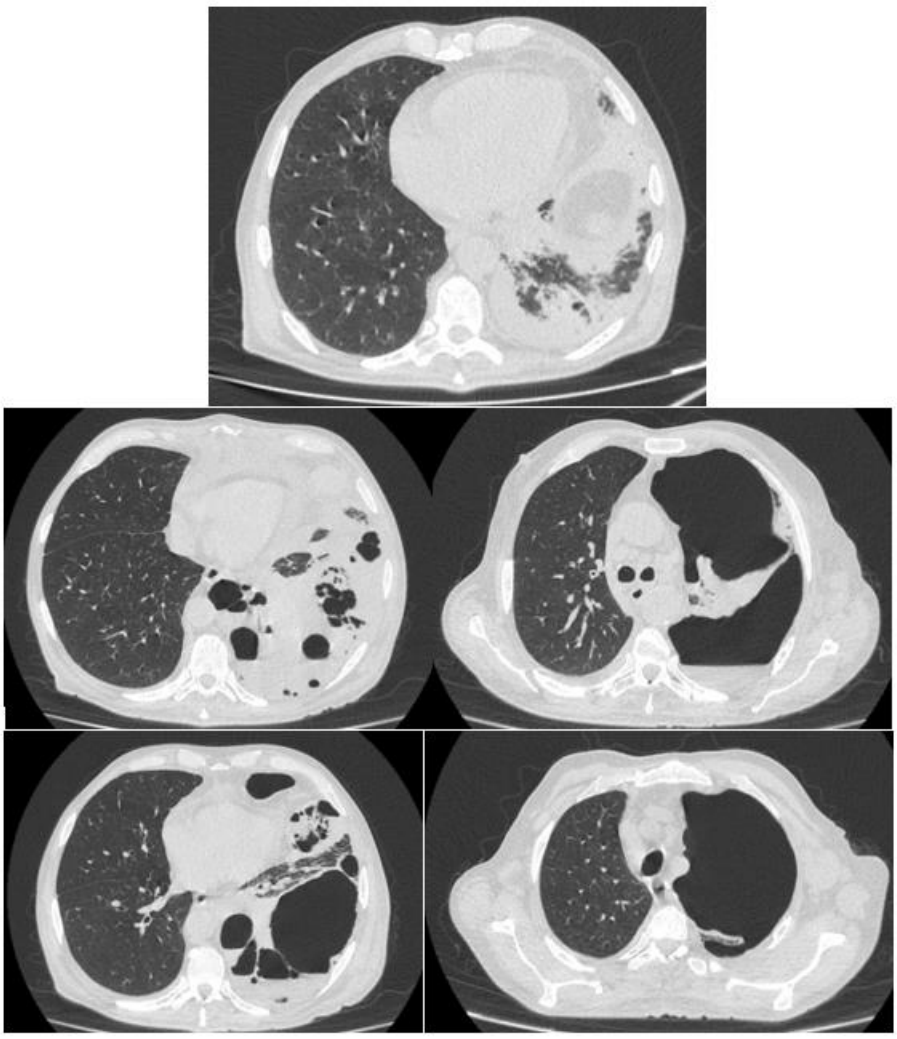
Introducción: Las infecciones pleuropulmonares en pacientes con neoplasias hematológicas presentan elevada morbimortalidad. Streptococcus anginosus constituye un microorganismo con reconocido tropismo por la formación de abscesos y empiemas, mientras que Acinetobacter baumannii es un patógeno oportunista asociado al ámbito hospitalario y a resistencia antimicrobiana. La coexistencia de ambos microorganismos en un mismo episodio infeccioso ha sido escasamente reportada.

Caso clínico: Paciente masculino de 62 años con antecedentes de hipertensión arterial, enfermedad arterial periférica y tabaquismo (135 P/Y), en estudio por adenopatías generalizadas, pérdida ponderal y síntomas constitucionales. La biopsia ganglionar confirmó el diagnóstico de linfoma difuso de células B grandes estadio IIIB. Previo al inicio de inmunoquimioterapia presentó adenitis abscedada, seguida de neumonía intrahospitalaria con insuficiencia respiratoria. Se inició tratamiento empírico con piperacilina/tazobactam, se escaló posteriormente a imipenem por persistencia febril. En los hemocultivos desarrollo Acinetobacter baumannii, se ajustó el tratamiento a ampicilina/sulbactam asociada a colistina de acuerdo con el perfil de sensibilidad.

Durante la evolución desarrolló trombosis venosa profunda de miembro inferior y empiema. El análisis del líquido pleural mostró pH 7,03, proteínas 3 g/dL y LDH 3686 U/L, con aislamiento de Acinetobacter baumannii + Streptococcus anginosus. Se colocó drenaje pleural.

Discusión: La asociación entre S. anginosus y A. baumannii representa un desafío diagnóstico y terapéutico. Mientras S. anginosus posee una marcada capacidad para producir infecciones supurativas profundas, A. baumannii puede colonizar o sobreinfectar dichos focos en pacientes hospitalizados e inmunocomprometidos, favoreciendo bacteriemia, persistencia de la infección y limitando las opciones terapéuticas por resistencia antimicrobiana. La literatura disponible sobre esta coinfección es escasa, lo que resalta el interés de este caso.

Conclusiones: La coexistencia de Streptococcus anginosus y Acinetobacter baumannii debe considerarse en pacientes inmunocomprometidos con infección pleuropulmonar de evolución tórpida. El reconocimiento precoz de esta asociación, junto con el drenaje adecuado del foco y la antibioticoterapia dirigida, resulta fundamental para mejorar el pronóstico.



CC 53 - LESIÓN PULMONAR CAVITADA: DE RÁPIDA PROGRESIÓN. DESAFÍO DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y MANEJO MULTIDISCIPLINARIA.

Shirley Prias[1]; Frías Ana[1]; Robles Mariana[1]; Palmero Domingo[1]; Priarone María[1]; Herrera Alan[1]; Paredes Aldana[1]

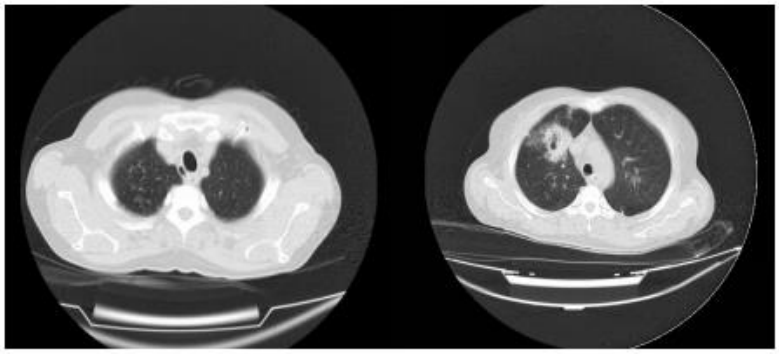
[1] *Hospital Muñiz*

Introducción: Las lesiones pulmonares cavitarias son frecuentes, presentan múltiples etiologías y diagnósticos diferenciales. El principal reto clínico radica en el escaso margen de tiempo disponible para identificar la causa subyacente. Iniciar inmunosupresión ante una infección no diagnosticada, o emplear antibióticos en una vasculitis activa, puede tener consecuencias fatales. La necesidad de obtener muestras microbiológicas e histopatológicas

mediante broncoscopia o biopsia debe sopesarse continuamente contra la inestabilidad hemodinámica y respiratoria del paciente.

Caso clínico: Paciente femenina de 54 años, en situación de calle, con antecedentes de VIH (diagnóstico en 2020), hepatitis B crónica activa y consumo de sustancias (pasta base) y alcohol. Consultó derivado por fiebre, disnea mMRC III, tos con aumento de la expectoración de una semana de evolución. El laboratorio evidenció leucocitosis a predominio neutrofílico, y la tomografía de tórax mostró enfisema centrolobulillar bilateral con opacidades en vidrio esmerilado en lóbulo inferior derecho (Figura 1); baciloscopía y cultivos iniciales negativos. Se interpretó como neumonía bilateral con reagudización de EPOC, iniciándose ampicilina-sulbactam/claritromicina, rescatándose posteriormente aislamiento de Haemophilus influenzae. Ante respuesta clínica tórpida se rotó a piperacilina-tazobactam (PTZ), presentando hemoptisis leve y deterioro hemodinámico-ventilatorio que motivó su pase a UTI. Una nueva tomografía a los 15 dias de internación se evidenció progresión con cavitación y broncograma aéreo en lóbulo superior derecho, patrón en árbol en brote y consolidaciones bilaterales (Figura 1.1), por lo que se decidió inicio de cobertura empírica para tuberculosis (HRZE) junto con PTZ, con rápida mejoría clínica que permitió el pase a sala general y la realización de fibrobroncoscopía con lavado broncoalveolar (BAL). Durante la internación, con estado ácido-base compensado y sin insuficiencia respiratoria, se inició levofloxacina tras informe verbal del BAL con rescate de Pseudomonas aeruginosa. La tuberculosis fue diagnosticada a las 48 horas de haber iniciado el tratamiento empírico, mediante métodos moleculares (BD-MAX) realizados sobre el BAL.

Discusión y conclusión: Las lesiones cavitarias pulmonares de rápida aparición en VIH con mal status inmunológico obligar a descartar causas infecciosas bacterianas en primera instancia, sin dejar de lado etiologías como micobacterias, micologicas o infecciones por gérmenes oportunistas como actinomicetos aerobios. En nuestro caso, por epidemiologia en contexto de cuadro respiratorio de gravedad se decidió el inicio empírico de antifimicos con posterior asilamiento de germen gracias a a técnicas de detección molecular en contexto de paciente con baciloscopías (ZN) reiteradamente negativas.



(Figura 1)

CC 54 - ROL DEL KINESIÓLOGO EN EL MANEJO DE UNA PACIENTE CON PROTEINOSIS ALVEOLAR AUTOINMUNE SOMETIDA A LAVADO PULMONAR TOTAL: REPORTE DE CASO

Joaquin Garcia[1]; Florencia Miranda[1]; Guillermo Sinnott[1]; Eduardo Risoli[1]

[1] *HGA. Dr Enrique Tornu*

Introducción: La proteinosis alveolar pulmonar (PAP) es una enfermedad infrecuente caracterizada por la acumulación intraalveolar de material lipoproteináceo secundaria a alteraciones en la depuración del surfactante por los macrófagos alveolares. La forma autoinmune, asociada a anticuerpos contra el factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF), constituye la presentación más frecuente. El lavado pulmonar total (LPT) es una estrategia terapéutica utilizada en pacientes con compromiso funcional significativo. Sin embargo, el rol del kinesiólogo dentro del equipo multidisciplinario para este procedimiento ha sido escasamente descrito.

Caso clínico: Paciente femenina de 47 años con diagnóstico de PAP autoinmune sometida a LPT bilateral secuencial. Fase preoperatoria: durante la internación se realizó optimización del intercambio gaseoso, ejercicios respiratorios, técnicas de higiene bronquial y acondicionamiento motor. Fase intraoperatoria: Durante el LPT, tras la instilación de la solución salina, el kinesiólogo aplicó técnicas manuales de vibro movilización torácica combinadas con drenaje postural selectivo para favorecer la suspensión, movilización y máxima remoción del material proteináceo. Fase postoperatoria inmediata: Se realizó monitoreo continuo de la mecánica ventilatoria, optimización del intercambio gaseoso, destete de la ventilación mecánica y posterior extubación. Fase postoperatoria tardía: se evaluó a la paciente con el test de marcha de 6 minutos y con el cuestionario de Saint George. Se realizó rehabilitación respiratoria y motora orientada a la recuperación funcional durante la internación y de forma virtual.

Discusión y conclusiones: La participación del kinesiólogo en esta patología y particularmente en el procedimiento de lavado pulmonar total, permitió integrar estrategias de higiene bronquial y rehabilitación funcional dentro de un abordaje multidisciplinario. Si bien la evidencia disponible sobre intervenciones kinésicas específicas durante este procedimiento es limitada, este caso destaca la importancia del rol kinésico en las distintas etapas del tratamiento, contribuyendo a optimizar el manejo perioperatorio y la recuperación del paciente con PAP autoinmune.Palabras clave: proteinosis alveolar pulmonar; lavado pulmonar total; kinesiología respiratoria.

CC 55 - SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO: HETEROGENEIDAD FISIOPATOLÓGICA Y ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS BASADAS EN ENDOTIPOS.

Nahuel Ricotti[1]; Maria Luz Schiavi[1]; Dafne Aranguren[1]; Maria Belén Colantuono[1]; Facundo Nogueira[1]; Roxana Berenguer[1]

[1] *Hospital de Clinicas*

Introducción: Los trastornos respiratorios del sueño se dividen en apneas obstructivas del sueño (AOS), apneas centrales del sueño (ACS), hipoventilación alveolar, trastorno de hipoxemia, síntomas aislados y variantes normales. La AOS es la más prevalente (936 millones de adultos) con gran impacto a largo plazo. Se caracteriza apneas e hipopneas con colapso faríngeo, desaturaciones y microdespertares. Actualmente es una enfermedad heterogénea por la fisiopatologia (endotipos) y clínica (fenotipos).

Caso clínico: Hombre de 51 años consulta por ronquido intenso, apneas evidenciadas por terceros, sueño de mala calidad (fragmentado con nicturia) y somnolencia diurna (Epworth 15). Aumentó 6 kg de peso en el último año. No refiere enolismo, consumo de drogas recreativas ni sedativas. Antecedentes: FAARV (ablación), enfermedad coronaria, patrón non Dipper en MAPA y dislipemia. Examen físico: sin hallazgos relevantes. Gases arteriales sin alteraciones. Espirometría: dentro de límites. Poligrafía respiratoria (PR): IAH: 35,1/h, IDO: 32,3/h, apneas obstructivas:19 (12%), centrales:129 (81%), mixtas:11 (7%), T90: 35 minutos (8%), índice de eventos obstructivos: 12.3/h y centrales: 22.7/h. RMN de cerebro sin patología estructural. Ecocardiograma Doppler: función sistólica del VI conservada, cavidades derechas normales. Titulación de CPAP: mejoría de eventos. Inició APAP: presión mínima 6 y máxima 12 cm h2O con adecuada tolerancia y mejoría clínica. Al mes, reducción de eventos residuales (IAH 3.3/h; IAC 2.7/h).Control a los dos años: abandono de tratamiento y reaparición sintomatológica. Nueva PR:IAH:40/h,IR:42,7/h,IDO:33,3/h,apneas obstructivas: 43 (24%) centrales: 135 (76%), T90: 18 minutos (4%), patrón respiratorio de Cheyne Stokes. Interpretación diagnostica: AOS con control ventilatorio inestable y aparición de ACS. Reinició CPAP con adecuada respuesta.

Discusión: El AOS presenta endotipos según cuatro mecanismos fisiopatológicos: compromiso anatómico, disfunción del control de los músculos dilatadores faríngeos, bajo umbral del despertar y control ventilatorio inestable(Loop Gain elevado).Este último presente en un tercio de los pacientes. Son pequeñas fluctuaciones de la PaCO2 por aumento brusco de la ventilación minuto que acompaña al despertar con hipocapnia por debajo del umbral químico de apnea sensada por quimiorreceptores e inhibición del drive central, generando caída de esfuerzo respiratorio y posterior aparición de ACS.

Conclusión: Identificar los endotipos de la AOS permite trascender el enfoque anatómico convencional. En pacientes con elevado loop gain e inestabilidad del centro respiratorio (con ACS), la estrategia terapéutica debe ser personalizada. Más allá del CPAP, la Servoventilación Adaptativa (ASV) permite estabilizar la ventilación. El soporte farmacológico con acetazolamida, oxígeno suplementario o hipnóticos modulan la quimiosensibilidad y elevan el umbral del despertar, ofreciendo un abordaje integral basado en la fisiopatología individual.

CC 56 - CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y FUNCIONALES DE UNA CORTE DE PACIENTES CON BRONQUIECTASIAS NO FIBROSIS QUÍSTICA EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE PULMONAR

Nadya Bejarano[1]; Rosalia Ahumada[1]; Jorge Caneva[1]; Juan Osses[1]

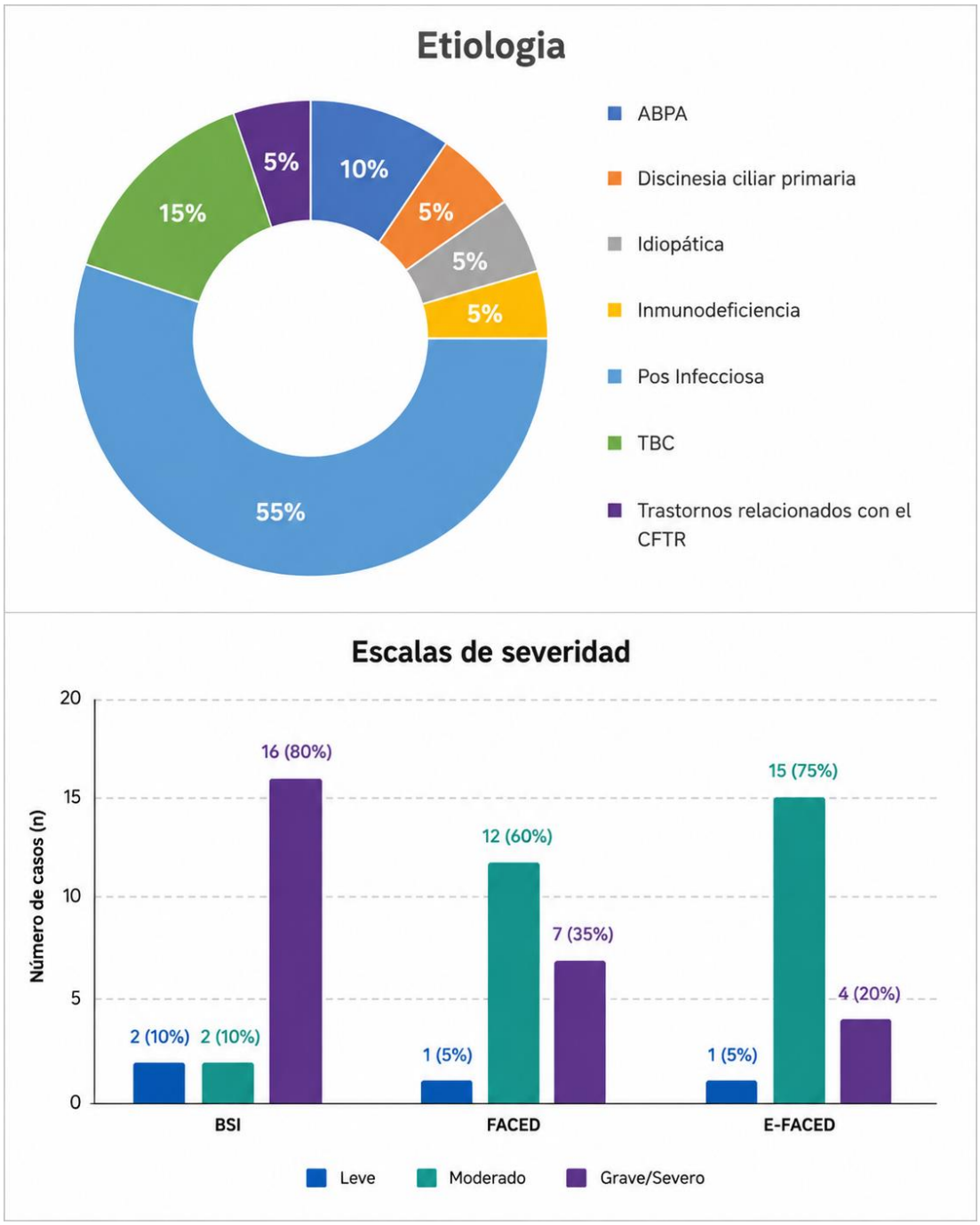
[1] *Fundacion Favoloro*

Introducción: El síndrome clínico debido al desarrollo de bronquiectasias (BQ) constituye la tercera enfermedad pulmonar crónica más común después del asma y EPOC. Las BQ no fibrosis quística (BQnFQ) son un grupo heterogéneo de distintas patologías de causa autoinmune, infecciosa, genéticas y alérgicas. El desarrollo de complicaciones tales como: disminución de la función pulmonar, insuficiencia respiratoria e hipertensión pulmonar constituyen indicaciones para derivación a trasplante bipulmonar (TxBP). Los objetivos fueron describir las características clínicas, funcionales y microbiológicas de los pacientes con BQnFQ en lista de espera para TxBP en un centro de referencia.

Método: Estudio observacional, retrospectivo, de corte transversal y unicéntrico, utilizando las historias clínicas de pacientes con diagnóstico de BQnFQ inscritos en lista de espera para TxBP del Hospital Universitario Fundación Favaloro. Las variables categóricas se muestran como frecuencia y porcentaje, las variables continuas como media y desvío estándar.

Resultados: Se obtuvo un total de 20 pacientes con BQnFQ que se encuentran en lista de espera para TxBP desde el año 2010 hasta la fecha. 65% (N=13) fueron mujeres, con una edad media de 43 +/- 13 años, el IMC medio fue de 22 +/- 4. El grado de disnea estimado con mMRC fue: 66% grado 3, 32% grado 2. Las espirometrias fueron predominantemente obstructivas con una relación VEF1/FVC media de 56 +/- 18%, VEF1 medio 28 +/- 9%, FVC medio 39 +/- 9%. La DLCOc media fue de 53 +/- 19%. La RV media fue de 141 +/- 66% mientras que la TLC media fue de 108 +/- 10%. El número de exacerbaciones en el último año tuvo una media de 0.5, y el 60% de los casos requirieron internación. El germen más frecuentemente aislado fue P. Aeruginosa en el 65% (n=13) de los casos, quienes a su vez presentaron infección crónica por este mismo germen; en 2 pacientes se aisló Aspergillus fumigatus, y Acinetobacter Baumanni en 1 caso. En cuanto al manejo terapéutico: 55% (n=11) reciben antibiótico inhalado, siendo colistimetato sódico el más usado en 9 casos. 55% (n=11) pacientes reciben azitromicina. 65% (n=13) usan oxigeno crónico domiciliario y 25% (n=5) utilizan VNI. 45% (n=9) de los casos acuden a rehabilitación respiratoria. Respecto a la condición en lista de espera al momento del análisis: 15% (n=3) se encontraban en emergencia, 80% (n=16) en electivo, y 5% (n=1) inactivo médico para TxBP.

Discusión: Existen pocos reportes en pacientes con BQnFQ en etapas severas de la enfermedad. En esta corte se encontró mayor frecuencia de mujeres en edad media, con infección crónica por P. aeruginosa siendo las BQ pos infección la etiología más prevalente; similar a lo reportado en registros internacionales. Destaca el predominio de patrón obstructivo en grado muy severo por espirometria, y la categoría severa del score BSI la que más se relaciona con las características de este grupo. Las BQnFQ son la tercera indicación más frecuente de TxBP en nuestra institución y representan el 15% de los pacientes en lista de espera.



CC 57 - AMILOIDOSIS PULMONAR NODULAR ASOCIADA A SÍNDROME DE SJÖGREN: PRESENTACIÓN COMPARATIVA DE DOS CASOS CON COMPROMISO QUÍSTICO-INTERSTICIAL Y DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS

Veronica Maria Farieri[1]; Marcos Alfonso Elías[1]; Verónica Saurit[2]; Ana María López[1]; Vanesa del Valle Abrate[1]; Gabriela María Sambuelli[2]

[1] Hospital Privado Universitario de Córdoba; [2] Instituto Modelo de Cardiología

Introducción: La amiloidosis comprende un grupo heterogéneo de trastornos caracterizados por el depósito extracelular de proteínas fibrilares anómalas. En el aparato respiratorio, se

clasifica según su localización (laríngea, traqueobronquial, mediastinal, pleural, parenquimatosa localizada o difusa), siendo la forma nodular parenquimatosa particularmente infrecuente. A su vez la amiloidosis puede limitarse al pulmón o formar parte de una amiloidosis sistémica, asociada o no a neoplasias hematológicas o enfermedades del tejido conectivo (ETC).

El síndrome de Sjögren (SS) es un trastorno autoinmune inflamatorio crónico, primariamente una exocrinopatía, aunque con posibles manifestaciones sistémicas. La afectación pulmonar es una complicación reconocida del SS; dentro de sus patrones, la neumonía intersticial linfocítica (LIP) con presencia de quistes es una presentación infrecuente (4-9% de las patologías intersticiales) caracterizada por proliferación linfoide benigna.

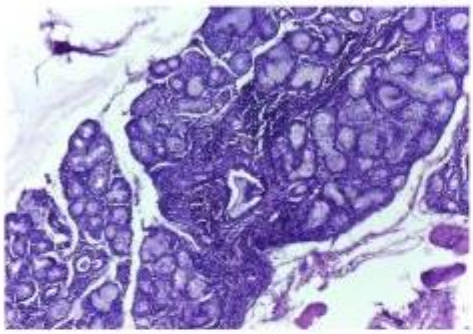
La coexistencia de amiloidosis nodular y SS con patrón quístico-intersticial en imágenes es excepcional y poco documentada.

Caso 1: mujer de 55 años con Sjögren primario (xerostomía, xeroftalmia, bronquitis recurrente, púrpura, EPID), autoanticuerpos múltiples positivos y nódulos pulmonares (uno de 12 mm) con quistes aislados en TC. PET-TC con hipercaptación; biopsia pulmonar: amiloidosis nodular. Estudios ampliados sin compromiso cardiaco ni amiloidosis hereditaria; rojo Congo negativo en glándula salival. Tratada con rituximab (1 g días 1 y 15 cada 6 meses) con estabilidad radiológica.

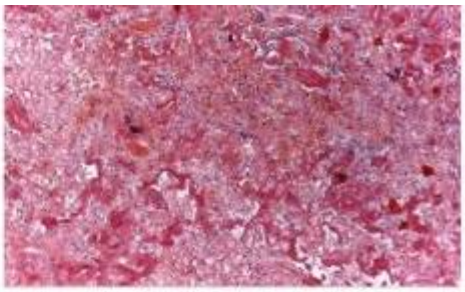
Caso 2: mujer de 74 años, ex tabaquista (30 paquetes/año), estenosis aórtica severa e insuficiencia cardiaca. Nódulos pulmonares resecados (bisegmentectomía 2014): rojo Congo +; grasa abdominal también positiva → amiloidosis sistémica. Serologías: ANA +, VSG/IgG elevadas; síntomas sicca leves y artralgias; biopsia salival: sialoadenitis. TC: múltiples quistes aéreos bilaterales, vidrio esmerilado y engrosamiento septal compatible con LIP. Recibió corticoides en altas dosis; actualmente en evaluación cardiológica (TAVI).

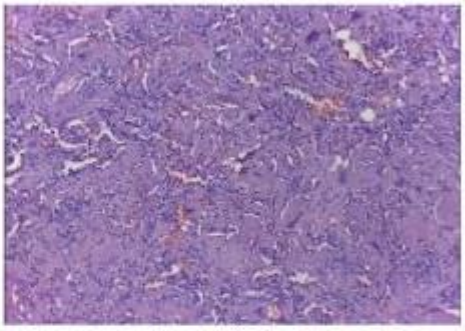
Conclusión: La coexistencia de SS, enfermedad pulmonar quístico-intersticial y amiloidosis pulmonar nodular, aunque infrecuente, debe considerarse ante hallazgos pulmonares atípicos. En este contexto, la integración clínico-radiológica y anatomopatológica resulta fundamental, siendo la demostración de depósitos de amiloide mediante rojo Congo y su birrefringencia bajo luz polarizada clave para el diagnóstico diferencial con neoplasias y trastornos linfoproliferativos. Esta asociación podría reflejar el espectro de alteraciones linfoproliferativas vinculadas al Sjögren, por lo que requiere una adecuada estratificación del riesgo. El tratamiento debe individualizarse según síntomas, extensión y progresión, desde vigilancia en formas localizadas y estables hasta terapias dirigidas a células B en enfermedad progresiva o sistémica. Reconocer esta entidad permite optimizar el diagnóstico, evitar procedimientos innecesarios y establecer un seguimiento adecuado.

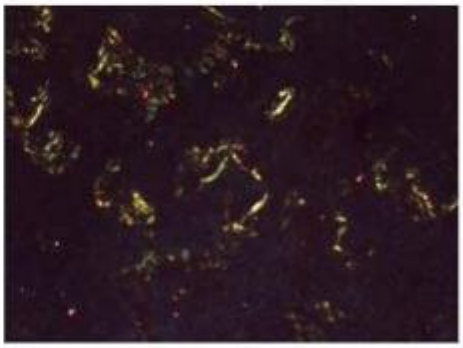
Caso 1:



Glándula salival HE 4x: Sialoadenitis linfocítica focal. Glándula salival menor con infiltrado inflamatorio linfocitario periductal, denso (>50 linfocitos/4 mm2)







Pulmón, HE, Rojo Congo y luz polarizada 10x: Depósitos de amiloide, hialinos, ópticamente vacíos con coloración de hematoxilina -eosina, rojos con tinción de rojo congo y refringencia verde manzana a la luz polarizada. Disposición nodular.



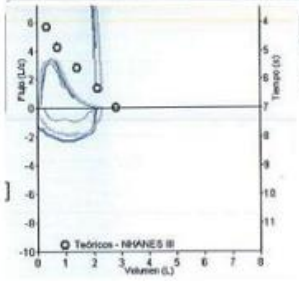
TC de tórax: Múltiples espacios aéreos quísticos a nivel de ambos parénquimas pulmonares de diferentes tamaños, algunos de ellos de 13 mm de diámetro, de contornos regulares, que podría corresponder a neumonitis intersticial linfoidea. Se observa nueva lesión nodular de mayor tamaño de 15 mm de diámetro en sector posterior+paravertebral en lóbulo inferior derecho.
PET:

Caso 2:



TC de tórax: Atelectasias y sinequias por cambios cicatrizales postquirúrgicos. Múltiples espacios aéreos quísticos a nivel de ambos parénquimas pulmonares de diferentes tamaño,que podría corresponder a neumonitis intersticial linfoidea.

Parámetros	BTPS 1,115 20°C - 68°F	Teór.	PRE	%Teór.	POST	%Teór.	%Camb.
Mejores valores de todas las curvas							
FVC	L	2,84	2,08	73	2,31	81	11
FEV1	L	2,17	1,55	71	1,61	74	4
FEV1/FVC	%	77,2	74,5	96	69,7	90	-6
PEF	L/s	5,61	3,48	62	3,42	61	-2



Informe médico

Defecto ventilatorio RESTRICTIVO LEVE.
Sin cambios significativos post- broncodilatador.

CC 58 - ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED PULMONAR: SERIE DE CASOS

Agostina Daniela Avila[1]; Veronica María Farieri[1]; Ana María López[1]; Vanesa del Valle Abrate[1]; Marcos Alfonzo Elias[1]; María de los Ángeles Cosio[1]; Danilo Crescente Nieri[1]

[1] *Hospital Privado Universitario de Córdoba*

Introducción: La enfermedad injerto contra huésped (EICH) pulmonar es una complicación tardía no infecciosa del trasplante alogénico de médula ósea (TPH), asociada a elevada morbimortalidad y diagnóstico desafiante por su presentación heterogénea. Además del síndrome de bronquiolitis obliterante (BOS), la enfermedad pulmonar intersticial (ILD) forma parte de su espectro clínico. El objetivo fue describir las características clínicas de pacientes con EICH pulmonar atendidos en nuestro centro y resaltar el valor del seguimiento funcional para su detección precoz.

Presentamos cinco pacientes con antecedentes de TPH y EICH, en quienes se identificaron alteraciones funcionales compatibles con compromiso pulmonar.

Caso 1: Mujer 36 años con LLA-B, TPH en 2025 y EICH cutáneo. A los 3 meses presentaba CVF y VEF1 de 85%. A los 6 meses, ambos parámetros descendieron 15% (CVF 70%; VEF1 73%), sin síntomas y con TC sin alteraciones relevantes. Ante sospecha de EICH pulmonar inició FAM (fluticasona, azitromicina y montelukast), con recuperación funcional del 12% a los 3 meses.

Caso 2: Hombre 40 años con LMC, TPH en 2014 y antecedente de EICH cutánea e intestinal. Entre 2024 y 2025 presentó descenso de CVF de 2,47 a 1,79 L y de VEF1 de 2,14 a 1,48 L. La TC mostró EPI con reducción de volúmenes pulmonares. Recibió FAM, con evolución clínica estable y sin deterioro funcional posterior.

Caso 3: Hombre 40 años con síndrome mielodisplásico, TPH en 2018 y EICH cutánea crónica estable. Respecto a los valores pretrasplante, presentó en 2026 una disminución de CVF del

16% y de VEF1 del 22%, pese a permanecer asintomático. La TC no mostró alteraciones significativas. Se inició FAM.

Caso 4: Mujer 40 años con LLA-B, TPH en 2024. Presentó descenso de 12% de CVF y VEF1 respecto de los valores basales, permaneciendo asintomática. La TC evidenció patrón en mosaico. Se inició FAM, con mejoría funcional a los 3 meses.

Caso 5: Hombre 31 años con LMA, TPH en 2023 y EICH cutánea activa. En 5 meses presentó deterioro funcional severo: CVF de 5,20 a 1,87 L y VEF1 de 4,72 a 0,75 L, con patrón intersticial fibrosante en TC. Recibió FAM y pulsos de corticoides, sin respuesta significativa. Evolucionó con infección fúngica invasiva y paro cardiorrespiratorio.

Discusión y conclusiones: Esta serie evidencia la heterogeneidad de la EICH pulmonar, con manifestaciones compatibles tanto con compromiso de vía aérea pequeña como con enfermedad intersticial. El seguimiento seriado de la función pulmonar permitió detectar descensos clínicamente relevantes incluso en pacientes asintomáticos y con TC inicialmente normal, posibilitando la sospecha y el tratamiento precoz. La magnitud del deterioro funcional se asoció con diferentes desenlaces clínicos, desde estabilización hasta evolución fatal. Estos hallazgos resaltan la importancia del monitoreo funcional respiratorio sistemático posterior al TPH, integrado con la evaluación clínica y tomográfica, y del abordaje multidisciplinario para favorecer el diagnóstico oportuno y mejorar el pronóstico de esta complicación.

CC 59 - UNA BOMBA DE TIEMPO EN EL TÓRAX: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO DE HIDATIDOSIS PULMONAR

Mauricio Alcoba Quiroga[1]; Alejo Ramos[1]; Karen Leyton Marin[1]; Manuel Ibarrola[1]; Silvia Quadrelli[1]

[1] *Sanatorio Guemes*

Introducción: La hidatidosis o equinococosis quística es una zoonosis causada por la fase larvaria de Echinococcus granulosus. Afecta principalmente al hígado (70–90%) y al pulmón (15–30%). En el parénquima pulmonar, los quistes pueden permanecer asintomáticos por su crecimiento lento o manifestarse con tos, dolor torácico, disnea y complicaciones agudas por ruptura hacia la vía aérea o cavidad pleural.

La infección humana ocurre por ingestión de agua/alimentos contaminados o contacto con caninos infectados. Tras la ingestión del huevo y liberación del embrión hexacanto en el tubo digestivo, este atraviesa la mucosa duodenal e ingresa a la circulación portal. Aunque la mayoría se atrapa en sinusoides hepáticos, algunos embriones alcanzan los pulmones por vía hematógena, translinfática o migración transfrénica.

A diferencia de la localización hepática, la hidatidosis pulmonar requiere predominantemente un abordaje quirúrgico precoz. El albendazol cumple un rol perioperatorio o complementario y no se recomienda como monoterapia primaria por complicaciones asociadas a la ruptura del quiste.

Caso cínico: Paciente femenina de 60 años, de Santa Cruz, con antecedentes de pectus excavatum. En 2024 se diagnosticaron por imágenes múltiples lesiones quísticas en el pulmón izquierdo compatibles con hidatidosis. Por negativa de la paciente, no se realizó cirugía, se indicó albendazol (10 mg/kg/día) durante 4 meses y egresa con pautas de alarma.

En noviembre de 2025 ingresó a la UTI del Hospital de Río Gallegos por insuficiencia respiratoria aguda con requerimiento de intubación orotraqueal. Se reinstauró albendazol. La toracocentesis mostró en el examen macroscópico del líquido pleural esferas membranosas compatibles con arenilla hidatídica y vesículas prolígeras. La evaluacion se complementó con una broncoscopia rígida que evidenció imágenes blanquecino-nacaradas endobronquiales que ocluían la luz bronquial.

Tras realizar traqueostomía, fue derivada al Sanatorio Güemes con caquexia y requerimiento de O2 por bigotera a 5 l/min. Tras la revisión del video de la endoscopia respiratoria previa se confirmó un severo compromiso bronquial bilateral. Ante el deterioro clínico y el extenso compromiso parenquimatoso, se consensuó con la familia priorizar el soporte médico y desestimar la cirugía por alta morbimortalidad. La paciente evolucionó con progresión de la insuficiencia respiratoria con hipoxemia refractaria y falleció.

Discusión y conclusiones: El tratamiento médico primario con albendazol sin cobertura quirúrgica puede inducir la degradación y ruptura de la pared del quiste, favoreciendo fístulas cistobronquiales o rotura pleural. El hallazgo endoscópico de membranas hidatídicas es infrecuente y patognomónico.

Siempre que las condiciones del paciente lo permitan, el abordaje de elección es la cirugía conservadora (cistotomía con capitonaje). La monoterapia farmacológica está desaconsejada en la localización pulmonar. La escasez de guías estandarizadas refuerza la necesidad de derivación oportuna a centros especializados.



CC 60 - ENFERMEDAD RELACIONADA CON IGG4 CON COMPROMISO TORÁCICO: SERIE MULTICÉNTRICA DE 7 CASOS EN CÓRDOBA

Germán Guillermo Echenique Fernández[1]; Veronica Maria Farieri[1]; Leonardo German Ubal[2]; Maria Elisa Uribe Echevarria[1]; Viviana Alejandra Moyano[1]; Marcos Javier Irusta[1]; Maria Alejandra Acosta[2]

[1] Hospital Italiano de Córdoba; [2] Hospital Tránsito Cáceres De Allende de Córdoba

Introducción: La enfermedad relacionada con IgG4 (ER-IgG4) es una condición fibro-inflamatoria e inmunomediada, poco frecuente y de etiología desconocida, que puede comprometer estructuras intratorácicas y múltiples sistemas. Su diagnóstico se define por criterios clínico-imagenológicos, serológicos e histopatológicos, siendo el pilar terapéutico la inmunosupresión. Se presentan 7 casos de 3 instituciones de Córdoba con variadas manifestaciones torácicas.

Casos Clínicos: Caso 1: Varón, 66 años (Ex-tbq, Obesidad, HTA, IC, DM2, Artritis psoriásica, Hepatopatía y ERC). Derrame pleural (DP) derecho recidivante (Fig.1A). LP: Trasudado linfocítico. IgG4: 100 mg/dL. Bx pleural: flebitis obliterante e infiltrado linfoplasmocitario; IHQ: >40 cél IgG4+/cga e IgG4/IgG >50% (Fig.1B). Tratamiento: pulsos de corticoides. Fallece.Caso 2: Varón, 64 años (Tbq, DM2, HTA, Obesidad y AOS). DP unilateral recidivante. IgG: 1950 mg/dL. Biopsia pleural: infiltrado linfoplasmocitario y fibrosis estoriforme; IHQ: >10 cél IgG4+/cga. Tratamiento: corticoides y azatioprina.Caso 3: Mujer, 70 años (Ex-tbq, dx previo FPI). TC: patrón UIP (Fig.1C). Perfil reumatológico/vasculitis/infeccioso(-). Espirometría normal. DLCO 66%. PET-TC: hipercaptación pulmonar, mediastínica, tiroidea y salival (Fig.1D). IgG4 >9 veces. Biopsia salival: fibrosis estoriforme e incremento de plasmocitos IgG4 +. Tratamiento: corticoterapia.Caso 4: Varón, 47 años (Asma, RSC, Proptosis bilateral, DM1, HTA). VEF1 40%. Eosinofilia (850 cél/µL) e IgE 300 mEq/L, IgG: 1912 mg/dL, IgG4 >8 veces. TC: compromiso peribroncovascular, adenopatías mediastinales/cervicales, grasa perirrenal, pansinusitis y sialoadenosis (Fig.1E). Tratamiento: pulsos de corticoides y rituximab.Caso 5: Varón, 60 años (EPOC, Proptosis bilateral). VEF1 30%. Eosinofilia (350 cél/µL) e IgE 412 mEq/L. TC: afectación peribroncovascular y adenopatías (Fig.1F). IgG4 >6 veces. Corticoides: mejoría respiratoria y ocular (Fig.1G).Caso 6: Varón, 55 años (Asma, DM1, Edema bipalpebral). TC: pansinusitis y engrosamiento peribroncovascular con bronquiectasias. Eosinofilia (280 cél/µL). IgG4 >2 veces. Biopsia palpebral confirmatoria. Tratamiento: corticoides.Caso 7: Varón, 62 años (EPOC, Parotiditis bilateral). VEF1 62%. Eosinofilia (520 cél/µL) e IgE 380 mEq/L. TC: enfisema, afectación peribroncovascular, vidrio esmerilado, nódulos y adenopatías toraco-abdomino-pélvicas (Fig.1H), con fibrosis retroperitoneal. IgG 2205 mg/dl. IgG4: 1400 mg/dL. Tratamiento: metotrexato.

Discusión y conclusiones: La ER-IgG4 presenta compromiso torácico en el 15-35% de los casos con manifestaciones heterogéneas (pleurales, parenquimatosas, vasculares y ganglionares). Requiere alta sospecha clínica, planteándola como diagnóstico diferencial ante compromiso respiratorio asociado a eosinofilia periférica, hipergammaglobulinemia o afectación multiorgánica, requiriendo un abordaje multidisciplinario para su correcto diagnóstico y tratamiento

CC 61 - NEUMONÍA LIPOIDEA EXÓGENA GRAVE TRATADA MEDIANTE LAVADO PULMONAR TOTAL BILATERAL

Juan De La Torre[1]; Esteban Wainsten[1]; Matias Castro[1]

[1] *Hospital Italiano*

introducción: La neumonía lipoidea exógena (NLE) es una patología poco frecuente causada por la aspiración de sustancias oleosas. Actualmente no se dispone de tratamientos estandarizados para su manejo. En la tomografía computarizada de alta resolución (TCAR) puede simular a la proteinosis alveolar pulmonar (PAP), especialmente cuando se manifiesta con un patrón de crazy-paving. Existen reportes de lavado pulmonar total en pacientes con insuficiencia respiratoria. Se presenta un caso de lavado pulmonar total en una paciente con insuficiencia respiratoria secundaria a NLE.

Caso clínico: Una mujer de 69 años, con antecedente de accidente cerebrovascular isquémico y trastorno de la deglución, fue derivada por insuficiencia respiratoria hipoxémica y opacidades pulmonares bilaterales. Refirió consumo crónico de vaselina líquida oral durante 10 años para tratar la constipación. La (TCAR) mostró opacidades difusas bilaterales en vidrio esmerilado con engrosamiento septal liso, configurando un patrón de crazy-paving.

Se plantearon como diagnósticos diferenciales NLE y PAP. El lavado broncoalveolar (LBA) no fue concluyente para PAP en el análisis macroscópico y citológico. Se realizó una biopsia pulmonar transbronquial, que mostró marcada distorsión de la arquitectura alveolar por numerosas vacuolas vacías con lípidos en los espacios alveolares, confirmando (NLE).

Dada la gravedad del compromiso, se realizó (LPT) bilateral en una sesión, bajo anestesia general y mediante tubo endotraqueal de doble luz. Se administraron 14 litros de solución salina tibia en el pulmón derecho y 10 litros en el izquierdo, en alícuotas de 1 litro. Durante el procedimiento se observó un sobrenadante graso que se aclaró progresivamente. Tras el (LPT), presentó notable mejoría clínica, con resolución completa del requerimiento de oxígeno. Las imágenes de control mostraron reducción sustancial de las opacidades pulmonares.

Discusión: La NLE es una entidad infrecuente y debe sospecharse en pacientes con antecedentes de aspiración de sustancias oleosas que presentan consolidaciones bilaterales y un patrón de crazy-paving. El tratamiento se basa en la suspensión del agente causal y medidas de soporte; sin embargo, el manejo de los casos graves con insuficiencia respiratoria sigue sin estar claramente establecido. El (LPT) constituye una estrategia biológicamente plausible.

En nuestro caso, la desaparición progresiva del sobrenadante graso durante los lavados proporcionó una demostración macroscópica de la eliminación del material lipídico, acompañándose de rápida mejoría clínica, resolución de los requerimientos de oxígeno y marcada recuperación radiológica. Estos hallazgos apoyan el (LPT) como tratamiento de rescate en pacientes seleccionados con (NLE).

Conclusión: Este caso destaca la importancia de considerar el diagnóstico de neumonía lipoidea ante un patrón radiológico de crazy-paving. Asimismo, respalda el papel potencial del (LPT) como estrategia terapéutica en casos seleccionados de (NLE) grave con insuficiencia respiratoria.

CC 62 - AISLAMIENTO RESPIRATORIO DE MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS: EXPERIENCIA EN UN CENTRO RESPIRATORIO MONOVALENTE DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

Amira Daysi Abraham[1]; Astrid Caridad Vargas Ainagas[1]; Fabiána Montaldo[1]; Estela Martinez Segovia[1]; Maria José Gallego[1]; González Yael[1]; Veronica Lawriwskyj[1]

[1] *Hospital de Rehabilitación Respiratoria Maria Ferrer*

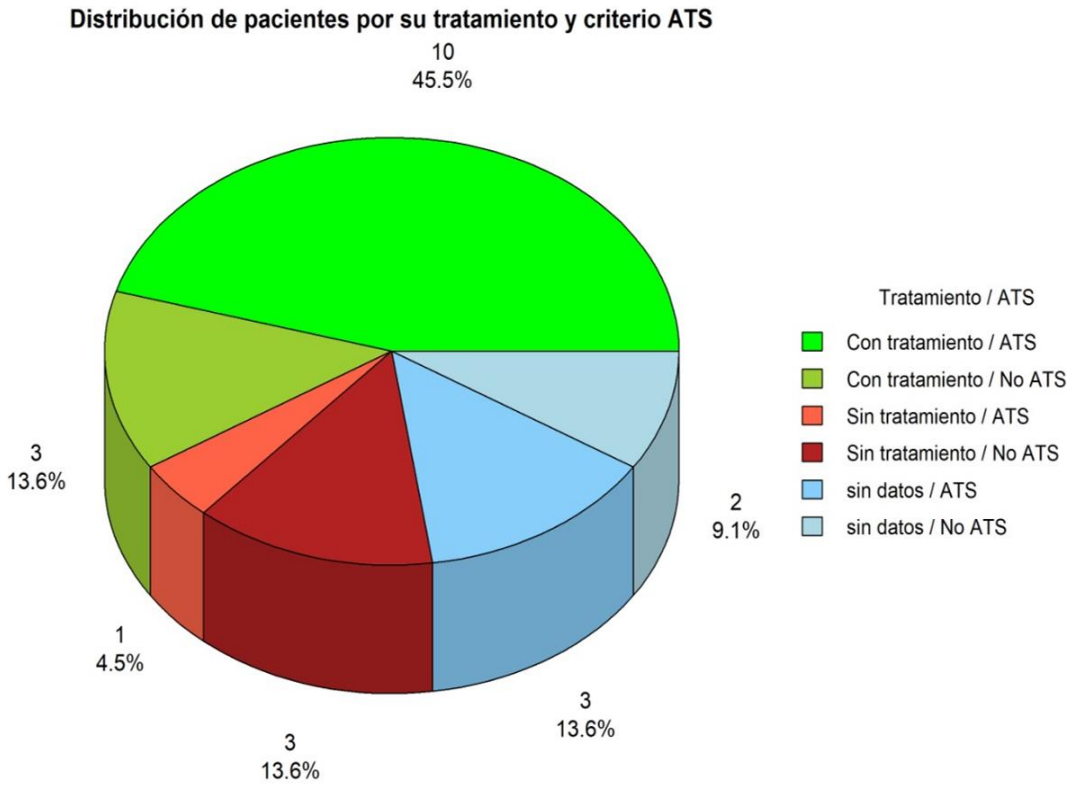
Introducción: Las micobacterias no tuberculosas (MNT) son microorganismos ambientales presentes en agua y suelo. En las últimas décadas aumentaron los aislamientos y la enfermedad pulmonar por MNT, asociado a una mayor disponibilidad de métodos diagnósticos y al incremento de pacientes con enfermedades pulmonares crónicas e inmunosupresión. En Argentina existen escasos datos epidemiológicos, por lo que es necesario generar información local. El objetivo fue describir las características demográficas, clínicas, microbiológicas y terapéuticas de pacientes con aislamiento respiratorio de MNT atendidos en nuestro centro.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de una cohorte del laboratorio de microbiología de un hospital monovalente respiratorio. Se incluyeron pacientes >18 años con ≥1 aislamiento respiratorio de MNT entre enero de 2023 y diciembre de 2025. Se excluyeron aquellos sin datos filiatorios o estudios por imágenes. Los criterios diagnósticos y la indicación de tratamiento se evaluaron según guías internacionales.

Objetivos: Describir las características demográficas, clínicas, radiológicas y microbiológicas de los pacientes con aislamiento de MNT, incluyendo las especies aisladas, las enfermedades pulmonares subyacentes y los tipos de muestras respiratorias. Determinar la proporción de pacientes que cumplieron los criterios diagnósticos para MNT. Analizar la relación entre el cumplimiento de los criterios diagnósticos y la indicación de tratamiento específico para MNT

Resultados: Se identificaron 28 pacientes; 6 fueron excluidos por falta de datos, analizándose 22 casos. La edad media fue 61 años y 14 eran hombres. La EPOC fue la enfermedad respiratoria más frecuente (10), seguida de bronquiectasias (5); también se registraron tuberculosis previa, EPID, fibrosis quística y asma. Entre las comorbilidades no respiratorias predominaron HTA (5), diabetes y VIH (3). El esputo fue la principal muestra (17/22), seguido de lavado broncoalveolar (3) y muestra quirúrgica (1). El complejo MAC fue el más aislado (8), seguido de M. abscessus y MNT sin identificación de especie (3). El 66,7% cumplió criterios de enfermedad pulmonar por MNT. De estos, 45,5% recibió tratamiento específico, 4,5% no fue tratado y 13,6% no contaba con datos. Entre quienes no cumplían criterios, 13,6% recibió tratamiento por antecedentes clínicos relevantes, 13,6% no fue tratado y 9,1% no tenía información.

Discusión y conclusión: El aislamiento respiratorio de MNT no implica enfermedad, por lo que el diagnóstico debe integrar criterios clínicos, radiológicos y microbiológicos antes del tratamiento, evitando la monoterapia y manteniéndolo 12 meses tras la conversión del cultivo. La variabilidad geográfica resalta la importancia de datos locales para la práctica clínica. Las limitaciones del trabajo fueron, el diseño retrospectivo, el pequeño tamaño muestral y la falta de caracterización molecular en todos los aislamientos, por no realizarse en todos los hospitales.



CC 63 - ACTINOMICOSIS PULMONAR A PROPÓSITO DE UN CASO

Amira Daysi Abraham[1]

[1] *Hospital de Rehabilitación Respiratoria Maria Ferrer*

Introducción: La infección por Actinomyces spp es una enfermedad infrecuente, causada por bacterias gram positivas anaerobias formadoras de hifas y gránulos de azufre como característica patognomónica. Forman parte de la flora habitual de la cavidad vaginal, oral y del colon, volviéndose patógenas en casos de inmunocompromiso o en cavidades preexistentes, con distribución bimodal

Caso Clínico: Paciente femenina de 45 años con antecedentes de tabaquismo 2,4 P/Y, infección por tuberculosis con tratamiento completo y diabetes mellitus tipo 2 no insulinorrequirente presenta cuadro de tos asociado a broncorrea y fiebre para lo cual realiza múltiples esquemas antibióticos sin respuesta clínica. Se realiza tomografía computarizada de tórax (TAC) donde se evidencia lesión cavitada con líquido heterogéneo en su interior con signo de la semiluna y burbujas aéreas, asociado a consolidaciones y árbol en brote, por lo que se decide realizar fibrobroncoscopia diagnóstica. Por aislamiento de Pseudomonas aeruginosa en el lavado bronquio alveolar asociado a rescates en cultivos de esputo previos se interpreta como colonizante, por lo que realiza tratamiento con colistin inhalado durante tres meses. Con clínica y TAC control sin cambios se decide realizar por servicio de cirugía de tórax, segmentectomía del lóbulo inferior izquierdo, con resultado histopatológico que describe presencia de formación quística revestida por epitelio escamoso estratificado no queratinizado, con organismos filamentosos positivos para tinción de Grocott, compatible con Actinomyces spp. Se instaura tratamiento con ampicilina con buena evolución clínica

Discusión y conclusiones: Actinomyces spp es un microorganismo de baja virulencia que coloniza mucosas y adquiere capacidad invasiva ante la disrupción de las barreras tisulares. Su patogénesis se asocia a la formación de biofilms y gránulos de azufre, lo que le permite evadir la respuesta inmune del huésped. Este proceso induce activación de receptores tipo Toll y liberación de citoquinas proinflamatorias favoreciendo una respuesta inflamatoria crónica con desarrollo de fibrosis, granulomas y necrosis, generando un microambiente anaerobio que facilita su proliferación. Su presentación clínica es inespecífica por lo que su diagnóstico suele ser por anatomía patológica. Se caracteriza por presentar reacciones inflamatorias mixtas supurativas y granulomatosas asociadas a proliferación del tejido conectivo, gránulos de azufre y bacilos filamentosos en forma de rayos. El tratamiento se basa en un curso prolongado de 12 a 18 meses de betalactámicos siendo la penicilina G el principal antibiótico utilizado, ceftriaxona o macrólidos; reservándose el tratamiento quirúrgico para presentaciones graves e invasivas refractarias al tratamiento con antibioticoterapia. En conclusión, la actinomicosis pulmonar debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes con nódulos pulmonares, lesiones cavitadas, trayectos fistulosos o infecciones respiratorias a repetición crónicas de evolución tórpida sin respuesta al tratamiento convencional.

CC 64 - NEUMONÍA NECROTIZANTE EN PEDIATRÍA: VARIABILIDAD EN LA PRESENTACIÓN Y EL MANEJO TERAPÉUTICO. SERIE DE CASOS

Alejo Gabriel Garcia[1]; Melina Rocio Vera[1]; Facundo Ariel Tilli[1]; Maria Gabriela Sartori[1]; Pablo Fronti[1]; Norma Edith González[1]

[1] *División Neumotisiología Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. CABA*

Introducción: La neumonía necrotizante (NN) es una complicación grave de la neumonía adquirida en la comunidad en pediatría. Su diagnóstico y manejo pueden ser desafiantes, particularmente ante la ausencia de confirmación microbiológica y la variabilidad en la presentación clínica y el compromiso pleural.Se presentan cuatro casos con diferente gravedad, afectación pleural y requerimientos terapéuticos.CASO 1: Niño de 2 años,

previamente sano, ingresó con neumonía derecha y derrame paraneumónico. Recibió ampicilina 9 días, con progresión clínico-radiológica a NN y empiema. Se rotó a piperacilina-tazobactam (15 días) y clindamicina (20 días) endovenosos (EV). Requirió videotoracoscopía y drenaje pleural. Completó las 4 semanas de tratamiento con ciprofloxacina y trimetoprima sulfametoxazol (TMS) vía oral (VO). Al mes estaba asintomático, con mejoría radiológica.CASO 2: Niño de 3 años, sibilante recurrente, presentó neumonía derecha y derrame pleural, con deterioro respiratorio a las 24 horas. Se diagnosticó NN y requirió tubo avenamiento pleural (TAP) durante 17 días, oxigenoterapia con máscara con reservorio 1 día y cánula nasal de alto flujo 8 días. Recibió ceftriaxona y clindamicina EV 21 días y luego amoxicilina-ácido clavulánico VO, completando 28 días. Al mes estaba asintomático, con franca mejoría radiológica.CASO 3: Niño de 18 meses ingresó con diagnóstico de NN derecha y empiema. Recibió ceftriaxona 9 días y clindamicina 8 días, y requirió videotoracoscopía, drenaje y TAP 4 días, y oxigenoterapia por cánula nasal 48 horas. Ante el deterioro clínico, de laboratorio e imagenológico se rotó a piperacilina-tazobactam y TMS EV por 10 días. Evolucionó favorablemente y completó 4 semanas de tratamiento con ciprofloxacina y TMS VO. Al mes estaba asintomático, con mejoría radiológica.CASO 4: Niña de 18 meses, previamente sana, ingresó con shock séptico a foco respiratorio. La radiografía y ecografía mostraron consolidación con áreas de necrosis y derrame pleural laminar, compatible con NN. Recibió ceftriaxona y clindamicina EV 17 días y oxigenoterapia por cánula nasal 3 días, sin requerir drenaje pleural. Completó 4 semanas con amoxicilina-clavulánico VO. Al mes estaba asintomática, con evolución favorable.No se obtuvo identificación microbiológica en ningún caso.

Discusión yconclusiones: La NN debe sospecharse ante una neumonía con evolución clínica desfavorable o progresión radiológica a pesar del tratamiento antibiótico. Ante la ausencia de confirmación microbiológica, la integración de la evolución clínica, el laboratorio y las imágenes permitió establecer el diagnóstico y orientar el manejo. El compromiso pleural y los requerimientos terapéuticos fueron variables: tres pacientes requirieron drenaje, dos videotoracoscopía y uno tratamiento médico exclusivo. La evaluación clínica e imagenológica seriada resulta fundamental para individualizar la conducta según la gravedad, las complicaciones y la respuesta terapéutica.

CC 65 - CUANDO LA RIFAMPICINA LESIONA EL RIÑÓN: NEFRITIS TUBULOINTERSTICIAL AGUDA CONFIRMADA POR BIOPSIA EN TUBERCULOSIS PULMONAR

José Andres Vinueza[1]; Rosa Meza Araujo[1]; Cecilia Besada Laura[1]; Sebastián Martín Fernández[1]; Hernan Basilo Vigil[1]; Nancy Karina Nardacchione[1]; Telma Galarza Camacho[1]; Marianela Alaniz[1]; Matías Scafati.[1]

[1] *Hospital Tornu*

introducción: La rifampicina (R) es uno de los pilares del tratamiento de la tuberculosis (TBC) por su actividad bactericida y capacidad esterilizante, aunque puede asociarse a eventos adversos, entre ellos efectos inmunomediados poco frecuentes y graves como la lesión renal aguda y la nefritis intersticial aguda (NIA)

Caso clínico: Paciente de 53 años con consumo problemático de sustancias y tabaquismo activo. Cursó internación por TBC pulmonar con tratamiento de primera línea y compromiso bilateral cavitado.

Acudió a los dos meses a control, con elevación de creatinina de 2.24 y urea de 90, por lo cual se internó para continuar tratamiento y estudio de injuria renal aguda.

Durante su internación se suspendió tratamiento antifímico, evolucionando con empeoramiento de la función renal descartando causas obstructivas mediante ecografías renovesicales y TC abdominal.

En el laboratorio control presentó eosinofilia 6%, creatinina de 2.61, orina de 24 hs con proteinuria y clearence de creatinina de 44.63, ANA positivo con patrón AC-4 nuclear granular fino 1/320, resto de marcadores inmunológicos negativos y evaluación por reumatologia descartandose enfermedad autoinmune.

Ante la persistencia del deterioro renal y la alta sospecha de NIA inducida por R se realizó biopsia renal bajo guía ecográfica, que informó nefritis tubulointersticial aguda de probable etiología farmacológica con injuria tubular aguda, confirmando sospecha. La IFI mostró depósitos mesangiales granulares de C3, sin otros hallazgos de enfermedad glomerular mediada por inmunocomplejos.

Al egreso hospitalario continuó con Isoniacida, Moxifloxacina y Etambutol con buena tolerancia.

Discusión: La NIA inducida por R esta mediada por mecanismos inmunológicos, cuyo diagnóstico es un desafío por sus manifestaciones clínicas inespecíficas. Se describe la tríada de fiebre, exantema y eosinofilia presente solo en una minoría, por lo que la sospecha clínica debe sustentarse entre el inicio del tratamiento y el deterioro de la función renal. Además, se caracterizada por infiltración inflamatoria del intersticio renal y compromiso de la función tubular.

En el caso de la R, la lesión esta relacionada con la formación de anticuerpos dirigidos contra antígenos presentes en las células tubulares y eritrocitos, generando una respuesta inflamatoria que puede manifestarse como NIA, necrosis tubular aguda o hemólisis intravascular. El riesgo se incrementa durante la reintroducción o con esquemas intermitentes, aunque puede presentarse durante tratamientos continuos.

Conclusión: La NIA inducida por R es una complicación infrecuente pero reversible. En pacientes con TBC que presentan deterioro inexplicado de la función renal, el reconocimiento precoz, exclusión de otras causas de injuria renal y la biopsia en casos seleccionados permiten establecer el diagnóstico oportuno, evitando daño renal permanente.

CC 66 - NEUMOPATÍA INTERSTICIAL RÁPIDAMENTE PROGRESIVA ASOCIADA A DERMATOMIOSITIS AMIOPÁTICA

Lorena Bianco[1]; Mansutti Lucia[1]; Weisheim Ivo[1]; Morali Marcelo[1]; Figueroa Casas Marcelo[1]; Liguori Carla[1]

[1] *Hospital Intendente Carrasco*

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial rápidamente progresiva (RP-ILD) vinculada a dermatomiositis amiopática (DMA), en relación al anticuerpo anti-MDA5, es infrecuente y de alta mortalidad. Su diagnóstico diferencial con neumopatía infecciosa representa un desafío clínico, ya que ambas pueden coexistir y el retraso terapéutico condiciona el pronóstico.

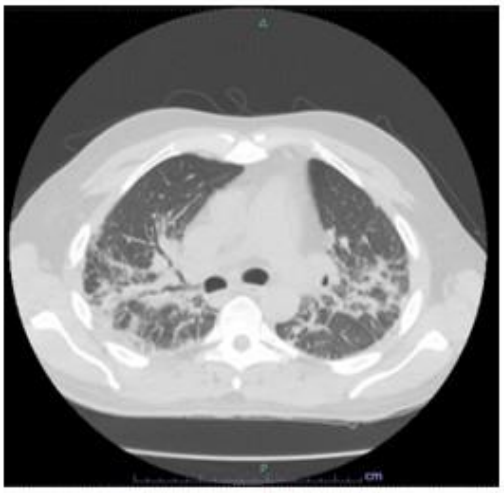
Caso clínico: Varón de 45 años, sin antecedentes, presenta tos seca de 3 meses de evolución. En las últimas 72 hs agrega fiebre y artralgias. Examen físico: TA 130/80 mmHg –FC 105 lat/min -FR 30 ciclos/min -T° 36.2 -Sat O2 88% 0,21 -98% (fiO2 0.5). Murmullo vesicular francamente disminuído, rales crepitantes bibasales. Sin lesiones en piel. EAB: PH 7,44-PO2 50-PCO2 39-Sat 87%-HCO3 26-EB 2,3. TC de tórax con opacidades en vidrio esmerilado bilaterales. Inicia tratamiento con Ampicilina-Sulbactam + Claritromicina. Al séptimo día persiste con fiebre e insuficiencia respiratoria, por lo cual se indica Piperacilina-Tazobactam + Trimetoprima-Sulfametoxazol (TMS). BAL (GeneXpert, cultivo para bacilo ácido-alcohol resistente, panel viral, galactomanano) negativo. Hemocultivos y serología mycoplasma, chlamydia, histoplasma, aspergillus y paracoccidioidomicosis, todos negativos. ANA, FAN 1/160 patente moteada, panel de miositis (Jo-1, PM/Scl-100, PL-7, PL-12, Mi-2, Ku) no reactivo, quedando pendiente determinación de anti-MDA5. Ante la sospecha clínica de DMA con RP-ILD, se inició tratamiento con pulsos de corticoides. El paciente evoluciona favorablemente y es externado con oxígeno domiciliario. A los 5 días ingresa a UCI por deterioro de su cuadro clínico, requiriendo ARM. Se realiza nueva TC de tórax en la cual se constata progresión de las imágenes de relleno alveolar con tendencia a la consolidación, por lo cual se inicia tratamiento con Imipenem, TMS y nuevo pulso de corticoides, ciclofosfamida e inmunoglobulinas. Evolucionó con deterioro progresivo, refractario a las medidas de soporte, seguido de muerte. Se recibe resultado positivo de anti-MDA5 post mortem.

Discusión y conclusiones: Los anticuerpos anti-MDA5 son muy específicos para el desarrollo de EPI y se asocian a enfermedad pulmonar de inicio agudo y RP-ILD. Los pacientes anti-MDA5 tienen mayor probabilidad de presentar afectación cutánea. Sin embargo, es una entidad de baja prevalencia y hasta un tercio de los casos amiopáticos puede cursar sin compromiso dérmico, con afectación pulmonar predominante, lo que dificulta el reconocimiento en presentaciones como la de nuestro paciente, sin lesiones cutáneas. El caso ilustra el desafío diagnóstico: descartar exhaustivamente la etiología infecciosa aún sin confirmación serológica. La decisión de iniciar inmunosupresión agresiva de forma empírica, basada en la sospecha clínica y la negatividad del panel infeccioso, resultó apropiada, pero no modificó el desenlace fatal. Esto remarca que, incluso con reconocimiento precoz y manejo intensivo multidisciplinario, esta enfermedad conserva una mortalidad elevada, y subraya la necesidad de estrategias terapéuticas más efectivas

TC DE TÓRAX 04/12/2025



TC DE TÓRAX 05/01/2026



CC 67 - CUANDO LA TUBERCULOSIS TRASCIENDE EL PULMÓN: AMILOIDOSIS AA SECUNDARIA CON COMPROMISO RENAL COMO COMPLICACIÓN SISTÉMICA

José Andrés Vinueza[1]; Erika Alejandra Fuentes[1]; Cecilia Besada Laura[1]; Sebastián Martín Fernández[1]; Maria Alaniz[1]; Mariana Cecilia Cameno[1]; Telma Galarza Camacho[1]; Nancy Camara Virreira[1]; Eugenia Gisela Bertino[1]; Matias Scafati[1]

[1] *Hospital Tornu*

Introducción: La tuberculosis pulmonar (TBC) continúa siendo una enfermedad de elevada morbimortalidad a nivel mundial, especialmente en pacientes con dificultades en la adherencia terapéutica. La infección tuberculosa activa puede asociarse a complicaciones sistémicas derivadas de la inflamación crónica sostenida.

El compromiso renal representa una de las principales manifestaciones clínicas de la amiloidosis AA, que se expresa como síndrome nefrótico con proteinuria, hipoalbuminemia y edema generalizado. Sin embargo, debido a la disminución de su incidencia, esta asociación puede ser subdiagnosticada, especialmente en pacientes jóvenes.

Caso clínico: Paciente de 22 años con consumo problemático de sustancia y TBC pulmonar con abandono de tratamiento. Acudió por edema generalizado, tos con expectoración mucopurulenta y oligoanuria de 48 hs de evolución.

Al examen físico lúcido, con anasarca. Se realizó TC de tórax con cavidades bilaterales. Laboratorio con leucocitosis, trombocitosis, elevación VSG y PCR, hipoalbuminemia severa (1,4 g/dL), hipercolesterolemia y proteinuria compatible con síndrome nefrótico decidiendo su internación.

Se recibió resultado de esputo para BAAR positivo y negativo en orina, por lo tanto se realizó biopsia renal con hallazgos morfológicos e inmunofenotipo compatibles con amiloidosis

secundaria AA, descartando nefritis lúpica como diagnóstico diferencial. Se indicó corticoterapia a altas dosis con buena respuesta clínica y de laboratorio decidiendo su externación.

Discusión: La amiloidosis secundaria de tipo AA es una complicación poco frecuente de enfermedades inflamatorias crónicas, caracterizada por el depósito extracelular de fibrillas de la proteína sérica amiloide A (SAA). Durante procesos inflamatorios prolongados, citocinas inducen una producción sostenida de SAA; cuando la inflamación persiste, la proteína sufre un plegamiento anómalo y se acumula en diferentes órganos como en el riñón.

El compromiso renal por amiloidosis AA se manifiesta habitualmente como síndrome nefrótico. La asociación entre tuberculosis y amiloidosis AA ha sido descrita principalmente en pacientes con infección crónica, persistente o inadecuadamente tratada.

Conclusión: La tuberculosis pulmonar puede generar consecuencias sistémicas más allá del compromiso respiratorio, especialmente cuando existe actividad inflamatoria persistente secundaria a tratamiento inadecuado o abandono terapéutico. La amiloidosis AA debe considerarse ante pacientes con tuberculosis crónica que desarrollan síndrome nefrótico. El reconocimiento del síndrome nefrótico temprano asociado a tuberculosis permite intervenir sobre la enfermedad para un mejor manejo multidisciplinario.

CC 68 - TUBERCULOMAS CEREBRALES EN EL TRATAMIENTO DE UNA TUBERCULOSIS DISEMINADA

Julio Figueroa[1]; E. Rodrigo Arce[1]; Juan Pablo Fernández[1]; Carolina Baroni[1]; Roxana Berenguer[1]

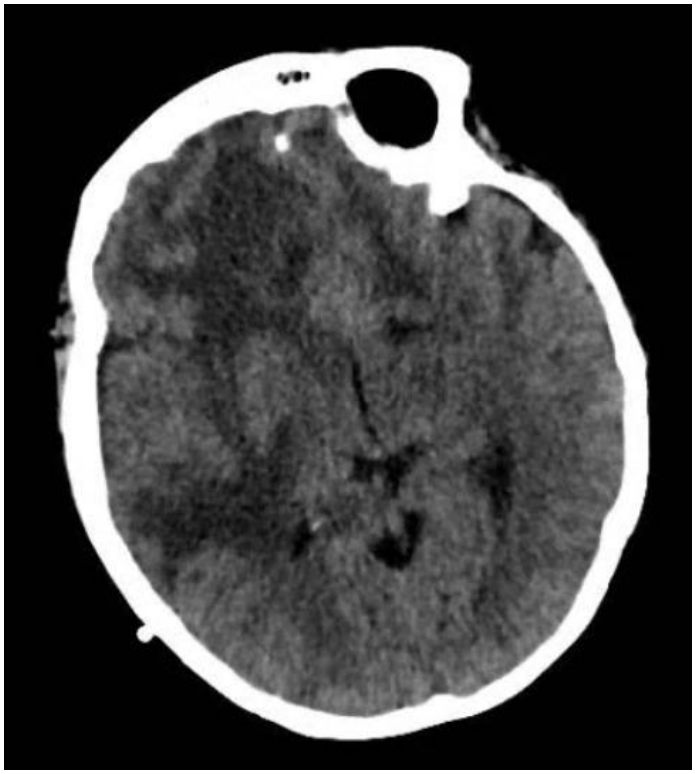
[1] *Hospital de Clinicas José de San Martin*

Introducción: La tuberculosis (TB) del sistema nervioso central (SNC) es una de las manifestaciones más severas, representando el 5-10% de los casos extrapulmonares. Puede presentarse como meningitis, radiculomielitis, tuberculomas o abscesos. Para evaluar y seguir las complicaciones graves, los estudios de neuroimagen deberían obtenerse antes y durante el tratamiento. Se ha documentado un compromiso intracraneal en el 44% de casos con compromiso del SNC. Se describe el caso de una paciente que desarrolló múltiples complicaciones derivadas del compromiso tuberculoso del SNC.

Caso clínico: Mujer de 52 años, inmunocompetente, con antecedente de artrodesis dorsal T8-T12 por espondilodiscitis, consultó por fiebre y cefalea de tres semanas de evolución. La resonancia magnética (RM) cerebral no evidenció lesiones. La punción lumbar mostró hiperproteinorraquia e hipoglucorraquia, sin alteraciones motoras ni sensitivas. Se inició tratamiento empírico con aciclovir, meropenem, vancomicina y antifímicos de primera línea, discontinuados al no obtener rescate de microorganismos. Un mes después desarrolló hidrocefalia con hipertensión endocraneana, que requirió derivación ventrículo-peritoneal (DVP). El GeneXpert de líquido cefalorraquídeo (LCR) fue positivo para M. tuberculosis, por lo que se interpretó como tuberculosis diseminada con compromiso del SNC y óseo, e inició esquema HRZE más corticoides en altas dosis. Por hepatotoxicidad se continuó con esquema

alternativo con levofloxacina. A los cuatro meses presentó convulsión tónico-clónica; la RM cerebral mostró lesiones ocupantes de espacio, sugerentes de tuberculomas bifronto-temporo-parietales derechos, GeneXpert de LCR negativo. Se interpretó como reacción paradójica, manteniéndose el esquema y la corticoterapia. A los seis meses presentó estado epiléptico que requirió intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica, con nueva punción lumbar sin aislamiento de microorganismos. Evolucionó favorablemente y logró el alta hospitalaria, con trastorno del equilibrio que requiere deambulación con andador. Tras 16 meses de tratamiento, interrumpidos por múltiples intercurrencias, se encuentra en seguimiento sin nuevas crisis comiciales, con la DVP in situ por lesión ocupante de espacio en regresión.

Discusión y conclusiones: Este caso destaca la gravedad de la meningitis tuberculosa y su frecuente asociación con hidrocefalia (50-90% de los casos), que en esta paciente requirió DVP. Asimismo, subraya la progresión hacia un tuberculoma intracraneal supratentorial, complicación de mortalidad elevada, a la cual la paciente logró sobrevivir. Finalmente, evidencia el desafío clínico de las reacciones paradójicas del SNC (25% de los casos), que pueden confundirse con fracaso terapéutico e inducir cambios innecesarios en el esquema. El compromiso del SNC por tuberculosis presenta elevada morbimortalidad por sus complicaciones neurológicas, y plantea además un desafío diagnóstico al diferenciar el empeoramiento propio de una reacción paradójica del correspondiente a un verdadero fracaso terapéutico.



CC 69 - CUANDO EL OJO REVELA LO QUE OCURRE DURANTE EL SUEÑO: CORIORRETINOPATÍA SEROSA CENTRAL COMO MANIFESTACIÓN DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO.

Jhoel Edson Vedia Torrez[1]; Grecia Lorena Aparicio Altamirano[1]; Ramiro Rojas[1]; Florencia Santtia[1]

[1] *Hospital General de Agudos Dr. Enrique Tornú*

Introducción: La coriorretinopatía serosa central (CSC), es un trastorno caracterizado por la formación de un desprendimiento neurosensorial localizado en la retina causado por una fuga de líquido a nivel del epitelio pigmentario retiniano, su etiopatogenia es multifactorial incluyendo factores como isquemia e inflamación. Presenta una incidencia anual de 10 casos por cada 100.000 habitantes afectando predominantemente a varones de 30 a 50 años. Diversos estudios han sugerido una asociación entre la apnea obstructiva del sueño (AOS) y la CSC, probablemente relacionada con episodios repetidos de hipoxia intermitente, activación simpática, disfunción endotelial y aumento de los niveles de cortisol.

Caso clínico: Paciente masculino de 35 años que consultó en oftalmología por alteraciones en la agudeza visual de un mes de evolución sin otro síntoma asociado, en el fondo de ojo evidenció desprendimiento de epitelio de la retina del ojo derecho, se realizó tomografía de coherencia óptica que evidencia perfil anterior elevado y en el perfil posterior presencia de líquido subretiniano con irregularidad del epitelio pigmentario con desprendimiento del mismo de carácter seroso interpretándose como CSC. El paciente fue derivado a nuestro Laboratorio de Sueño donde, al interrogatorio dirigido, refiere solamente ronquido ocasional y bruxismo. Presenta una escala de Epworth de 4 puntos, STOP-BANG de 0 puntos, IMC de 28.7, Mallampati II, Friedman II. Se realizó Polisomnografía con oximetría con índice de perturbación respiratoria de 26.4 ev/h y desaturaciones múltiples compatible con diagnóstico de AOS de grado moderado. Se realizó titulación con Presión Positiva Continua en la Vía Aérea (CPAP) con buena tolerancia.

Discusión: Presentamos este caso por la asociación CSC con AOS que continúa siendo poco reconocida en la práctica clínica. Si bien la CSC es una patología de etiología multifactorial, diversos estudios han demostrado una mayor prevalencia de AOS en estos pacientes en comparación con la población general. Nuestro caso resalta la importancia de evaluar la presencia de AOS en pacientes con CSC, aún en ausencia de síntomas sugestivos.

Conclusión: El reconocimiento de esta asociación permitió el diagnóstico oportuno de AOS enfatizando el valor del abordaje interdisciplinario. La detección precoz de AOS no solo podría influir favorablemente en la evolución de la patología ocular, sino también disminuir el riesgo de las complicaciones cardiovasculares y metabólicas asociadas a esta enfermedad. Este caso refuerza la necesidad de aumentar el conocimiento sobre la relación entre ambas entidades y de promover estrategias de pesquisa dirigidas que permitan un diagnóstico temprano y un manejo interdisciplinario de estos pacientes.

CC 70 - COMPROMISO PULMONAR EN PACIENTE CON MACROGLOBULINEMIA DE WALDENSTRÖM

Rosa Meza Araujo[1]; Jhoel Edson Vedia Torres[1]; Gustavo Canteros[1]; Gerardo Vilas[1]; Nancy Camara Virreira[1]; Telma Galarza Camacho[1]; Cecilia Besada Laura[1]; Marianela Alaniz[1]; Matias Scafati[1]

[1] *Hospital Tornu*

Introducción: la macroglobulinemia de waldenström (MW) es una neoplasia linfoproliferativa linfoplasmocitaria de bajo grado, produce una inmunoglobulina monoclonal tipo IgM, que origina el síndrome de hiperviscosidad sanguínea responsable de la mayoría de manifestaciones clínicas; genera infiltración en la médula ósea (MO) lo que conlleva a citopenias múltiples y puede infiltrar distintos órganos siendo los más frecuentes : MO 100%, ganglios linfáticos 30 - 50%, bazo 20 -30%, hígado 10-20 % y la infiltración pulmonar es < al 10%.

Caso clínico: Paciente de 74 años con antecedentes de bajo peso IMC: 14, hipotiroidismo y MW diagnosticado en 2023 en seguimiento por hematología sin tratamiento.

La paciente es derivada al servicio de neumología para estudio de lesiones pulmonares bilaterales persistentes con PET que informa lesiones consolidativas pseudonodulares localizadas en LM de 13x20mm (SUVmax de 3.8) , en LSI con un SUV máx de 5 y otra língula de 7 mm con SUVmax de 1.

Al ingreso paciente con tos crónica no productiva sin otro síntoma asociado, afebril, sin requerimiento de oxígeno suplementario. Durante su internacion se solicita nueva TC de tórax sin cambios respecto a estudios previos laboratorio anemia (32/9.7), hipoalbuminemia leve (2.91)

Se realiza biopsia transbronquial, con resultado de anatomía patológica que informa mucosa bronquial con infiltrado inflamatorio a predominio linfocitario B, plasmocitos de localización subepitelial y CD3: en linfocitos T, CD20: positivo en linfocitos B, CD138: positivo en plasmocitos.

Se confirma el compromiso pulmonar de la MW, y se decide en conjunto con el servicio de hematología iniciar tratamiento con ciclofosfamida y rituximab .

Discusión: La MW es una enfermedad poco frecuente considerada una variante del linfoma no hodgkin, que se presenta en forma asintomática en muchos casos y la mayoría de los síntomas aparecen con la progresión de la enfermedad, las manifestaciones pulmonares conocidas como enfermedad pulmonar asociada a MW se presenta con tres formas de manifestación tomográficas la más común compromete al intersticio pulmonar generando un infiltrado linfoplasmocitario intersticial, en segundo lugar depósitos células que originarán nódulos en parénquima pulmonar y por último y mucho más infrecuente como derrame pleural tipo exudado con evidencia de células linfoplasmocitarias.

Conclusión: El compromiso pulmonar en la MW es infrecuente, del 3 al 5 % de los casos con una incidencia global del 3 a 5 casos por millón de personas.

Es importante tener como diagnóstico diferencial en el compromiso pulmonar las causas infecciosas, cáncer de pulmón y enfermedad intersticial por lo que es relevante la toma de biopsia pulmonar en donde el mejor rédito diagnóstico depende de el lugar de compromiso pulmonar, todo ello con el fin de orientar el diagnóstico y tratamiento.

CC 71 - PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR AUTOINMUNE : DESAFIOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPEUTICOS EN UNA ENFERMEDAD POCO FRECUENTE.

Rosa Meza Araujo[1]; Grecia Lorena Aparicio Altamirano[1]; José Andres Vinueza[1]; Gustavo Canteros[1]; Gerardo Vilas[1]; Nancy Karina Nardacchione[1]; Marianella Alaniz[1]; Telma Galarza Camacho[1]; Matias Scafati[1]

[1] *Hospital Tornu*

Introducción: La proteinosis alveolar (PAP) es una enfermedad poco frecuente con una prevalencia 3,7 hasta 40 por millón de habitantes, se caracteriza por la acumulación de surfactante en los alvéolos debido a una disminución en su eliminación, esto bloquea el intercambio gaseoso y produce síntomas como disnea tos e insuficiencia respiratoria, como característica la tinción de ácido peryódico de Schiff (PAS) es positiva y puede ser congénita, secundaria o autoinmune. La PAP autoinmune es el mecanismo fisiopatológico más común, responsable del 90 % de los casos publicados, se documenta que el tabaquismo está presente hasta en el 85% de los pacientes.CASO CLÍNICO Paciente de 47 años , Tabaquista de 47 p/y.Presenta disnea progresiva mMRC 4 de un mes de evolución, tos productiva y fiebre, realizo tratamiento antibiótico con resolución de la fiebre pero persistencia de la disnea motivo por el que consulta.A su ingreso saturación basal de 81 % (0.21), disminución global del murmullo vesicular y crepitantes finos bibasales, gasometría arterial con insuficiencia respiratoria tipo 1, se realiza TC tórax con patrón de crazy paving bilateral multilobar .En su internación cumple tratamiento antibiótico, se realizan hemocultivos sin rescates microbiológicos, fibrobroncoscopia con lavado bronquio alveolar con resultado de BAAR, micología, citológicos y PCR para PCP negativos, PAS positiva , biopsia transbronquial negativa para células atípicas . Se interpreta como PAP, se deriva muestra para determinación de anticuerpos anti - GM- CSF positivos confirmando origen autoinmune.Evoluciona con mayor requerimiento de oxígeno y necesidad de cánula nasal alto flujo 60 lt/min FIO2: 50%, Se realiza lavado pulmonar total bilateral en dos tiempos, el primero con 12 lt y el segundo con 15 lt obteniendo abundante material lechoso en el liquido recuperado, por persistencia de requerimiento de oxigeno se inicia tratamiento alternativo con estatinas.DISCUSIÓN:En la etiopatogenia de la PAP se describe la acumulación de proteínas y lípidos del surfactante con afectación de la degradación mediado por macrófagos deficientes, por ende los pacientes se vuelven vulnerables a las infecciones oportunistas e insuficiencia respiratoria.Si bien el tratamiento se basa en lavados broncoalveolares totales, en las últimas revisiones se describen esquemas terapéuticos alternativos como suplementación con GM- CSF humano

recombinante y la introducción de estatinas con resultados positivos. El trasplante de pulmón se ha utilizado como ultima opción aunque la enfermedad puede reaparecer.

Conclusión: El diagnóstico de PAP es dificultoso por su limitada expresión clínica y baja prevalencia, su evolución varía entre los pacientes, con una enfermedad persistente o de progresión lenta en la mayoría, con una mejoría espontánea con un porcentaje (5-7%) o progresión rápida y/o fibrosis pulmonar, insuficiencia respiratoria y muerte en otros. A pesar de los avances persisten interrogantes sobre su etiología, patogenia y el tratamiento de la PAP autoinmune sigue siendo un desafío.

CC 72 - HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE GRANULOMATOSIS CON POLIANGEÍTIS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Jesse Guzmán[1]; Mariana Robles[1]; Aldana Paredes[1]; Belén García[1]; Silvia Bensignor[1]; Nicolás Casco[1]; Domingo Palmero[1]

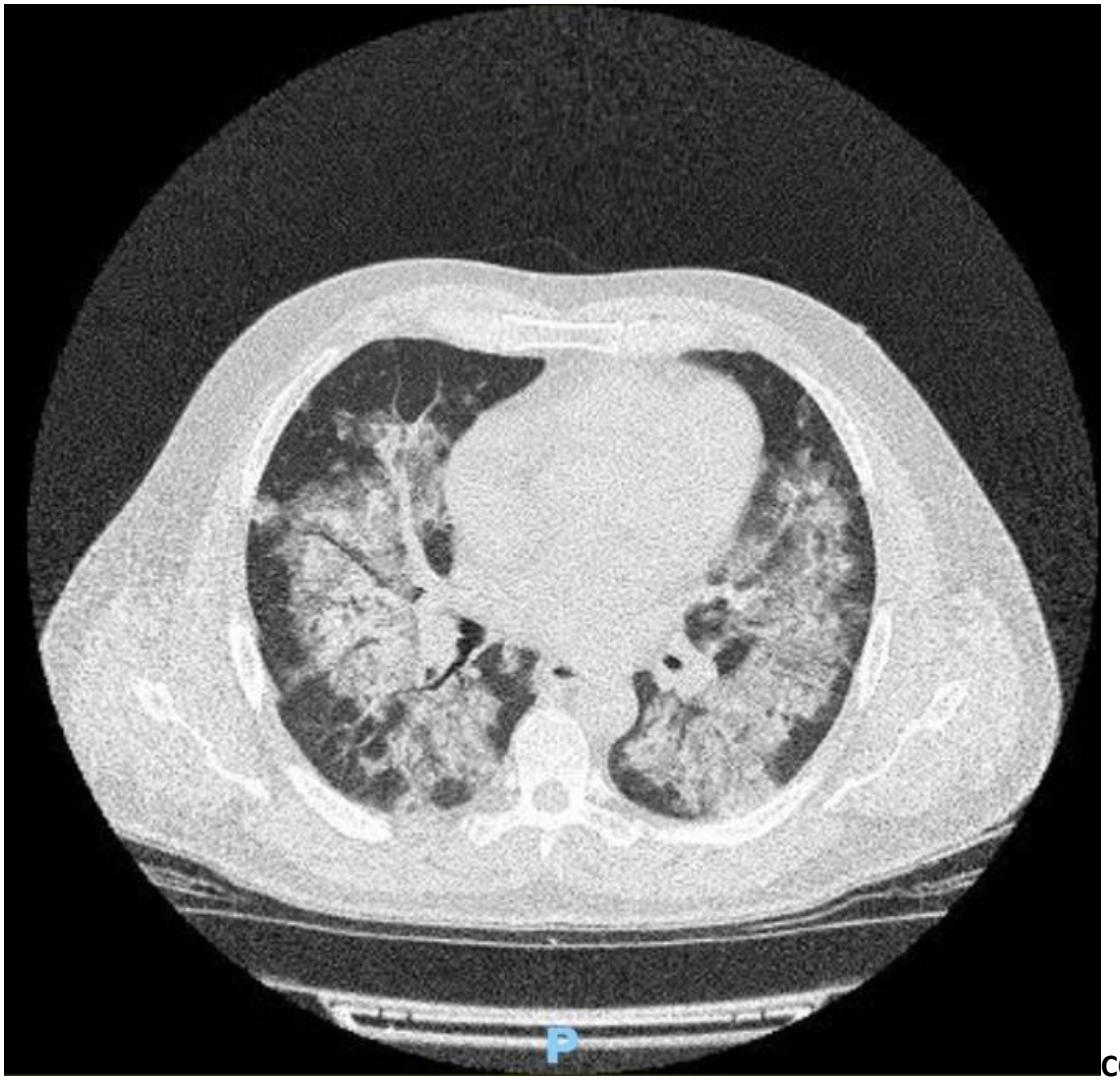
[1] *Hospital F.J. Muñiz*

Introducción: La granulomatosis con poliangitis (GPA) es una vasculitis necrotizante, que combina inflamación de la pared vascular y granulomatosis peri y extravascular. Según su clasificación, esta pertenece al grupo de vasculitis asociadas a ANCA, junto con Poliangeitis microscópica (MPA) y Granulomatosis eosinofílica con poliangeitis (GEPA). Su presentación pulmonar suele estar dada por presencia de nódulos, masas, cavidades, consolidaciones y en menor grado la presencia de hemorragia alveolar difusa que es de mayor frecuencia en pacientes con MPA.

Caso clínico: Paciente masculino de 54 años, de nacionalidad Boliviana, residente en Argentina desde hace 10 años, extabaquista 15 p/y, sin otro antecedentes patológico, consultó por tos con expectoración hemoptoica de inicio súbito, disnea, diaforesis nocturna y eritema ocular derecho con sensación de cuerpo extraño. Estudios iniciales evidenciaron leucocitosis sin otro hallazgo, Tc de tórax con evidencia de patrón en empedrado peribroncobascular, panel viral negativo, iniciándose tratamiento antibiótico empírico y medidas de sostén para hemoptisis. Evoluciona con sindrome de distrés respiratorio agudo con requerimiento de intubación orotraqueal y asistencia respiratoria mecánica con posterior traqueostomía por intubación prolongada, realizándose posteriormente Fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar constatando sangrados activos en ambos árboles bronquiales, sin atipia ni rescate de gérmenes, por lo que recibe pulsos de corticoides en conjunto con ciclofosfamida por alta sospecha de vasculitis, además requiriendo tratamiento con antibióticos dirigidos en contexto de Neumonía asociado al ventilador. Durante estancia en unidad cerrada presenta PCR 279 FR 63 ANCA c 1/40 PR3 >175 interpretándolo como GPA evolucionando con mejoría clínica y radiológica, con posterior decanulación de traqueostomía exitosa, continuando con su tratamiento por consultorios externos con control de laboratorios con disminución de reactantes de fase aguda.

Discusión y conclusiones: La GPA es una vasculitis asociada a ANCA con un amplio espectro de manifestaciones clínicas donde suele debutar con lesiones renales agudas y lesiones en via

aérea alta. La hemorragia alveolar difusa en GPA se da en frecuencia de 8.8-36% de los casos documentados, y es dada por capilaritis pulmonar que destruye la membrana alvéolo-capilar, esta patología suele ser más común en poliangeítis microscópica (MPA) la cual se debe sospechar oportunamente para evitar retrasos en el tratamiento inmunosupresor que conllevara a aumentar la sobrevida en pacientes críticos. En este caso pese a la alta morbimortalidad y descartando cuadro infeccioso se logró administrar el tratamiento correcto lo que conllevó a la sobrevida del paciente.



CC

CC 73- TROMBOCITOPENIA INMUNOMEDIADA POR RIFAMPICINA A PROPÓSITO DE UN CASO

Miguel Angel Zambrano[1]; Aldana Paredes[1]; Ana Garcia[1]; Bruno Bartoletti[1]; Carlos González[1]; Anahi Langer[1]; Gisela Ruibal[1]; Gabriela González[1]; Domingo Palmero[1]

[1] *Hospital Muñiz*

Introducción: La tuberculosis (TB) es una causa importante de morbimortalidad, especialmente en pacientes con VIH. La coinfección TB/VIH aumenta la complejidad

diagnóstica y terapéutica por la inmunosupresión, las infecciones oportunistas y el riesgo de eventos adversos farmacológicos. La rifampicina (R), pilar del tratamiento antituberculoso, puede excepcionalmente causar trombocitopenia inmunomediada, cuyo reconocimiento precoz es clave para evitar complicaciones hemorrágicas severas.

Resumen: Paciente masculino de 47 años, tabaquista y consumo problemático de sustancias. Consultó por cuadro de 4 meses de evolución de tos, pérdida ponderal de 15 kg, febrícula y sudoración nocturna. TC tórax con extensas áreas de consolidación y patrón de árbol en brote bilateral, confirmando TB pulmonar por baciloscopía (BAAR +++) inició tratamiento con R, Isoniacida(H), pirazinamida(Z) y Etambutol(E). Al ingreso presentó anemia severa que requirió transfusión, y se diagnosticó infección por VIH avanzada (CD4 37 cél/µL) con presencia de enfermedades marcadoras de SIDA como candidiasis orofaríngea, neumonía por Pneumocystis jirovecii y sífilis, por lo que se agregó Trimetoprima Sulfametoxazol (TMS) y penicilina al tratamiento.

A los 18 días de iniciar tratamiento antifímico, desarrolló trombocitopenia severa por anticuerpos anti plaquetarios inducidos por rifampicina. Se suspendió dicho fármaco, rotando el esquema antifímico a H, E, Z, bedaquilina y levofloxacina con recuperación plaquetaria progresiva. Concomitantemente inició tratamiento antirretroviral (dolutegravir, lamivudina, tenofovir), con buena evolución clínica y alta hospitalaria para seguimiento ambulatorio.

Discusión: La trombocitopenia inducida por rifampicina es una reacción adversa inmunológica grave e infrecuente, mediada por anticuerpos fármaco-dependientes contra glicoproteínas plaquetarias, que suele manifestarse con caída brusca del recuento plaquetario entre la primera y tercera semana de tratamiento o tras la reexposición al fármaco. En pacientes con coinfección TB/VIH, el diagnóstico diferencial es particularmente complejo por la coexistencia de múltiples causas potenciales de trombocitopenia (la propia infección por VIH, TB diseminada, infecciones oportunistas, compromiso medular u otros fármacos como TMS o linezolid), por lo que la confirmación de anticuerpos anti plaquetarios inducidos por rifampicina resultó clave para establecer el diagnóstico etiológico y orientar la conducta terapéutica.

Conclusiones: La trombocitopenia inmunomediada por rifampicina es infrecuente pero potencialmente grave y debe sospecharse ante caída brusca de plaquetas durante el tratamiento antituberculoso, tras descartar otras causas. Su confirmación inmunológica aporta evidencia diagnóstica. El reconocimiento precoz y la suspensión definitiva del fármaco permiten una buena evolución y continuidad terapéutica con esquemas alternativos, resaltando la importancia del abordaje multidisciplinario en TB/VIH.

CC 74 - HIPERTENSION PULMONAR Y LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO, UNA SERIE DE CASOS

Donaldo Pautt[1]; Giselle Tomaszuk[1]; Alejo Ramos[1]; Silvia Quadrelli[1]

[1] *Sanatorio Guemes*

Introducción: La Hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una entidad definida como el disbalance de los fenómenos de vasodilatación/vasoconstricción a nivel de la vasculatura pulmonar que puede ser idiopática o secundario a cierto grupo de patologías, dentro de estas, las asociadas a las enfermedades del colágeno (CTD-PAH) se encuentra en Lupus Eritematoso Sistémico (LES) que dentro de las series de casos suele ser poco frecuente. Los síntomas pueden traslaparse, ya que el LES presenta afección tanto del parénquima pulmonar y la pleura, así como cardiaca, por lo que la relación HAP-LES termina siendo un diagnóstico de descarte.

Casos clinicos: Caso 1: Mujer de XX años, con antecedentes de LES, Raynaud, Necrosis avascular de cadera derecha. Consulta a guardia por sincope, dolor torácico y disnea CF IV por lo cual realizan ecocardiograma evidenciando PSAP de 100 mmHg. Realizan AngioTc de tórax descartando Tromboembolismo pulmonar (TEP). Realizan cateterismo cardiaco derecho (CCD) con evidencia de HAP con patrón precapilar. Se inicia pulsos de corticoides (Metilprednisolona 500 mg/dia x3 dosis) y una dosis de Ciclofosfamida, luego de mejoría de sintomatología es egresada con corticoides y seguimiento ambulatorio. Se inicia Sildenafil/Macitentan y continuo seguimiento al egreso.

Caso 2: Femenina de XX años, con antecedentes de LES, Raynaud, Hipotiroidismo, Síndrome Sicca, Osteoporosis. Consulta a guardia en contexto de progresión de disnea de CF II a III en dos semanas de evolución. A su ingreso se evidencian signos de insuficiencia cardiaca, iniciando balance negativo, realizan ecocardiograma con evidencia de PSAP 72 mmHg, ante sospecha de HAP, descartan TEP por centellograma V/Q. Realizan CCD con evidencia de HAP con patrón precapilar, inician manejo con sildenafil y dan egreso para seguimiento ambulatorio, posteriormente inician bosentan.

Caso 3: Mujer de XX años, con antecedentes de LES, Síndrome de Hellp, Internación por shock séptico con requerimiento de ARM/Hemodiálisis, Anemia ferropénica. Consulta a Neumonologia en contexto de Disnea mMRC 2 pt, se solicita Ecocardiograma que evidencian una PSAP de 91 mmHg, espirometría con patrón restrictivo moderado y en Tc de tórax con aumento del diámetro de la pulmonar (36 mm) por lo que se decide internar. Descartan TEP y realizan CCD evidenciando HAP precapilar secundario a LES por lo que inician pulso de corticoides y luego ciclofosfamida. Es egresada con sildenafil y seguimiento ambulatorio

Discusión y Conclusiones: La HAP secundario a LES es tomada como una complicación catastrófica y su adecuado diagnóstico conlleva a una mejoría en la sobrevida a 5 años, el tamizaje con ecocardiograma aun no esta estandarizado por la baja incidencia de esta asociación, pero la asociación de biomarcadores, presentación clínica inicial y anticuerpos puede orientarnos al diagnóstico. El manejo esta enfocado en la inmunosupresión y luego en la vasodilatación.

CC 75 - ERITEMA NODOSO ASOCIADO A TUBERCULOSIS PULMONAR ACTIVA CON COMPROMISO EXTENSO: REPORTE DE UN CASO

Miguel Angel Zambrano[1]; Aldana Paredes[1]; Gisela Ruibal[1]; Gabriela González[1]; Ana Garcia[1]; Anahi Langer[1]; Domingo Palmero[1]

[1] *Hospital Muñiz*

Introducción: El eritema nodoso(EN) es una paniculitis septal reactiva asociada a múltiples etiologías, entre ellas infecciones. La tuberculosis constituye una causa reconocida, particularmente en regiones de elevada incidencia. Su presencia puede preceder o acompañar a la enfermedad activa y se considera una manifestación inmunológica frente a antígenos micobacterianos.

Caso clínico: Paciente masculino de 27 años, con antecedentes de TB pulmonar en 2022 y 2025, con tratamiento completo. Consultó por cuadro de tres semanas de evolución caracterizado por fiebre, tos con expectoración mucopurulenta y disnea de moderados esfuerzos progresa a disnea de reposo, sin respuesta a claritromicina.

A su ingreso requirió oxigenoterapia. La baciloscopia de esputo fue positiva y TC de tórax con extensas áreas de consolidación que comprometían el hemitórax derecho asociado a árbol en brote bilateral. Inició tratamiento con isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida, con modificación transitoria por alteración del hepatograma y posterior reintroducción.

Presentó a las 7 semanas de tratamiento fiebre y lesiones nodulares eritemato-violáceas bilaterales en miembros inferiores a predominio pretibial, compatibles clínicamente con EN. Inició reposo, frío local y AINES . Dermatología realizó biopsias en piel de los nódulos.

Evolucionó favorablemente con mejoría clínica, imagenológica y regresión progresiva de las lesiones cutáneas.

Discusión: El EN constituye una manifestación cutánea reactiva de la TB, sin requerir invasión directa de la piel por M.tuberculosis. En este caso, la coexistencia de lesiones compatibles con EN, síntomas constitucionales, compromiso pulmonar cavitario y confirmación microbiológica permitió establecer una asociación temporal con TB activa. El antecedente previo de TB obliga además a considerar recaída o reinfección y a evaluar resistencia a fármacos antituberculosos. La evolución favorable y paralela de las lesiones cutáneas y del compromiso pulmonar tras el inicio del tratamiento refuerza su naturaleza reactiva.

Conclusiones: El EN puede constituir una pista diagnóstica relevante de tuberculosis activa. Ante su presencia asociada a síntomas respiratorios o factores de riesgo epidemiológico, debe considerarse TB dentro del diagnóstico diferencial. La integración de los hallazgos dermatológicos, radiológicos y microbiológicos permite favorecer un diagnóstico oportuno e iniciar tratamiento adecuado.

CC 76 - PROTEINOSIS ALVEOLAR PRIMARIA – A PROPÓSITO DE UN CASO

Maria Cecilia Torres[1]; Ana Lucia Rovarini[1]; Omar Alfredo Diaz[1]; Hector Abel Sale[1]; Evangelina Salazar[1]; Silvia Noemi González[1]; Felix Triguero[1]; Daniela Saad[1]; Bambina Stivala[1]; Mercedes Espeche[1]; Ruben Acuña[1]

[1] *Hospital Avellaneda*

Paciente de sexo femenino de 42 años, no tabaquista, sin antecedentes personales ni familiares. Consulta por disnea progresiva mMRC 2-3 y tos, en tratamiento con meprednisona 20 mg/d + CI/LABA 6 meses. Se realiza panel autoinmune completo que resulta negativo, no exposición ambiental ni laboral, no contacto TBC. TACAR: creizy paving bilateral difuso. Se decide realizar Interconsulta con hospital Ferrer planteándose Lavado Pulmonar Total por sospecha de Porteinosis Alveolar en dos oportunidades 2019/2021, BAL de aspecto lechoso, material eosinófilo amorfo lipoproteico PAS +, macrófagos espumosos, con Anticuerpos anti GM – CMF +. Inicia Filgastrim subcutáneo por evolución tórpida. Intercurre con infección por COVID en 2021 con neumonía bilateral externada con OCD. Se realiza un tercer Lavado Pulmonar total en 2023 continuando con Filgastrim Subcutaneo durante dos años en forma continua. Actualmente sin tratamiento, Funcional respiratorio Normal y sin Oxigeno Domiciliaro.

Conclusión: Al tratarse de una patología huérfana (1/1000000), con escasos reportes a nivel nacional (Hasta julio 2024, 21 pacientes), progresiva y con indicación de transplante pulmonar, consideramos de gran importancia la presentación de este caso abordado de manera oportuna, lo que permitió la estabilización enfermedad, normalización de su funcional respiratorio y mejoría de su calidad de vida, sin requerir transplante. Y además por resultar un aporte a los datos estadísticos a nivel nacional.

CC 77 - TOXICIDAD PULMONAR SECUNDARIA A ACETATO DE TREMBOLONA

Josseline Sinchiguano[1]; Manuela Garro[1]; Nadya Bejarano[1]; Marco Ayllon[1]; Pamela Colque[1]; Noelia Chambi[1]; Maria Pizarro[1]

[1] *Sanatorio Julio Mendez*

Introducción: La toxicidad pulmonar (TP) inducida por fármacos es poco frecuente (3 a 5%), siendo un reto diagnóstico por su baja sospecha clínica. Puede presentarse de forma aguda o crónica con síntomas inespecíficos: tos, disnea, hipoxemia. Su diagnóstico suele ser de exclusión y la suspensión inmediata del fármaco es primordial para la terapéutica. La tomografía de tórax de alta resolución (TACAR) es el método diagnóstico de elección.

El acetato de trembolona (TrenA) es un análogo sintético de la testosterona, con actividad tres veces superior, muy usado en deportistas pese a carecer de aprobación por entidades regulatorias. Se han descrito efectos adversos cardiovasculares, hepáticos, endocrinológicos, y del SNC. La evidencia de afectación pulmonar por esta droga es limitada.

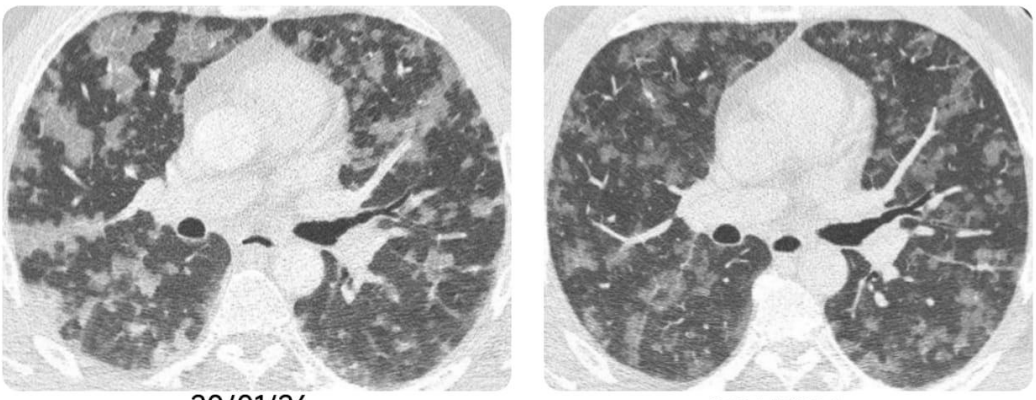
Caso clínico: Varón de 49 años, ex tabaquista 14 p/y, fisicoculturista con consumo crónico de estanozolol, citrato de clomifeno (4 años) y TrenA (1er dosis 16 días previos a la consulta). Acude por disnea mMRC 3 y tos de inicio súbito después de la administración de TrenA IM (3da dosis). Al ingreso paciente: satO2 87% Fio 0.30, roncus y crepitantes bilaterales. Se realiza laboratorio: dentro de normalidad. TACAR: vidrio esmerilado con distribución difusa, bilateral. HNF: panel viral negativos. Recibió tratamiento empírico con ampicilina más sulbactam durante 7 días. Se realiza broncoscopía: citológico de lavado broncoalveolar (macrófagos 88%, linfocitos 4%, eosinófilos 2.5%), cultivos negativos. Evoluciona con mejoría de la disnea, sin requerimiento de oxígeno suplementario. TACAR control sin secuelas.

5 meses posteriores al alta, consulta a la guardia por disnea mMRC 3, diaforesis, sialorrea y tos; 20 minutos posterior a la administración de 3er de TrenA. Al examen físico: taquipnea, crepitantes secos bilaterales difusos, SatO2 89% Fio 0.24. La analítica evidenció poliglobulia y leucocitosis; TACAR: Opacidades en vidrio esmerilado (patrón de crazy paving). Estudios microbiológicos negativos. Fue tratado con corticoides endovenosos presentando mejoría clínica y radiológica a las 48 horas.

Discusión y conclusiones: La TP inducida por fármacos representa una entidad clínica heterogénea. Los fármacos más asociados son: citotóxicos 60%, opioides 40%, antiarrítmicos 10%. Su mecanismo principal es por toxicidad directa y estrés oxidativo, con producción de citocinas proinflamatorias y alteración del epitelio alveolar, generando un intercambio gaseoso deficiente.

El TrenA es usado principalmente en animales, sin aprobación en humanos por la FDA. Sin embargo, su consumo está en auge debido a su rápido efecto sobre la masa muscular. Existen pocos reportes de casos.

La presentación clínica respiratoria aguda, los hallazgos en imágenes, asociado a estudios microbiológicos negativos, así como la temporalidad entre los síntomas y el uso del fármaco de forma reiterada apoyan la sospecha de TP por TrenA. El presente caso intenta incorporar pautas de alerta en el interrogatorio sobre exposición a fármacos no utilizados en la práctica médica habitual.



20/01/26 9/06/2026

CC 78 - RETO DIAGNÓSTICO EN PATOLOGÍA TORÁCICA: LEIOMIOSARCOMA PRIMARIO DE PULMÓN EN UN PACIENTE ADULTO.

Erika Alejandra Fuentes Rivera[1]; Hernan Basilo Vigil[1]; Eugenia Gisela Bertino[1]; Mariana Cecilia Cameno[1]; Nancy Camara Camara Virreira[1]; Gustavo Canteros[1]; Ramiro Rojas[1]; Marianela Alaniz[1]; Telma Galarza[1]; Matias Scafati[1]

[1] *Hospital Tornu*

Introducción: El leiomiosarcoma pulmonar primario (LPP) es una neoplasia mesenquimática, representa menos del 0,5 % de los tumores malignos pulmonares. Su diagnóstico constituye un desafío debido a su baja frecuencia, inespecificidad de la presentación clínica y la similitud radiológica con el carcinoma broncogénico.

Caso clínico: Paciente masculino de 74 años con DBT T1, HTA, tabaquista 53 P/Y, Nódulo en LID 8 mm en seguimiento 2023.

Consultó a guardia por tos no productiva, disnea progresiva mMRC 2–3, hemoptisis de 3 meses de evolución. Presenta TC de tórax: lesión pseudonodular irregular en el LID de 16x21x23 mm. PET TC: lesión irregular en LID de 28x25 mm con adenomegalias hiliares, infracarinales, retrocarinales y paratraqueales captantes. Se interna para continuar estudios.

Intercurre con AIT, valorado por neurología que solicita resonancia RMN, EEG, Angioresonancia: sin lesión aguda, se indico tratamiento y control por consultorio, por buena evolución se da alta con realización de FBC ambulatoria.

FBC con biopsia: neoplasia maligna poco diferenciada con P40 negativo y TTF1 negativo por resultado inespecífico pide ampliación de IHQ que informa: Keratina CD34 - AML+focal desmina +, Corresponde a sarcoma de alto grado con probable diferenciación muscular lisa.TC a los 6 meses: rápida progresión tumoral, masa parahiliar derecha de 80 × 70 mm, lesión base pulmonar derecha 67x57mm, compromiso mediastínico, carcinomatosis, metástasis suprarrenal.

Oncología interpretó LPP con estadio IV, iniciaron quimioterapia con carboplatino y paclitaxel, completando un ciclo.

Reingreso a guardia por fiebre, dificultad respiratoria y deterioro general. La TC mostró progresión de masas pulmonares, afectación de la arteria pulmonar derecha, bronquio intermedio, panalización bilateral. Con estudios microbiológicos negativos, se trató como neumonía usando piperacilina/tazobactam sin mejoría. Evolucionó a insuficiencia respiratoria requiriendo oxígeno de alto flujo; ante el avance de enfermedad, el deterioro funcional, pasó a cuidados paliativos.

Discusión: El LPP es un tumor maligno muy raro (0,2-0,5% de neoplasias pulmonares primarias). Su clínica y radiología inespecíficas, por lo que el diagnóstico requiere histopatología e inmunohistoquímica (desmina, SMA y caldesmon).

Es clave descartar metástasis extrapulmonares ya que las metástasis pulmonares son más frecuentes que los tumores primarios. La resección quirúrgica completa es el tratamiento de

elección y determina la supervivencia; en estadios avanzados se recurre a quimioterapia o radioterapia paliativa.

Conclusión: El LPP es extremadamente infrecuente, razón por la cual la evidencia científica disponible es limitada y se basa principalmente en reportes de casos.

La alta agresividad del LPP contrasta con presentación inespecífica ,su rápida evolución provoca la mayoría de los casos clínicos se descubran en estadios avanzados por lo que es imperativo no demorar la biopsia.

La comunicación de nuevos casos resulta fundamental para ampliar la experiencia clínica y diseñar mejores estrategias terapéuticas.

CC 79 - HIPERTENSIÓN PULMONAR DESPROPORCIONADA EN PACIENTE CON BRONQUIECTASIAS MULTIPLES: EL VALOR DE LA GAMMAGRAFÍA VENTILACIÓN/PERFUSIÓN PARA IDENTIFICAR ENFERMEDAD TROMBOEMBÓLICA OCULTA

Cintia Lorena Farfan[1]; Pablo Leandro Romero[1]; Rosario Buteler[1]; Mónica Carrizo[1]; Carolina Moreno[1]; Victoria Gómez Fernández[1]; Jorge Alba[1]; Elias Marcelo González[1]

[1] *Hospital Angel Padilla*

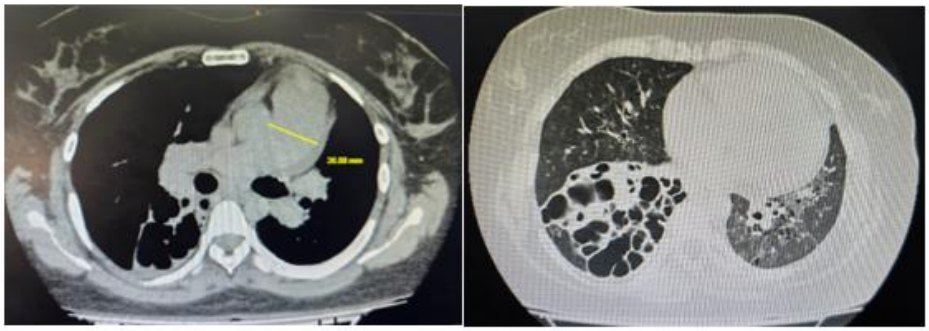
Caso clínico: Mujer de 31 años con antecedente de bronquiolitis obliterante diagnosticada en la infancia, evolución a bronquiectasias bilaterales de predominio derecho y exacerbaciones respiratorias recurrentes, con aislamiento previo de Pseudomonas aeruginosa. Desde 2024 presentó disnea progresiva y edemas en miembros inferiores. La espirometría evidenció patrón restrictivo severo (CVF 34%, VEF1 39%, VEF1/CVF 99%). En 2026, ecocardiograma Doppler mostró dilatación de cavidades derechas, insuficiencia tricuspídea moderada, TAPSE 18 mm y PSAP 120 mmHg, compatible con HP severa. Los estudios etiológicos inicialmente solicitados no fueron autorizados.

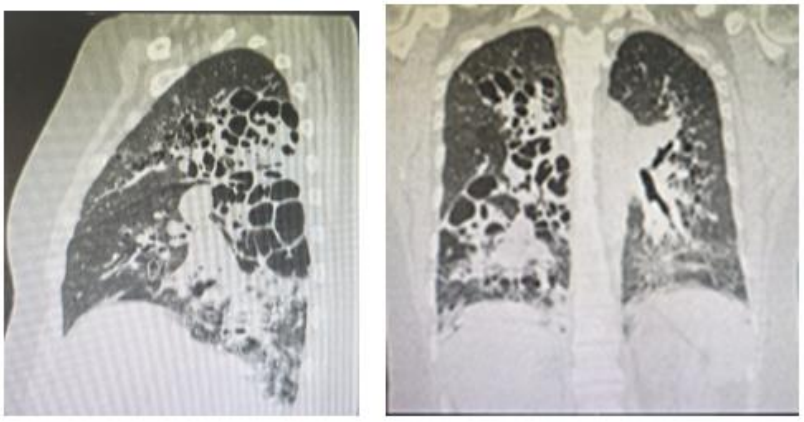
En mayo de 2026 ingresó por exacerbación respiratoria, con fiebre, tos productiva, disnea CF II-III y edemas. Presentaba leucocitosis de 17.900/mm³, VSG 80 mm/h e insuficiencia respiratoria hipoxémica (PaO_2 47 mmHg; $SatO_2$ 86% al aire ambiente). Recibió tratamiento antibiótico, broncodilatadores y fisiokinesioterapia respiratoria. Durante la internación, un nuevo ecocardiograma evidenció progresión de la HP (PSAP 139 mmHg), aumento del tamaño del ventrículo derecho y TAPSE 18 mm. El perfil inmunológico fue negativo. La angiotomografía pulmonar con protocolo para ETP no mostró defectos de relleno. Ante la persistencia de HP severa y la necesidad de completar el estudio etiológico, se realizó gammagrafía V/Q, que evidenció defectos subsegmentarios de perfusión con ventilación conservada en diferentes territorios pulmonares, hallazgos compatibles con alteraciones de perfusión de probable etiología tromboembólica.

Fue evaluada por Hematología e inició anticoagulación con apixabán. Se indicó además espironolactona, azitromicina trisemanal. En el seguimiento, la prueba de caminata de seis

minutos debió interrumpirse a los 4 minutos por desaturación de 97% a 81% y taquicardia de 152 lpm, con 240 metros recorridos, por lo que se solicita oxigenoterapia domiciliara por su obra social.

Conclusiones: En pacientes con enfermedad pulmonar estructural, la progresión de la disnea y la hipoxemia no debe atribuirse exclusivamente a la enfermedad de base. La presencia de HP severa o desproporcionada obliga a una evaluación etiológica sistemática. La gammagrafía V/Q mantiene un papel fundamental en el tamizaje de ETP y puede detectar alteraciones de perfusión no evidenciadas mediante angiotomografía pulmonar. En este caso, sus hallazgos modificaron la conducta terapéutica, permitiendo iniciar anticoagulación. El caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha y de realizar un abordaje multidisciplinario en pacientes con enfermedad respiratoria crónica y HP severa.





CC 80- DESAFIO EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LA PSITACOSIS GRAVE

Erika Alejandra Fuentes Rivera[1]; Hernan Basilo Vigil[1]; Eugenia Gisela Bertino[1]; Nancy Karina Nardacchione[1]; Gerardo Vilas[1]; Mariana Cameno[1]; Florencia Santtia[1]; Marianela Alaniz[1]; Matias Scafati[1]

[1] *Hospital Tornu*

Introducción: La psitacosis es una zoonosis de alto impacto en la salud pública, requiere un enfoque integral para su control. Suele presentarse como una infección respiratoria leve, pero su capacidad de provocar neumonía atípica y complicaciones sistémicas graves la convierte en una amenaza seria, en particular para las personas expuestas.

Casos clínicos: Paciente de 54 años Ex Tabaquista de 22 P/Y Exposición: Cotorra en casa hace 2 meses.

Acude por astenia, mareos, fiebre de 8 días, tos no productiva, saturación basal 94% al 0.21, hipoventilación bibasal, laboratorio: hiperglucemia, cetonas en orina positivo e insuficiencia renal aguda, TC de tórax: consolidaciones bilaterales extensas, se interpreta: neumonia bilateral y síndrome hiperosmolar como debut diabético, se realiza panel viral negativo, HMC x2 se inicia AMS + Claritromicina.

Presentó hepatoxicidad se rota AMS a ceftriaxona, se ajusta tratamiento hipoglucemiante. Se realiza FBC y BAL con resultado negativo para BAAR y gérmenes comunes.Por nexo epidemiológico derivan muestras serológicas y de BAL para gérmenes atípicos, con resultado positivo para Chlamydia psittaci. Paciente de 35 años con AP de epilepsia, presenta cuadro clínico de 2 semanas de evolución por fiebre, tos no productiva, disnea mMRC III, náuseas, vómitos. En consulta previa se realizó panel viral y serología para dengue negativo. Por progresión de síntomas se interna, EF: febril, SpO2 89% al 0,21%, que corrige cánula nasal. RX de tórax con opacidades bilaterales, interpretándose como neumonia bilateral. Se inicia tratamiento con AMS y claritromicina.

Evoluciona con taquipnea, mala mecánica ventilatoria con uso de músculos accesorios e insuficiencia respiratoria, se inicia cánula nasal a 0.40% sin respuesta progresa a cánula nasal alto flujo a 60 lt con FI02 50%, se realiza TC de tórax: progresión radiológica, por nexo epidemiológico (loro en domicilio), se toma muestra de aspirado traqueal que informa PCR positivo para Chlamydia Psittaci, cumple tratamiento por 10 días, con mejoría clínica y descenso oxígeno.

Discusión: La neumonía por Chlamydia psittaci representa el 1% de las NAC y el 3% de las NAC severas. Aunque es poco frecuente puede tener una mortalidad del 20% sin tratamiento, la cual se reduce a 1% con manejo oportuno.

En el último boletín epidemiológico nacional se reportó un aumentó en la gravedad de los cuadros. En centros urbanos de alta circulación como la ciudad de Rosario, se identificaron que 8 de cada 10 pacientes requirieron hospitalización por presentar NB atípicas o presentar otras complicaciones, así como sucedieron en ambos casos presentados.

Conclusión: La neumonía por Chlamydia psittaci, representa una baja proporción de las NAC exige una alta sospecha clínica debido a su potencial letalidad y reciente aumento en la gravedad de sus cuadros.Los casos analizados demuestran la rápida evolución de las NB atípicas Estos hallazgos subrayan que el diagnóstico oportuno y el manejo terapéutico inmediato son los factores más críticos para reducir la mortalidad.

CC 81 - MÁS ALLÁ DE LA RESPUESTA CLÍNICA FAVORABLE: PERSISTENCIA DEL DERRAME PERICÁRDICO EN UNA PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR, DE ALTO RIESGO, BAJO TRATAMIENTO CON SOTATERCEPT.

Cintia Lorena Farfan[1]; Pablo Leandro Romero[1]; Rosario Buteler[1]; Mónica Carrizo[1]; Carolina Moreno[1]; Victoria Gómez Fernández[1]; Jorge Alba[1]; Elias Marcelo González[1]

[1] *Hospital Angel Padilla*

Introducción: La hipertensión arterial pulmonar (HAP) es una enfermedad progresiva caracterizada por remodelado vascular y deterioro hemodinámico. Un pequeño subgrupo presenta vasorreactividad pulmonar aguda y puede beneficiarse del tratamiento con calcioantagonistas; sin embargo, la pérdida de esta respuesta durante el seguimiento constituye un elemento de relevancia pronóstica, que obliga a la reevaluación del riesgo y del tratamiento en la era del sotatercept.

Caso clínico: Mujer de 53 años que inició en 2021 con disnea de esfuerzo y síncope. Inicialmente fue interpretada como tromboembolia pulmonar crónica y recibió anticoagulación. La reevaluación mediante cateterismo cardíaco derecho confirmó HAP precapilar con prueba de vasorreactividad positiva al óxido nítrico (PAP media 50 a 34 mmHg y disminución de las resistencias vasculares pulmonares), iniciándose tratamiento con antagonista del receptor de endotelina, inhibidor de la fosfodiesterasa tipo 5, prostanoide inhalado y amlodipina, con mejoría clínica. Posteriormente, presentó pérdida de la vasorreactividad, progresión clínica y hemodinámica, con indicación terapéutica al momento de selexipag y terapia combinada con macitentán/tadalafilo. Durante el seguimiento evidenció deterioro funcional (clase funcional III), reducción de la distancia recorrida en la caminata de seis minutos, incremento de las resistencias vasculares pulmonares, dilatación e hipertrofia del ventrículo derecho y aparición de derrame pericárdico, siendo reclasificada como de alto riesgo según las guías ESC/ERS 2022. Paciente con criterios medico de iniciar prostanoide parenteral pero la misma se niega a dicha indicación. Tras evaluación en un centro de referencia se indicó sotatercept, con mejoría de la clase funcional (I–II), disminución marcada del NT-proBNP y estabilidad clínica,con criterios de bajo riesgo, con mejoría de función ventricular derecha a pesar de la persistencia de derrame pericárdico moderado. Como efecto adverso presentó eritrocitosis, sin otras complicaciones relevantes.

Discusión y conclusiones: Este caso ilustra la evolución longitudinal de una paciente con HAP inicialmente vasorreactiva que perdió dicha condición durante el seguimiento, evolucionando hacia un perfil de alto riesgo pese al tratamiento específico. Destaca la importancia de la estratificación periódica mediante parámetros clínicos, funcionales, ecocardiográficos y

hemodinámicos para detectar progresión de la enfermedad y optimizar oportunamente la estrategia terapéutica. Asimismo, evidencia que a pesar de la mejoría clínica y función ventricular, persiste derrame pericárdico de grado moderado; el cual se puede interpretar como efecto colateral del sotatercept, sin criterios de pericardiocentesis hasta el momento.

Evaluación de Presiones Pulmonares				
	BASAL	OXIDO NITRICO (20-40 ppm)		
MEDICION HORA				
FC	78	106		
PAS	130	129		
PAD	79	88		
PAM	90	98		
AD	4	2		
PAP	90/30/50	54/24/34		
PCP	4	7		
VMC	4.4	4.4		
IC	2.7	2.7		
RVS	1563	1745		
RVP	836	490		
SVO2	76	79		
SPO2	100	100		
VDF	255	296		
IVDF	159	184		
FEY	21	15		
VS	54	45		
UW	10.4	6.1		
GTP	46	27		
GDP	26	17		
TC	37.0	37.0		

CC 82 - TUBERCULOSIS GENITOURINARIA: DETECCIÓN MEDIANTE GENEXPERT EN ORINA EN PACIENTES INTERNADOS. SERIE DE CASOS

Martin Andres Villar Vidal[1]; Paredes Aldana[1]; De Cunto Julieta[1]; Lombardo Luciana[1]; Musella Rosa[1]; Palmero Domingo[1]

[1] *Hospital Francisco J. Muñiz*

Introducción: La tuberculosis genitourinaria es una de las formas extrapulmonares más frecuentes, suele presentar un curso insidioso, lo que dificulta su diagnóstico oportuno. La técnica de GeneXpert MTB/RIF en orina constituye una herramienta diagnóstica rápida y sensible, útil en el contexto de formas diseminadas o pulmonares con orina patológica.Métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de serie de casos. Se incorporó la realización sistemática de GeneXpert MTB/RIF en orinas patológicas (sedimento inflamatorio o pH <6) de pacientes internados con diagnóstico de tuberculosis. Se recabaron las historias clínicas de pacientes con resultado detectable de GeneXpert en orina durante el último año,

analizándose características clínicas, comorbilidades, compromiso extrapulmonar asociado y esquema terapéutico instaurado.

Resultados: Se incluyeron 6 pacientes de sexo masculino, con edades entre 25 y 63 años sin infección por HIV. Las comorbilidades más frecuentes fueron tabaquismo (5/6), situación de calle (3/6) y consumo problemático de alcohol y/o sustancias (4/6); dos pacientes presentaban antecedente de abandono previo de tratamiento antituberculoso. Tres pacientes presentaron formas miliares o diseminadas clásicas, mientras que los tres restantes cursaron con patrón pulmonar bilateral cavitario, en quienes el compromiso genitourinario fue puesto en evidencia mediante pesquisa sistemática de orina patológica y posterior confirmación con GeneXpert (6/6) y cultivo (3/6), permitiendo su recategorización como tuberculosis diseminada y la extensión del tratamiento a 12 meses. Todos los pacientes iniciaron tratamiento antifímico estándar (HRZE), requiriendo ajustes del esquema en varios casos por hepatotoxicidad, insuficiencia renal. La evolución fue favorable en la mayoría de los pacientes, siendo dados de alta para continuar tratamiento y seguimiento ambulatorio.Discusión: Se observó asociación entre enfermedad cavitaria bilateral extensa y la tuberculosis genitourinaria en 3/6 casos. Este hallazgo sugiere que la enfermedad cavitaria extensa puede asociarse a compromiso extrapulmonar aun sin inmunodeficiencia, justificando su recategorización y tratamiento prolongado, lo que disminuiría el riesgo de recaída. El Genexpert en orina permitió el diagnóstico precoz de tuberculosis genitourinaria, posteriormente confirmada por cultivo, facilitando la evaluación temprana por Urología. A fin de reducir el riesgo de secuelas. Uno de los pacientes desarrolló enfermedad renal crónica además de abscesos secundarios a tuberculosis que requirió el drenaje quirúrgico. Ejemplificando los riesgos del compromiso genitourinario.

Conclusiones: La tuberculosis diseminada debe sospecharse aun en pacientes sin inmunodeficiencias, especialmente ante compromiso extenso pulmonar, por lo que se debe buscar el compromiso extrapulmonar, La incorporación sistemática de orina y GeneXpert en pacientes con compromiso cavitario extenso permitió la detección de compromiso genitourinario y la correcta categorización clínica y la adecuación terapéutica.

CC 83 - DE LA ENFERMEDAD PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA A LA HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Joséfina Pace[1]; Eileen Achig[1]; Jorge Cáneva[1]; Graciela Tuhay[1]; Gustavo Lev[1]; Roberto Favaloro[1]; Liliana Favaloro[1]

[1] *Hospital Universitario Fundación Favaloro*

Introducción: La enfermedad pulmonar tromboembólica crónica (ETC) se caracteriza por la persistencia de lesiones vasculares pulmonares tras un tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo, sin criterios hemodinámicos de hipertensión pulmonar (HP). Su historia natural aún no está completamente definida y algunos pacientes puede progresar a la hipertensión pulmonar

tromboembólica crónica (HPTEC). Presentamos un caso clínico que destaca la importancia del seguimiento clínico y la reevaluación periódica de los pacientes con ETC.

Caso clínico: Paciente femenina, de 66 años, derivada al consultorio de HP para evaluación de sospecha de HPTEC y eventual resolución quirúrgica. Disnea progresiva iniciada en 2020 que progresó a clase funcional (CF) III de la OMS en 2022, asociada a un episodio sincopal. Posteriormente, requirió internación durante la cual se realizó una angiotomografía computarizada (angio-TC) de tórax que evidenció un defecto de relleno en la arteria pulmonar (AP) derecha distal y en ramas lobares inferiores bilaterales, hallazgos compatibles con TEP. Fue externada con anticoagulación oral con antagonistas de la vitamina K. Como parte de la evaluación posterior, se solicitó un centellograma pulmonar V/Q, que mostró defectos segmentarios de perfusión persistentes. Asimismo, el ecocardiograma Doppler evidenció una probabilidad intermedia de HP, con velocidad máxima de regurgitación tricuspídea (VRT) de 3,19 m/s, disminución del tiempo de aceleración pulmonar y dilatación del tronco de la arteria pulmonar, con función ventricular derecha conservada.

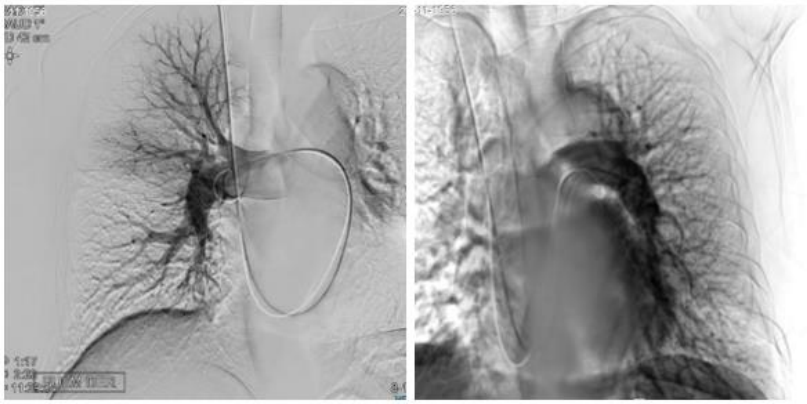
El cateterismo cardíaco derecho (CCD) inicial mostró AD 4 mmHg, PAPm 19 mmHg, PAOP 11 mmHg, VM 4,7 l/min, IC 3,06 L/min/m² y una RVP de 136 dinas·seg·cm^{-5} (1,7 UW), no evidenció HP. La angiografía pulmonar mostró lesiones segmentarias limitadas al pulmón derecho.

Posteriormente, la paciente permaneció sin seguimiento especializado durante dos años. Al retomar los controles, refirió estar en CF I, aunque el ecocardiograma Doppler mostró una alta probabilidad de HP, por una VRT 3,52 m/s.

Un nuevo CCD en 2026 confirmó la presencia de HP precapilar, con PAPm de 24 mmHg, PAOP 7 mmHg y RVP 248 dinas·seg·cm^{-5}(3.1 UW). El caso fue discutido en el equipo multidisciplinario (EMD) de HPTEC, donde se descartó la endarterectomía pulmonar y angioplastia pulmonar con balón debido a la localización distal y limitada de las lesiones e inició tratamiento específico con riociguat.

Discusión y conclusiones: La HPTEC es una complicación infrecuente pero grave del TEP agudo, con una incidencia estimada del 3,8% a los dos años pese a anticoagulación óptima. Su progresión se asocia al remodelado vascular-pulmonar, con aumento progresivo de la RVP y el desarrollo de microvasculopatía distal. Este caso ilustra la evolución natural de la HPTEC, desde una fase inicial sin HP hasta el desarrollo posterior de HP precapilar confirmada por CCD, destacando la importancia del seguimiento y la necesidad de una reevaluación periódica ante cambios clínicos o ecocardiográficos sugestivos de progresión de la enfermedad.

Angiografía pulmonar 2023



Angiografía pulmonar 2026



CC 84 - ENFERMEDAD DE POTT: CUANDO LA TUBERCULOSIS SE DISEMINA Y COMPLICA

Mario Domínguez Viteri[1]; Maria Laura Grodnitzky[1]; Valeria Morandi[1]; Patricia Malamud[1]; Jesica Rios[1]; Daniel Calderón[1]; Xavier Bocca[1]; Gabriela Tabaj[1]

[1] *Hospital del Tórax Dr Antonio Cetrangolo*

Introducción: La enfermedad de Pott, o tuberculosis vertebral, constituye una afección infecciosa extrapulmonar causada por la diseminación hematógena de Mycobacterium tuberculosis, con predilección por la región toracolumbar. Representa aproximadamente el 50% de los casos de tuberculosis osteoarticular y entre el 10% y el 25% de los casos de tuberculosis extrapulmonar. La infección destruye el hueso subcondral adyacente al disco intervertebral. Las complicaciones más temidas incluyen abscesos paravertebrales, compresión medular y paraplejía, que ocurren en un 20% a 75% de los pacientes al momento del diagnóstico.

Caso clínico: Paciente masculino de 40 años, con antecedentes de ex tabaquista, litiasis vesicular y renal bilateral e internación previa por derrame pleural izquierdo. Presenta cuadro clínico de 4 meses de evolución caracterizado por disnea progresiva, marcada toracodinia izquierda, tos productiva no efectiva, fiebre, sudoración nocturna, astenia y adinamia. Al

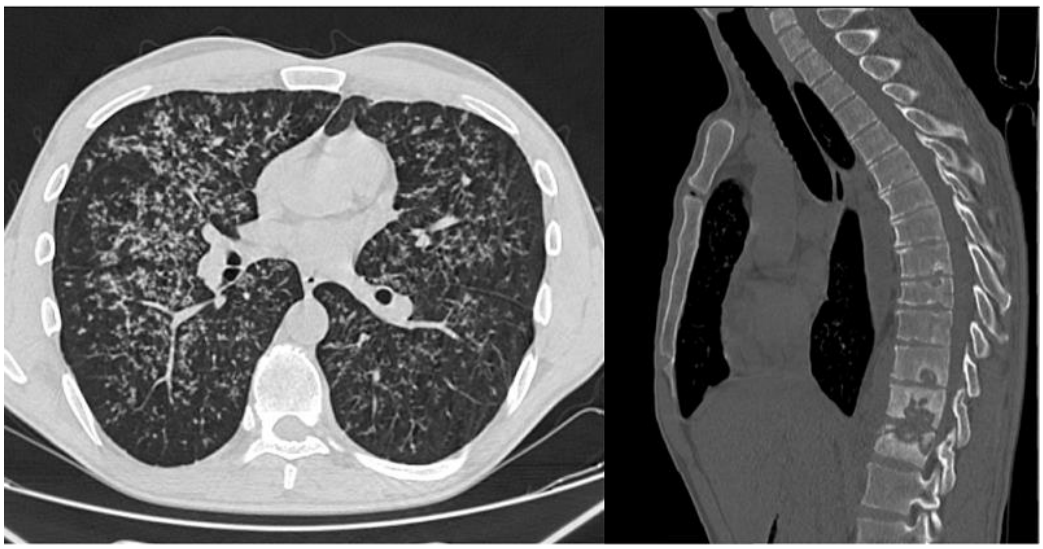
examen físico regular estado general, adelgazamiento, taquicardia y taquipnea, con examen neurológico sin alteraciones.

Estudios Complementarios

Los estudios de laboratorio revelan anemia, leucocitosis, reactantes de fase aguda y trombocitosis reactiva, con serologías negativas. Se realizó Tomografía computarizada de tórax que evidencia patrón predominantemente miliar y de árbol en brote difuso, bilateral; adicionalmente en ventana ósea se evidencian lesiones infiltrativas con espondilodiscitis a nivel de D12-L1, con presencia de absceso en el psoas derecho, informado como altamente sugestivo de enfermedad de Pott. En bacteriología se obtiene cultivo de esputo positivo para Mycobacterium tuberculosis complex, con GeneXpert que descarta resistencia a rifampicina y GenXpert positivo en orina, interpretándose el cuadro como Tuberculosis diseminada. Se inició tratamiento antifímico con asociación cuádruple presentando el paciente buena tolerancia. Se indica manejo conservador al momento, con colocación de corset y terapia de dolor por parte de servicio de neurocirugía y se solicita RMN de columna.

Discusión y Conclusión: La tuberculosis vertebral es una de las formas más graves de tuberculosis osteoarticular debido a su potencial de causar destrucción ósea, deformidad cifótica y compromiso neurológico irreversible.

El tratamiento de elección para la tuberculosis vertebral sin compromiso neurológico severo es el tratamiento antifímico de primera línea, que debe administrarse por un período prolongado. El reconocimiento temprano de esta complicación extrapulmonar permite instaurar el tratamiento adecuado de forma oportuna, evitando secuelas neurológicas irreversibles y mejorando significativamente el pronóstico del paciente. El seguimiento clínico y radiológico estricto es imperativo para evaluar la respuesta terapéutica y vigilar la aparición de complicaciones.



CC 85- HEMOPTISIS SIN CULPABLE

Juan Manuel Gómez[1]; Juan Pablo Fernández Oporto[1]; Jairo León Alvarez[1]; Agustín Naon[1]; Hernan Ianella[1]; Roxana Berenguer[1]

[1] *Hospital de Clínicas José de San Martín*

Introducción: La hemoptisis se define como la expectoración de sangre procedente del árbol traqueobronquial. Su etiología abarca patologías de la vía aérea, parénquima y vasculatura pulmonar, siendo la anamnesis fundamental para la aproximación diagnóstica. Aunque la hemoptisis masiva es un evento poco frecuente, exige un abordaje protocolizado. Una vez lograda la estabilidad clínica, se determinan las estrategias terapéuticas (farmacológica, broncoscópica, mecánica, embolización de la arteria bronquial o manejo quirúrgico) según la sospecha etiológica. Se presenta el caso de una hemoptisis masiva con compromiso unilateral sin un culpable identificable.

Caso clínico: Varón de 32 años con aplasia medular tratada con trasplante alogénico de médula ósea a los 15 años (en remisión), sinusitis crónica y consumo diario de cannabis. Consultó en otro centro por hemoptisis y astenia, sin referir fiebre. Ingresó a nuestra institución tras 10 días de síntomas, presentando hemoptisis amenazante con requerimiento de UTI (sin ARM). Presentaba anemia, con función renal y coagulograma normales, evolucionó con descenso de hemoglobina que requirió soporte transfusional. La angiotomografía de tórax evidenció opacidades en vidrio esmerilado con tendencia a la ocupación acinar multilobar derecho, iniciándose antibioterapia empírica. La fibrobroncoscopia (FBC) constató sangrado activo sin lesiones endoluminales. Los cultivos y el perfil de autoinmunidad fueron negativos, observándose 10% de macrófagos cargados con hemosiderina. Se identificó hipocomplementemia, hipogammaglobulinemia grave e inversión CD4/CD8, interpretadas como inmunodeficiencia común variable, se instauró tratamiento con corticoides e inmunoglobulina intravenosa a altas dosis. Dada la ausencia de una etiología clara, se decidió realizar una nueva angiotomografía que mostró franca mejoría e hipertrofia leve de arterias bronquiales derechas. La nueva FBC no evidenció sangrado agudo ni lesiones endoluminales. El paciente continúa en seguimiento ambulatorio sin recurrencias, interpretándose el cuadro como hemoptisis criptogénica.

Discusión y conclusiones: El abordaje diagnóstico inicial de la hemoptisis masiva requiere una radiografía de tórax complementada con TC o angio-TC con contraste, métodos capaces de identificar una lesión o vaso culpable. La ausencia de hallazgos conclusivos motivó el uso de la FBC, la cual tampoco aportó un diagnóstico específico. Se descartó hemorragia alveolar difusa, entidad típicamente bilateral y de origen autoinmune en el 80% de los casos. El cuadro se orientó como hemoptisis criptogénica, entidad que representa entre el 20% y el 50% de los casos sin causa identificable tras una evaluación exhaustiva.

La hemoptisis criptogénica constituye un diagnóstico de exclusión tras agotar las herramientas de laboratorio, imágenes y endoscopia. Su manejo no requiere intervenciones agresivas adicionales una vez lograda la estabilidad, sino un seguimiento ambulatorio estrecho y la reevaluación clínica ante eventuales recidivas.

CC 86 - ASOCIACIÓN DE TUBERCULOSIS DISEMINADA Y HEMOSIDEROSIS PULMONAR EN PEDIATRÍA: PRESENTACIÓN DE UN CASO

Luciana Vitale[1]; Alejandra Meneguzzi[1]

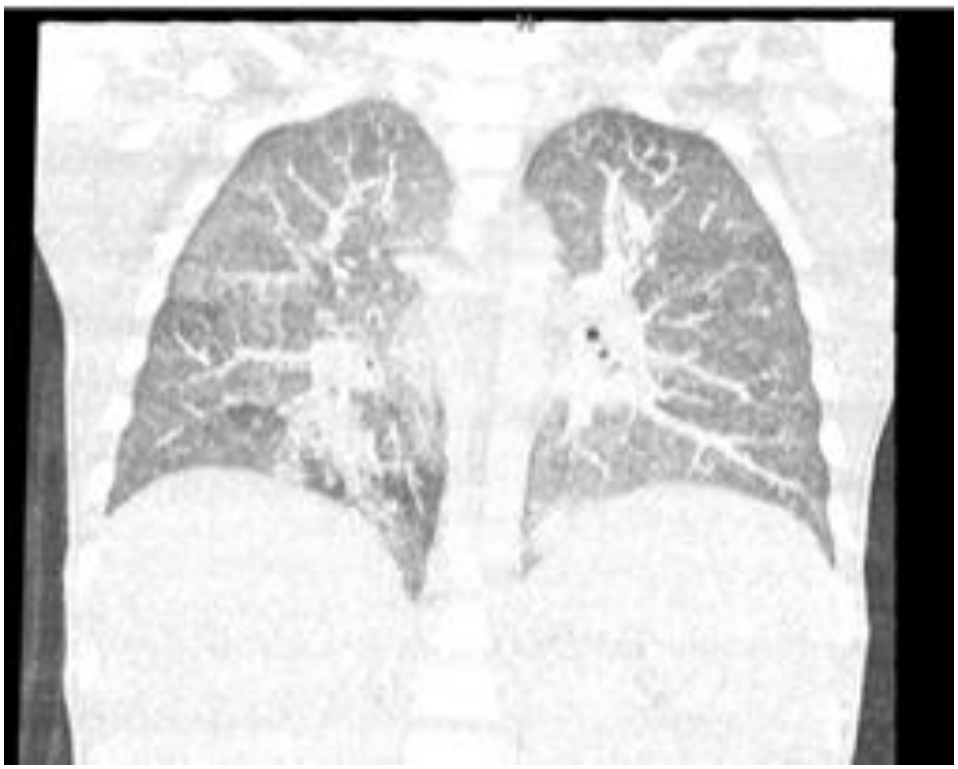
[1] *Hospital de Niños Víctor José Vilela*

Introducción: La hemosiderosis pulmonar es una entidad infrecuente caracterizada por hemorragia alveolar y acumulación de hemosiderina en macrófagos alveolares. Puede ser idiopática o secundaria a enfermedades cardiovasculares, infecciosas, autoinmunes, alérgicas, tóxicas, coagulopatías o neoplasias. Su presentación clínica es variable y el diagnóstico se confirma mediante la identificación de hemosiderófagos en secreciones respiratorias o lavado gástrico. Se presenta el caso de una niña de 6 años con hemosiderosis pulmonar secundaria a tuberculosis multirresistente.

Caso clínico: Niña de 6 años, previamente sana, que consultó por fiebre de 15 días de evolución, flemón odontógeno y hepatomegalia. Ante la persistencia febril pese al tratamiento antibiótico, se realizaron estudios infectológicos, inmunológicos y de autoinmunidad, sin hallazgos relevantes. La radiografía de tórax evidenció infiltrado intersticial difuso. Evolucionó con tos, disnea e hipoxemia. La tomografía de tórax mostró opacidades en vidrio esmerilado, áreas de consolidación y adenomegalias mediastinales. Ante la sospecha de tuberculosis, se realizaron PPD, que resultó negativa, baciloscopía de esputo positiva y GeneXpert en materia fecal positivo para complejo Mycobacterium tuberculosis con resistencia a rifampicina. Se constató posteriormente nexo epidemiológico con un caso fallecido por tuberculosis multirresistente y se inició tratamiento específico. Durante la evolución presentó deterioro multisistémico, dificultad respiratoria grave, anemia, hemorragia digestiva y compromiso hepático y renal. Una nueva tomografía evidenció progresión del compromiso pulmonar bilateral, con vidrio esmerilado difuso y patrón micronodulillar. Ante la sospecha de hemosiderosis pulmonar se realizó lavado gástrico, que evidenció macrófagos cargados de hemosiderina. La inestabilidad respiratoria contraindicó el lavado broncoalveolar. Se inició corticoterapia sistémica a dosis inmunosupresoras, con marcada mejoría clínica y analítica a las 48 horas. Fue externada a los 33 días, con evolución posterior favorable.

Discusión y conclusiones: La hemosiderosis pulmonar secundaria a tuberculosis es una presentación excepcional, especialmente en pediatría. En esta paciente, la hemorragia alveolar y la anemia en el contexto de tuberculosis multirresistente orientaron hacia una forma secundaria. La rápida respuesta a corticoides plantea además un posible componente inflamatorio asociado a la infección y/o al tratamiento antituberculoso. Este caso destaca la importancia de investigar etiologías secundarias ante una hemosiderosis pulmonar y considerar la tuberculosis entre sus posibles causas. Cuando la gravedad clínica contraindica el lavado broncoalveolar, la identificación de hemosiderófagos mediante métodos alternativos, como el lavado gástrico, puede contribuir a la confirmación diagnóstica y permitir un tratamiento oportuno.





CC 87 - UN OPORTUNISTA INOPORTUNO

Victor Fernando Jara Leon[1]; Maria Laura Grodnitzky[1]; Valeria Morandi[1]; Patricia Malamud[1]; Jesica Rios[1]; Daniel Calderón[1]; Xavier Bocca[1]; Gabriela Tabaj[1]

[1] *Hospital del Tórax Dr Antonio Cetrangolo*

Introducción: La criptococosis pulmonar puede presentarse con compromiso respiratorio de evolución prolongada y hallazgos radiológicos inespecíficos. Presentamos el caso de un paciente sin antecedentes conocidos, que evolucionó durante meses con tos, hemoptisis, disnea y fiebre, hasta arribar al diagnóstico.

Caso clínico: Paciente masculino de 70 años, ex tabaquista de 39 paquetes/año, con exposición a humo de leña y aves de corral. Antecedentes de internación en agosto de 2025 por neumonía y marzo de 2026 para FBC.

Presenta Cuadro clínico de 9 meses caracterizado por tos con expectoración amarillenta, hemoptoica en varias oportunidades (último 08/25), asociado a disnea progresiva y fiebre. Durante una internación recibió piperacilina/tazobactam por 6 días con diagnóstico de neumonía, al alta persistiendo tos, expectoración mucopurulenta y registros febriles por lo que acude a nuestra casa de salud, donde se decide realización de fibrobroncoscopía y BAL, y se envia a domicilio en espera de resultados.

Por rescate en BAL de Cryptococcus neoformans, se decide inicio de tratamiento antimicótico. Ingresó en buen estado general, saturando 94% al aire ambiente, FR 20 lpm, sin alteración del sensorio ni presencia de foco neurológico, crepitantes a predominio de base izquierda. El laboratorio sin datos positivos y el EAB sin insuficiencia respiratoria.

La TC de tórax (20/05/2026) evidenció, respecto a estudios previos, progresión de infiltrados en vidrio esmerilado con tendencia a la consolidación y distribución difusa, comprometiendo la totalidad del campo pulmonar izquierdo , persistiendo una imagen consolidativa en lóbulo inferior izquierdo.

Microbiología: BAL 06/03/2026: Cryptococcus neoformans. Antígeno sérico para C. neoformans/gattii negativo. HMC x 2 negativas. Cultivo micobacterias y Genexpert negativos.

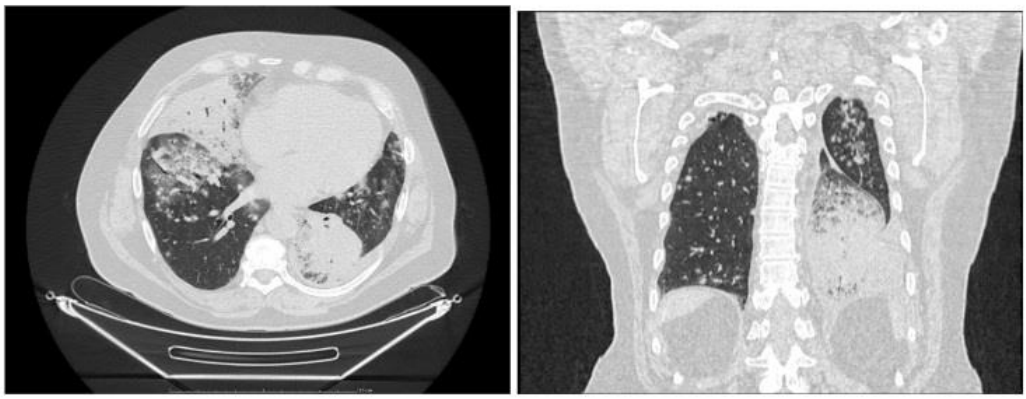
Perfil inmunológico: FAN, anti-DNA, anti-Ro y anti-La negativos. IgG 1160, IgA 544, IgM 42, IgE 1097, C3 247 y C4 27. VIH negativa. La TC de cerebro y TC de abdomen no evidencian alteraciones.

Se interpretó el cuadro como criptococosis pulmonar. A pesar del compromiso pulmonar, el buen estado general del paciente, la ausencia de síntomas neurológicos y de antígenos en suero, se catalogó como moderada, tratándose con fluconazol endovenoso 600 mg/día por 14 días, con buena evolución y al alta con fluconazol 400 mg/día en plan de completar 6 meses.

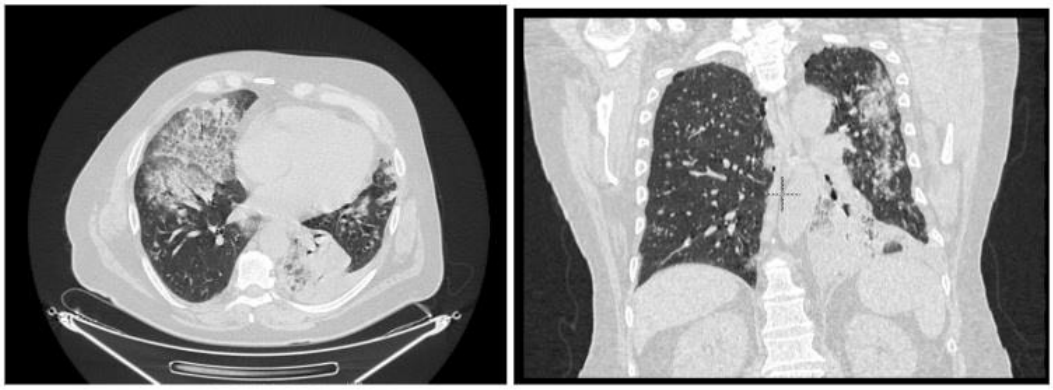
DiscusiónLa criptococosis pulmonar en un paciente sin inmunosupresión documentada no debería considerarse un hecho aislado. Aunque >80% de los casos están asociados a VIH. Hasta 50% no presentan factor de riesgo ni trastorno inmunológico de base y hasta 60% de los casos de criptococosis pulmonar en la población VIH negativa no tienen enfermedad subyacente.

Conclusión. La criptococosis pulmonar debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de infiltrados pulmonares persistentes o progresivos aun en pacientes sin inmunosupresión documentada. Se destaca la importancia de integrar evolución clínica, exposiciones, imágenes y estudios microbiológicos para arribar a un diagnóstico etiológico.

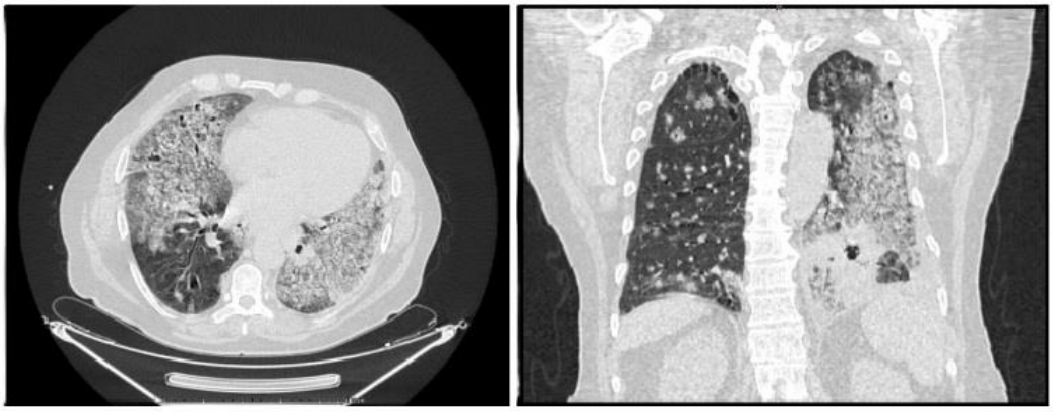
02/26



03/26



05/26



C 88 - INMUNODEFICIENCIA COMÚN VARIABLE: DESDE LAS INFECCIONES RECURRENTES A LA DESREGULACIÓN AUTOINMUNE

Maria Angeles Cosio[1]; Vanesa Del Valle Abrate[1]; Ana Maria López[1]; Adrian Kahn[1]

[1] *Hospital Privado Universitario De Cordoba*

Introducción: La Inmunodeficiencia Común Variable (IDCV) es un síndrome producido por errores en la inmunidad innata caracterizado por hipogammaglobulinemia y respuesta deficiente a vacunas. Incluye un Fenotipo infeccioso y varios Fenotipos No Infecciosos:

Autoinmune (citopenias, tiroiditis, artritis), Linfoproliferativo (Esplenomegalia, adenopatias, riesgo de linfoma), Enteropatía intestinal inflamatoria y Granulomatoso: Hepático y pulmonar con Enfermedad Pulmonar Intersticial Linfocítica Granulomatosa-GLILD caracterizada por inflamación granulomatosa e infiltración linfocitaria pulmonar, asociada a peor pronóstico. El tratamiento incluye reposición de gammaglobulina humana, corticoides e inmunosupresores.

CASO 1: Mujer 49 años con Anemia hemolítica (2012) e hipogammaglobulinemia posterior (2020). Múltiples internaciones por disnea e hipoxemia asociadas a consolidaciones pulmonares migratorias con buena respuesta a esteroides. Sin infecciones respiratorias. Disnea grado III mMRC. Examen: crepitantes bilaterales, fotosensibilidad en rostro, oligoartritis. TC de tórax: vidrio esmerilado bilateral focos consolidativos y bronquioloectasias de tracción. Espirometría: patrón restrictivo severo y DLCO severamente disminuída (31%). Laboratorio: ANA 1/80. Disminución subclases de IgG 1, 2 y 3, con reducción significativa o no dosaje de NK, Li CD 8, 16,19 y 20. Tratamiento: Azatioprina, corticoides, reposición de gammaglobulinas.

CASO 2: Mujer 54 años diagnóstico de IDCV (2024) con IgG: 31 mg/dl, Enfermedad Inflamatoria Intestinal: Crohn, bronquiectasias con múltiples exacerbaciones y aislamientos infecciosos. Mayo 2026: síndrome febril prolongado asociado a pancitopenia y síntomas respiratorios, queda con oxigenoterapia domiciliaria. Desnutrición. TC tórax y abdominal: bronquiectasias difusas y quísticas, poliadenopatías mediastínicas y abdominales, hepatoesplenomegalia. Biopsias ganglionares (cuello, mediastino e inguinales): enfermedad granulomatosa necrotizante, con exclusión de etiologías infecciosas y linfoproliferativas. Cultivos: TBC/Micobacterias negativos. Biopsia de MO sin linfoma. Serologías virales y perfil reumatológico negativo. Se diagnostica GLILD. Tratamiento: corticoides, reposición de gammaglobulinas.

Discusión y conclusiones: La IDCV presenta una marcada heterogeneidad clínica que afecta de distintas maneras el parénquima pulmonar. Los casos presentados ilustran dos fenotipos diferentes: unapaciente, con fenotipo no infeccioso con citopenias autoinmunes y severo compromiso funcional pulmonar; y otra, con un fenotipo clásico de enfermedad pulmonar intersticialgranulomatosa y linfocítica (GLILD) con predisposición a infecciones recurrentes.

El reconocimiento precoz de estas manifestaciones por parte del neumonólogo resulta fundamental para orientar el estudio inmunológico, instaurar un tratamiento oportuno yprevenir la progresión del daño pulmonar y las complicaciones sistémicas.

CC 89 - MANEJO DE TUBERCULOSIS EN UNA ADOLESCENTE: EL VALOR DEL NEXO EPIDEMIOLÓGICO, RETO DE LA TOXICIDAD POR ESQUEMAS "TODO ORAL" Y EL ÉXITO DEL TRATAMIENTO ACOMPAÑADO.

Silvina Amarilla[1]; Paula Peñeñory[1]; Lola Vozza[1]; Melisa Zucotti[1]; Macarena Martin[1]

[1] *Hospital Misericordia Nuevo Siglo*

Introducción: El abordaje de la tuberculosis pre-extensamente resistente (TB pre-XDR) en la población pediátrica plantea un complejo escenario clínico y social. La naturaleza paucibacilar

de la enfermedad dificulta su diagnóstico oportuno, mientras que el manejo terapéutico exige un estricto control de la adherencia y la toxicidad farmacológica.

Presentación del caso: Adolescente de 15 años, derivada por control de foco. Antecedente de padre conviviente con diagnóstico de TB pre-XDR. Asintomática (sin descenso de peso, sin astenia ni sudoración), con PPD de 10 mm y radiografía de tórax normal. Se interpreta inicialmente como infección latente en contacto de alto riesgo, pero se solicita TAC de tórax para descartar definitivamente lesiones pulmonares activas. En la tomografía computarizada (TAC) se evidenció una imagen pseudonodular en el lóbulo inferior derecho. Ante la falta de expectoración, se realizó lavado broncoalveolar (BAL), detectándose trazas del complejo Mycobacterium tuberculosis por Gene Xpert (resistencia a rifampicina indeterminada). Se modifica diagnóstico de la adolescente a TB pre-XDR no grave y se inicia esquema acortado de 9 meses “todo oral” con: Linezolid, Bedaquilina, Moxifloxacina, Clofazimina y piridoxina (B6), previa interconsulta al Grupo Asesor Técnico (Programa Nacional de control de la TB). A los 43 días, la adolescente presentó mareos, vómitos, diarrea, prolongación del intervalo QT (QTc 468 ms) e injuria hepática inducida por fármacos (GOT 139 U/L, GPT 322 U/L), suspendiéndose la medicación por 15 días. Tras la normalización enzimática, se realizó una reintroducción escalonada. Durante el seguimiento, presentó fluctuación de transaminasas, bradicardia sinusal, cefaleas y alteraciones visuales transitorias (con fondo de ojo normal, descartando neuritis óptica por Linezolid). Debido al alto riesgo social, se implementó el Tratamiento Acompañado (TA) con videollamadas diarias. Cumplió exitosamente 9 meses de tratamiento (6 meses de fase intensiva y 3 meses de continuación con tres drogas), suspendiendo tratamiento con TAC, laboratorio y ECG normales.

Discusión: El carácter paucibacilar y la baja carga bacteriana en niños y adolescentes dificultan el diagnóstico del perfil de resistencia molecular. En este escenario, iniciar terapia guiada por el aislamiento del contacto intradomiciliario evita retrasos críticos. Aunque los regímenes "todo oral" suprimen los inyectables, su sinergia cardiotóxica y hepatotóxica exige un monitoreo clínico estricto. La suspensión y reintroducción escalonada demostraron ser seguras para evitar las reacciones adversas sin provocar el fracaso terapéutico. Asimismo, el TA optimizó la adherencia en un entorno social complejo.

Conclusiones: 1) El nexo epidemiológico con TB pre XDR es un criterio fundamental para guiar el tratamiento pediátrico ante microbiología no concluyente. 2) Los nuevos esquemas orales requieren una estricta vigilancia clínica, electrocardiográfica y enzimática. 3) El TA es una herramienta accesible y eficaz para asegurar el éxito terapéutico en pacientes vulnerables.

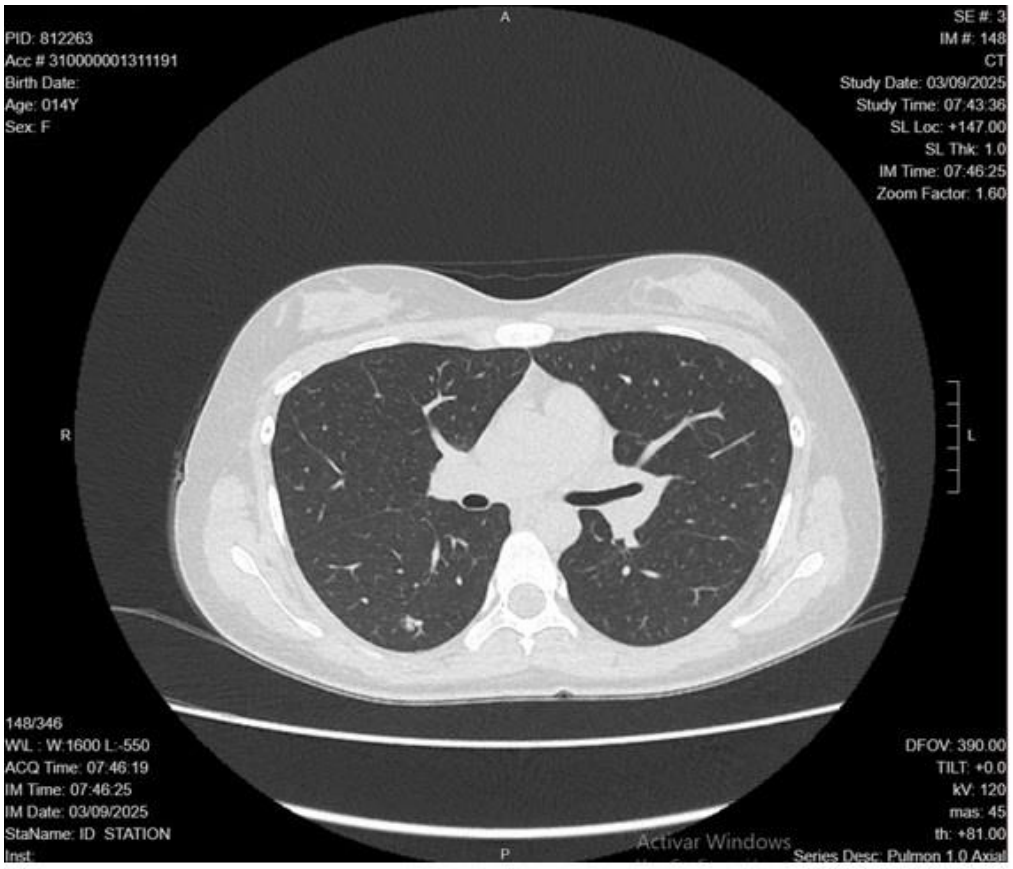


Fig. 1: TAC de tórax: Parénquima pulmonar de densidad homogénea. Se identifica imagen de aspecto seudo nodulillar en segmento superior del lóbulo inferior derecho.

CC 90 - TUBERCULOSIS LINGUAL COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD DISEMINADA

Martin Andres Villar Vidal[1]; Lesly Cortez[1]; Mariana Robles[1]; Gisela Ruibal[1]; Gabriela González[1]; Anahi Langer[1]; Ana Garcia[1]; Domingo Palmero[1]

[1] *Hospital Francisco J. Muñiz*

Introducción: Las formas extrapulmonares representan el 20% de los casos de tuberculosis (TB). El compromiso lingual y bucal constituye una forma infrecuente, correspondiente al 0,1% de las formas de TB. Puede manifestarse clínicamente por lesiones nodulares y ulcerativas que pueden confundirse con otras enfermedades infecciosas, autoinmunes o neoplásicas que generan cuadros clínicos similares y poseen mayor incidencia.

Caso clínico: Paciente masculino de 73 años, oriundo de Bolivia, que consultó por un cuadro de un mes de evolución caracterizado por una lesión ulcerada e indolora en la lengua, asociada a tos productiva y pérdida de peso. Sin contactos estrechos con diagnóstico de TB. Las serologías para HIV y VDRL fueron negativas. Al examen físico, se observó una lesión lingual exofítica ulcerada, de la cual se realizó escarificación y biopsia. En la escarificación se observaron bacilos ácido-alcohol resistentes (BAAR) y sin elementos micóticos. La tomografía de tórax evidenció múltiples cavidades bilaterales. Inició tratamiento antituberculoso de primera línea. A las 72

horas del ingreso, presentó deterioro agudo del sensorio. Sin hallazgos en tomografía de encéfalo, se evidenció hiponatremia grave (Na 117 mEq/L) y análisis de LCR, hipoglucorraquia (21 mg/dL), hiperproteinorraquia (1,05 g/L) y pleocitosis (110 células/mm³) a predominio mononuclear (86%). Se interpretó como meningitis tuberculosa, se instauraron corticoides sistémicos. Se realizó un lavado broncoalveolar cuyo estudio molecular (PCR en tiempo real BD Max MDR-TB®) detectó complejo M. tuberculosis con resistencia a isoniazida (gen katG). Por lo que se ajustó el esquema terapéutico a R, E, Z y levofloxacina. Posteriormente se recibió informe histopatológico de la biopsia lingual que informó; mucosa con epitelio escamoso preservado y estroma con granulomas compuestos por células epitelioides, células gigantes de tipo Langhans y áreas de necrosis, compatible con un proceso inflamatorio granulomatoso crónico. Con resolución completa de lesión ulcerada lingual a los 15 días de haber iniciado esquema completo.

Discusión: La baja frecuencia de la TB oral se explica por el efecto protector de la cavidad bucal. La afectación lingual puede ser primaria, por inoculación directa favorecida por alta carga bacilar y microtraumas bucales, o secundaria a diseminación hematógena en contextos de inmunosupresión. En este contexto, la diseminación hematógena constituye una posibilidad diagnóstica plausible.

Conclusión: La TB lingual es un hallazgo poco frecuente. Sin embargo, debido a su asociación con otras formas graves de la enfermedad, como el compromiso pulmonar bilateral y meníngeo en este caso, es importante considerarla dentro de las posibilidades diagnósticas y utilizar la biopsia como método diagnóstico para descartar otras etiologías.



CC 91- FÍSTULA BRONCOPLEURAL TUBERCULOSA: UNA COMO COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE

Paola Guzmán[1]

[1] *Hospital Muñiz*

Introducción: La tuberculosis pulmonar sigue siendo una enfermedad de gran prevalencia en nuestro medio. Representa un gran desafío diagnóstico y terapéutico, principalmente ante complicaciones en cuadros extensos. La fístula broncopleural (FBP) asociada a tuberculosis es una complicación poco frecuente pero potencialmente mortal que requiere un abordaje clínico quirúrgico para su adecuado manejo.

Caso Clínico: Paciente femenina de 41 años, argentina, diagnóstico de tuberculosis pulmonar desde el 2024, con múltiples abandonos de tratamientos. Consultó por tos productiva, toracodinia izquierda y disnea progresiva asociado a síndrome de impregnación. El laboratorio evidenció anemia, compromiso del estado nutricional (albúmina 1.9), serologías HIV y hepatitis negativos, baciloscopia de esputo BAAR +++. En la tomografía de tórax se observan imágenes cavitarias biapicales asociado a hidroneumotórax izquierdo. Requirió colocación de TAP con inicio de HERZ.

Por persistencia de hidroneumotórax, a pesar de 2 meses de tratamiento antifímico supervisado, se realiza una fibrobroncoscopia diagnóstica donde se observa, a través de la técnica de azul de metileno, la presencia de una fístula broncopleural izquierda. Se interconsulta con el servicio de cirugía de tórax y se decide realizar una ventana pleurocutánea. Se envían muestras de líquido pleural (empiema), aislándose Staphylococcus Aureus, agregándose vancomicina al esquema antibiótico. Presenta mejoría clínica e imagenológica del cuadro. La paciente solicita alta voluntaria, continuando su tratamiento de manera ambulatoria en forma conjunta con el área de cirugía y neumología.

Discusión y conclusiones: Dentro de las complicaciones torácicas de la tuberculosis debido a su extenso compromiso, la fístula broncopleural requiere un abordaje clínico quirúrgico para su adecuado manejo. Un 2% de los casos precisan realizar una ventana pleurocutánea, procedimiento invasivo que permite una comunicación permanente entre la cavidad pleural y la piel (exterior), con el objetivo de crear un drenaje continuo de la pleura (empiema). Presentamos este caso de una complicación poco frecuente, debido a los múltiples abandonos de tratamiento, que evidencia que muchas veces el abordaje farmacológico por sí solo no logra la resolución del cuadro, siendo necesaria una conducta quirúrgica.

A pesar de que la tuberculosis es una enfermedad ampliamente estudiada y prevalente, debemos tener en cuenta la variabilidad de sus complicaciones, presentaciones y la necesidad de un abordaje multidisciplinario.

FÍSTULA BRONCOPLEURAL TUBERCULOSA: UNA COMO COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE



CC 92 - ENFERMEDAD DE LEEUWENHOEK EN VENTILACIÓN MECÁNICA: ANÁLISIS FISIOLÓGICO DE LAS MIOCLONÍAS DIAFRAGMÁTICAS A TRAVÉS DE LA MANOMETRÍA ESOFÁGICA. REPORTE DE CASO

Catalina Suárez Aboy[1]; Micaela Oriana Vázquez[1]; Valeria Bravo[1]; Evelyn Romina Brizuela[1]; Aldana Yamina Domínguez[1]; Luis María Galván[1]; Mateo Urdangarin Goti[1]; Roque Sebastián Moracci[1]; Gustavo Plotnikow[1]

[1] *Hospital Británico*

Introducción: Las mioclonías diafragmáticas se caracterizan por contracciones involuntarias, rítmicas y de alta frecuencia del diafragma. En pacientes bajo ventilación mecánica invasiva (VMI), estas contracciones pueden generar consecuencias negativas como lesión inducida por la ventilación mecánica. En este contexto, la manometría esofágica surge como una herramienta clave. Presentamos el caso de un paciente con encefalitis herpética en VMI, donde el monitoreo avanzado permitió caracterizar el impacto fisiológico de las mioclonías diafragmáticas.

Caso clínico: Hombre de 76 años con múltiples comorbilidades. Al ingreso a la UCI requirió VMI debido al deterioro del sensorio. Inició tratamiento para encefalitis herpética. Al séptimo día se registraron disincronías por hipo, diagnosticándose mioclonías diafragmáticas 2 días después, y se autolimitaron luego de 72 horas. En este contexto el registro de la presión esofágica (Pes) permitió analizar 344 ventilaciones durante 24 minutos: 82 (23.8%) fueron mioclónicas y 46 (56.1%) fueron superpuestas con una ventilación no originada por mioclonía. Presentaron patrones de 1 a 9 contracciones, siendo el más frecuente el de 7 (28%). El intervalo entre mioclonías fue de 15±2,72 segundos y la frecuencia de 3,23 ciclos/segundo. El Ti-nadir mostró diferencias entre esfuerzos (p=0,01), con menor duración en el segundo esfuerzo (-0,1 segundos). El ΔPes también difirió según el esfuerzo (p<0,001), presentando mayor magnitud en el primero (26,7±5,4 cmH2O) y 3,9 cmH2O superior cuando existía superposición. El delta de presión en la vía aérea durante el disparo (ΔPawd) presentó una

mediana de 10,4 cmH2O y la pendiente de despresurización del ΔPes fue de 201 cmH2O/s, sugiriendo elevado impulso ventilatorio. El delta de presión transpulmonar (ΔPtp) también mostró diferencias entre esfuerzos (p<0,001).

Discusión y conclusiones: Las mioclonías diafragmáticas son un fenómeno infrecuente cuya detección requiere una alta sospecha clínica. En este caso, el monitoreo esofágico confirmó un patrón mecánico estable consistente con la literatura. Aún evidenciándose un impulso ventilatorio excesivo y presiones transpulmonares elevadas que suponen alto estrés mecánico repetitivo, el fenómeno no se tradujo en complicaciones mayores asociadas a la VMI, lo que sugiere una tolerancia clínica inesperada ante este esfuerzo diafragmático. Las mioclonías diafragmáticas presentan un patrón estable durante su desarrollo, algunas de sus características parecen estar afectadas por el volumen pulmonar previo y el estrés ejercido sobre el pulmón es elevado, sin embargo en este caso no se asoció a complicaciones respiratorias.

Esfuerzo / Variable	1	2	3	4	5	6	7	8	9	p-valor
ΔP_{es} (cmH_2O)	26,9 (26,0; 27,7)	9,6 (8,8; 10,5)	16,6 (15,6; 17,6)	12,5 (11,5; 13,5)	13,7 (12,7; 14,7)	15,1 (14,0; 16,1)	16,6 (15,4; 17,8)	15,9 (14,1; 17,7)	16,1 (13,4; 18,8)	<0.001
$\Delta P_{0.1eso}$ (cmH_2O)	20,2 (19,5; 20,8)	9,4 (8,74; 10,1)	13,8 (13,0; 14,5)	11,4 (10,7; 12,2)	11,5 (10,7; 12,3)	11,8 (11,0; 12,6)	12,4 (11,4; 13,3)	11,5 (10,1; 12,9)	10,3 (8,2; 12,4)	<0.001
$\Delta P_{es}/\Delta t_i$ (cmH_2O/s)	201,6 (195,1; 208,2)	94,1 (87,4; 100,7)	137,5 (129,7; 145,3)	114,3 (106,5; 122,1)	114,9 (107,1; 122,7)	118,4 (110,4; 126,4)	123,5 (114,2; 132,7)	115,2 (101,2; 129,2)	103,3 (82,2; 124,3)	<0.001
ΔP_{tp} (cmH_2O)	30,5 (28,6; 32,4)	14,3 (12,4; 6,2)	17,0 (14,7; 19,2)	15,1 (12,8; 17,3)	11,2 (8,9; 13,4)	16,8 (14,5; 19,2)	17,5 (14,8; 20,2)	18,5 (14,5; 22,6)	10,0 (3,9; 16,0)	<0.001
$T_{i\text{-}Nadir}$ (s)	0,1 (0,1; 0,1)	0,1 (0,1; 0,1)	0,1 (0,1; 0,1)	0,1 (0,1; 0,1)	0,1 (0,1; 0,1)	0,1 (0,1; 0,1)	0,1 (0,1; 0,1)	0,1 (0,1; 0,2)	0,2 (0,1; 0,2)	0.012

CC 93 - DERMATOMIOSITIS: CUANDO EL COMPROMISO PULMONAR DEFINE EL PRONÓSTICO

Milagro Novoa[1]; Maria Laura Grodnitzky[1]; Valeria Morandi[1]; Patricia Malamud[1]; Gabriela Tabaj[1]; Jesica Rios[1]; Xavier Bocca[1]; Daniel Calderón[1]

[1] *Hospital del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo*

Introducción: La dermatomiositis asociada a anti-MDA5 (DM-MDA5) es un subtipo infrecuente de miopatía inflamatoria caracterizada por ser clínicamente amiopática con compromiso cutáneo y enfermedad pulmonar intersticial (EPI) rápidamente progresiva de elevada morbimortalidad. El reconocimiento precoz y el tratamiento inmunosupresor intensivo son determinantes para mejorar el pronóstico.

Caso clínico: Paciente femenina de 54 años consultó por cuadro de 4 meses de evolución caracterizado por astenia, artralgias, lesiones cutáneas y disnea progresiva hasta clase funcional III asociada a fiebre. Al examen físico presentaba desaturación al aire ambiente, crepitantes bibasales, aftas orales, pápulas de Gottron ulceradas en manos y codos. El laboratorio evidenció leucopenia (3.700/mm³), LDH 741, ESD 45, elevación de transaminasas e insuficiencia respiratoria con requerimiento de oxígeno (FiO2 0.31).

Cuatro meses previos presentaba tomografía de tórax, espirometría dentro de parámetros de referencia y CK normal. Había sido evaluada por Reumatología por artralgias, fenómeno de Raynaud y máculas violáceas ulceradas en manos, con sospecha de esclerosis sistémica o miositis, aunque el perfil inmunológico inicial fue negativo.

Al ingreso, una nueva tomografía de tórax evidenció progresión del compromiso pulmonar con disminución generalizada del volumen pulmonar, áreas de vidrio esmerilado con tendencia a la consolidación bibasal y peribroncovascular. Se inició tratamiento con piperacilina-tazobactam y se repitió el estudio inmunológico sin nuevos datos positivos. El lavado broncoalveolar presentó patrón celular mixto linfocítico-neutrofílico y la biopsia transbronquial evidenció neumonía intersticial no específica fibrótica. Descartada etiología infecciosa, la persistencia de fiebre y el rápido deterioro respiratorio, se sospechó una enfermedad autoinmune con EPI rápidamente progresiva. Se solicitó perfil de miositis extendido, ingresó a UCI donde se escaló antibioticoterapia y recibió pulsos de corticoides junto con ciclofosfamida. Posteriormente se confirmó positividad para anticuerpos anti-MDA5, anti-EJ, anti-Ro52 y anti-Mi-2 (método inmunoensayo lineal). A pesar del tratamiento instaurado, la paciente evolucionó desfavorablemente con requerimiento de vasopresores, ventilación mecánica invasiva y falleció por insuficiencia respiratoria.

Discusión y conclusiones: La DM-MDA5 constituye un desafío diagnóstico por ser clínicamente amiopática con CK normal. En pacientes con EPI rápidamente progresiva y lesiones cutáneas sugestivas debe sospecharse y solicitarse precozmente un perfil de miositis extendido, aun con estudios inmunológicos iniciales negativos. Este caso pone de manifiesto el comportamiento agresivo de la enfermedad pulmonar con alta morbimortalidad y destaca la importancia del diagnóstico temprano y del inicio oportuno de un tratamiento inmunosupresor intensivo para modificar el pronóstico.



CC 94 - TUBERCULOSIS LARÍNGEA: SERIE DE CINCO CASOS CLÍNICOS

Silvina Villada[1]; Lesly Cortez[1]; Aldana Paredes[1]; Gisela Ruibal[1]; Gabriela González[1]; Anahí Langer[1]; Ana García[1]; Domingo Palmero[1]

[1] *Hospital Francisco Javier Muñiz*

Introducción: La tuberculosis (TB) laríngea representa aproximadamente el 1% de los casos de tuberculosis extrapulmonar y suele asociarse a enfermedad pulmonar activa. La disfonía es el síntoma más frecuente (≈86%), seguida de odinofagia, disfagia y tos. Casos clínicos:Se incluyeron 5 pacientes de sexo masculino, edad entre 26 y 44 años, 4 en contexto de vulnerabilidad social (consumo de sustancias, situación de calle, antecedente de privación de la libertad) y 1 con desnutrición severa (IMC 15), HIV negativos. Todos presentaron compromiso laríngeo manifestado con disfonía, 3 asociaron disfagia y/u odinofagia, el diagnóstico se confirmó mediante laringoscopía con hallazgo de lesiones granulomatosas laríngeas; 1 de los pacientes presentó también compromiso ótico con otorrea y ocupación de celdillas mastoideas. La TC de tórax evidenció en todos los casos patrón cavitario a predominio de lóbulos superiores, compatible con TB pulmonar activa, con confirmación microbiológica mediante baciloscopía y pruebas moleculares como BD MAX MDR-TB® o GeneXpert®, sin resistencia a rifampicina e isoniacida asociada. 4 pacientes iniciaron tratamiento antituberculoso de primera línea (HRZE), mientras que 1 requirió esquema alternativo no hepatotóxico (estreptomicina, levofloxacina y etambutol) por transaminasas elevadas en el laboratorio de ingreso. Además se añadió corticoides sistémicos en los pacientes con odinofagia para alivio sintomático y mejoría de la deglución. La evolución fue favorable en todos los pacientes, con franca mejoría clínica a los 30 días de iniciado el tratamiento.

Discusión: En nuestra serie, todos los pacientes presentaron TB pulmonar cavitaria bacilífera asociada a compromiso laríngeo, confirmado mediante laringoscopia con lesiones granulomatosas en cuerdas vocales y eritematosas en aritenoides. Los pacientes con odinofagia además, tenían compromiso de la epiglotis. Disfonía y odinofagia fueron los síntomas cardinales. La TB laríngea suele asociarse con tabaquismo, alcoholismo, diabetes e inmunosupresión; la infección por HIV es infrecuente, coincidente con nuestra cohorte de pacientes que presentaron serología para HIV negativo. La confirmación microbiológica y el inicio oportuno del tratamiento permitieron una evolución favorable.

Conclusión: La tuberculosis laríngea continúa siendo una entidad poco frecuente pero relevante por su elevada contagiosidad y difícil reconocimiento debido a la presentación clínica inespecífica. Debe sospecharse en pacientes con disfonía persistente, odinofagia y síntomas respiratorios o constitucionales, especialmente cuando existe evidencia de tuberculosis pulmonar. El diagnóstico precoz, mediante evaluación otorrinolaringológica y confirmación microbiológica, permite instaurar un tratamiento oportuno y reducir la transmisión de la enfermedad.

CC 95 - DE NEOPLASIA PULMONAR A MALFORMACION CONGENITA: DIAGNÓSTICO RETROSPECTIVO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Rocio Elizabeth Farias Garcia[1]; Ainagas Astrid[1]; Maria José Paez[1]; Mercedes Raya[1]; Ana Clara López[1]; Yael González[1]; Verónica Lawriwskyj[1]

[1] *Hospital de Rehabilitación Respiratoria Maria Ferrer*

introducción: La malformación congénita quística de la vía aérea es una enfermedad infrecuente con una incidencia estimada de 1 cada 25000 a 35000 nacidos vivos. Su presentación clínica es variable, desde distrés respiratorio agudo neonatal hasta infecciones recurrentes en la primera infancia, siendo excepcional el diagnóstico en adultos. Las imágenes son fundamentales en el diagnóstico y evaluación prequirúrgica.

Caso clínico: Paciente de 24 años con antecedentes de ex tabaquista (7 paquetes/años) y bullectomía en lóbulo inferior izquierdo en 2018, con seguimiento en otra institución por progresión del tamaño de espacio aéreo quístico. Consultó con servicio de cirugía de tórax para segunda opinión médica por dolor intermitente en hemitórax izquierdo asociado a disnea mMRC grado I esporádica, presenta tomografía de tórax que evidencia espacio aéreo quístico multilobulado de 140 mm de diámetro máximo en plano coronal en lóbulo inferior izquierdo asociado a bullas biapicales

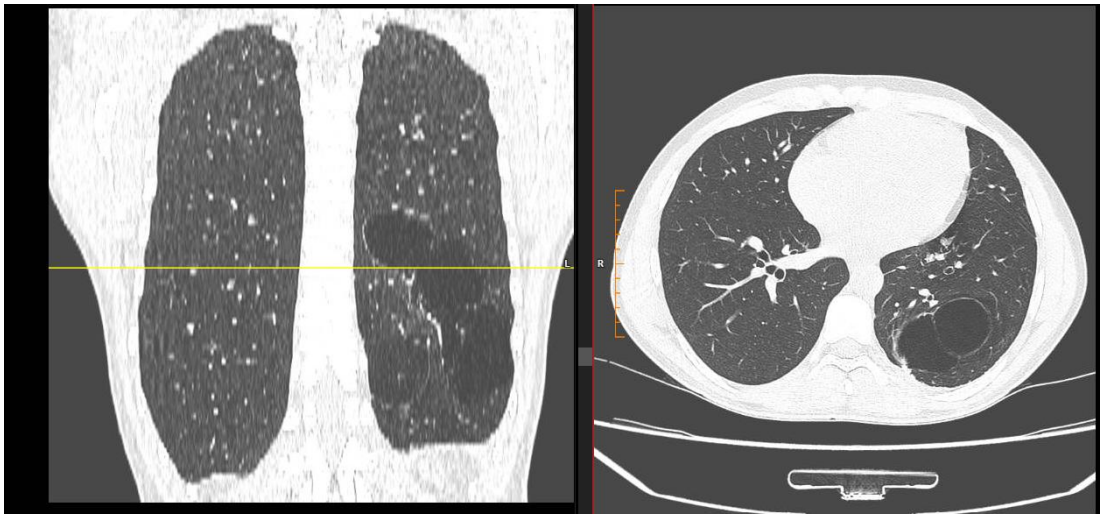
Por tratarse de un paciente joven sin factores de riesgo y oligosintomático, se evaluó el caso conjuntamente con los servicios de neumología y cirugía torácica, se descartaron posibles etiologías, se valoró riesgos y beneficios del procedimiento junto con el paciente y se decidió conjuntamente tratamiento quirúrgico.

Cursa posoperatorio con fuga aérea persistente sin otras complicaciones. El estudio anatomopatológico informó hallazgo incidental de adenocarcinoma mucinoso invasivo con múltiples nódulos tumorales en el mismo lóbulo, propagación a través de espacios aéreos y ausencia de invasión pleural, linfática y vascular (pT3 pNx, clasificación pTNM AJCC versión 9).

Ante hallazgo incidental, el caso fue analizado en comité interdisciplinario de tumores, donde se decidió seguimiento por oncología y revisión del material histológico de la bullectomía previa, identificándose una malformación congénita de la vía aérea pulmonar tipo I según la clasificación de Stocker. Debido a las características y extensión de la lesión neoplásica, se determina seguimiento mediante tomografía de tórax y resonancia magnética cerebral sin evidencia de progresión al momento. Se encuentra pendiente el resultado del estudio de secuenciación genética.

Conclusiones: El diagnóstico de adenocarcinoma pulmonar en un paciente joven con antecedente de lesión quística debe hacer sospechar entidades como las malformaciones congénitas de la vía aérea pulmonar. El abordaje es un desafío dado que estas pueden imitar clínica y/o radiológicamente otras enfermedades. La evaluación anatomopatológica es fundamental para establecer el diagnóstico. Dado el riesgo de transformación maligna, la intervención quirúrgica constituye una estrategia terapéutica adecuada y ofrece un pronóstico favorable tras la resección completa. Debido a la escasa evidencia sobre su evolución y recidiva se recomienda seguimiento a largo plazo. Este caso destaca la importancia de considerar las

malformaciones congénitas como posibles lesiones precursoras de transformación neoplásica y de mantener un seguimiento multidisciplinario.



CC 96 - CUANDO LA INFECCIÓN OPORTUNISTA NO ES EL ÚNICO DIAGNÓSTICO: NEUMONÍA POR PNEUMOCYSTIS JIROVECII E INFILTRACIÓN PULMONAR POR LEUCEMIA/LINFOMA DE CÉLULAS T EN UN PACIENTE CON VIRUS LINFOTRÓPICO DE CÉLULAS T HUMANAS TIPO 1

Samanta Vanessa Pantoja Arias[1]; María Laura Grodnitzky[1]; Valeria Morandi[1]; Patricia Malamud[1]; Jessica Rios[1]; Xavier Bocca[1]; Daniel Calderón[1]; Mauricio Sisterna[1]

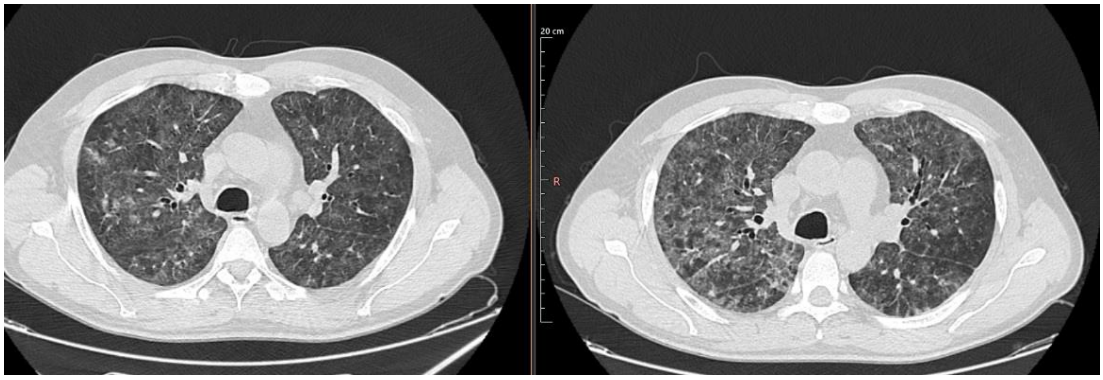
[1] Hospital de Tórax A. Cetrángolo

Introducción: La infección por el virus linfotrópico de células T humanas tipo 1 (HTLV-1) es endémica en regiones de Sudamérica, especialmente Perú y Brasil. Entre 3 y 5% de los portadores desarrolla leucemia/linfoma de células T del adulto (ATLL), neoplasia agresiva asociada a inmunosupresión y mayor susceptibilidad a infecciones oportunistas. La coexistencia de neumonía por Pneumocystis jirovecii (PJP) e infiltración pulmonar por ATLL es infrecuente y representa un desafío diagnóstico.

Caso clínico: Paciente masculino de 53 años procedente de Lima (Perú), residente en Argentina, portador de HTLV-1 diagnosticado en 2016 e internación reciente por neumonía por metapneumovirus. Consultó por dos meses de disnea progresiva, tos productiva, pérdida de peso y sudoración nocturna. Presentó leucocitosis, elevación de marcadores inflamatorios, LDH y β2-microglobulina elevadas, hipogammaglobulinemia, calcemia normal, HIV y hepatitis negativos. En tomografía de tórax se evidenció opacidades en vidrio esmerilado bilateral asociadas a micro nódulos centrolobulillares difusos con áreas consolidativas. La fibrobroncoscopia no mostró lesiones endoluminales; el lavado broncoalveolar fue positivo para Pneumocystis jirovecii, iniciándose trimetoprima-sulfametoxazol y corticoterapia.

Evolucionó con insuficiencia respiratoria progresiva, requiriendo ventilación mecánica invasiva e ingresó a terapia intensiva. El estudio anatomopatológico de la criobiopsia identificó infiltración del parénquima pulmonar y mucosa bronquial por proceso linfoproliferativo de estirpe T. La inmunohistoquímica fue compatible con compromiso pulmonar por ATLL. El paciente permanece bajo ventilación mecánica invasiva con pronóstico reservado.

Discusión y conclusiones: El compromiso pulmonar por ATLL constituye un desafío diagnóstico debido a la similitud de sus manifestaciones clínicas y radiológicas con las observadas en la neumonía por Pneumocystis jirovecii. En este caso, la procedencia de un área endémica para HTLV-1, el síndrome constitucional, la hipogammaglobulinemia, elevación de LDH y β2-microglobulina y ausencia de respuesta al tratamiento antiinfeccioso orientaron a ampliar el estudio diagnóstico. La criobiopsia pulmonar fue determinante para demostrar infiltración por neoplasia T. El ATLL presenta una elevada mortalidad, con una mediana de supervivencia inferior a un año en sus formas agresivas, particularmente cuando se asocia a infecciones oportunistas. Este caso destaca que la identificación de Pneumocystis jirovecii no excluye una enfermedad hematológica concomitante y que, en pacientes con HTLV-1 y evolución desfavorable, la obtención precoz de una biopsia puede ser determinante para establecer el diagnóstico y orientar el tratamiento.



CC 97 - HIPERTENSIÓN PULMONAR SECUNDARIA A COMPRESIÓN EXTRÍNSECA DE LAS ARTERIAS PULMONARES POR FIBROSIS MASIVA COMPRESIVA EN UN PACIENTE CON SILICOSIS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Nancy Belén Iriarte[1]; Astrid Ainagas[1]; Yael González[1]; Verónica Lawriwskyj[1]; Laura Alberti[1]; Pedro Grynblat[1]; Nicolás Caruso[2]

[1] Hospital de rehabilitación respiratoria María Ferrer; [2] Sanatorio Trinidad Mitre

Introducción: La silicosis es una neumoconiosis fibrosante causada por la inhalación de sílice cristalina cuya evolución puede culminar en fibrosis masiva progresiva (FMP).

La hipertensión pulmonar (HTP) constituye una complicación dentro de las enfermedades pulmonares intersticiales (EPI), sin embargo, la compresión extrínseca de las arterias pulmonares por el compromiso fibrótico representa un mecanismo excepcional y poco reconocido.

Caso Clínico: Paciente masculino de 64 años, ex tabaquista (30 paquetes año) con antecedente laboral de más de 30 años como mecánico dental, con exposición ocupacional a sílice sin protección respiratoria.

En seguimiento desde 2022 con disnea progresiva mMRC II de 2 años de evolución. La TAC de tórax evidenció múltiples micronódulos a predominio de lóbulos superiores, adenopatías hiliares y mediastínicas calcificadas e imágenes fibróticas de bordes irregulares región perihiliar de los lóbulos superiores con progresión radiológica respecto a estudios previos.

Las espirometrías evidenciaban patrón obstructivo moderado estable en el tiempo, pero con disminución progresiva de la DLCO.

Por sospecha de HTP fue valorado por cardiología. El ecocardiograma mostró signos sugestivos de aumento de las presiones pulmonares, junto a un eco estrés que evidenció comportamiento anormal del septum, aumento del índice de excentricidad y de la VRT. Los hallazgos fueron confirmados mediante cateterismo cardíaco derecho, presentando HTP precapilar (PAPm 35 mmHg, PW 2 mmHg y RVP de 5.6 UW). Se efectuó angiotomografía que descartó tromboembolismo pulmonar, pero evidenció estenosis bilateral a nivel del origen de las arterias pulmonares sin defectos de relleno endoluminales.

El caso se presentó en comité MD estableciendo el diagnóstico de HTP secundaria a silicosis avanzada por mecanismo de compresión vascular extrínseca secundaria a .

Se indicó alejamiento definitivo de la exposición laboral, rehabilitación respiratoria, tratamiento broncodilatador y prueba terapéutica con tadalafilo.

Conclusión: La HTP en contexto de silicosis avanzada representa un desafío diagnóstico dado que puede corresponder a mecanismos fisiopatológicos diversos. En este caso la identificación de la compresión de las arterias pulmonares por la FMP permitió reconocer un mecanismo vascular mecánico infrecuente como responsable.

En pacientes con silicosis y FMP, la aparición de disnea junto a disminución de la DLCO debe motivar la búsqueda de HTP. Este caso resalta la importancia de la evaluación individualizada considerando que la alteración hemodinámica puede estar determinada no solo por la extensión de la enfermedad pulmonar sino también por factores anatómicos secundarios a la progresión fibrótica.

CC 98 - CUANDO LA HEMOPTISIS NO ES TUBERCULOSIS: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

Juan Barrientos Ortiz[1]

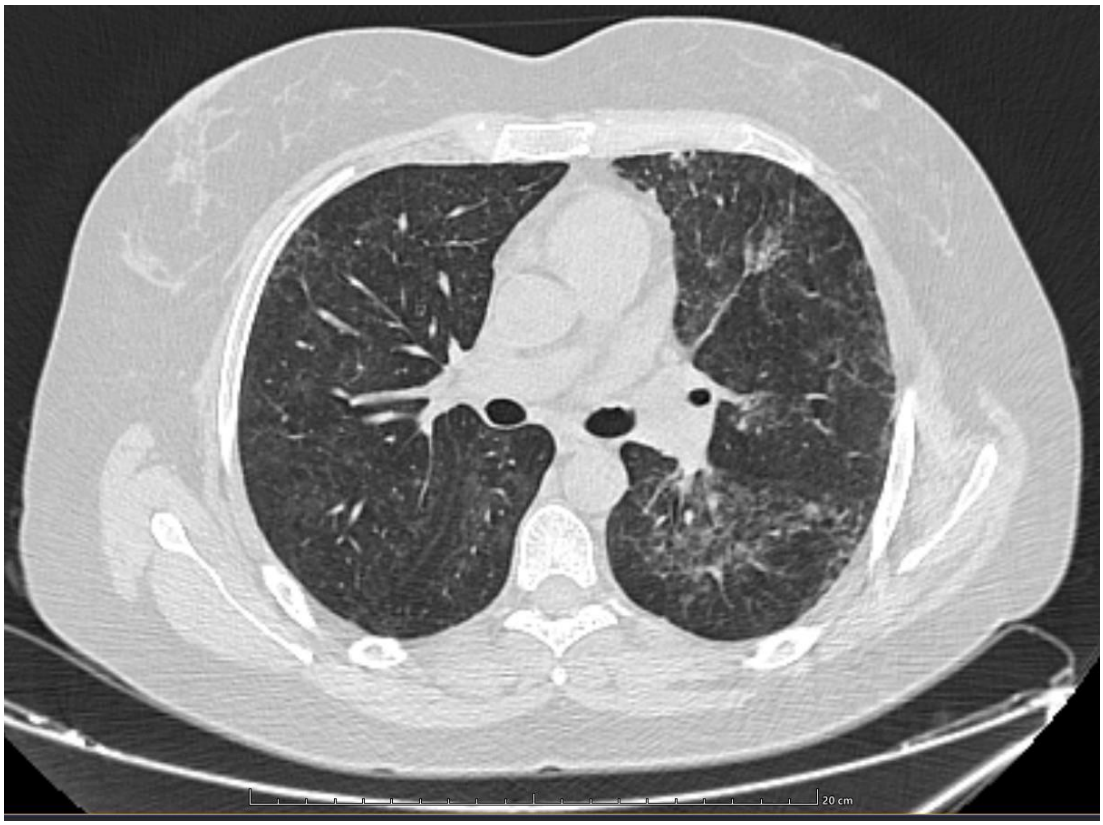
[1] *Hospital "Dr. Antonio A. Cetrángolo"*

Introducción: La hemorragia alveolar difusa (HAD) constituye una urgencia neumonológica potencialmente mortal. Las vasculitis asociadas a anticuerpos anticitoplasma de neutrófilos (ANCA) constituyen una causa de HAD cuyo reconocimiento precoz permite instaurar tratamiento oportuno. Presentamos una paciente con hemoptisis recurrente y antecedente de

tratamiento antituberculoso empírico sin confirmación microbiológica, en quien se diagnosticó una vasculitis asociada a ANCA.

Caso Clínico: Paciente femenina de 41 años con antecedente de internación en 2018 por hemoptisis e insuficiencia respiratoria, tratada empíricamente por sospecha de tuberculosis pulmonar sin confirmación microbiológica. Acude por cuadro cuadro clínico de ocho meses de evolución caracterizado por episodios de hemoptisis recurrente, asociada a disnea, pérdida de peso, astenia, adinamia, con progresión en los últimos cuatro meses asociada a mialgias, lesiones cutáneas eritematosas y edema de miembros inferiores. Al ingreso presentó anemia (Hb 9,8 g/dL), creatinina 1,31 mg/dL, hematuria microscópica y proteinuria de 975 mg/24 h La tomografía evidenció opacidades bilaterales en vidrio esmerilado con áreas de consolidación y alteraciones intersticiales. Urocultivo, Hemocultivos, BAAR y GeneXpert fueron negativos. El perfil inmunológico mostró FAN negativo, ANCA-p 1:100 (positivo), anti-MPO >100 U/mL (positivo) y anti-PR3 negativo. Ante la asociación de hemoptisis, anemia, compromiso renal y hallazgos tomográficos e inmunológicos, se interpretó como vasculitis asociada a ANCA, con probable HAD. Recibió metilprednisolona 1 g/día durante tres días, seguida de meprednisona oral, con resolución de la hemoptisis y mejoría clínica y radiológica.

Discusión y conclusiones: La hemoptisis recurrente requiere ampliar el diagnóstico diferencial cuando no existe confirmación microbiológica de tuberculosis o la evolución clínica no resulta compatible. La presencia concomitante de manifestaciones cutáneas, compromiso renal y positividad para ANCA-p/anti-MPO permitió orientar el diagnóstico hacia una vasculitis asociada a ANCA. Este caso destaca la importancia de reconsiderar diagnósticos previos y reconocer precozmente las manifestaciones pulmonares de las vasculitis sistémicas.



CC 99 - LESIÓN PULMONAR CAVITADA: CUANDO NO TODO ES TUBERCULOSIS. DESAFÍO DIAGNÓSTICO, TERAPÉUTICO Y DECISIÓN MULTIDISCIPLINARIA.

Ezequiel Diana[1]; Maria Priarone[1]; Alan Herrera[1]; Mariana Robles[1]; Aldana Paredes[1]; Ana Frias[1]; Domingo Palmero[1]

[1] *Hospital de infecciosas Francisco Javier Muñiz*

Introducción: Las lesiones pulmonares cavitarias son frecuentes, presentan múltiples etiologías y diagnósticos diferenciales. El cáncer de cuello uterino es el segundo cáncer más común en mujeres a nivel mundial. La metástasis a sitios distantes es muy inusual. Los sitios comunes incluyen pulmón, hígado, huesos y ganglios supraclaviculares. La diseminación pulmonar ocurre en el 2.2 - 9.1% según las series y en pacientes seleccionados la metastasectomía mejora la supervivencia. La radioterapia es eficaz para resolver el sangrado de tumores malignos, pero tiene menos probabilidades de controlar la hemoptisis masiva. La mayoría de los pacientes sometidos a Embolización de la Arteria bronquial (EAB) porhemoptisis maligna logran un alto éxito clínico.

Caso Clínico: Paciente femenina de 32 años, ex tabaquista, cáncer de cérvix escamoso no queratinizante estadio IIB en 2023, tratamiento completo de radioterapia, quimioterapia y braquiterapia. Internación por neumotórax asociado a lesión cavitada, recibió tratamiento empírico antifímico por 45 días, luego suspendido. Ingreso a nuestro servicio por lesión cavitada pulmonar y hemoptisis leve asociado a anemia grave con criterios transfusionales. Tomografía (TC) en LSI formación cavitada, con nivel hidroaéreo, de paredes gruesas e irregulares, con áreas en vidrio esmerilado adyacente, en contacto con el bronquio. BAL, Hemocultivos, serologías, y panel reumatológico sin rédito diagnóstico.Recibió tratamiento empírico con Ampicilina/Sulbactam más Clindamicina por 28 días sin mejoría clínico-radiológica, nueva fibrobroncoscopia (FBC) con toma de biopsia transbronquial, que informó carcinoma poco diferenciado compatible histológicamente con cáncer de cérvix previo. Por el buen Performance Status (PS) se plantea tratamiento quirúrgico o sistémico. Se detecta lesión en calota derecha de características osteolíticas por TC, se descarta de forma multidisciplinaria la conducta quirúrgica. Se decide la derivación de la paciente a centro de referencia oncológico para tratamiento hemostático mediante radioterapia.

Discusión: La fuerte sospecha clínica impulsó una nueva FBC y toma de biopsia. El abordaje multidisciplinario y centrado en el paciente determinó la no factibilidad de la metastasectomía. La necesidad de brindar una hemostasia efectiva a una paciente joven con buen PS nos llevó a contemplar dos opciones terapéuticas válidas, la embolización de la arteria bronquial y la radioterapia hemostática.

Conclusiones: El manejo de ciertos pacientes puede escapar a las recomendaciones generales de las guías de práctica clínica (Medicina basada en la evidencia) y es preciso el abordaje individualizado (Medicina centrada en el paciente). El abordaje multidisciplinario es un pilar fundamental para definir conductas en donde el riesgo beneficio no es claro o evidente.

CC 100 - SARCOIDOSIS MULTISISTÉMICA CON COMPROMISO CARDÍACO Y RECIDIVA PULMONAR: IMPORTANCIA DEL SEGUIMIENTO NEUMOLÓGICO. REPORTE DE UN CASO.

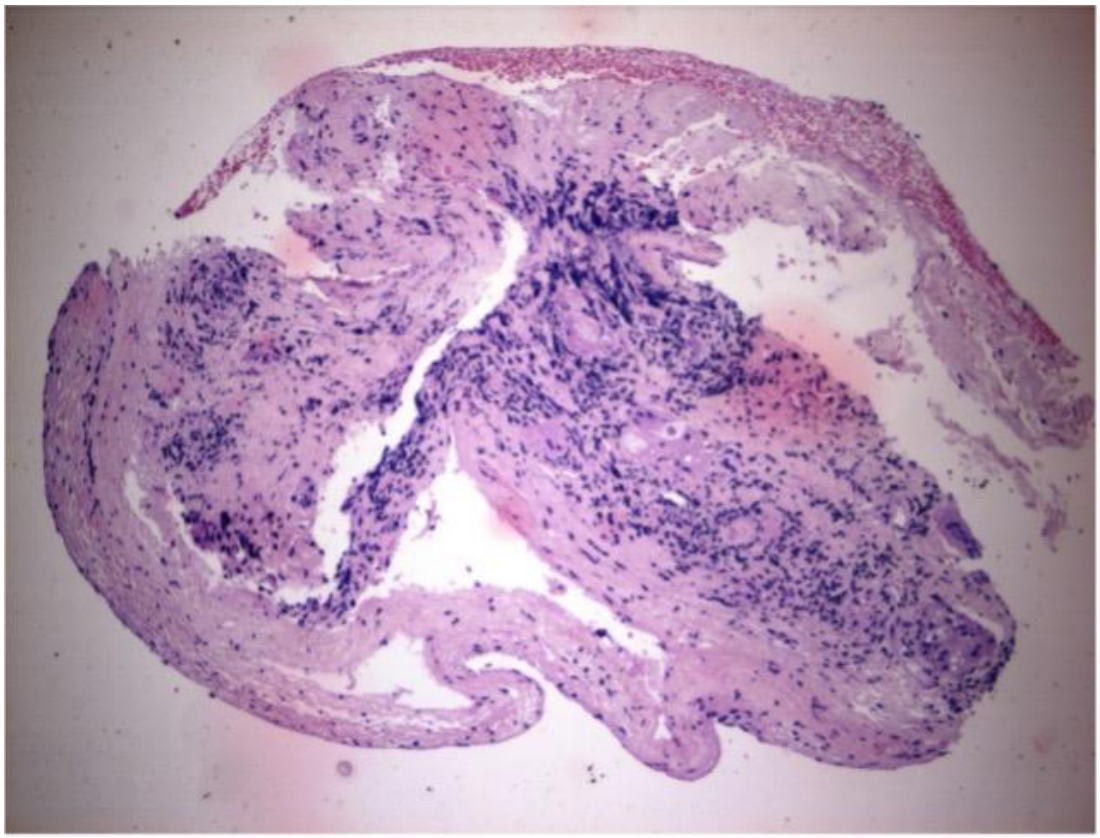
Paola González Morocho[1]; Karen Ochoa[1]; Osvaldo Pestana[1]; Pamela Becerra[1]; Eilin Achig[1]; Juana Rosalia Ahumada[1]; Jorge Osvaldo Caneva[1]; Juan Manuel Osses[1]

[1] *Fundación Favaloro*

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa inflamatoria sistémica de etiología desconocida, caracterizada por granulomas no necrotizantes que pueden afectar cualquier órgano. El compromiso pulmonar es la manifestación más frecuente (90%) y la principal causa de morbimortalidad por progresión a enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) e hipertensión pulmonar (HP). El diagnóstico requiere clínica compatible, demostración histopatológica de granulomas no necrotizantes y exclusión de otras enfermedades granulomatosas. El seguimiento mediante pruebas funcionales respiratorias e imágenes permite evaluar la actividad inflamatoria, detectar recaídas y orientar el tratamiento. Presentamos un paciente con sarcoidosis multisistémica cuyo compromiso cardíaco permitió el diagnóstico y que durante el seguimiento presentó recidiva pulmonar y ganglionar detectada por PET-TC, lo que motivó optimizar la inmunosupresión con buena evolución.

Caso clínico: Paciente masculino de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial y dislipemia, derivado por taquicardia ventricular sostenida y tormenta eléctrica. El ecocardiograma mostró dilatación del ventrículo izquierdo, fracción de eyección (FEVI) del 14%, deterioro biventricular y trombo apical. La cinecoronariografía descartó enfermedad coronaria obstructiva. La resonancia magnética cardíaca evidenció realce tardío no isquémico compatible con miocardiopatía inflamatoria. La biopsia endomiocárdica confirmó sarcoidosis cardíaca, iniciándose meprednisona 1 mg/kg/día e implantándose cardiodesfibrilador con resincronización cardíaca. Durante el seguimiento evidenció recuperación progresiva de la FEVI hasta cerca del 60%, sin actividad inflamatoria en PET-TC seriados y buena capacidad funcional. Siete años después presentó recidiva con captación ganglionar mediastínica y compromiso pulmonar intersticial en PET-TC, sin deterioro funcional respiratorio. Se intensificó la inmunosupresión con aumento transitorio de corticoides y agregado de micofenolato mofetil, con mejoría clínica, funcional e imagenológica. Posteriormente presentó neumonía adquirida en la comunidad por Haemophilus influenzae, resuelta con antibióticos, permaneciendo luego estable bajo inmunosupresión.

Discusión y conclusiones: La sarcoidosis cardíaca puede manifestarse inicialmente con arritmias ventriculares malignas, aun sin compromiso respiratorio significativo, por lo que debe incluirse entre los diagnósticos diferenciales de las miocardiopatías inflamatorias. La integración de resonancia magnética cardíaca, biopsia endomiocárdica y PET-TC permitió establecer el diagnóstico, monitorizar la actividad inflamatoria y detectar precozmente la recidiva. El tratamiento inmunosupresor asociado al cardiodesfibrilador permitió recuperar la función ventricular y mantener una evolución favorable durante más de ocho años. Este caso destaca la importancia del seguimiento multidisciplinario prolongado y del PET-TC para individualizar el tratamiento.



CC 101 - CUANDO LA HEMOPTISIS NO ES SECUNDARIA A INFECCIÓN NI NEOPLASIA: SÍNDROME DE HUGHES-STOVIN COMO DESAFÍO DIAGNÓSTICO. REPORTE DE CASO.

Mauricio Alcoba Quiroga[1]; Karen Leyton Marin[1]; Alejo Ramos[1]; Giselle Tomaszuk[1]; Manuel Ibarrola[1]; Silvia Quadrelli[1]

[1] *Sanatorio Guemes*

El síndrome de Hughes-Stovin (SHS) es una vasculitis sistémica infrecuente, considerada una variante vascular incompleta de la enfermedad de Behçet. Se caracteriza por la asociación de aneurismas o pseudoaneurismas de las arterias pulmonares y trombosis venosa. Su diagnóstico representa un desafío al carecer de criterios universales, requiriendo la exclusión de etiologías infecciosas, neoplásicas y autoinmunes. El pilar terapéutico es la inmunosupresión; la embolización arterial se reserva para el control de hemorragias amenazantes, mientras que la anticoagulación constituye un dilema por el elevado riesgo hemorrágico.

Se describe el caso clinico de un varón de 52 años, con antecedentes de fibrilación auricular (anticoagulación suspendida por hemoptisis recurrente) e implante de cardiodesfibrilador. Inició 15 meses previos a la internación con episodios intermitentes de hemoptisis leve, infiltrados pulmonares bilaterales y derrame pleural. El abordaje etiológico inicial (videotoracoscopía, biopsia pulmonar/pleural, lavado broncoalveolar y perfil autoinmune) fue

negativo. Presentaba únicamente aftas orales intermitentes, sin otras manifestaciones de Behçet.

Tras su derivación se realizo angiotomografía torácica que evidenció dilatación del tronco de la arteria pulmonar, dilataciones de arterias bronquiales bilaterales a predominio izquierdo y vidrio esmerilado perilesional. Durante la internación evolucionó con hemoptisis masiva e inestabilidad hemodinámica, requiriendo asistencia ventilatoria mecánica. La angiografía de urgencia mostró dilatación y tortuosidad de arterias bronquiales bilaterales y vasos aberrantes; se realizó embolización bronquial exitosa. Estudios complementarios descartaron malformaciones arteriovenosas y mostraron tromboembolismo pulmonar segmentario bilateral, trombosis de vena cava superior e hipertensión pulmonar. La tomografía abdominopélvica reveló dilataciones vasculares epigástricas. Ante el cuadro vascular complejo y la ausencia de otra etiología neoplasica, infecciosa y autoinmune alternativa, se estableció la sospecha de SHS. En comité multidisciplinario se deicidio el inicio de pulsos con metilprednisolona intravenosa seguido de corticoterapia oral, logrando respuesta clínica favorable sin recurrencia del sangrado. Posteriormente se reinstauró la anticoagulación con seguimiento ambulatorio.

En conclusión el SHS debe considerarse en el diagnóstico diferencial de hemoptisis recurrente o masiva asociada a trombosis venosa, aun ante manifestaciones mucocutáneas escasas. El manejo multidisciplinario precoz que combina el control endovascular del sangrado agudo con la inmunosupresión sistémica para frenar la vasculitis subyacente, es vital para optimizar la supervivencia.



CC 102 - EVALUACIÓN MULTIMODAL DE LA DISFUNCIÓN DIAFRAGMÁTICA POSTERIOR A CIRUGÍA CARDÍACA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Aldana Domínguez[1]; Luis Maria Galvan[1]; Facundo José Federico Bianchini[1]; Ignacio Brozzi[1]; Valeria Bravo[1]; Mateo Urdangarin Goti[1]; Micaela Vázquez[1]; Catalina Suárez Aboy[1]; Evelyn Brizuela[1]

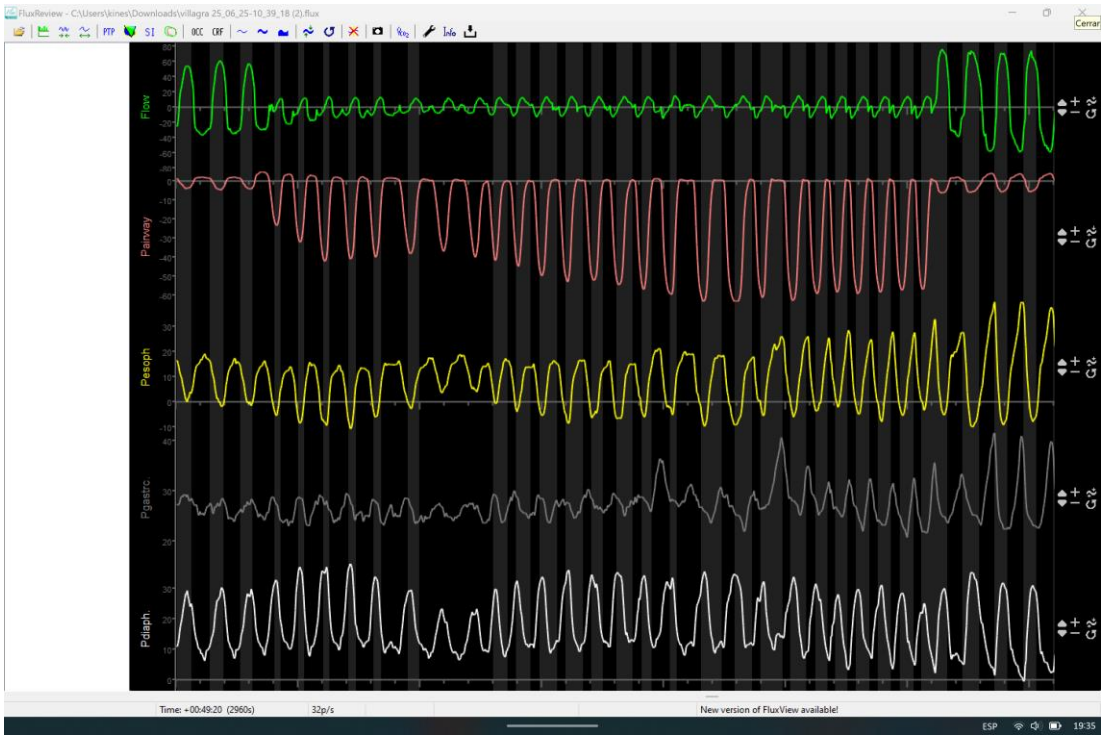
[1] *Hospital Britanico de Buenos Aires*

Introducción: La disfunción diafragmática (DD) constituye una complicación reconocida de la cirugía cardiaca, con una incidencia reportada del 1-60%. Los mecanismos fisiopatológicos asociados incluyen la lesión directa del nervio frénico y mecanismos indirectos relacionados con la circulación extracorpórea (CEC). Se asocia a complicaciones pulmonares postoperatorias, ventilación mecánica (VM) prolongada y mayor estancia hospitalaria. Estos hallazgos recalcan la importancia de su detección precoz y la utilización de herramientas validadas para evaluar la función diafragmática.

Caso Clínico: Paciente masculino de 66 años con múltiples antecedentes que ingresó a la Unidad Coronaria con requerimiento de asistencia ventilatoria mecánica invasiva en el postoperatorio (POP) de una cirugía de revascularización miocárdica. En el POP inmediato requirió VM invasiva y, durante su estancia hospitalaria, presentó múltiples intercurrencias que condicionaron la prolongación del soporte ventilatorio invasivo con la posterior realización de una traqueostomía. En este período se realizaron diversas evaluaciones de la función respiratoria que evidenciaron paresia del hemidiafragma izquierdo: Pimax -60 cmH_2O, ΔPdimax 30 cmH_2O, estas últimas se realizaron con el paciente desconectado de la VM y mediante una válvula unidireccional. Por su parte, el paciente ventilando espontáneamente presentaba un índice tensión tiempo diafragmático (ITT) 0,24, excursión diafragmática de 2,9 cm en el hemidiafragma derecho y de 0,8 cm en el izquierdo, con fracción de acortamiento del 81% y 0%, respectivamente. Luego de un destete prolongado exitoso egresó vivo y decanulado.

Discusión y conclusión: La DD es frecuente posterior a una cirugía cardíaca, aunque continúa siendo subdiagnosticada. Este caso ilustra una de las razones de dicho subdiagnóstico: la Pimax, se mantuvo dentro de un rango compatible con tolerancia a la ventilación espontánea. Sin embargo, la ecografía evidenció una disfunción unilateral, hallazgo consistente con Huai y cols., quienes reportan una prevalencia del 40,7%, con predominio de la afectación unilateral izquierda del 26%. La presión transdiafragmática (Pdi), considerada gold standard, proporcionó valores más bajos con Pdi/Pdimax de 0.6 y un Ti/Tot de 0.4, resultando en un ITT de 0.24 en área de intolerancia a la ventilación espontánea. Esta discordancia respalda la hipótesis de que la Pimax puede estar sobreestimada por el reclutamiento de la musculatura respiratoria accesoria. La DD se ha asociado a menor probabilidad de liberación exitosa de la VM [HR=0,63 (IC95% 0,43-0,92)] y mayor riesgo de reintubación [OR=4,70 (IC95% 1,12-19,65)]. El abordaje multimodal constituye una fortaleza del caso, aunque no se contó con mediciones prequirúrgicas ni posteriores al destete.

En conclusión, este caso resalta la utilización combinada de ecografía y presión transdiafragmática para la evaluación de la DD en paciente con dificultad para la desvinculación de la VM luego de una cirugía cardiaca.



CC 103 - DOLOR TORÁCICO DURANTE UN VUELO : UNA PRESENTACIÓN INUSUAL DE UNA BULLA PULMONAR GIGANTE.

Melisa Tapia Pacara[1]; Matias Castro[1]; Graciela Svetliza[1]

[1] *Hospital Italiano de Buenos Aires*

Introducción: La bulla pulmonar gigantes es una entidad infrecuente en adultos jóvenes sin antecedentes tabáquicos. Se define como un espacio aéreo con pared fina que ocupa más de ⅓ del tórax. Su diagnóstico suele ser incidental o manifestarse ante complicaciones (neumotórax, sangrado o infecciones). Los cambios de presión atmosférica experimentados en vuelos aéreos comerciales pueden desencadenar distensión aguda de estas lesiones por atrapamiento aéreo y desencadenar su ruptura o dolor torácico. Se presenta el caso de una paciente con bulla Gigante con dolor torácico durante vuelos aéreos.

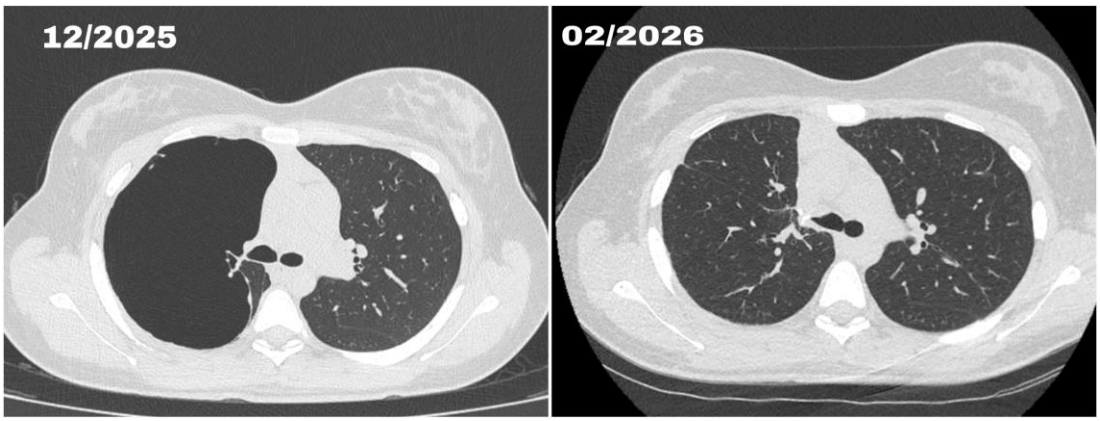
Caso Clínico: Paciente femenina de 30 años, sin antecedentes de tabaquismo ni patologías respiratorias previas. Refiere presentar desde la infancia dolor pleurítico al momento de viajar en avión. Consulta por disnea y opresión torácica,durante y después de viajes aéreos

La radiografía y la Tomografía Computarizada de Alta Resolución (TCAR) de tórax revelaron una bulla gigante en el Lóbulo superior derecho, que ocupaba más del 40 % del hemitórax ipsilateral con compresión del parénquima pulmonar adyacente. El dosaje de alfa 1 antitripsina fue normal

Debido al tamaño de la lesión, los síntomas recurrentes asociados a los vuelos y el riesgo de neumotórax, se decidió conducta quirúrgica. Se realizó una lobectomía superior derecha por toracotomía. El análisis histopatológico confirmó la presencia de una bulla subpleural con moderados cambios vasculares en el parénquima adyacente a la lesión. La paciente evolucionó de manera favorable, con reexpansión completa del parénquima comprimido y resolución total de los síntomas, permitiéndole retomar los viajes aéreos sin complicaciones.

Discusión: La presentación de bullas gigantes en jóvenes no fumadores plantea un desafío diagnóstico respecto a su etiología (congénita o adquirida). Los viajes aéreos frecuentes representaron en este caso un factor gatillo relevante para la exacerbación sintomática por cambios de presión en la cabina. La lobectomía resalta como una estrategia quirúrgica efectiva que permite la resección completa de la lesión

Conclusión: La presencia de dolor torácico recurrente asociado a viajes aéreos, particularmente en pacientes jóvenes, debe motivar la consideración de lesiones pulmonares con contenido aéreo dentro del diagnóstico diferencial.



CC 104 - EL DILEMA DEL PATRÓN BRONQUIOLOCÉNTRICO

Juan Manuel Gómez [1]

[1] *Hospital de Clínicas José de San Martín*

La actualización ERS/ATS incorporó la neumonía intersticial bronquiolocéntrica como patrón morfológico mayor y reservó el término neumonitis por hipersensibilidad (NH) para el diagnóstico clínico multidisciplinario. Una proporción significativa de los patrones centrados en las vías respiratorias se relaciona con enfermedades del tejido conectivo (ETC), toxicidad por fármacos o aspiración, y no solo con NH. Atribuir erróneamente un patrón radiológico como NH limita la búsqueda etiológica; hasta un 34% de los casos catalogados como NH sin exposición identificable pueden desarrollar enfermedades autoinmunes sistémicas durante el seguimiento. Esto justifica adoptar una nomenclatura descriptiva basada en el patrón bronquiolocéntrico.

Caso clínico: Paciente femenina de 56 años con antecedentes de asma, hipotiroidismo, exposición laboral a arcilla y moho habitacional; sin tabaquismo. Consulta por tos seca y disnea progresiva (mMRC 3-4) de 2 años de evolución, asociada a reflujo gastroesofágico, sospecha de Raynaud, xeroftalmía y xerostomía. Al examen presentaba eritema facial, acropaquia, crepitantes velcro bibasales y $SatO_2$ 93% al aire ambiente. La TC de tórax mostró nodulillos centrolobulillares en vidrio esmerilado, signo de las tres densidades y bronquiectasias por tracción. Laboratorios con VSG de 35 mm/h, FAN 1/320 homogéneo; anticuerpos específicos negativos y complemento normal. Test de Schirmer positivo. Pruebas funcionales con restricción moderada-severa y DLCO disminuida severa. El lavado broncoalveolar (BAL) reportó celularidad de 320/mm^3 (50% macrófagos, 20% neutrófilos, 20% linfocitos, 10% eosinófilos y macrófagos multinucleados). Se plantearon dos diagnósticos: NH fibrótica (por exposición a moho, linfocitosis del 20% y macrófagos multinucleados) y neumonía intersticial con rasgos autoinmunes (IPAF), con criterios serológicos (FAN 1/320), clínicos (Schirmer) y morfológicos (patrón bronquiolocéntrico). Inició corticoterapia con mejoría sintomática y continúa su seguimiento ambulatorio por el servicio de Intersticiopatía.

Discusión y conclusión: La actualización ERS/ATS reconoce que hasta un 9% de las enfermedades pulmonares intersticiales asociadas a ETC se presentan con un patrón tomográfico bronquiolocéntrico. En esta paciente la linfocitosis en BAL resulta modesta para NH, la eosinofilia del 10% es atípica y la negatividad de autoanticuerpos específicos aleja el diagnóstico de una conectivopatía definida. Esta superposición de hallazgos configura una zona de incertidumbre diagnóstica donde la discusión multidisciplinaria resulta imprescindible. Este caso pone de manifiesto la coexistencia entre una exposición antigénica activa y rasgos de autoinmunidad en un patrón bronquiolocéntrico fibrótico, lo que impide una atribución etiológica única. Por todo ello es determinante evitar el diagnóstico de NH, garantizando así una evaluación etiológica exhaustiva. Asimismo, remarca la necesidad de un seguimiento clínico-serológico estrecho ante el riesgo de desarrollo futuro de una enfermedad autoinmune sistémica.

CC 105 - MANEJO ENDOSCÓPICO DE LA OBSTRUCCIÓN DE LA VÍA AÉREA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Eileen Achig[1]; Jorge Caneva[1]; Rosalia Ahumada[1]; Karen Ochoa[1]; Osvaldo Pestana[1]; Paola González[1]; Pamela Becerra[1]; Juan Ossés[1]

[1] *Hospital Universitario Fundación Favaloro*

Introducción: La obstrucción maligna de la vía aérea representa una complicación potencialmente grave del cáncer de pulmón, secundaria a crecimiento endoluminal, infiltración de la pared bronquial o compresión extrínseca. La broncoscopía intervencionista permite restablecer la permeabilidad de la vía aérea mediante diferentes técnicas, entre ellas la dilatación con balón y la colocación de prótesis endobronquiales. Estas estrategias pueden mejorar la ventilación distal, prevenir complicaciones obstructivas y facilitar la continuidad del tratamiento oncológico.

Caso clínico: Femenina de 61 años, tabaquista de 88 p/y, con diagnóstico en abril de 2026 de adenocarcinoma pulmonar invasivo estadio IIIB. Disnea CF I. La tomografía evidenció enfisema centrolobulillar y una masahiliar derecha con disminución de la luz bronquial. El PET-TC demostró una lesión parahiliar hipermetabólica de 24,8 mm (SUV 8,5) y un conglomerado adenopático subcarinal e hiliar derecho de 40,8 mm (SUV 9,3), asociado a oclusión bronquial. Funcionalmente presentaba obstrucción leve (VEF1 1,71 L; 67% del predicho) y DLCO moderadamente disminuida (44%). La videofibrobroncoscopía inicial evidenció infiltración tumoral con oclusión distal del bronquio intermedio, sin visualización de los ostium del lóbulo medio e inferior. En un segundo tiempo, se realizó broncoscopía rígida, que mostró oclusión mayor al 90% de la porción distal del bronquio intermedio por tejido tumoral. Se realizó broncoplastia con balón de 12 × 20 mm y posterior colocación de stent metálico autoexpandible (SMA) de nitinol recubierto de 12 × 40 mm, logrando la repermeabilización bronquial.

Discusión y conclusiones: La obstrucción bronquial puede presentarse en estadios avanzados del cáncer de pulmón y manifestarse con atelectasia, infecciones recurrentes, deterioro funcional y limitación de las opciones terapéuticas oncológicas. El abordaje broncoscópico debe invidualizarse según el mecanismo de obstrucción, la persistencia de una compresión extrínseca justifica la dilatación y colocación de una prótesis endobronquial, los SMA de nitinol recubiertos presentan memoria de forma y elasticidad, su membrana constituye una barrera frente al crecimiento tumoral a través de la prótesis disminuyendo el riesgo de reobstrucción intrastent. En este caso, pese a encontrarse clínicamente estable y sin síntomas respiratorios significativos, la paciente presentaba una oclusión tumoral mayor al 90% del bronquio intermedio, con compromiso de la ventilación distal. La combinación de broncoplastia con balón y colocación de un SMA recubierto permitió restablecer la permeabilidad bronquial. Este caso destaca la importancia de evaluar la vía aérea en pacientes con tumores que producen obstrucción bronquial, incluso con escasa expresión clínica, y del abordaje multidisciplinario para identificar aquellos que pueden beneficiarse de técnicas de broncoscopía terapéutica como parte integral del tratamiento oncológico.



CC 106 - ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL INDUCIDA POR FÁRMACOS

Agustín Naón[1]; Dafne Aranguren[1]; Juan Pablo Fernández Oporto[1]; Cora Gabriela Legarreta[1]; Roxana Berenguer[1]

[1] *Hospital de Clínicas José de San Martín. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires*

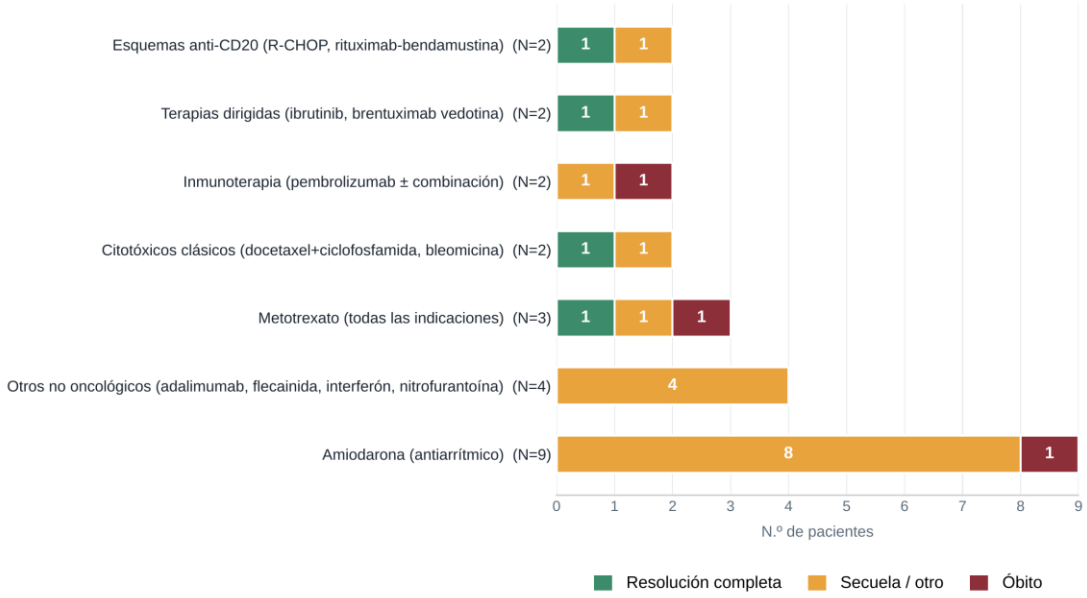
Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial inducida por fármacos (EPI-IF) es un grupo de patologías pulmonares intersticiales (EPI) diversas. Su presentación clínica, imagenológica e histopatológica es inespecífica y su inicio varía desde días a años tras la exposición(1). Su prevalencia es entre el 3% y el 5% en cohortes de pacientes con EPI (2-3). La EPI-IF es una causa potencialmente grave de morbimortalidad respiratoria. El mayor estudio poblacional publicado hasta la fecha mostró que estos cuadros fueron graves en el 96,7% y fatales en el

13,3%. Los fármacos oncológicos fueron los más asociados a toxicidad (31,2% de los casos), seguidos por los cardiovasculares.(4)

Materiales y métodos: Estudio observacional y descriptivo de una serie de casos que incluyó 24 pacientes del Hospital de Clínicas José de San Martín desde el 2013 hasta julio del 2026. La recolección de datos se realizó por historias clínicas de pacientes en seguimiento por el servicio de Neumonología. El diagnóstico y la atribución de causalidad se evaluaron mediante cuestionarios de probabilidad (algoritmo de naranjo) y plataforma Pneumotox.

Resultados: Se analizaron 24 pacientes con EPI-IF, evidenciando un rango etario entre 23 y 90 años con predominio del sexo femenino (54%). La mayor proporción de casos (62%) se presentó en contextos no oncológicos (afecciones cardiovasculares y autoinmunes), siendo la amiodarona y el metotrexato los más frecuentes; el 38% restante se asoció a quimioterapia, biológicos e inmunoterapia. La disnea fue la manifestación principal (95%), seguida por tos (37%) y fiebre (8%). El tiempo de latencia hasta el inicio de síntomas corresponde a una mediana de 120 días tras la exposición. Se documenta sólo un 38% de casos con lavado broncoalveolar, siendo esta una herramienta esencial para el diagnóstico por exclusión. Los patrones tomográficos predominantes fueron la neumonía intersticial no específica y el daño alveolar difuso. La evolución clínica demostró resolución completa en 18% de los casos, secuelas estructurales en el 66% y progresión clínica en el 4%. Se registró una mortalidad del 12%.

Discusión y conclusión: El diagnóstico de EPI-IF requiere alta sospecha y la exclusión de causas alternativas. Para lograrlo es crucial el conocimiento de los fármacos predisponentes y su asociación en el contexto clínico. En nuestro estudio las drogas cardiológicas fueron el grupo más frecuente, lo que se correlaciona con la evidencia disponible.(1-4). Nuestro enfoque priorizó evaluar la variabilidad clínica y terapéutica por sobre el análisis estadístico de factores de riesgo poblacionales(5). La diversidad de la EPI-IF demuestra que es multicausal, no se restringe a una sola clase farmacológica y presenta una alta morbimortalidad. Es necesario remarcar que las normas de Buenas Prácticas Clínicas(6) garantizan una estricta notificación a la entidad regulatoria, pero esto no se traslada a la práctica asistencial fuera de la investigación. En consecuencia, Argentina carece de registros epidemiológicos actuales y consolidados sobre EPI-IF



CC 107- SECUESTRO PULMONAR: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gema Saltos[1]; Mariana Robles[1]; Emiliano Bastidas[1]; Silvia Bensignor[1]; Javier Melamud[1]; Nicolás Casco[1]; Domingo Palmero[1]

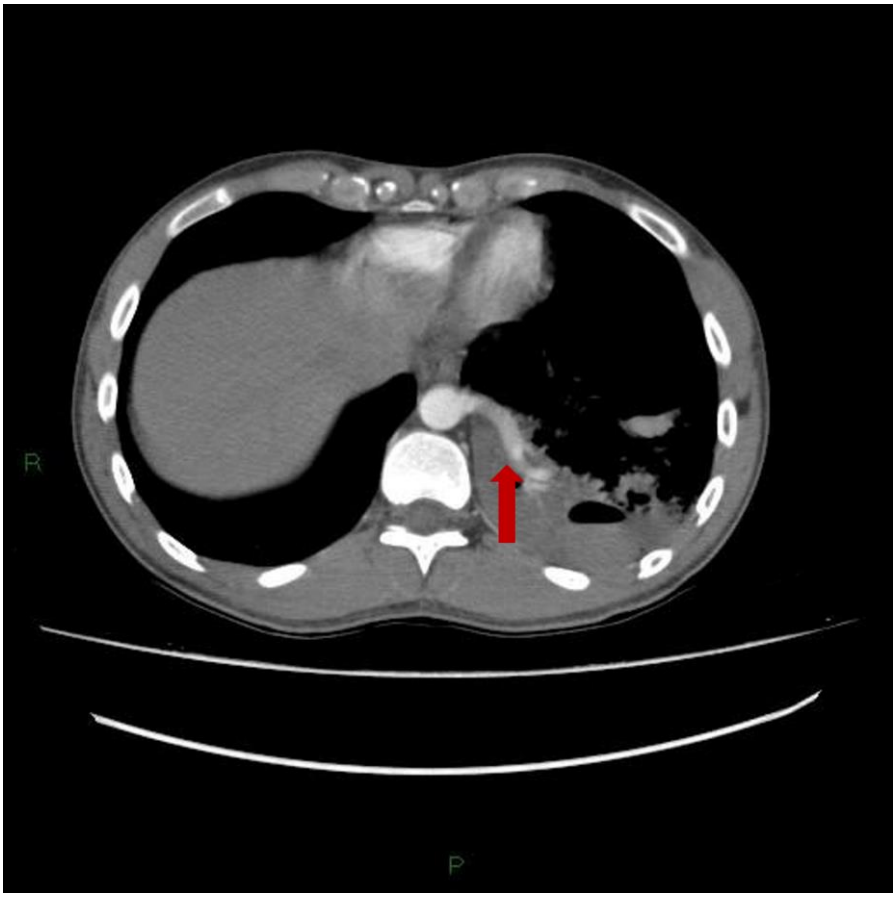
[1] *Hosp. Muñiz*

Introducción: El secuestro pulmonar es una malformación congénita infrecuente del desarrollo pulmonar, caracterizada por tejido pulmonar no funcionante irrigado por una arteria sistémica aberrante, que representa entre el 0,15% y el 6,4% de las malformaciones congénitas pulmonares. Constituye una causa infrecuente de hemoptisis en adultos jóvenes.

Caso clínico: Paciente de 22 años, tabaquista, sin antecedentes patológicos de relevancia, que consultó por hemoptisis masiva recurrente (>200 ml, en 5 ocasiones) asociada a disnea y toracodinia posterior a traumatismo vinculado a actividad física. Se inició hemostasia más antibioticoterapia empírica. La fibrobroncoscopia evidenció secreciones mucosanguinolentas del lóbulo inferior izquierdo, y los estudios microbiológicos (BAL, esputo, hemocultivos) y serológicos (virales y fúngicos) resultaron negativos. La tomografía computada con contraste (figura 1) evidenció irrigación arterial sistémica aberrante proveniente de la aorta torácica descendente, que irriga el segmento pulmonar secuestrado del lóbulo inferior izquierdo. Posterior al diagnóstico, el paciente fue derivado a otro centro hospitalario para la realización de una lobectomía inferior izquierda programada. Durante la misma internación posoperatoria, evolucionó con un derrame pleural loculado / empiema pleural, por lo que requirió reintervención quirúrgica de urgencia mediante videotoracoscopia para toilette pleural y decorticación pleuropulmonar. Tras completar tratamiento antibiótico de amplio espectro (piperacilina/tazobactam + vancomicina) y presentar una evolución favorable, se otorgó el alta hospitalaria.

Discusión: El secuestro pulmonar corresponde a tejido pulmonar aberrante, no conectado a la vía aérea normal, que recibe su irrigación desde una rama sistémica proveniente de la aorta descendente, el tipo intralobar drena habitualmente hacia las venas pulmonares a diferencia del extralobar que suele drenar hacia venas sistémicas. El 60% de las formas intralobares se diagnostican antes de los 20 años, mientras que las extralobares predominan en varones y hasta un 30% constituyen hallazgos incidentales. La resección quirúrgica continúa siendo el tratamiento de elección en pacientes sintomáticos, recomendado incluso en pacientes asintomáticos, con complicaciones como fuga aérea, fístula broncopleural, hemoptisis. La embolización surge como alternativa terapéutica, provocando necrosis, fibrosis e involución progresiva del segmento afectado, aunque con una tasa de recurrencia de 25% a 47% y complicaciones como desplazamiento del agente embólico, formación de granulomas y shunts.

Conclusión: Presentamos el caso de un paciente joven con hemoptisis masiva secundaria a un secuestro pulmonar, malformación congénita infrecuente que debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales en pacientes jóvenes sin causa infecciosa evidenciable.. Remarcar la importancia del abordaje interdisciplinario y de los estudios de imagen con contraste para su correcto diagnóstico y definición terapéutica.



CC 108 - TUBERCULOSIS MILIAR POR MICOBACTERIUM BOVIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Jimena del Rosario Astrada[1]; Maria Alejandra Acosta[2]; Leonardo Germán Ubal[2]; Enrique Eduardo Oviedo[2]; Florencia Denise Marquez[2]; Jésica Ayelén Polack[2]; María Pia Coito[2]; Gregorio Varujan Kevorkof[2]

[1] Hospital Transito Cáceres de Allende; [2] Hospital Tránsito Cáceres de Allende

Introducción: La tuberculosis (TB) bovina es una enfermedad infectocontagiosa causada por Mycobacterium bovis (MB), una de las especies integrantes del complejo Mycobacterium tuberculosis (MT). Este patógeno representa una causa significativa de enfermedad en el ganado y en otros mamíferos, incluidos animales domésticos. La transmisión puede ocurrir en múltiples direcciones: de animales a humanos, de humanos a animales, entre animales o entre personas. En los humanos, la infección puede adquirirse por ingestión de productos contaminados, inhalación de aerosoles infectados o, por inoculación cutánea.La prevención se basa en la detección precoz en el ganado bovino y en la pasteurización de la leche. En Argentina, entre los años 2002 y 2011, MB fue responsable del 1,6% de los casos de TB humana en la provincia de Santa Fe.Dentro de las formas extrapulmonares, la TB miliar constituye una manifestación poco frecuente pero de alta gravedad, producto de una diseminación hematógena del bacilo.Se presenta paciente joven inmunocompetente con TB miliar extensa, en quien se identificó MB como agente etiológico.Caso clínico: Masculino de 46 años, electricista (desempleado), oriundo de Córdoba Capital. Sin antecedentes patológicos, tabaquista (13 p/y) y epidemiología negativa par TB.Consulta por tos seca de 2 meses, fiebre vespertina de 10 días y un episodio de hematuria asociado a edema testicular. Pérdida de peso de 35kg en 5 meses. Dispepsia e hiporexia. Niega otros síntomas. Examen físico sin alteraciones.Laboratorio con reactantes de fase aguda elevados y creatinina 1,32 mg/dL. Piuria leve y hematuria. Serología viral negativa. VDRL reactivo. Radriografía Tórax: patrón micronodulillar generalizado y uniforme en ambos campos pulmonares (Figura 1). TC tórax y abdomen: patrón micronodular difuso, bilateral, a predominio de lóbulos superiores. Abdomen ganglios calcificados celíacos, precavos y látero-aórticos. Riñón izquierdo de menor tamaño, cáliz y uréter dilatados, imagen testicular izquierda sugestiva de epididimitis. Esplenomegalia homogénea de 155 mm. Rarefacción difusa del cuerpo vertebral de L3 y psoas (Figura 2).Ante sospecha de TB miliar con compromiso pulmonar, renal, testicular, óseo y ganglionar se realiza lavado bronquial (LB): BDMax detectado bajo; baciloscopía negativa; cultivo desarrollo complejo MT. GeneXpert muestra urinaria: MTB detectado. Identificación molecular LB y orina: MICOBACTERIUM BOVIS sensible.Cumple esquema antituberculostático, con respuesta favorable.

Discusión y conclusiones: La TB causada por MB es una zoonosis poco frecuente en humanos, habitualmente asociada a exposición laboral rural, pero también con el consumo de productos lácteos no pasteurizados o el contacto con animales domésticos infectados.Si bien ha sido descripta la transmisión interhumana, ésta es poco habitual, lo que amplía su importancia epidemiológica. MB presenta resistencia natural a la pirazinamida, lo que implica la necesidad de adaptar el esquema terapéutico.



Figura 1 Radiografía de tórax (PA)

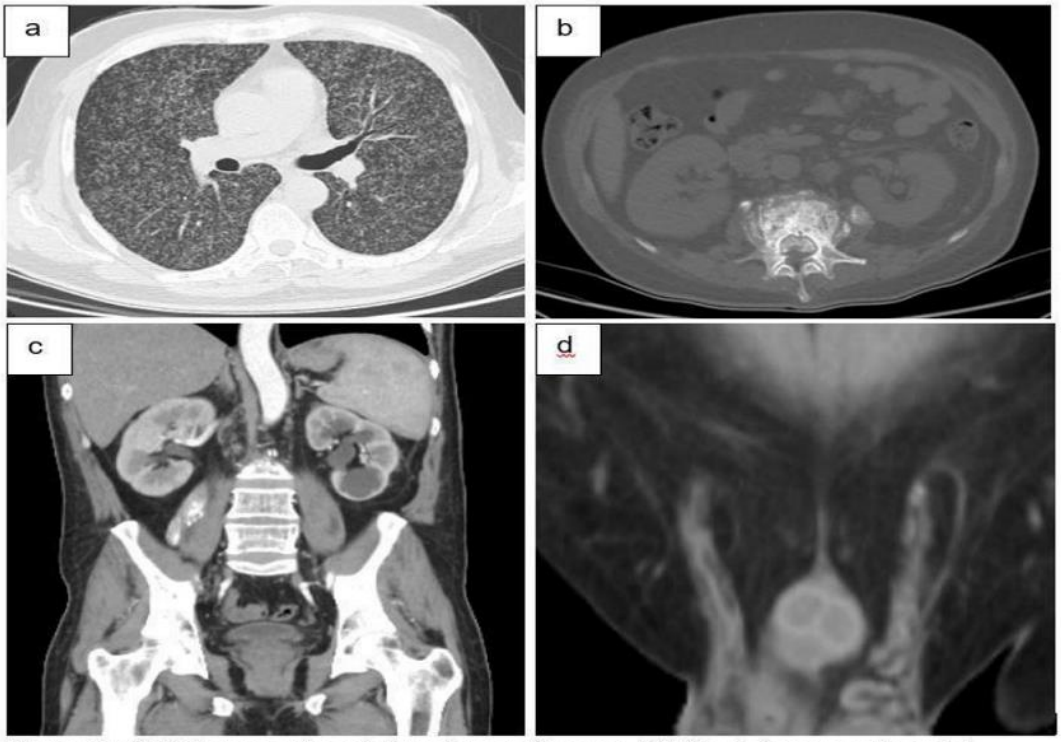


Figura 2 a) TC torax corte axial ventana pulmonar. b) TC abdomen corte axial ventana osea. c) TC abdomen y pelvis corte coronal d) TC pelvis corte coronal.

CC 109- SÍNDROME DRESS SECUNDARIO A TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSIS

Tania Canabal[1]; Mariana Robles[1]; Aldana Paredes[1]; Rodrigo Failde[1]; Ana Luz Taborda[1]; Adriana Rodríguez[1]; Yesica Guzmán[1]; Domingo Palmero[1]

[1] *Hospital Muñiz*

Introducción: El síndrome DRESS es una reacción de hipersensibilidad grave y potencialmente mortal inducida por fármacos. Se puede presentar de forma infrecuente en el tratamiento empleado para la tuberculosis con una prevalencia del 0.7%. Los principales fármacos implicados son la Rifampicina y la Isoniazida. En pacientes con HIV, se suele observar un aumento en la incidencia de las reacciones de hipersensibilidad más que en la población general. El manejo representa un desafío debido a la gravedad de esta reacción ya que la tasa de mortalidad es elevada, alcanzando hasta el 10%.

Caso clínico: Resumen del caso clínico Mujer de 36 años, antecedentes de consumo de sustancias y tabaquismo, diagnosticada con tuberculosis pulmonar cavitada. A los 15 días de iniciado el tratamiento antifímico presentó rash generalizado con prurito y eosinofilia leve, por lo que se suspendieron las drogas y se internó con corticoides sistémicos y antihistamínicos, con buena evolución. Se reintrodujo el tratamiento antituberculoso de forma escalonada: levofloxacina y rifampicina fueron bien toleradas, pero la isoniacida reactivó el cuadro (rash, eritrodermia, edema facial, eosinofilia grave y alteración hepática), por lo que se suspendió definitivamente. Desarrolló herpes genital (tratado con aciclovir, con progresión del rash) y se detectó serología HIV positiva con CD4 2.200. Infectología indicó conducta expectante para el inicio de antirretrovirales. Una vez estabilizada, se inició tratamiento antifímico de segunda línea (cicloserina, linezolid y bedaquilina a dosis creciente) con buena respuesta, sin poder reintroducir isoniacida ni levofloxacina. Presentó una convulsión tónico-clónica generalizada; la TC cerebral no mostró lesiones agudas, y la punción lumbar aisló citomegalovirus, por lo que completó 21 días de ganciclovir. Durante ese tratamiento reapareció el rash cutáneo; la biopsia de piel confirmó farmacodermia. Continuó con corticoterapia EV y una nueva punción lumbar resultó negativa para el virus. Finalmente inició tratamiento antirretroviral con buena tolerancia, con baciloscopia de control negativa y tapering de corticoides. Egresó con tratamiento antituberculoso de segunda línea y seguimiento ambulatorio.

Discusión y conclusiones: Las múltiples intercurrencias infecciosas que presentó nuestra paciente representaron un desafío para diferenciar entre lesiones causadas por dichos gérmenes vs. reactivación de la hipersensibilidad de su cuadro; además de la dificultad para la elección de dichos tratamientos debido a la labilidad de su cuadro clínico, lo que requirió un manejo multidisciplinario, logrando así el egreso institucional de forma segura y controlada de nuestra paciente. Finalmente, este caso demuestra la importancia del seguimiento de pacientes con síndrome de hipersensibilidad compleja. Demostrando que el éxito terapéutico en casos críticos no depende únicamente de la potencia de los fármacos, si no de la sincronización de un equipo multidisciplinario enfocado en distintas estrategias.

CC 110 - ADENOCARCINOMA MUCINOSO INVASIVO ASOCIADO A ENFERMEDAD BULLOSA PULMONAR EN UN PACIENTE JOVEN: REPORTE DE CASO

Maria Bernarda Arias[1]; Maria Paula Arrechea[1]; Augusto Aguirre[1]; Florencia Basile[1]; Liliana Vila[1]; Adolfo Rosales[1]; Hector Rivero[1]

[1] *Hospital Municipal De Rehabilitacion Respiratoria Maria Ferrer*

Introducción: El adenocarcinoma mucinoso invasivo (AMI) es un subtipo infrecuente de adenocarcinoma pulmonar, caracterizado por abundante mucina intracitoplasmática, heterogeneidad de patrones histológicos y multifocalidad. Su diagnóstico radiológico puede ser complejo. Presenta alteraciones moleculares frecuentes, particularmente en KRAS. El cáncer pulmonar asociado a espacios aéreos quísticos puede simular una lesión benigna y pasar inadvertido en la tomografía.

La enfermedad bullosa puede coexistir con carcinoma pulmonar y dificultar su reconocimiento. El engrosamiento o modificación de la pared, así como la aparición de componentes murales o nodulares en un espacio aéreo quístico, constituyen signos de alarma.

Reporte de caso: Paciente masculino de 24 años, tabaquista leve, con antecedente de resección pulmonar superior izquierda por enfermedad bullosa en 2018, en otra institución. Consultó por disnea. La tomografía computarizada mostró una bulla gigante multilobulada del lóbulo inferior izquierdo de 141×64×53 mm, sin nódulos sólidos ni adenopatías.

Se realizó lobectomía inferior izquierda por cirugía torácica videoasistida uniportal (Uniportal VATS), evidenciándose importantes adherencias pleuroparenquimatosas y bullas subpleurales. La anatomía patológica mostró adenocarcinoma mucinoso invasivo, múltiples nódulos separados en el mismo lóbulo, correspondiente a pT3, con presencia de spread through air spaces (STAS) y bulla enfisematosa.

Discusión: El cáncer pulmonar asociado a espacios aéreos quísticos es infrecuente y subdiagnosticado. El engrosamiento de la pared o la aparición de componentes murales o nodulares constituyen signos de alarma. En nuestro paciente, la tomografía mostró una bulla gigante sin componente sólido sospechoso, por lo que la neoplasia no fue identificada antes de la cirugía.

El AMI presenta características histológicas y moleculares particulares y puede mostrar multifocalidad. En pacientes sometidos a resección quirúrgica, el estadio, la invasión pleural y la presencia de STAS se asocia con un peor pronóstico.

El STAS constituye un patrón de invasión y mayor riesgo de recurrencia luego de resecciones sublobares. La coexistencia de STAS y múltiples nódulos separados aporta particular interés anatomopatológico al caso.

No puede determinarse si el tumor se originó en la pared de la bulla o en el parénquima pulmonar adyacente. Por ello, resulta más prudente definirlo como un adenocarcinoma mucinoso invasivo asociado a enfermedad bullosa pulmonar.

Conclusión: La enfermedad bullosa puede enmascarar una neoplasia pulmonar y dificultar su diagnóstico radiológico. La coexistencia de adenocarcinoma mucinoso invasivo, múltiples nódulos separados, estadio pT3 y STAS constituye una presentación excepcional.

CC 111 - LAS MIL CARAS DE LA TOS : NEUMONIA INTERSTICIAL BRONQUIOLOCENTRICA.

Bárbara Carolina González[1]; Daniela Cabral[1]; Maria del Rosario Flores[1]; Ivana Vega[1]

[1] *Hospital Cecilio Perrando*

Paciente de 51 años, analfabeta, no tabaquista, con tos seca y disnea progresiva (mMRC 2) de dos años de evolución. Realizó múltiples consultas por tos, inicialmente catalogada como asma, sin respuesta al tratamiento instaurado. La persistencia del síntoma condicionaba significativamente sus actividades de la vida diaria. Fue evaluada por Otorrinolaringología, donde se realizó videolaringoscopia sin hallazgos relevantes; recibió tratamiento empírico para goteo posnasal y reflujo gastroesofágico, sin mejoría.

Ante la persistencia del cuadro fue derivada a nuestro centro. Una anamnesis exhaustiva permitió identificar exposición crónica a aves de corral, cabras, caballos, cerdos, roedores, importante moho intradomiciliario y antecedente laboral de manipulación de granos durante 12 años.

La tomografía computarizada de tórax evidenció vidrio esmerilado difuso, engrosamiento septal y bronquiectasias por tracción, con signo de las tres densidades. La espirometría mostró un patrón ventilatorio restrictivo severo, con descenso progresivo de la capacidad vital forzada (FVC de 1,35 L [42% del predicho] a 1,21 L [38% del predicho]). Debido al uso crónico de corticoides y ante la sospecha de infección oportunista, se realizó lavado broncoalveolar con cultivos bacteriológicos, micológicos y GeneXpert negativos; el panel inmunológico y las serologías también resultaron negativos.

La prueba de caminata de seis minutos mostró una caída de 9 puntos en la saturación de oxígeno (84%) a los cuatro minutos de iniciada la prueba, recorriendo 128 metros (24% del valor teórico) en aire ambiente, por lo que se indicó oxigenoterapia domiciliaria.

La integración de los antecedentes de exposición, los hallazgos tomográficos y la exclusión de otras causas de enfermedad pulmonar intersticial permitió establecer el diagnóstico de neumonía intersticial bronquiolocéntrica con patrón fibrosante. Inicialmente recibió tratamiento con prednisona y azatioprina; sin embargo, durante el seguimiento presentó progresión clínica, funcional y radiológica, cumpliendo criterios de fibrosis pulmonar progresiva. En consecuencia, se indicó tratamiento antifibrótico con nintedanib y se realizó derivación a Cuidados Paliativos y Servicio Social para acompañamiento terapéutico continuo

La tos a veces puede parecer un síntoma banal y en realidad puede representar el primer capitulo de una patología compleja y de mal pronostico, por ello es importante la evaluación integral del paciente, tanto ocupacional y domiciliario, junto con el seguimiento funcional y radiológico, que nos permite identificar precozmente la progresión de la enfermedad ; La medicina nos enseña que no todas las respuestas están en el primer diagnóstico. Algunas se esconden detrás de una tos que insiste, que desafía y que obliga a mirar más allá. A veces, aquello que parece un síntoma cotidiano es el primer capítulo de una enfermedad compleja. Solo una mirada integral, paciente y comprometida permite escribir el resto de la historia.

1) videolaringoscopia



Antec personales: DBT
Examen ORL
Videoendoscopia laringea con óptica Rigida de 70°
Orofaringe: paladar blando normal, amigdala palatina derecha congestiva
Base de lengua y lengua: amigdalas linguales normales
Laringe: cara laringe de epiglotis, repliegues aritenoepiglóticos, bandas ventriculares nor
congestiva y edematosa, signos indirectos de reflujo FL
CuerdasVocales: libres y moviles, buen cierre glótico durante la fonación.

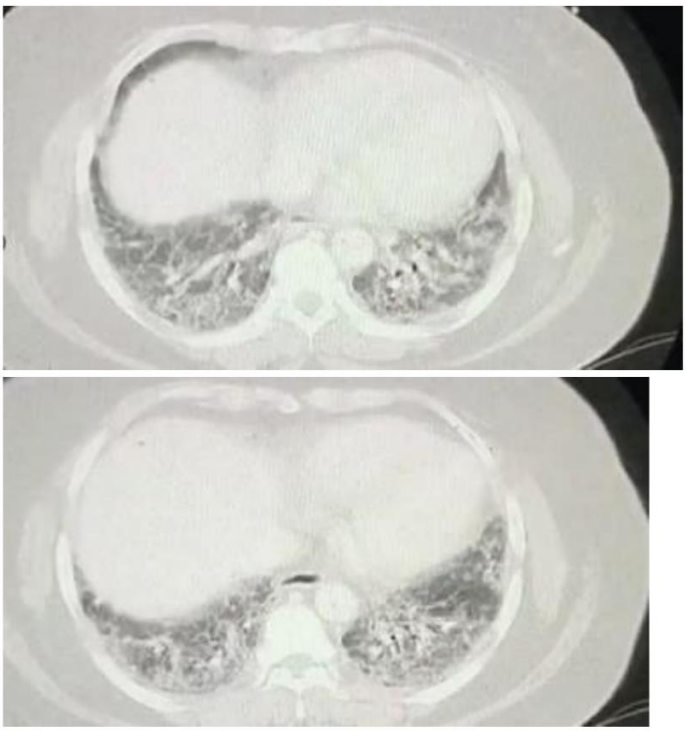
Tratamiento medico
Rogastril Plus 1 comp antes almuerzo y cena x 30 dias
Peptazol 40 mg 1 comp antes desayuno x 30 dias

Nebulizaciones c/ 20 gotas de Budesonide + 5 ml de solución fisiológica c/ 8 hs x 10 dias
No tomar mate, levantar cabecera cama con 2-3 ladrillo, respetar desayuno, almuerzo, merienda y
Control 1mes

Fecha 08/05/2025

Sáenz Peña: Clínica Avenida 293

2)Tomografía de torax mes de mayo 2025



CC 112 - CUANDO EL TABAQUISMO NO ES EL CULPABLE

Sebastian Vildoso[1]; L. Fernández Siri[1]; J. Padilla[1]; N. Frías[1]; Y. Correa[1]; G. Pellegrino[1]

[1] *Hospital San juan de Dios*

Introducción: La enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) generalmente se ha vinculado al tabaquismo, aunque en la actualidad se reconocen diversas etiopatogenias, entre las cuales la EPOC secundaria a infecciones se clasifica formalmente como COPD-I según las guías GOLD 2026. Dentro de esta clasificación la tuberculosis (TB) es un factor de riesgo independiente y determinante, originando secuelas funcionales hasta en el 60% de los pacientes, de los cuales un 21% evoluciona a un patrón obstructivo irreversible.

Caso clínico: Paciente femenina de 25 años, no tabaquista, con antecedente de abandono de tratamiento tuberculostático en 2022 y en 2024, consulta por disnea mMRC 4 y tos productiva, síndrome de impregnación bacilar con insuficiencia respiratoria tipo 2. Al examen físico se auscultaban roncus dispersos en ambos campos pulmonares.

Se solicitó tomografía de tórax donde se evidenció múltiples cavidades bilaterales en lóbulos superiores y patrón en mosaico, también microbiologia de esputo resultando positivo para geneXpert detectable alto sensible a rifampicina, se inicia cuádruple terapia antifímica y tratamiento broncodilatador de acción corta.

Tras cuatro meses de tratamiento internada se repite TACAR de tórax mostrando secuela de cavidades y persistencia de patrón en mosaico, además continuaba la hipoxemia e hipercapnia, por lo que se realizó:

Dosaje de alfa-1 antitripsina que resultó normal.

Pruebas funcionales respiratorias (PFR): VEF1/CVF PBD 52, VEF1 de 0.69 (16%) con PBD negativa, CVF 1.72 (42%), TLC 84%, RV 219%, RV/TLC 269.

Se interpreta el cuadro como EPOC secundario a TB, finalmente es dada de alta con oxigenoterapia domiciliaria, rehabilitación pulmonar trisemanal y triple terapia inhalada.

Luego de 7 meses de tratamiento tuberculostático se realizan PFR nuevamente: VEF1/CVF PBD de 53, VEF1 de 0.71L (21%) con PBD negativa, CVF 1.32L (37%), TLC 82, RV 224, RV/TLC 278 y una DLCO cor (29%), como estudio adicional se realiza centellograma V/Q que resulta positivo para TEP, cumpliendo tratamiento con anticoagulación.

Conclusión: Este caso resulta de interés porque muestra la necesidad de ampliar la sospecha de obstrucción al flujo aéreo más allá del perfil tabáquico clásico, considerando la EPOC como una secuela post-tuberculosis. Asimismo, destaca la importancia de implementar estrategias para asegurar una estricta adherencia al tratamiento tuberculostático para prevenir el daño pulmonar estructural irreversible y ante la persistencia de síntomas respiratorios crónicos en pacientes con antecedentes de TB, el seguimiento mediante pruebas funcionales respiratorias se consolida como una herramienta indispensable para identificar de forma temprana las secuelas obstructivas, permitiendo instaurar intervenciones oportunas que optimicen el pronóstico y la calidad de vida.

CC 113 - MANIFESTACIONES PULMONARES EN ESCLEROSIS TUBEROSA: COEXISTENCIA DE LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS E HIPERPLASIA MICRONODULAR NEUMOCITARIA MULTIFOCAL

Paula Penizzotto[1]; Matías Castro[1]

[1] *Hospital Italiano*

Introducción: La esclerosis tuberosa es una enfermedad genética autosómica dominante causada por mutaciones en los genes TSC1 o TSC2, que provocan activación de la vía mTOR. La principal manifestación pulmonar es la linfangioleiomiomatosis (LAM) que afecta hasta en un 30-60% de mujeres adultas y hasta un 10% de los varones . La segunda manifestación más frecuente es la hiperplasia micronodular neumocitaria multifocal (MMPH). Ambas entidades pueden coexistir en un 50 % de los casos. Se presenta el caso de una paciente con LAM y MMPH.

Caso clínico: Paciente de 45 años, no fumadora, con antecedente de esclerosis tuberosa de larga data, derivada para evaluación de hallazgos radiológicos incidentales. Se encontraba asintomática y las pruebas de función pulmonar fueron normales.

La tomografía computada de tórax evidenció múltiples nódulos subsólidos de distribución difusa y aleatoria, asociados a quistes pulmonares uniformemente distribuidos en ambos pulmones. La comparación con estudios previos no mostró cambios significativos en el número, tamaño ni características de las lesiones.

Considerando el antecedente de esclerosis tuberosa, la estabilidad radiológica y el patrón tomográfico característico, se planteó como diagnóstico más probable una hiperplasia multifocal micronodular de neumocitos (MMPH). Dada la alta sospecha diagnóstica y la ausencia de progresión, se decidió no realizar biopsia pulmonar y continuar con seguimiento clínico-radiológico.

Discusión y conclusión: Este caso resalta que el compromiso pulmonar de la esclerosis tuberosa no se limita a la LAM. La MMPH debe considerarse ante la presencia simultánea de múltiples micronódulos. Ambas entidades pueden coexistir.

CC 114 - MÁS ALLÁ DE LA IMAGEN: QUISTE BRONCOGÉNICO GIGANTE CON DESARROLLO DE PROTEUS SPP.

María Paula Arrechea[1]; Maria Bernarda Arias[1]; Augusto Aguirre[1]; Florencia Basile[1]; Adolfo Rosales[1]; Liliana Vila[1]; Hector Rivero[1]

[1] *Hospital Municipal de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer.*

Introducción: Los quistes broncogénicos son malformaciones congénitas derivadas de alteraciones del árbol traqueobronquial. Se localizan predominantemente en el mediastino. Su contenido proteináceo, mucoso o infectado puede aumentar la atenuación tomográfica y simular una masa sólida.

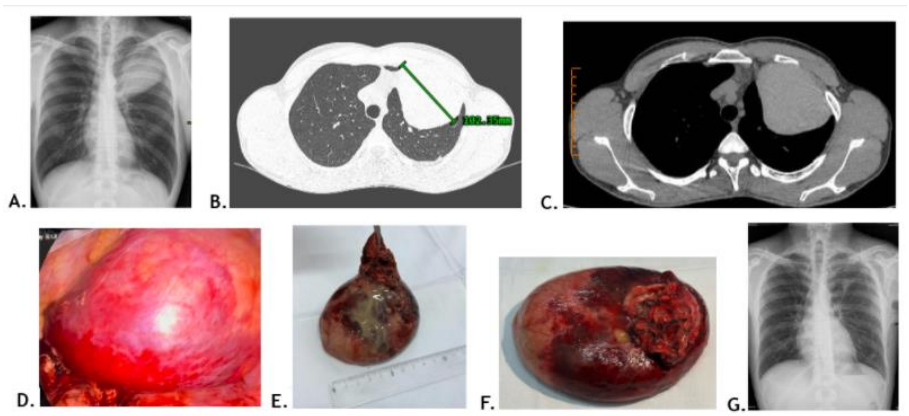
Caso clínico: Paciente de 29 años, con un año de odinofagia y malestar general, y posteriormente disnea, toracodinia, dolor dorsal y episodios de hemoptisis. La radiografía evidenció una imagen expansiva en el hemitórax izquierdo (Figura 1A). La tomografía mostró una formación homogénea de aproximadamente 10 cm, en relación con el lóbulo superior izquierdo, en contacto con pleura y estructuras mediastinales, de características no concluyentes para una lesión quística, planteándose el diagnóstico diferencial con neoplasia (Figura 1B-C). Ante la progresión sintomática se indicó cirugía. Mediante abordaje uniportal-vats se identificó una formación quística gigante, con base de implantación en pericardio e hilio pulmonar izquierdo, adherida al lóbulo superior (Figura D). Se realizó disección, preservando los vasos pulmonares, con exéresis completa. Al exteriorizarla se evidenció contenido mucoso, espeso y verdoso, del cual se tomó muestra para estudio microbiológico (Figura 1E-F). Anatomía patológica confirmó quiste broncogénico, con epitelio respiratorio ciliado, glándulas seromucosas y cartílago hialino. El cultivo evidenció desarrollo de Proteus spp, compatible con infección secundaria. Evolucionó favorablemente y fue dado de alta con control radiológico sin particularidades (Figura 1G).

Figura 1 A. RX inicial. B-C. Tomografía en ventanas pulmonar y mediastínica. D. Hallazgo intraoperatorio. E-F. Pieza quirúrgica. G. RX postoperatoria.

Discusión y conclusiones: Los quistes broncogénicos pueden simular lesiones neoplásicas cuando presentan contenido de alta atenuación o características anatómicas complejas. En una serie de 83 casos, el 53% fue mal diagnosticado mediante tomografía, incluyendo lesiones interpretadas como cáncer de pulmón. La infección puede modificar el contenido del quiste y,

consecuentemente, su expresión radiológica, dificultando su reconocimiento [1,2]. Los quistes gigantes asociados a infecciones recurrentes constituyen una presentación infrecuente y pueden requerir resección quirúrgica.

El interés del caso radica en su gran volumen, apariencia radiológica no quística, relación con pericardio e hilio pulmonar y desarrollo de Proteus spp. La exéresis completa permitió establecer el diagnóstico definitivo. El caso destaca la importancia de considerar el quiste broncogénico ante masas torácicas voluminosas, aun cuando la imagen sugiera neoplasia.



CC 115 - NEUMONÍA ORGANIZADA Y EL DIAGNÓSTICO DE UNA ENFERMEDAD AUTOINMUNE

Sebastian Vildoso[1]; J. Padilla[1]; L. Fernández Siri[1]; N. Frías[1]; Y. Correa[1]; A. Lardizábal[1]

[1] *Hospital San Juan De Dios*

Introducción: La neumonía organizada representa un patrón de daño pulmonar que puede constituir la manifestación inicial, e incluso única, del síndrome antisintetasa (SAS) en su fenotipo puramente pulmonar. Esta presentación exige el uso de criterios de clasificación validados, entre los sistemas más relevantes destacan los propuestos por Solomon et al. (2011) y Connors et al. (2010). Mientras que los criterios de Solomon exigen la presencia concomitante de múltiples manifestaciones multisistémicas, el esquema de Connors ofrece una mayor sensibilidad ya que permite confirmar el diagnóstico mediante anticuerpo antisintetasa positivo asociado al compromiso pulmonar.

Caso Clínico: Paciente femenina de 62 años, tabaquista de 80 paquetes-año, consultó por disnea mMRC 4 y tos seca de seis meses de evolución. Al examen físico presentaba saturación de oxígeno de 88% respirando aire ambiente y rales crepitantes bibasales tipo velcro, se solicitó tomografía de tórax que mostró áreas bilaterales de vidrio esmerilado asociadas a una consolidación en lóbulo medio con broncograma aéreo compatible con patrón de neumonía organizada.

Para definir etiología se realiza:

El lavado broncoalveolar descartó etiología infecciosa.

El perfil inmunológico evidenció FAN 1/640 con patrón citoplasmático y anti-PL12 positivo.

La evaluación funcional respiratoria mostró relación VEF1/CVF de 82%, CVF 1,22 L (43%), VEF1 1,0 L (45%) sin respuesta broncodilatadora, TLC 55%, VR 73%, relación VR/TLC 134% y DLCO corregida del 44%.

El Ecocardiograma estimó una PSAP de 55 mmHg y el cateterismo cardíaco derecho confirmó hipertensión pulmonar precapilar.

Se evalúa el caso junto con Reumatología y se interpreta el cuadro como un síndrome antisintetasa bajo los criterios de Connors, sustentado por la positividad del anti-PL12, debido a su asociación con mayor riesgo de progresión de enfermedad pulmonar intersticial y su peor pronóstico. Se indicó tratamiento con micofenolato, corticoides orales y treprostinil inhalado.

Al año de seguimiento presentó mejoría de la disnea, estabilización funcional VEF1/CVF 79, CVF 1,30 L (45%), VEF1 1,03 L (45%), TLC 58%, VR 69%, relación VR/TLC 120% y DLCO corregida 66% y mejoría ecocardiográfica.

Conclusión: En este caso clínico se aplicaron los criterios de Connors que resultan determinantes en el SAS de fenotipo predominantemente pulmonar. La identificación del anticuerpo específico anti-PL12 en el contexto de una neumonía organizada validó el diagnóstico definitivo a pesar de la ausencia de miositis clínica. Esta interpretación tuvo implicancias pronósticas y terapéuticas, justificando una estrategia inmunosupresora dirigida y temprana, que se asoció con mejoría clínica, estabilización funcional y ecocardiográfica durante un año de seguimiento.

CC 116 - FIBROSIS QUÍSTICA EN EL ADULTO: CUANDO EL TEST DEL SUDOR NO ES SUFICIENTE

Esteban Cruz Lallee[1]; Lucía Fernández Siri[1]; Jesús Padilla[1]; Jonathan Murillo[1]; Yesica Correa[1]; Ana Luz Sánchez[1]

[1] *Servicio de Neumonología, Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos (HIEAyC) San Juan de Dios, La Plata.*

Introducción: La fibrosis quística presenta una incidencia estimada en Argentina de 1 cada 6.500-7.000 nacidos vivos. En los adultos, el diagnóstico suele ser más complejo, especialmente en pacientes con bronquiectasias sin etiología definida, siendo el test del sudor la prueba diagnóstica inicial con sensibilidad y especificidad >95%. Esta patología se asocia a complicaciones infecciosas por diferentes microorganismos de difícil manejo, como las micobacterias no tuberculosas, las cuales se observan en hasta un 30% de los pacientes con fibrosis quística, alcanzando una mortalidad estimada en un 60%; por ello, su aislamiento, particularmente el de Mycobacterium abscessus, debe motivar la búsqueda de esta enfermedad.Caso clínicoPaciente de 24 años de edad, internada por bronquiectasias agudizadas, con antecedentes de sinusitis crónica y poliposis nasal, presenta baciloscopia positiva, por lo que se inició tratamiento tuberculostático. Posteriormente se detecta la

presencia de Mycobacterium Abscessus en cultivo, se suspende HRZE y se inició tratamiento dirigido a sensibilidad con linezolid, azitromicina, ciprofloxacina, TMS e imipenem, con mejoría parcial. Continuando el estudio de las bronquiectasias, y debido a la alta asociación entre MNT y fibrosis quística se solicitó test genético, ya que la paciente presentaba 2 test de sudor negativos, el cual informa la presencia de una mutación categorizada como de significado incierto del gen CFTR (c.2900T>C) en heterocigosis, interpretándose como FQ e iniciando posteriormente el tratamiento con ivacaftor-tezacaftor, con mejoría en la clínica respiratoria.Posteriormente la paciente intercurre con un cuadro de insuficiencia respiratoria asociado a shock séptico. Finalmente fallece en UTI tras 20 días de internación.

Discusiones y conclusiones: Este caso resalta la importancia de realizar la búsqueda etiológica de fibrosis quística en adultos jóvenes con bronquiectasias, especialmente cuando existen estudios iniciales negativos y manifestaciones clínicas sugestivas, así como de sus complicaciones asociadas. En los pacientes con alta sospecha de FQ y de enfermedades relacionadas con CFTR se dispone de pruebas genéticas para establecer el diagnóstico. Sin embargo, dado que muchas variantes de este gen aún tienen un significado incierto, la detección de una única variante no debe excluir el diagnóstico ni retrasar el tratamiento cuando la clínica es compatible. Por ello, en estos casos continúa siendo indispensable integrar los hallazgos clínico

CC 117 - CUANDO LAS SIMILITUDES ENGAÑAN: RECAÍDA DE UN LINFOMA SIMULANDO TUBERCULOSIS DISEMINADA

Andrea Aro Arias[1]; Fernando Alcoba Ramirez[1]; Rebeca Padilla Fernández[1]; Alejandra González[1]; Marcela Heres[1]

[1] *Hospital Posadas*

Introducción: La tuberculosis y el linfoma pueden compartir manifestaciones clínicas, radiológicas y sistémicas, lo que representa un importante desafío diagnóstico.

Presentamos un paciente con antecedente de linfoma no Hodgkin (LNH) y tuberculosis diseminada, en quien la recaída del linfoma simuló una reactivación de tuberculosis (TB).

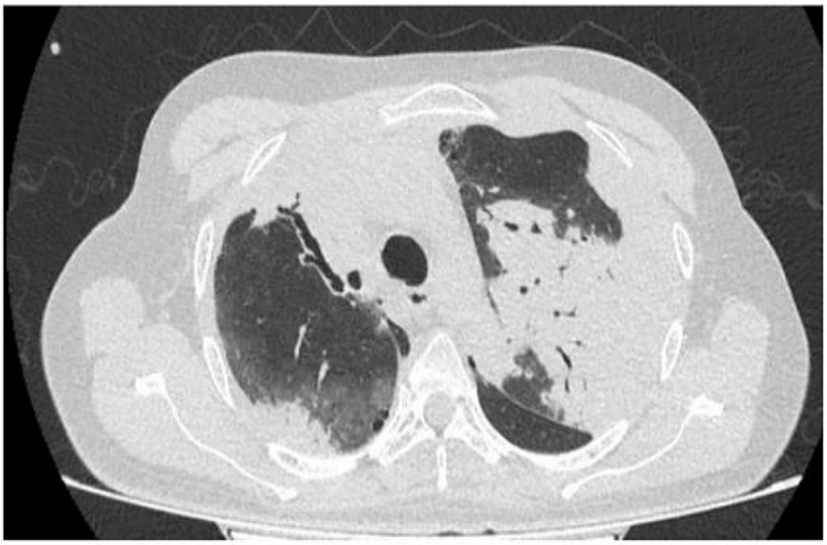
Caso clínico: Paciente masculino de 32 años con diagnóstico de LNH en julio del 2024, al mes por síndrome febril, se diagnosticó tuberculosis diseminada (pulmonar e intestinal), recibió un año de tratamiento antituberculoso con buena evolución. Recibió tratamiento R-CHOP y radioterapia mediastínica hasta noviembre del 2025, se consideró en remisión.

Consultó en marzo del 2026 por deterioro del estado general, astenia y vómitos, con adenopatía supraclavicular derecha. La TC de tórax evidenció consolidación apical izquierda, infiltrados pulmonares bilaterales y adenopatías mediastinales. La ecografía renal informó lesiones nodulares bilaterales hiperecogénicas, sugestivas de formaciones granulomatosas. Se interpretó como reactivación de tuberculosis diseminada versus recaída del linfoma. Inicio tratamiento antituberculoso empírico.

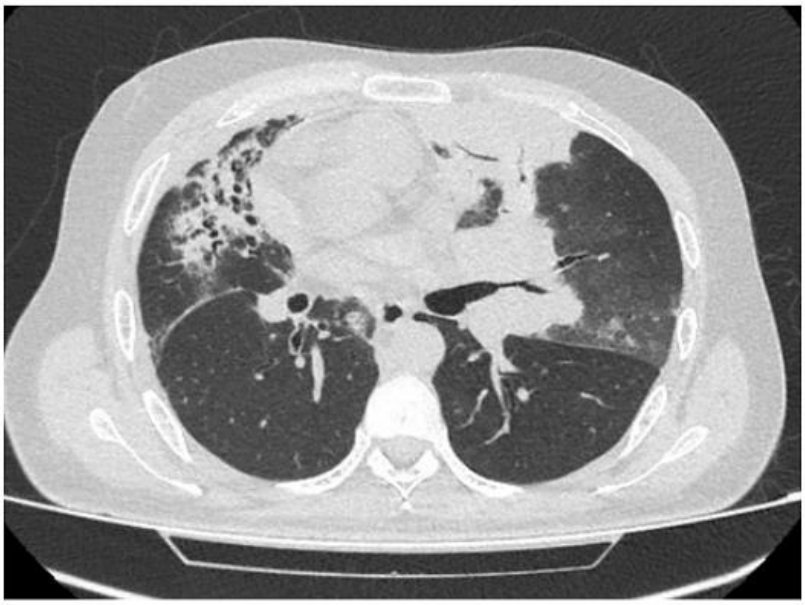
Los estudios microbiológicos del lavado broncoalveolar para Mycobacterium tuberculosis (baciloscopia, GeneXpert y cultivos), micosis profundas, galactomananos resultaron negativos. Evolucionó con deterioro clínico y hepatotoxicidad, por lo que se suspendió tratamiento antituberculoso.

Se realizaron biopsias bronquial, renal y ganglionar, que confirmaron infiltración por linfoma difuso de células B grandes, subtipo post-centrogerminal (activated B-cell-like). Se inició tratamiento con rituximab. El paciente presentó deterioro clínico progresivo, compromiso multiorgánico y falleció durante la internación.

Discusión: La diferenciación entre la reactivación de TB y la recaída del linfoma representa un desafío diagnóstico por la superposición de manifestaciones clínicas e imagenológicas. Este caso, resalta la importancia de obtener muestras histológicas y microbiológicas para el enfoque terapéutico adecuado. La recaída precoz del linfoma y el subtipo probablemente contribuyeron al desenlace desfavorable.







CC 118 - TOXICIDAD PULMONAR ASOCIADA A BENDAMUSTINA

Karen Cama[1]; Oscar Céspedes[1]; Ana López[1]; Alejandra González[1]; Analia Santos[1]

[1] *Hospital Nacional Prof. Alejandro Posadas*

Introducción: La toxicidad pulmonar inducida por fármacos constituye un diagnóstico complejo, particularmente en pacientes oncohematológicos, en quienes las infecciones, la progresión de la enfermedad y las complicaciones cardiovasculares pueden presentar manifestaciones clínicas y radiológicas superpuestas. La toxicidad por bendamustina es infrecuente.

Caso clínico: Paciente femenina de 42 años con antecedentes de: linfoma folicular estadio IVB (2024), refractario a múltiples líneas de tratamiento (R-CHOP, ESHAP, zanubrutinib y obinutuzumab), con requerimientos transfusionales e internaciones previas por infecciones respiratorias. Ingresó por cuadro de 1 semana de evolución caracterizado por dolor abdominal y fiebre. TC de tórax:derrame pleural izquierdo y consolidación en base izquierda. Debido a la persistencia de los infiltrados y fiebre, pese a múltiples esquemas antimicrobianos, se realizó fibrobroncoscopía con lavado broncoalveolar (BAL): gérmenes comunes, Mycobacterium tuberculosis, GeneXpert, micosis profundas y galactomanano resultaron negativos. Se detectó rinovirus en hisopado nasofaríngeo.

Ante la persistencia del síndrome febril, interpretado en relación con su enfermedad de base, recibió bendamustina. Posteriormente presentó deterioro respiratorio progresivo con aumento del requerimiento de oxígeno. Nueva TC de tórax evidenció progresión de los infiltrados pulmonares bilaterales y áreas en vidrio esmerilado. Evolucionó con insuficiencia respiratoria aguda, requirió ventilación no invasiva.

En ausencia de aislamientos microbiológicos que justificaran la progresión pulmonar y la relación temporal con la administración de bendamustina, se planteó como diagnóstico toxicidad pulmonar inducida por fármacos,recibió tratamiento con corticoides sistémicos.

Durante la evolución presentó sobrecarga hídrica e insuficiencia renal aguda, deterioro respiratorio y hemodinámico con necesidad de intubación orotraqueal, ventilación mecánica invasiva y drogas vasoactivas. Se aisló Klebsiella pneumoniae en hemocultivos con evolución a shock séptico y falla multiorgánica.

Discusión: La aparición de insuficiencia respiratoria con infiltrados bilaterales en pacientes oncohematológicos plantea un amplio diagnóstico diferencial que incluye infección, infiltración neoplásica, edema pulmonar y toxicidad farmacológica. En este caso, la progresión radiológica y respiratoria en relación temporal con bendamustina, junto con la ausencia inicial de aislamientos microbiológicos en BAL y cultivos, sustentaron la sospecha de toxicidad pulmonar. La evolución con sobrecarga hídrica y bacteriemia dificultaron establecer la evolución de la toxicidad pulmonar.

Conclusión: Este caso destaca la dificultad de establecer el diagnóstico de toxicidad farmacológica en pacientes inmunocomprometidos, en quienes pueden coexistir simultáneamente causas infecciosas y no infecciosas de compromiso pulmonar.

CC 119 - QUILOTÓRAX EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE LINFOMA NO HODGKIN: DIAGNÓSTICO INESPERADO DE TUBERCULOSIS PLEURAL. REPORTE DE UN CASO

María José Páez[1]; Ariel Aranda[1]; Carolina Mendía[1]; Nerina Garcìa[1]; Paola Brunetti[1]; Fabiána Montaldo[1]; Bárbara Coco[1]

[1] *Hospital Maria Ferrer*

Introducción: El quilotórax es una entidad clínica causada por la ruptura u obstrucción del conducto torácico, lo que provoca la fuga de quilo hacia el espacio pleural. Se presenta con mayor frecuencia como una complicación de la invasión neoplásica o posterior a procedimientos quirúrgicos cardiotorácicos. El linfoma constituye la principal causa de quilotórax no traumático, siendo responsable del 75% de los casos de origen maligno. La tuberculosis pleural como causa de quilotórax es excepcional y representa un desafío diagnóstico, particularmente en pacientes con antecedentes oncohematológicos. La coexistencia de quilotórax, antecedente de linfoma no Hodgkin y diagnóstico microbiológico de tuberculosis pleural es excepcional y cuenta con escasos casos publicados.

Caso Clínico: Paciente con antecedente de linfoma no Hodgkin tratado con quimioterapia un año previo, acude a control por consultores externos de cirugía de tórax para toracocentesis diagnóstica de derrame pleural derecho, se realiza procedimiento donde se obtiene líquido pleural de aspecto turbio por lo que se decide colocar tubo de avenamiento pleural, con drenaje de 2500 ml, se envían muestras a laboratorio clínico para análisis fisicoquímico donde informan la presencia de 1235 triglicéridos y predominancia mononuclear 80%, se realiza detección de quilomicrones por lo que se confirma el diagnóstico de quilotórax, se indica dieta

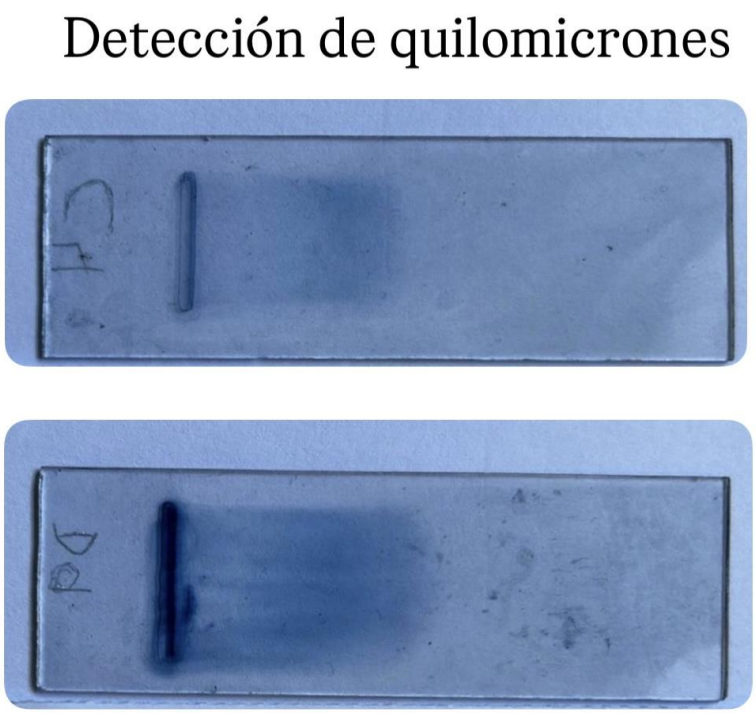
restringida en triglicéridos con evolución favorable, retirándose el drenaje pleural posteriormente sin complicaciones.

Durante la internación, los cultivos de pleura y líquido pleural desarrollaron inicialmente bacilos y cocos gram negativos, por lo que se inició tratamiento empírico con piperacilina/tazobactam. Posteriormente, los cultivos definitivos aislaron Acinetobacter spp. y Pseudomonas stutzeri, motivo por el cual en conjunto con infectología, se decide completar esquema antibiótico dirigido con meropenem y tigeciclina por 14 días.

El paciente evolucionó favorablemente y se otorgó el alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio. Durante el control por consultores externos se recibe resultado de cultivo positivo para Mycobacterium tuberculosis en líquido pleural por lo que se inició tratamiento antifímico con buena tolerancia y evolución.

Conclusiones: El quilotórax secundario a tuberculosis es una entidad infrecuente cuyo mecanismo fisiopatológico incluye la obstrucción o infiltración del conducto torácico por adenopatías tuberculosas. En pacientes con antecedentes de linfoma, la presencia de quilotórax suele atribuirse inicialmente a la enfermedad oncológica.

Aunque el antecedente de linfoma orienta inicialmente hacia una etiología neoplásica del quilotórax, este caso demuestra la importancia de mantener una búsqueda etiológica amplia. La confirmación microbiológica de Mycobacterium tuberculosis en líquido pleural permitió establecer el diagnóstico definitivo e instaurar tratamiento específico, resaltando la necesidad de incluir la tuberculosis en el diagnóstico diferencial del quilotórax, especialmente en áreas endémicas como nuestro país.



CC 120 - CUANDO NO TODO ES INFECCIÓN: NEUMONITIS POR CICLOFOSFAMIDA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDA

Oscar Céspedes[1]; Analia Santos[1]; González Alejandra[1]; Cama Karen[1]

[1] *Hospital Posadas*

Introducción: La toxicidad pulmonar inducida por ciclofosfamida es una complicación infrecuente. Su diagnóstico resulta desafiante en pacientes inmunosuprimidos con infiltrados pulmonares, donde la infección es la principal sospecha inicial. Se presenta un caso de toxicidad pulmonar por ciclofosfamida en una paciente inmunosuprimida.

Caso clínico: Mujer de 79 años con antecedentes de asma bronquial, insuficiencia renal crónica e insuficiencia suprarrenal. Se interna por anemia hemolítica autoinmune. Ante la falta de respuesta a pulsos de metilprednisolona recibió ciclofosfamida 1gr Endovenosa (EV). La radiografía de tórax previa al tratamiento era normal.

Cuatro días después presentó disnea Mmrc IV e hipoxemia. La tomografía de tórax evidenció consolidaciones parcheadas en lóbulos superiores, a predominio peribroncovascular asociadas a opacidades en vidrio esmerilado. Inició piperacilina tazobactam (EV)

El ecocardiograma fue normal. ProBNP 80 pg/mL. Se realizó fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar (BAL): cultivo gérmenes comunes, micológico, cultivo koch y GeneXpert: negativos. Citológico: negativo. No se observaron siderófagos.

Frente a estos resultados, se interpreta como toxicidad pulmonar por ciclofosfamida y se suspenden nuevos ciclos. La paciente evolucionó favorablemente, con resolución de la hipoxemia e infiltrados pulmonares. Continuó con meprednisona 40mg día por su patología de base.

Discusión: La toxicidad pulmonar por ciclofosfamida es una complicación infrecuente y su diagnóstico continúa siendo por exclusión. Su incidencia exacta es desconocida, ya que la evidencia proviene de series de casos y reportes aislados. Las revisiones disponibles la estiman en alrededor del 1%.

La literatura describe dos formas clínicas de toxicidad pulmonar: La neumonitis aguda precoz, potencialmente reversible, y la fibrosis pulmonar tardía, generalmente irreversible.

Las formas agudas suelen manifestarse con opacidades en vidrio esmerilado y consolidaciones bilaterales compatibles con neumonía organizada y en los cuadros más graves con daño alveolar difuso.

Conclusiones: En pacientes inmunosuprimidos, la aparición de infiltrados pulmonares tras la administración de ciclofosfamida puede orientar a toxicidad y no debe atribuirse exclusivamente a una etiología infecciosa. La relación temporal con el fármaco, los hallazgos tomográficos, la exclusión de otras causas mediante BAL y la respuesta a la suspensión del

fármaco permiten reconocer precozmente esta complicación y evitar intervenciones diagnósticas y terapéuticas innecesarias.

CC 121 - MANEJO ENDOSCÓPICO DE LA OBSTRUCCIÓN CRÍTICA DE LA VÍA AÉREA PRINCIPAL

Pamela Alejandra Becerra Espinosa[1]; José Alejandro Moreira Sornoza[1]; María Fernanda Rosales Peralta[1]; Miguel Eduardo Jarrín Estupiñán[1]

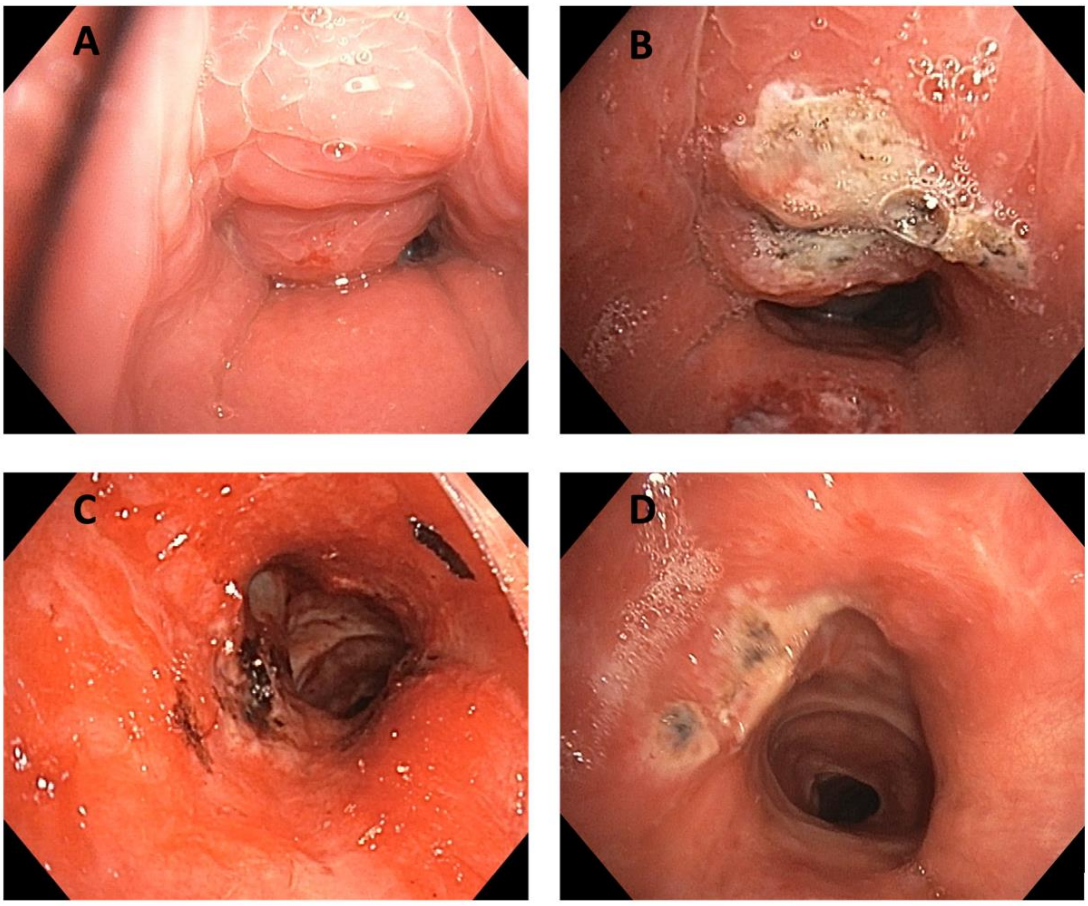
[1] *Hospital SOLCA*

Introducción: Las estenosis traqueales son procesos inflamatorios crónicos que se caracterizan por una disminución de la luz traqueal, las cuales pueden ser congénitas o adquiridas. Las estenosis congénitas son más comunes en pacientes pediátricos, mientras que las adquiridas se clasifican en benignas no tumorales y tumorales, estas últimas pueden ser benignas o malignas. Las estenosis benignas no tumorales suelen ser iatrogénicas y están asociados con traumatismos relacionados con la asistencia de la vía aérea, representando un 86% de los casos. Entre las causas iatrogénicas se incluye la intubación prolongada, la presión excesiva del tubo endotraqueal y la traqueostomía. La broncoscopia intervencionista es una técnica eficaz para tratar las estenosis de la vía aérea, con una baja tasa de mortalidad y complicaciones leves.

Reporte de caso: Paciente de 70 años con antecedente de cáncer papilar de tiroides tratado mediante tiroidectomía radical, que acudió por emergencia debido a disnea y estridor laríngeo que llevó a realizar una traqueostomía de emergencia. Con el objetivo de considerar la decanulación, se realizó una broncoscopia que reveló una lesión subglótica a 1 cm de las cuerdas vocales, en la cara anterior, con biopsia negativa para malignidad, que causaba una obstrucción del 90% de la luz. Se realizó la exéresis del granuloma subglótico con el uso de crioterapia y APC, con la técnica de debulking, extrayéndose múltiples fragmentos (60% de la lesión). En la broncoscopia de seguimiento, se observó que la lesión se encontraba presente con tejido de granulación, obstruyendo el 40% de la luz. En un segundo procedimiento, se utilizó crioterapia y APC con técnica de debulking para extraer el 90% de la lesión restante. Se retiró la cánula de traqueostomía y se eliminó el remanente de la lesión. Se llevó a cabo una dilatación con balón de 12 a 15 mm, con apnea de 30 segundos a 3, 6 y 8 atmósferas de presión. En el examen de seguimiento se evidenció que la luz traqueal estaba al 80%. Después de la decanulación, la paciente no presentó síntomas respiratorios y las pruebas de función pulmonar fueron normales. No se registraron complicaciones durante los procedimientos.

Discusión y conclusiones: La estenosis de la vía aérea afecta significativamente la calidad de vida. Es la complicación más común asociada a la traqueotomía, aunque solo entre el 3% y el 12% resultan sintomáticos. Los síntomas no se presentan hasta que la luz traqueal se reduce en un 50%, manifestándose disnea cuando la luz es menor a 10 mm y estridor cuando es menor a 5 mm. La evaluación endoscópica es esencial, junto con pruebas de función respiratorias e imágenes. Las estenosis cortas de la tráquea con desestructuración significativa son indicativas de resección quirúrgica. Cuando esto no es factible, la dilatación y/o colocación

de una prótesis pueden ser alternativas eficaces. El tratamiento endoscópico representa una opción menos invasiva con menos complicaciones, aunque se ha observado una alta taza de recurrencia.



CC 122 - NODULO PULMONAR SOLITARIO Y SARCOIDOSIS ¿DIAGNÓSTICO DEFINITIVO?

Jonathan Murillo Arroyo[1]; Lucia Fernández Siri[1]; Jesus Padilla[1]; Esteban Cruz Lalle[1]; Correa Yésica[1]; Ana Sánchez[1]

[1] *Hospital San Juan De Dios*

Introducción: El abordaje del nódulo pulmonar solitario (NPS) parcialmente sólido implica desafíos diagnósticos y de seguimiento, principalmente por su asociación con procesos neoplásicos. El diagnóstico diferencial incluye etiologías infecciosas e inflamatorias, entre ellas la sarcoidosis, cuya presentación nodular es infrecuente (2,4 - 4% de los casos) siendo excepcional su presentación como NPS. Esta situación adquiere especial relevancia en pacientes de edad avanzada y con múltiples comorbilidades, donde la indicación de procedimientos invasivos exige una cuidadosa valoración del riesgo-beneficio.

Caso clinico: Paciente femenina de 77 años que presenta dolor torácico inespecífico de 3 meses de evolución, con antecedentes de HTA, DBT, ICC y obesidad, se presenta a la consulta con una tomografía de tórax de alta resolución (TACAR) donde se evidenció un nódulo

pulmonar en el segmento posterior del LID de 7mm de diámetro con 5 mm de componente sólido.Durante el seguimiento inicial se realizaron TACAR a los 3 y 6 meses, sin evidenciar cambios evolutivos. Tras un período de 18 meses sin controles neumonológicos, la paciente regresó, objetivandose en una nueva tomografía adenomegalias mediastinales y estabilidad del nódulo. Se solicitó una tomografía por emisión de positrones con tomografía computarizada (PET-TC), que mostró ausencia de captación metabólica en el nódulo pulmonar, con hipercaptación en adenopatías hiliares bilaterales y en las estaciones paratraqueales derechas (SUV máx 7). Ante la sospecha de proceso neoplásico primario, se realiza biopsia de adenopatías captantes mediante mediastinoscopia. El estudio anatomopatológico de las estaciones ganglionares 2R y 4R reveló múltiples granulomas epitelioides de pequeño tamaño, no necrotizantes, sin evidencia de células neoplásicas atípicas, compatibles con sarcoidosis. Dado que la paciente permaneció asintomática durante todo el seguimiento y el nódulo pulmonar mantuvo estabilidad radiológica, se decidió continuar con vigilancia clínica e imagenológica seriada.

Discusión y conclusión: Este caso resulta de interés por la controversia diagnóstica que plantea la presencia de un nódulo pulmonar solitario en el contexto de una confirmación histológica de sarcoidosis. Dado que los nódulos subsólidos persistentes, especialmente aquellos con componente sólido, presentan un riesgo reconocido de malignidad, la sarcoidosis nodular, aunque infrecuente, constituye una manifestación descrita de la enfermedad y podría plantearse como unificadora de los hallazgos imagenológicos. Sin embargo, en ausencia de confirmación histológica del nódulo pulmonar, no es posible atribuir con certeza ambas manifestaciones a una única entidad. En consecuencia, resulta imprescindible mantener un seguimiento radiológico longitudinal del nódulo conforme a las recomendaciones vigentes de las guías de la Fleischner Society.

CC 123 - ENFERMEDAD PULMONAR EN CONTEXTO DE COLANGITIS BILIAR PRIMARIA ¿MANIFESTACIÓN EXTRAHEPÁTICA O CONECTIVOPATÍA SUBYACENTE?

Nahuel Frias[1]; Fernández Siri Lucia[1]; Jesus Padilla[1]; Sebastián Vildoso[1]; Correa Yesica[1]; Ana Sánchez[1]

[1] *Hospital San Juan de Dios*

Introducción: La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) constituye una manifestación extrahepática poco conocida de la colangitis biliar primaria (CBP), con una prevalencia cercana al 15%. En aproximadamente el 40% de los pacientes con EPI asociada a CBP no se identifica una enfermedad del tejido conectivo concomitante. Sin embargo, esta última presenta una elevada asociación con enfermedades del tejido conectivo, lo que plantea el interrogante de si el compromiso pulmonar representa una manifestación extrahepática o la expresión de una conectivopatía subyacente.

Caso clínico: Paciente femenina, de 61 años, con antecedente de CBP, que consulta por disnea mMRC II y tos seca de un año de evolución. Al examen físico se encontraba en buen estado

general, con saturación de oxígeno de 98% al aire ambiente, y se auscultan rales crepitantes tipo "velcro" bibasales. Se realizan los siguientes estudios complementarios:

Tomografía de tórax: Compromiso intersticial con áreas de vidrio esmerilado de predominio subpleural y basal posterior asociado a pérdida volumétrica, sin reticulación ni lesiones quísticas, compatible con patrón NINE.

Perfil inmunológico: FAN positivo 1:160, anticuerpos anti-ADNdc, FR, anti-CCP,anti-Ro, anti-La, anti-Sm, anti-RNP y anti-Scl-70: negativos.

Estudio funcional respiratorio: espirometría con disminución de la CVF: 1,60 L (63%), FEV1: 1,51L (75%) con una relación de VEF1/CVF: 95%, sin respuesta broncodilatadora. La TLC: 3,74L (90%), RV: 1,93 L (113%) y una relación RV/TLC: 129%. La DLCOcor 88%. TM6M: recorrió 324 metros (62,9% del valor predicho), con descenso de la saturación de oxígeno del 96% al 94%, disnea moderada (Borg 3), la recuperación de la frecuencia cardiaca fue de 14 latidos/min y frecuencia cardíaca máxima del 83%.

Se realiza discusión multidisciplinaria, interpretando el cuadro como una enfermedad pulmonar intersticial asociada a CBP. Se decide iniciar tratamiento con micofenolato, manteniendo el tratamiento específico para la CBP con ácido ursodesoxicólico. Actualmente la paciente continúa en seguimiento con buena respuesta clínica.

Discusión y conclusión: La integración de los hallazgos clínicos, funcionales, radiológicos e inmunológicos, junto con la ausencia de manifestaciones clínicas y serológicas de una enfermedad del tejido conectivo definida, permitió establecer el diagnóstico de enfermedad pulmonar intersticial asociada a colangitis biliar primaria y orientar la estrategia terapéutica. No obstante, la frecuente asociación entre ambas entidades y la presencia aislada de anticuerpos antinucleares justifica un seguimiento clínico, inmunológico y funcional, dado que podría modificar el diagnóstico, el pronóstico y el abordaje terapéutico del paciente.

CC 124 - MANEJO QUIRURGICO DE LAS HEMOPTISIS

Loreley Toresan[1]

[1] *Hospital Donacion Santojanni*

Introducción: La hemoptisis se define como la expectoración de sangre proveniente del árbol traqueobronquial. Las arterias bronquiales constituyen el origen de la mayoría de estas, aunque también pueden proceder de arterias sistémicas no bronquiales. Su etiología, obedecen a causas inflamatorias que pueden afectar tanto la vía aérea como el parénquima pulmonar, neoplasias e infecciones. Se debe considerar además la presencia de cuerpo extraño, traumatismos, coagulopatías y complicaciones secundarias a procedimientos. Pueden clasificarse como leves (150 ml/día) o masivas (200 ml o más de una sola vez o > 600 ml/día), y como no amenazantes o amenazantes, según compromiso vital.

Casos clinicos:

N° 1: Paciente masculino de 68 años, con antecedentes de EPOC, tabaquismo de 102 pack year, enolismo, chagas y TBC pulmonar con tratamiento completo en el año 2002. Derivado de Neumología tras reiterados episodios de hemoptisis desde 2023, los últimos de carácter amenazante pese a múltiples embolizaciones. La tomografía de tórax evidenció imágenes cavitarias en ambos lóbulos superiores, con lesión en lóbulo superior derecho de 50x32 mm y sospecha de aspergiloma. Cultivo de aspirado de secreciones positivo para Pseudomonas y Acinetobacter. En ateneo multidisciplinario se decidió realiza lobectomía superior derecha. El paciente fue extubado e inició kinesiología respiratoria al segundo día postoperatorio, con adecuada tolerancia al dolor y cese total de hemoptisis.

N°2: Paciente masculino de 18 años de edad, con múltiples episodios de hemotisis leves a moderadas de 2 años de evolución, con cultivos negativos y en la tomografia de tórax presentó el hallazgo de bronquietasias localizadas de Lobulo Inferior Izquierdo. En ateneo multidisciplinario se decidió la conducta quirúrgica de Lobectomia de Lobulo inferior izquierdo. La misma fue realizada sin presentar complicaciones posteratorias y sin presentar posterior a ello nuevos episodios de hemoptisis.

Discusión y conclusiones: La hemoptisis representa un desafío clínico por su potencial compromiso vital y la rápida desestabilización que puede producir sin un tratamiento oportuno. Su abordaje suele requerir un accionar multidisciplinario. Ante el fracaso del tratamiento endovascular con embolización y frente a hemoptisis persistente o recurrente con riesgo vital, la cirugía no debe demorarse cuando el paciente y la etiología permiten una resección pulmonar. En pacientes seleccionados, la lobectomía puede constituir una alternativa definitiva.

CC 125 - CUANDO EL ASMA NO ES SOLO ASMA: ABPA EN LA ERA DE LOS BIOLÓGICOS

Maria de Lourdes Kasiañuk[1]; Ana Maria Stok[1]; Ramón Rojas[1]; Damiana Martinez[1]; Cynthia Gallo[1]; Maria José Guzmán[1]; Cecilia Nagle[1]; Camila Dantur[1]; Mónica Castro[1]

[1] *Centro de investigaciones en patologias respiratorias*

El asma grave representa un desafío diagnóstico y terapéutico. La identificación de enfermedades asociadas puede modificar significativamente el manejo y la evolución clínica.

Paciente masculino de 75 años, con diagnóstico de asma grave tipo 2 eosinofílica de diez años de evolución, bronquiectasias y rinosinusitis crónica. Antecedentes de prótesis valvular aórtica y Parkinson.

Durante el año 2023, presentó múltiples infecciones respiratorias y exacerbaciones de asma. Se realizó tomografía de tórax que evidenció micronódulos, bronquiectasias cilíndricas e imagen en árbol en brote. Cultivo de esputo con aislamiento de Pseudomonas A., recibió tratamiento con ciprofloxacina 15 dias y azitromicina 20 días, con respuesta clínica parcial. Persistió con disnea y tos, realizando tratamiento con Trelegy y Frevia, además de rehabilitación respiratoria.

En enero de 2024 presentó un nuevo episodio de tos con expectoración purulenta, los estudios evidenciaron eosinofilia de 1.480 cél/µL, IgE total de 2.500 UI/mL e IgE específica para Aspergillus de 0,92, con cultivos bacteriológicos y micológicos de esputo negativos. Se confirma aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA). Inicia tratamiento con deltisona 20 mg/día durante 15 días, seguida de 10 mg/día durante otros 15 días y luego 4 mg tres veces por semana durante un mes, asociado azitromicina e itraconazol durante tres meses.

Continuó presentando exacerbaciones recurrentes. En agosto de 2024 se objetivó un incremento de la eosinofilia hasta 2.179 células/µL, niveles elevados de IgE y aislamiento de Aspergillus Niger en tres cultivos de esputo. Debido a la evolución desfavorable y al registro de 7 exacerbaciones, en octubre de 2024 se decidió iniciar tratamiento biológico con mepolizumab. Este se interrume en febrero de 2025 debido al desarrollo de herpes zóster, con la posterior indicación de Shingrix. Resuelto el cuadro, se reinicia el biológico en junio de 2025. Intercurre con infección respiratoria por Proteus mirabilis, tratada con trimetoprima-sulfametoxazol 10 días.

A fin del 2025 presentó evolución clínica favorable, con cultivos respiratorios negativos y tomografía de control sin hallazgos de lesión pleuroparenquimatosa, manteniendo el tratamiento mensual con mepolizumab.

Sin embargo, en marzo de 2026 presentó incremento de la disnea, elevación del FeNO y dos nuevas exacerbaciones, por lo que se evaluó la posibilidad de cambiar el tratamiento biológico a dupilumab. No obstante, tras la reevaluación, se decidió mantener mepolizumab.

Debido a la persistencia de la disnea, en junio de 2026 fue evaluado por el Servicio de Cardiología. Los estudios demostraron un NT-proBNP de 1.120 pg/mL, se indicó la realización de ecocardiograma.

El paciente continúa en control multidisciplinario, en tratamiento con mepolizumab, corticoides intermitentes, azitromicina e inhalados.

Se destaca la importancia de evaluar al paciente de forma integral, más allá del diagnóstico de asma. El abordaje multidisciplinario y el tratamiento biológico permitieron optimizar el manejo y mejorar la evolución clínica del paciente.

CC 126 - INCIDENCIA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE TUMORES DESMOIDES DE PARED TORÁCICA. EXPERIENCIA EN UN SERVICIO DE CIRUGÍA GENERAL

Loreley Toresan[1]; Carla Crocitta[1]; Candelaria Felice[1]; Pedro Fullone[1]; Valeria Garralda[1]

[1] *Hospital Donacion Santojanni*

Introducción: Los tumores desmoides o fibromatosis agresiva, son neoplasias de comportamiento localmente agresivo que representan menos del 5% de las neoplasias de la pared torácica. En la localización subescapular o dorsal plantea un diagnóstico diferencial con otras lesiones, principalmente con el elastofibroma dorsi, que son tumores benignos. Se presentará en el presente trabajo 3 casos que fueron dignosticados y tratados en el Servicio de

Cirugía General del Hospital de Agudos Donación Francisco Santojanni, por la especialidad de Cirugía Torácica y que tuvieron lugar en un período de 2 años.

Casos Clínicos:

Caso N° 1: Paciente femenina de 34 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, que consultó por una tumoración gigante de más de 17 cm de longitud localizada en la región dorsal izquierda. A la exploración física se constató una masa dura pétrea, firmemente adherida a planos profundos e inmóvil, de al menos 2 años de evolución y que le generaba dolor a la hiperextensión del miembro superior. Se realizó una biopsia quirúrgica, debido a que la infiltración osea de los cuerpos vertebrales imposibilitaba la resección completa.

Caso N°2: Paciente masculino de 57 años de edad que consultó por una tumoración en pared torácica derecha de 6 meses de evolución, asociada a secreción serosa espontánea a través de un trayecto fistuloso. Al examen físico presentó una masa blanda, poco móvil, eritematosa y umbilicada en la región subpectoral/flanco derecho.Se abordó por una toracotomía con resección en bloque de la masa tumoral las costillas 11ª y 12ª . El paciente evolucionó favorablemente, siendo dado de alta al tercer día posoperatorio (DPO) sin complicaciones. Posteriormente fue derivado al Servicio de Oncología para continuar tratamiento.Caso N° 3:Paciente masculino de 72 años que consulta por toración subescapular derecho de varios años de evolución y que en los últimos 8 meses habia aumentado rápidamente su tamaño. Dicha tumoración presentaba un diametro de 11 cm x 8 cm, duro petrea, no móvil, que le generaba dolor a la movilización del miembro superior. Se realizó una reseccion quirúrgica completa del tumor.

Discusión y conclusiones: Los tumores desmoides de la pared torácica representan un desafío diagnóstico y terapéutico para los cirujanos torácicos. En los 3 casos analizados, se evidencia como patrón común, un crecimiento rápido en los últimos meses previo a la valoración médica, pero que previamente comenzaron como lesiones indolentes.La decisión de una conducta quirúrgica resectiva completa es la terapéutica de elección. La confirmación histopatológica se realiza mediante la determinación de Beta-Catenina nuclear.Se sugiere la valoración por un equipo multidisciplinario para el tratamiento terepéutico de estas lesiones con alta tasa de recidiva y pronostico a largo plazo ominoso.

CC 127 - DINÁMICA CAMBIANTE DEL ENFOQUE TERAPÉUTICO EN UN PACIENTE CON HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA

Eileen Achig[1]; Joséfina Pace[1]; Liliana Favaloro[1]; Graciela Tuhay[1]; Gustavo Lev[1]; Roberto Favaloro[1]; Jorge Cáneva[1]

[1] *Hospital Universitario Fundación Favaloro*

Introducción: La hipertensión pulmonar tromboembólica crónica (HPTEC) es consecuencia de la organización y la transformación fibrótica de los trombos de las arterias pulmonares generando una obstrucción vascular crónica y remodelado de la microvasculatura. La endarterectomía pulmonar (EP) es el tratamiento de elección y ofrece la mejoría sintomática y

pronóstica en pacientes seleccionados, con una supervivencia mayor al 90% al año y cercana al 70% a los 10 años. La elegibilidad para la EP requiere la evaluación por un equipo multidisciplinario (EMD) especializado, que valore la localización y extensión de las lesiones, así como la hemodinamia.

Caso clínico: Masculino de 55 años con HPTEC diagnosticada en 2022. En la evaluación hemodinámica inicial por cateterismo cardíaco derecho (CCD) presentó una presión en aurícula derecha (PAD) 7 mmHg, presión arterial pulmonar media (PAPm) de 42 mmHg, PAOP 7 mmHg, volumen minuto (VM) 2,2 L/min, índice cardíaco (IC) 1.06 L/min/m² y una resistencia vascular pulmonar (RVP) de 1272 dinas·s·cm^{-5} (15,9 UW). Se realizó una angiografía pulmonar (AP) que evidenció defectos de relleno segmentarios distales; inició tratamiento médico (Tto) con riociguat permaneciendo en CF III. El caso fue discutido en el EMD, que no lo consideró inicialmente candidato a EP por la localización distal de las lesiones. Posteriormente se evaluó para trasplante pulmonar, a reevaluar a futuro la posibilidad de realizar angioplastia pulmonar con balón. El paciente discontinuó el seguimiento hasta 2025, cuando requirió internación por insuficiencia ventricular derecha con bajo gasto cardíaco, necesitando soporte inotrópico con milrinona y posterior mejoría clínica. Durante esta nueva evaluación, el CCD mostró una PAD 2 mmHg, PAPm 47 mmHg, PAOP 10 mmHg, VM 3.4 L/min, IC 1.8 L/min/m² y RVP de 870 dinas·s·cm^{-5} (10,8 UW). La AP evidenció recanalización parcial de las lesiones segmentarias distales bilaterales. Ante estos hallazgos, se añadió un segundo fármaco vasodilatador, macitentán, y el caso fue nuevamente presentado al EMD, que reconsideró la posibilidad de realizar una EP.

Discusión y conclusiones: La HPTEC requiere una evaluación dinámica, ya que la operabilidad puede modificarse según los cambios en la anatomía vascular, la hemodinamia y la disponibilidad de nuevas estrategias terapéuticas. Este caso ilustra cómo un paciente inicialmente no candidato a EP, debido al predominio de lesiones distales, fue reevaluado tras el Tto específico y la evolución de los hallazgos angiográficos, lo que motivó una nueva discusión en el EMD y permitió redefinir su tratamiento quirúrgico. Estos hallazgos destacan la importancia del seguimiento clínico, la reevaluación periódica mediante estudios hemodinámicos y angiográficos, y la discusión sistemática en EMD especializados. La operabilidad debe considerarse un proceso dinámico y evolutivo, susceptible de modificarse con la evolución clínica, la respuesta al tratamiento y la experiencia del centro.

CC 128 - LESIÓN PULMONAR AGUDA INDUCIDA POR INHALACIÓN DE COCAÍNA BASE

Jonathan Murillo Arroyo[1]; Lucia Fernández Siri[1]; Jesus Padilla[1]; Esteban Cruz Lalle[1]; Yesica Correa[1]

[1] *Hospital San Juan De Dios*

Introducción: El crack lung es un síndrome clínico-radiológico de lesión pulmonar aguda inducida por la inhalación de pasta base de cocaína (crack). Su fisiopatología involucra toxicidad alveolo- intersticio-capilar, estrés oxidativo y una intensa respuesta inflamatoria, pudiendo generar daño alveolar difuso, hemorragia alveolar e infiltración eosinofílica. Se

presenta en las 48 horas tras el consumo y puede progresar rápidamente a insuficiencia respiratoria y síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA).

Caso clínico: masculino de 27 años con antecedente de consumo de cocaína por vía intranasal, había permanecido abstinente en los últimos 2 años, ingresa a emergencia 48hs posterior al consumo de altas dosis de crack por primera vez presentando disnea mMRC 4, dolor torácico retroesternal y fiebre, lúcido, taquipneico, satO2 85%, con uso de músculos accesorios y a la auscultación crepitantes bibasales. Negó epistaxis, hemoptisis y hematuriaLos estudios iniciales mostraron 12.600 leucocitos (0,7% eosinófilos), hematocrito 41,6%, función renal conservada y curva de troponinas negativa. La gasometría arterial evidenció hipoxemia. El electrocardiograma mostró taquicardia sinusal. La tomografía de tórax mostró opacidades difusas bilaterales en vidrio esmerilado, asociadas a consolidaciones bibasales con broncograma aéreo.Ante la sospecha de NAC grave, se inició tratamiento antibiótico empírico, asimismo, dada la posibilidad de una lesión inflamatoria pulmonar asociada a inhalación de cocaína, se decidió tratamiento con corticoides sistémicos (prednisona 1 mg/kg/día) y oxigenoterapia de alto flujo. El estudio etiológico, incluyendo panel molecular para virus respiratorios, hemocultivos, serología para VIH y el perfil inmunológico complementario (ANCA-c, ANCA-p, ANA, Anti-MBG) resultaron negativos.Al cuarto día presentó deterioro de la mecánica ventilatoria, desarrollando SDRA, se realizó intubación, ventilación mecánica y pronación. La TACAR a los 14 días evidenció persistencia de opacidades pulmonares con cambios sugestivos de evolución fibroproliferativa. A pesar del tratamiento de soporte y las medidas de protección implementadas el paciente presentó una evolución desfavorable y falleció a los 30 días del ingreso.

Conclusión y discusión: Este caso resalta la importancia de sospechar esta entidad en pacientes jóvenes con insuficiencia respiratoria aguda y con reciente consumo de crack, recordando que, si bien el crack lung suele evolucionar favorablemente con medidas de soporte y suspensión del consumo, algunos pacientes pueden desarrollar formas graves con progresión a SDRA y requerir soporte ventilatorio avanzado. Debido a que la evidencia disponible sobre esta entidad es escasa y deriva principalmente de reportes y pequeñas series de casos, limita el conocimiento de su incidencia, factores pronósticos y estrategias terapéuticas óptimas. Sin embargo, el diagnóstico continúa siendo clínico, sustentado en la relación temporal del consumo de cocaína y la exclusión de otras causas de lesión pulmonar aguda.

CC 129 - LA CARA SILENTE DE LA PARACOCCIDIOIDOMICOSIS

Nahuel Frias[1]; Lucia Fernández Siri[1]; Padilla Jesus[1]; Sebastian Vildoso[1]; Yesica Correa[1]

[1] *Hospital San Juan de Dios*

Introducción: La forma crónica es la presentación clínica más frecuente de la paracoccidioidomicosis, representando el 80–90% de los casos y afectando predominantemente al pulmón, aunque la extensión de las lesiones no siempre se correlaciona con las manifestaciones clínicas. Hasta un 35,5% de los pacientes con alteraciones

radiológicas permanece asintomático, por lo que la enfermedad puede presentarse como un hallazgo radiológico incidental, sin manifestaciones clínicas que orienten inicialmente hacia su diagnóstico. Además, la sensibilidad de la serología es variable, por lo que un resultado negativo no permite excluirla.

Caso clínico: Mujer de 69 años, con antecedentes de hipertensión arterial y dislipidemia, es derivada al consultorio de neumonología para evaluación de PET-TC con múltiples adenopatías mediastínicas, con máxima captación a nivel subaórtico (SUVmáx 12,6), asociadas a consolidaciones parcheadas bilaterales hipercaptantes (SUVmáx 6,3), solicitado por el servicio de gastroenterología en el contexto de una epigastralgia en estudio. A la anamnesis no presentaba síntomas respiratorios ni constitucionales.Se decide realizar mediastinoscopia con toma de biopsias ganglionares. El estudio anatomopatológico de la estación 2R mostró granulomas con centro fibrótico y microfocos de necrosis, sin evidencia de atipia. Las tinciones especiales de Grocott y PAS fueron positivas para estructuras micóticas redondeadas compatibles con Paracoccidioides y la tinción de Ziehl-Neelsen negativa. Se realiza BAL que resulta negativo para micosis, gérmenes comunes y TB. También se solicitó serología para micosis que resultaron negativas.En un primer momento con los resultados histopatológicos se decide interpretar el caso clínico como paracoccidioidomicosis, por lo que se inicia tratamiento con itraconazol 200 mg/día. Luego de 2 meses de tratamiento la paciente permanece asintomática con disminución de las radioopacidades pulmonares en radiografía de tórax.

Discusión y conclusiones: La paracoccidioidomicosis puede presentar una marcada disociación entre el compromiso radiológico y la expresión clínica. En este caso, la presentación silente y los hallazgos radiológicos incidentales constituyeron la primera manifestación de la enfermedad. La anatomía patológica permitió establecer el diagnóstico pese a la ausencia de confirmación microbiológica. La respuesta clínica y radiológica al tratamiento aportará evidencia adicional sobre la actividad de la enfermedad y finalmente no se descarta la posibilidad de realizar nueva biopsia.

CC 130 - HIPERTENSIÓN PULMONAR PRECAPILAR EN SILICOSIS: EVALUACIÓN HEMODINÁMICA Y DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Nolkelys Nemer[1]; Fernando Saldarini[1]; Liseth Mora Crespo[1]; Paula Csipka[1]; Cynthia Guzmán[1]

[1] *Hospital Donacion Francisco Santojanni*

Introducción y Objetivo: La hipertensión pulmonar (HP) representa un reto diagnóstico y terapéutico cuando se presenta en el contexto de una enfermedad pulmonar intersticial (EPI) avanzada y exposición laboral a sílice. El objetivo es describir el abordaje diagnóstico, hemodinámico y la respuesta terapéutica de un paciente con compromiso vascular complejo secundario a silicosis.

Caso Clínico: Hombre de 61 años con antecedentes de 40 años de trabajo en la industria metalúrgica. Consultó por disnea progresiva (clase funcional III-IV) y edemas periféricos. fue evaluado por cardiologia quien indico diureticos y betabloqeuantes ,posteriormente llega a nuestro servicio por persistencia de disnea cf III.IV Se decide realizar La tomografía computada

(TC) de tórax que evidenció imágenes de aspecto condensativo apical con broncograma aéreo y patrón nodular perilinfático bilateral, compatible con silicosis. La prueba de caminata de 6 minutos (6MMT) , debió suspenderse al minuto 2 por disnea mMRC 4 y desaturación del 77% (recorrió solo el 14,3% de la distancia teórica). El ecocardiograma mostró severa dilatación y disfunción del ventrículo derecho (VD) con PSAP estimada de 58 mmHg

Por presentar sospecha de hipertension pulmonar se decide realziar cateterismo cardíaco derecho confirmó HP precapilar severa: Pressión arterial pulmonar media (PAPm): 41 mmHg Presión capilar pulmonar (PCP): 10 mmHg Resistencia vascular pulmonar (RVP): 9 UW Índice cardíaco: 1,94\text{ L/min/m}^2Se interpretó inicialmente como HP Grupo 3 (asociada a EPI) e inició tadalafilo, meprednisona, oxigenoterapia y rehabilitación.Sin embargo persistia con disnea por lo que se realizo un un centellograma V/Q y una posterior angiotomografía las cuales mostraron defectos de perfusión y de relleno crónicos. Se llevo a ateneo multidisciplinario y se decidio realizar angiografía pulmonar la cual descartó tromboembolismo pulmonar (TEP) , asociándose los hallazgos a la distorsión vascular secundaria a la fibrosis masiva.Se rotó el tratamiento hacia Treprostinil inhalado (aun pendiente de aprobacion por su obra social)

Discusión y Conclusiones: Las consolidaciones masivas por silicosis pueden comprimir la vasculatura y generar defectos de perfusión en las imágenes que simulan HP del Grupo 4 (tromboembólica crónica), requiriendo un descarte preciso. El caso enfatiza la importancia de la evaluación multidisciplinaria e integral para orientar el tratamiento específico y lograr una mejoría funcional significativa.

CC 131 - CUANDO LA CAUSA DE DERRAME PLEURAL NO ESTÁ RELACIONADA CON PATOLOGÍA PULMONAR

Yesica Guzmán[1]; Maria de los Angeles Zorrilla[1]

[1] *Hospital Evita Pueblo*

introducción: Existen múltiples etiologías de derrame pleural según el mecanismo fisiopatológico involucrado,como la insuficiencia cardiaca, pleuresía tuberculosa, tumores primarios o secundarios (metástasis a distancia) entre otras. El derrame pleural pancreático es una forma rara de presentación y se caracteriza por la presencia de alto contenido de amilasa en el líquido pleural, resultante de la fuga del mismo debido a la formación de una fístula pancreatopleural o a la ruptura de un seudoquiste.

Caso clínico: Paciente masculino de 35 años enolista severo, internación previa por pancreatitis alcohólica. Consulta por fiebre de 3 días de evolución asociado a dorsalgia izquierda y disnea CFIII. Al examen físico Sat 95%, afebril,sudoroso, matidez percutoria en campo medio-inferior izquierdo. En el laboratorio se evidencia leucocitosis, amilasemia normal con función hepática conservada. Presencia de derrame pleural izquierdo en Rx tórax, se realiza toracocentesis diagnóstica y evacuadora obteniendo un exudado no complicado. Se realiza ecografía abdominal: vesícula de paredes finas con litiasis en su interior, páncreas heterogéneo, hipoecoico, aumentado de tamaño de su porción cefálica y cuerpo. Se interna

por pancreatitis crónica litiásica por cirugia general. Evoluciona con empeoramiento de su disnea y fiebre con progresión del derrame pleural, ahora bilateral. Se realiza toracocentesis bilateral, extrayendo líquido turbio compatible con exudado complicado predominio mononuclear con amilasa >3000U/l en ambas muestras. Inicia piperacilina-tazobactam empírico. Sin rescates bacteriológicos en sangre y líquido pleural, GeneXpert negativo y sin células atípicas. En TC con doble contraste se informa páncreas aumentado de tamaño a expensas de la porción cefálica con realce heterogéneo asociado a áreas hipodensas focales mal definidas con alteración de planos grasos adyacentes, presencia de líquido peripancreático; en proyección a la cola pancreática, una masa hipodensa, de aspecto quístico, de 43 x 31 mm, ligera dilatación del conducto pancreático principal en proyección del cuerpo y cola pancreática. Dada la dificultad para abordar la lesión pancreática en nuestra institución, se deriva a centro de mayor complejidad por servicio de cirugía.

Discusion y conclusion: El derrame pleural es una complicación rara de una pancreatitis crónica, pudiendo alcanzar al menos el 1% de los casos aunque se desconoce su frecuencia como primera manifestación de la enfermedad. La mayoría de las veces es izquierdo, aunque también puede ser derecho o bilateral. La causa más común suele ser la formación de una fístula pancreatopleural o bien la existencia de un seudoquiste pancreático con extensión y comunicación directa al espacio pleural, habitualmente en ausencia de inflamación aguda, lo que explica la relativa ausencia de síntomas abdominales al momento de la consulta, como ocurrió en el caso que presentamos. Debemos remarcar la importancia de considerar siempre la causa pancreática ante derrames pleurales en pacientes con antecedentes de consumo excesivo de alcohol.

CC 132 - CÁNCER DE PULMÓN EN PVVIH: POBLACIÓN SUBESTUDIADA, DESAFÍOS DIAGNÓSTICOS Y TERAPÉUTICOS EN LA ERA DE LA TARV

Roger Borja[1]; Silvina Villada[1]; María Martínez[1]; Mariana Robles[1]; Alan Herrera[1]; María Priarone[1]; Ana Frías[1]; Domingo Palmero[1]

[1] *Hospital Francisco Javier Muñiz*

Introducción: El cáncer de pulmón de células pequeñas (SCLC) tiene una asociación significativa con el tabaco. En PVVIH, el riesgo de desarrollar cáncer de pulmón es 1,5 a 3 veces mayor que en la población VIH-negativa, riesgo que persiste aun con carga viral indetectable bajo TARV. Esta población no se encontró representada en los ensayos clínicos que definieron el estándar de tratamiento oncológico, por lo que el manejo se basa en evidencia extrapolada de la población general.

Cuadro Clínico: Paciente femenina de 57 años con antecedentes de Hipertensión Arterial, Hipotiroidismo, VIH (B24) de 22 años de evolución bajo TARV, tabaquista de alta carga (82 paquetes/año) y consumo de sustancias ilícitas. Ingresó por tos productiva, disnea y toracodinia de un mes de evolución. TC de tórax: masa sólida heterogénea parahiliar izquierda de 51 mm con adenopatías mediastinales y supraclavicular izquierda. Se descartó etiología infecciosa (BAAR, cultivos e hisopado negativos), con parámetros inmunovirológicos estables.

Fibrobroncoscopía con biopsia: carcinoma neuroendocrino de células pequeñas, pobremente diferenciado, G3; diagnóstico alcanzado en nuestro servicio. PET-CT 18FDG: lesión primaria hipercaptante con compromiso ganglionar supraclavicular, retropectoral y mediastinal, sin focos a distancia; RMN cerebral sin lesiones. Inició QT con cisplatino-etopósido (2 ciclos completados).

Discusión y Conclusiones: La alta carga tabáquica (82 paq/año) es el principal factor causal del SCLC. Sin embargo, el VIH actúa como cofactor oncogénico independiente mediante inflamación crónica, senescencia inmunológica y efectos directos de proteínas virales (Tat, Nef, gp120) sobre la proliferación celular y el silenciamiento de supresores tumorales, mecanismos que persisten aun con carga viral indetectable.

El tratamiento con cisplatino-etopósido fue extrapolado de la población general, ya que las PVVIH no estuvieron representadas en ensayos clínicos de SCLC; los escasos estudios prospectivos disponibles se limitan a NSCLC. Esto plantea un interrogante central: ¿es suficiente la terapia extrapolada en esta población? La TARV concomitante exige además vigilancia de interacciones farmacológicas y toxicidad superpuesta. Las PVVIH con cáncer de pulmón presentan mayor riesgo de mortalidad y se diagnostican a edades más tempranas que las personas VIH-negativo. Los criterios de screening vigentes no incorporan el riesgo oncológico adicional conferido por el VIH.

En síntesis, el buen control virológico bajo TARV no elimina el riesgo oncológico: esta población requiere criterios de screening adaptados, ensayos clínicos específicos y protocolos terapéuticos que integren la complejidad del tratamiento antirretroviral concomitante.



CC 134 - SARCOIDOSIS MULTISISTÉMICA: EL VALOR DEL ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO

Dante R. Andrade Portugal[1]; Silvia Quadrelli[1]; Manuel Ibarrola[1]; Alejo Ramos[1]; Yanina Salice[1]

[1] *Sanatorio Güemes*

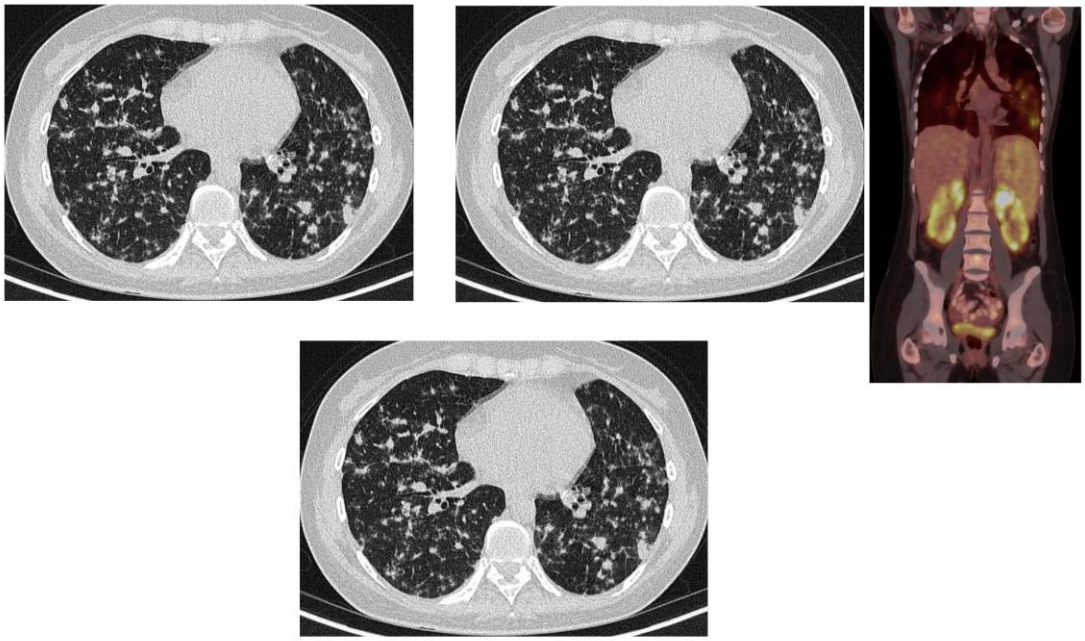
Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa inflamatoria multisistémica de etiología desconocida, asociada a una respuesta inmune desregulada frente a antígenos ambientales en individuos genéticamente predispuestos. Su evolución es variable, desde la remisión espontánea hasta fibrosis progresiva y daño orgánico irreversible. Los pulmones están afectados en >90%, pudiendo afectar cualquier sistema. La mortalidad es cercana al 7% a 5 años, principalmente por insuficiencia cardiopulmonar avanzada. El tratamiento es individualizado según gravedad, riesgo de daño irreversible y calidad de vida. Los glucocorticoides son el tratamiento inicial; los inmunosupresores actúan como ahorradores de esteroides y los biológicos se reservan para enfermedad grave, progresiva o refractaria.

Caso clínico: Femenina de 25 años sin antecedentes que inicia con ictericia, fiebre, rash cutáneo, tos y disnea. La tomografía computada de tórax mostró múltiples opacidades nodulares aleatoria bilaterales y adenopatías mediastinales, interpretado como neumonía atípica, se realizó BAL con GeneXpert para Mycobacterium tuberculosis no detectable y cultivos pendientes. Evoluciona con déficit del III par craneal con resonancia magnética mostrando imágenes hiperintensas en protuberancia y cerebelo; líquido cefalorraquídeo con pleocitosis mononuclear. Ante sospecha de meningoencefalitis con sospecha de tuberculosis diseminada, inició antifímicos (HRZE) y es derivada a nuestra institución.

Se evalúa de forma multidiciplinaria planteando enfermedad granulomatosa infecciosa vs inflamatoria; perfil laboratorial inmune negativo, biopsia de piel indeterminado. Se realiza Tomografía por Emisión de Positrones para evaluar comportamiento de las lesiones, que evidenció patrón hipermetabólico multisistémico con compromiso pulmonar, ganglionar (supra e infradiafragmático), esplénico, renal, óseo y cutáneo.

Se decidio biopsia mediante resección pulmonar segmentaria del lóbulo inferior izquierdo. Evoluciona con deterioro clínico progresivo, sin resultados de biopsia definitiva y cultivo koch negativo, se suspende antifímicos y en ateneo multidiciplianrio se indicó corticoides a altas dosis hasta su resultado. Se obtiene resultado de biopsia e inmunomarcación de pleura y parénquima reportando proceso inflamatorio linfohistiocitario no necrotizante, de tipo granulomatoso (CD68 positivo, CD1a negativo, BRAF negativo, Ciclina D1 negativo) descartando histiocitosis de células de Langerhans. Evoluciona favorablemente con descenso de corticoides e inicio de Adalimumab.

Discusión y Conclusiones: La sarcoidosis puede presentar compromiso multiorgánico y formas clínicas atípicas que dificultan su diferenciación de otras enfermedades granulomatosas. La ausencia de evidencia microbiológica y la evolución clínica desfavorable motivaron el abordaje multidisciplinario con discusion de diagnósticos diferenciales e intervenciones, permitiendo alcanzar el diagnóstico mediante biopsia e instaurar tratamiento inmunosupresor permitiendo una evolución clínica favorable.



CC 135 - HEPATOTOXICIDAD POR LINEZOLID Y OTROS EVENTOS ADVERSOS DURANTE EL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS DISEMINADA RESISTENTE A RIFAMPICINA: REPORTE DE UN CASO

Elmer Veliz[1]; Ruth Carreño[1]; Andres Pinzon[1]; Claudio Gallego[1]; Alejandra Poropat[1]; César Salomone[1]

[1] *Hospital piñero*

Introducción: En la última década, el tratamiento de la TB-RR y TB-MDR evolucionó a esquemas cortos BPaLM y BPaL. Linezolid (Lzd), bedaquilina (Bdq), fluoroquinolonas (Fq) y cicloserina (Cs) fundamentales por eficacia bactericida. Los efectos adversos más conocidos del Lzd son mielosupresión y neuropatía; la hepatotoxicidad es infrecuente, potencialmente grave. En esquemas combinados con pirazinamida (Z), Bdq, clofazimina (Clz) y quinolonas, identificar el fármaco causal de la elevación de transaminasas es un reto. El manejo de TB-RR requiere seleccionar un esquema eficaz y mantener vigilancia continua de tolerabilidad y adaptación ante eventos adversos. Las Fq se asocian a tendinopatía, cuya identificación permite suspender el fármaco y prevenir complicaciones. La convulsión tónico-clónica generalizada es evento adverso grave requiere evaluación.

Caso clínico: Mujer de 28 años, sin antecedentes, debutó con abdomen agudo quirúrgico. Con compromiso tubárico, abdominal, pulmonar. Estudios microbiológicos y moleculares confirmaron tuberculosis diseminada resistente a rifampicina. Inició Lzd+Lfx +E+H+Z. A las semanas presentó transaminasas >5, compatible con lesión hepática inducida por fármacos. Suspendió esquema y realizó monitorización clínica y bioquímica. Tras la mejoría se efectuó reintroducción secuencial. Lzd provocó una nueva elevación de transaminasas, apoyando el diagnóstico de hepatotoxicidad idiosincrásica, se suspendió definitivamente. A 6 meses, presentó tendinitis aquílea bilateral asociada a Lfx, que fue suspendida. A los 12 meses presentó convulsión tónico-clónica, suspendiéndose la isoniazida. A los 14 meses finalizó el tto.

Discusión: La hepatotoxicidad por Lzd en TB-RR es inusual, descrita en menos del 3%. Su mecanismo corresponde a toxicidad mitocondrial por inhibición de la síntesis de proteínas mitocondriales y suele ser dosis y tiempo-dependiente. Estudios Nix-TB(2020), ZeNix(2022) y TB-PRACTECAL(2022) analizaron la seguridad de Bdq, pretomanid (Pa) y Lzd. Se determinó que la toxicidad es dosis-dependiente: reducir la dosis de Lzd mantuvo la eficacia y disminuyó eventos adversos y alteraciones de la función hepática. La tendinopatía por Fq ocurre aprox. en 0,1–0,4% de los expuestos (1–4 casos/1.000); Un estudio observacional en 184 pacientes con TBC tratados con Fq encontró 34 casos (18,5%). Estudio retrospectivo realizado en China, de 144 pacientes tratados con Cs, 2 presentaron convulsiones.

Conclusión: El Lzd es fundamental en el manejo de TB-R y considerarse agente causal de hepatotoxicidad cuando se hayan descartado otros fármacos más frecuentemente asociados. El caso destaca la importancia del abordaje y seguimiento individualizado de eventos adversos durante el tratamiento de la TB-RR, ya que pueden ser graves y comprometer su continuidad. Su identificación precoz permite adaptar el tto y evitar la suspensión innecesaria de fármacos indispensables para la curación.

Fe de erratas

Se deja constancia de que los siguientes trabajos incluidos en el presente Libro de Resúmenes no fueron presentados durante el Congreso, debido a que fue retirado por decisión de su autor:

- TP-13 – "Remodelado vascular activo, no rarefacción: preservación de la arquitectura vascular pulmonar a través de fenotipos fibróticos y enfisematosos mediante análisis topológico cuantitativo por tomografía computada" (trabajo a premio).

- CO 01– "Del continuum intersticial al continuum cuantitativo: fenotipado objetivo de 656 pacientes con enfermedad pulmonar mediante Ratio Aéreo-Vascular (RAV)".

- CO-07 – "Sobrecarga ventricular derecha casi universal en CPFE: disociación entre marcadores cardíacos (VD/VI vs. AP/Ao) como herramienta de detección temprana de hipertensión pulmonar" (comunicación oral).