



AMIR 40 AÑOS
"Conectando Ciencia,
Humanidad e Innovación"

21 al 23 de Mayo | 2025

XI CONGRESO INTERNACIONAL de MEDICINA INTERNA

Centro de Eventos & Convenciones METROPOLITANO | Junín 501 | Rosario

- | XVI JORNADAS INTERNACIONALES DE MEDICINA INTERNA PARA EL LITORAL
- | XXI JORNADAS DE MEDICINA INTERNA PARA EL LITORAL
- | REUNIÓN DEL FORO DE MEDICINA CLÍNICA ARGENTINA
- | II JORNADA DEL FORO INTERNACIONAL DE MEDICINA INTERNA (FIMI) EN ROSARIO
- | JORNADA DE DISTRITO SAM EN ROSARIO

📍 Centro de convenciones METROPOLITANO | Junín 501, Rosario, Santa Fe
🌐 amir.org.ar
📷 [clinica.amir](https://www.instagram.com/clinica.amir)
✉ amircontactos@gmail.com





AMIR 40 AÑOS
"Conectando Ciencia,
Humanidad e Innovación"

21 al 23 de Mayo | 2025

XI CONGRESO INTERNACIONAL de MEDICINA INTERNA

Centro de Eventos & Convenciones METROPOLITANO | Junín 501 | Rosario

LIBRO DE RESÚMENES | ÍNDICE

INDICE DE AUTORES	pág. 01
INDICE DE CONTENIDOS	pág. 06
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN	pág. 10
SERIE DE CASOS	pág. 19
SERIE DE CASOS	pág. 21



A

ABDALA, BRIAN MARCELO	22372
ABDALA, MARCELO	22255, 22257
ABDULAJAD, MATÍAS	22244
ADRIANI, SANTIAGO	22266
AGOSTINI, FLORENCIA	22291, 22292
AGUILERA, CANDELA CECILIA	22314, 22333
AGUIRRE, FLORENCIA	22364
ALANIZ, MICAELA	22320
ALBACHIARO QUEIROLO, MIGUEL RIZIERI	22262, 22346
ALEMAN, MARÍA JULIA	22303
ALFANO, SILVANA	22265, 22347
ALVAREZ AMAT, MARIA EMILIA	22277
ALVAREZ, JORGE	22284
ALVAREZ, JOSE LUIS	22280, 22284
ALVAREZ, MARCELA BEATRIZ	22224
ALVAREZ, VALENTINA	22261
ÁLVAREZ, VICTORIA	22300
AMATO, ANA PAULA	22247, 22248
AMDOR, ANAHÍ SOLEDAD	22314, 22333
AMERO, FRANCO	22309
AMOTT, YAMILA	22253
ANCA, LILIAN	22313
ANDRADA REYNOSO , ALDANA	22314, 22333
ANGELUCCI LOMBARDI, CAMILA	22365
ANGHILANTE, MARIA JOSE	22366
ANGULO, MARÍA AGUSTINA	22357
ANTONIONE, BRUNO	22251
ANTUNEZ , BRISA QUIMEY	22259
ANTUNEZ, LUCIA	22268
ARANDA, MARÍA ALEJANDRA	22259
ARAUJO, LAURA	22366
ARCE, ANELEY	22299, 22331, 22334
ARCONDO, FLORENCIA	22285
AREVALO, VALERIA	22356
ARIACA, NERINA	22324
ARLANDIS, LUCIA	22373
ARLIA, JOSE	22254
ARMENTEROS, CRISTHIAN	22285
ARMOCIDA, LUCIA	22326
ASCAR, ELISA	22357
AUGSBURGER, RODRIGO	22329
AVILA, MARIANA BELÉN	22356
AYALA, LUCIANA	22269
AZCONA, MERCEDES	22321

B

BADIAS, MARIA FLORENCIA	22357
BAENA, DÉBORA	22368
BALARINI, MIRIAM	22366
BALDOMÁ, FEDERICO	22232, 22311
BALDOMÁ, MELISA	22305
BARRI, GABRIELA ALEJANDRA	22258
BARTOLO, JOAQUIN	22230
BEDUINO, FERNANDA	22365
BELLADA, GEROMA	22227
BELLES, VALERIA	22344
BELLO, VALENTINA	22299
BELOSO, MELINA	22246, 22247, 22248
BENITEZ, LUCAS	22246
BERGNA, NICOLÁS GABRIEL	22336
BERMEJO, JOAQUÍN	22314, 22333
BERTOLA, DIEGO	22326
BEVAQUA, DARIO	22314
BLANDO, NAHUEL	22255
BLAZEVICH , NARELA	22372
BOCCIA, MARIANA	22338
BOGARIN ENCINA, ARACELI BEATRIZ	22259
BOGARIN, ARACELI	22264
BOLZAN, DIAMELA	22270, 22271, 22272, 22252,
	22306
BONABITTA , GUSTAVO	22294, 22296

BONELLI, MATILDE	22366
BONGIANINO , SABRINA AILEN	22274
BORDON, MARIA DE LOS MILAGROS	22356
BORRNA, ANDRES	22228, 22228
BORTOLOZZI, MARÍA LAURA	22286, 22310
BOTTACIN, MARIA NATALIA	22366
BOTTARELLI, AGUSTINA	22266, 22355
BOTTARI, CRISTIAN	22251
BOUZAT, JOAQUIN	22323
BRANCE, MARÍA LORENA	22270, 22271
BRAVO, LAUTARO	22234, 22241
BRISSIO, PAOLA	22275
BRUERA, SEBASTIAN	22232
BRUN, LUCAS R.	22270, 22271
BRUNO, FLORENCIA	22366
BUASSO, PAMELA	22316, 22321
BUDDE, CONSTANZA CAROLINA	22305
BUENO, SERGIO AGUSTÍN	22325
BUFFARINI, GIOVANA	22268
BUFFONI, MARIA EMILIA	22367
BULLERI, MELANI	22301, 22330, 22332
BUNCUGA, MARTIN	22302
BUSTOS LOPEZ, DIEGO	22324
BUTINOF, MARTINA	22249

C

CAAMAÑO, MILAGROS	22224
CABALLINI, PABLO A.	22355
CABRAL, MARÍA	22320
CABRERA, LUISINA	22291, 22308, 22293, 22292
CACCHIARELLI, AGOSTINA	22342
CADAVAY, CARINA	22302
CAGLIERO, VICTORIA	22302, 22351
CALAMANTE, NATALIA	22363
CALVO, MARIA ELENA	22224
CAMACHO, CECILIA MAGALI	22224
CAMPERI, FACUNDO EMANUEL	22336, 22339, 22340
CAMPETELLA, CAMILA EVELYN	22319
CARBONE, DIANELA	22257
CARI, MARCOS	22350
CARLONI, JOSÉ	22320
CARRIZO, MELANI	22307
CASTAÑO VILLEGAS, NATALIA	22222, 22223
CASTRICINI, JULIA	22265, 22266, 22355
CASTRO, JULIANA	22302, 22351
CASTRO, MAXIMILIANO GABRIEL	22246, 22247, 22248
CASTRO, PAULA ELIZABETH	22258
CATALANO, FRANCISCO	22367
CATANIA, MARIA PAZ	22274
CAVALLO, FRANCINA	22227
CESCHINI, GISELA BELEN	22266, 22346, 22355
CHERNE, PABLO NICOLAS	22249, 22250
CHIESA , CANDELARIA PAOLA	22260
CICHILLITTI, LUCIA	22231, 22257
CIVETTA, MARÍA CLARA	22320
CLAVERIE, KAREN	22302, 22350
CLAVERO RUBIO , ALEJANDRO	22230
COLOMBO BERRA, CARINA	22230, 22232, 22311
COLZANI , MILAGROS	22368
COMACCHIO, FLORENCIA	22348
CONDE, LUCIA	22304
CONSIGLIO, FRANCISCO	22327
CONSIGLIO, MARIA JAQUELINA	22352
CONTI, SILVANA	22267, 22278
CONTINI, EUGENIA MARIA	22370
COPELLO, FACUNDO EZEQUIEL	22341
CÓRDOBA , PAULA	22364
CORTEZ TORRES, EDUARDO	22280, 22284, 22297
COULLERI, MARTINA	22317, 22318
CRAVERO, GUILLERMINA	22248
CRESPI, CESAR	22337
CRESPO, CINTIA	22373



J

JACOME FLORES, RAQUEL AURORA 22282
 JIMENEZ, DANIEL 22223
 JOSÉ, PABLO 22272
 JUKIC, VINKA 22300

K

KANTOR, BERNARDO 22345
 KILSTEIN, JORGE 22228, 22229, 22233, 22234,
 22235, 22236, 22237, 22238,
 22239, 22240, 22241, 22242,
 22243, 22353
 KLAUS MACKELLAR, KEILA 22257
 KRUSE, CAMILA 22307,22317
 KRUSS, MARIANA 22282

L

LAGRUTTA, MARIANA 22298
 LAMELZA, LIESEL EUGENIA 22308
 LAMMERTYN, PABLO 22278
 LANDA, SEBASTIAN 22230
 LATTANZI, MICAELA 22226,22231
 LEON, MARTINA 22252
 LERMAN, DAMIAN 22320
 LLANO, ISABELLA 22222,22223
 LLERA MARTINELLI, PAULA CECILIA 22314,22333
 LOKETT, LAILA 22307
 LONGO, ANDREA 22366
 LOPEZ CRESPO, MAITE 22229,22237
 LOPEZ, MAURICIO 22282
 LÓPEZ, RODRIGO 22353
 LOZA, MARIELA 22366
 LUCENA, MARIANA 22305,22341
 LUCHITTA, CLAUDINA ANDREA 22344

M

MACAZZAGA, FLORENCIA 22356
 MACEDO, TAMARA 22314,22333
 MADDALENA, NATALIA 22322
 MADERO, ANGELES MARÍA 22274
 MAMBRIN, DELIA 22366
 MANSILLA, TALIA ARACELI 22276
 MARCUCCI, ANDRÉS 22360
 MARCUCCI, GUILLERMO 22360
 MARÍA CELESTE, QUILIAN 22366
 MARQUARDT, JULIETA LUCIANA 22328
 MARQUEZ, MATIAS IGNACIO 22237
 MARQUÍNEZ, LILIANA NEGRO 22299,22300,22330,22332
 MARTELOTTE, ISABELLA 22260
 MARTIN, MARIEL 22358,22366
 MARTINEL LAMAS, JIMENA 22252,22278,22303
 MARTINEZ, JESICA 22318
 MARTINEZ AMEZAGA, LUIS IGNACIO 22228, 22229, 22233, 22234,
 22235, 22236, 22237, 22238,
 22240, 22241, 22242, 22243,
 22352
 MARTINEZ, AGUSTIN 22248,22261
 MARTINEZ, CAMILO 22336
 MARTINEZ, JULISN 22223
 MARTINI, LARA 22364
 MARULLO, SASHA LAURA 22281
 MASELLI, MARTA 22373
 MASSON, KAREN GUILLERMINA 22309
 MASTRONARDI, AGUSTÍN 22290
 MATINEZ AMEZAGA, LIGNACIO LUIS 22239
 MATTEACCIO, ALEJANDRA 22366
 MAURINO, JULIA 22275
 MAURO, MARÍA JOSEFINA 22290
 MELNIK, YENNY 22263
 MENDOZA PALACIOS, ROSA ELVIRA 22376

MENEGUCI PINTO, KAROLINY 22254
 MERCE, LUCIA 22255
 MERCOL, ALBA NOELI 22305
 METZLER, PRISCILA 22372
 MIAN, MIRCO 22256
 MICHEL, FLORENCIA 22302
 MICHELANGELO, JUAN MANUEL 22249
 MIGLIARO, MARTIN OSVALDO 22302
 MILACHER, AZUL 22320
 MILANO, SANTIAGO FRANCISCO 22303
 MILJEVIC, JULIO NORBERTO 22307,22317
 MIRANDA, JUAN GUILLERMO 22340
 MOINE, GUILLERMINA 22255
 MOLINA, ETEL NOEMI 22275
 MOLINA, GALA 22347
 MOLINA, JULIETA BELEN 22253
 MOLINA, LUANA 22308
 MOLINAS, JORGE 22320
 MOLOEZNICK, LAURA 22272
 MONTECHIARINI, MAGALI 22363
 MONTI, MARÍA SOL 22367
 MORAES, FERNANDO 22352,22353
 MORAGUES, SANTIAGO 22375
 MORETTI, DINO 22302
 MORETTI, JOSEFINA 22330
 MOZZI, PATRICIA 22273
 MUCCI, AGUSTIN 22338
 MURUJOSA, ANACLARA 22249,22250
 MUSACCHIO, HECTOR 22261
 MUSSIN, DAIANA 22293
 MUZALSKI, CARLOS ALBERTO 22253

N

NARDELLI, FELIPE 22262,22344,22345,22347
 NASAZZI DODDI, PAULA 22226, 22270, 22271, 22272,
 22306
 NAVARRO, MICAELA 22230,22232
 NAVARRO, SANDRA 22267
 NAZARENO, MARTÍN RÉ 22375
 NICOLA, MARIANELA 22257
 NIEMIZ, MAIRA 22357
 NIGRO, LUCIANA 22295
 NISNOVICH, GISELA 22312,22315
 NOEMI MOLINA, ETEL 22341
 NOVELLO, GUIDO ARMANDO 22302,22351
 NOVERO, MILAGROS 22363
 NUÑEZ, VICTOR 22269,22325

O

OBESIO, MILAGROS 22309
 ODDINO, JOAQUIN 22231
 ODDINO, JUAN 22231
 ODZAK, ANDREA 22245
 OJEDA, GASTON 22367
 OLIVIERI, MARIA PAZ 22302
 OLMEDO, MARIA FERNANDA 22267
 ORMAECHEA, GABRIELA 22304
 ORTEGA, AGUSTINA 22251
 ORTIZ CALDERON, LAURA 22223
 ORTIZ REQUENA, SEBASTIAN 22350
 ORTIZ, SOFIA 22281
 OTAL, FERNANDA SOLEDAD 22313
 OVIEDO, JUAN IGNACIO 22300

P

PÁEZ SHERIDAN, FLORENCIA BELÉN 22291,22308,22293
 PAEZ, MARIELA 22366
 PALATNIK, MARIANO 22298
 PALAZZESI, VALENTINA 22327,22328
 PALLERO, ROCÍO NATALÍ 22228,2 2229, 22233,



SOSA LANDEUX, BRUNO	22347
SOSA, BRENDA	22280,22286,22310
SOSA, SUSANA	22274
SPANVELLO, VALERIA	22281,22341
SPOLLI, REGINA	22368
STADLIN, ANTONELLA	22290
STALTARI, PAOLA	22321,22374
STREET, EDUARDO	22364
STUMPO, VIRGINIA	22352,22353
SULIGOY, TAIANA	22362
SULLIGOY, JULIETA	22365
SURT, LUJAN	22351

T

TABERNA, MARÍA EUGENIA	22283,22297,22310
TALAMONA, MIGUEL MATIAS	22302
TALLEDO SAKUMOTO, JORGE ENRIQUE	22376
TARDINI, MARIELA	22366
TAVANI, ANTONELLA	22304
TAVELLA, DELFINA SOL	22262
TITO, MARCOS RAFAEL	22349
TKACZUK, FLORENCIA	22232
TONEGUZZO, JANINA RAQUEL	22346
TONI, PABLO ERNESTO	22283
TOR, MIKAELA	22304
TORCELLI, DAMIÁN ALEJANDRO	22273,22282
TORDECILLA PACHECO, PAULA ANDREA	22258
TORRES, VERÓNICA	22322
TORREZ, GONZALO	22340
TRABACHINO, FABRICIO NAZARENO	22268,22317,22320
TREPAT, ANDREA VALERIA	22226
TROPIANO, IVANA	22336
TUTTOLOMUNDO, GIULIANA	22351

U

UEHARA, ROMINA EVELYN	22226,22227
UGAZ MONTENEGRO, CESAR DAVID	22376
USSHER, PATRICIO	22343
UTGE CARROBE, CANDELA	22252,22278

V

VADA, JORGELINA	22368
VALDATA, MARCELA	22224
VALENCIA, MARIA ELENA	22258,22287
VALENTINI, ELINA	22227
VANNUCCI, ANTONELA	22224
VANSTEENKISTE, JUAN IGNACIO	22320
VÁSQUEZ CHAMACHE, JHONATAN YSMAEL	22336,22339,22340
VECHETTI, VALENTINA	22326
VELASCO, JUAN MANUEL	22276
VELASQUEZ, LAURA	22223
VERA, LUCIA	22290
VERGARA, NIDIA	22366
VERONESI, CARLOS	22253
VIGO, GUSTAVO RAMÓN	22375
VILA, NEREA	22320
VILARIÑO, BELEN	22265,22347
VILLA, MARIA CAMILA	22222
VILLAFÁÑE, ERINA	22252
VILLALVA, NATALIA	22287
VILLARREAL, JULIETA	22252
VILLEGAS, MARIA VICTORIA	22252
VILLEMUR, AGUSTINA	22266,22344
VINKA, JUKIC	22332
VIRGA, ELIANA	22281
VITALI, GINA	22373
VOGEL OLIVER, INGRID ESTER	22318
VOGT, MARIA JOSE	22261

W

WENG, LINDA	22283,22284,22286
WERBACH, JORGELINA	22287
WICKY, DENISE ABRIL	22372
WILDE, MARIA DANIELA	22360
WILLIMAN, NEREA	22226,22231

Z

ZACCHINO, CAMILA	22307
ZAMORA, NATALIA	22296
ZANARDI, LIZA	22345,22355
ZANOTTI, FRANCO	22342
ZAUGG NADUR, RAFAEL OMAR	22294
ZE, JOSE	22222,22223



TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN	10	DE DIOS': UN ESTUDIO DESCRIPTIVO".	14
22250 - ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL: EVALUACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES VIVIENDO CON INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)	10	22349 - FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE LA LOCALIDAD DE PERICO DURANTE OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2023	14
22304 - DAPAGLIFLOZINA Y SU COMPORTAMIENTO SOBRE EL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA	10	22359 - ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN SALA DE INTERNACIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA	14
22336 - USO SUBOPTIMO DE ESTATINAS EN PACIENTES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR: ANÁLISIS DE LA PRACTICA CLÍNICA EN UN CENTRO DE REFERENCIA	10	22247 - FACTORES ASOCIADOS A MALA EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR NEUTROPENIA FEBRIL POSTQUIMIOTERAPIA.	15
22369 - EVALUACIÓN DE LA SALUD CARDIOVASCULAR MEDIANTE ESCALA FUSTER-BEWAT EN MÉDICOS RESIDENTES DE HOSPITAL EL CARMEN	10	22248 - ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE DIFERENTES BROTES EPIDEMIOLÓGICOS DE INFECCIONES POR VIRUS DEL DENGUE	15
22222 - VALIDACIÓN PRELIMINAR DE MEDSEARCH: UN AGENTE CONVERSACIONAL PARA RESPONDER PREGUNTAS MÉDICAS EN TIEMPO REAL BASADAS EN EVIDENCIA	11	22320 - APLICACIÓN DEL ALGORITMO DE HIGUCHI EN EL ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. MODELADO TEMPORAL DE DENGUE E INFLUENZA EN ARGENTINA	15
22223 - PANDORA: UN MODELO DE IA PARA LA EXTRACCIÓN AUTOMÁTICA DE DATOS CLÍNICOS NO ESTRUCTURADOS Y LA IMPLEMENTACIÓN DE PUNTAJES DE RIESGO CLÍNICO.	11	22333 - INCIDENCIA DE INFECCIONES PROTÉSICAS PRIMARIAS DE CADERA Y RODILLA EN UN HOSPITAL DE ROSARIO	15
22261 - ESTUDIO DEL EQUILIBRIO SIMPATOVAGAL MEDIANTE EL GRÁFICO DE POINCARÉ Y SU IMPLICANCIA COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN PACIENTES INTERNADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS	11	22338 - INCIDENCIA DE DIARREA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN PACIENTES INTERNADOS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS	16
22272 - RESULTADOS DE LA RESECCIÓN TUMORAL Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN LA CIRUGÍA TRANSEFENOIDAL DE ADENOMAS HIPOFISARIOS	11	22367 - INFECCIONES POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA, EN SALA DE INTERNACIÓN DE UN HOSPITAL DE 3ER NIVEL DE LA CIUDAD DE ROSARIO	16
22357 - ARTERIOGRAFÍAS EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO	12	22246 - INFECCIONES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CIRROSIS, UN DESAFÍO ACTUAL	16
22358 - ANÁLISIS DE LA ACTUACIÓN MÉDICA ANTE UNA MUERTE VIOLENTA, EXPERIENCIA DE UN CENTRO	12	22249 - EPIDEMIOLOGÍA DE LAS BACTERIEMIAS CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN PACIENTES CON NEUTROPENIA FEBRIL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 12 AÑOS DE UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD	16
22364 - MOTIVOS FRECUENTES DE INTERCONSULTAS A CLÍNICA MÉDICA DE PACIENTES INTERNADOS EN SALA POR CIRUGÍA GENERAL	12	22270 - ASOCIACIÓN ENTRE MASA MAGRA Y DENSIDAD MINERAL ÓSEA APENDICULAR EN FUNCIÓN DEL SEXO Y LA EDAD	17
22366 - ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL ÁMBITO DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE POR PROFESIONALES DE LA SALUD EN UN CENTRO PRIVADO DE TERCER NIVEL.	12	22271 - VARIACIONES EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA APENDICULAR CON LA EDAD EN FUNCIÓN DEL SEXO	17
22372 - ENFERMEDADES CRÓNICAS: ¿QUÉ CONOCEN SOBRE SUS PATOLOGÍAS?	13	22306 - COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE DISTINTAS MARCAS DE LEVOTIROXINA EN ADULTOS CON HIPOTIROIDISMO PRIMARIO	17
22224 - MOVILIZACIÓN Y BÚSQUEDA DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS REUMÁTICAS PERTENECIENTES A LA COMUNIDAD QOM. ENTRE ROSARIO, SANTA FE Y CIUDAD DE ROQUE SAENZ PEÑA, CHACO: ESTUDIO MIXTO.	13	22314 - INCIDENCIA EN LA INFECCIÓN POR KPC EN PACIENTES PORTADORES QUE FUERON DESCOLONIZADOS DURANTE DOS BROTES EN UTI	17
22296 - CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON INTERNACIÓN DURANTE UN AÑO EN EL SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL HOSPITAL HIGA SAN JOSÉ DE PERGAMINO.	13	22375 - ESTUDIO VIGOR, VIGILANCIA Y OBSERVACIÓN DE ENFERMEDAD RENAL OCULTA	18
22368 - MOTIVOS DE INTERNACIÓN MÁS FRECUENTES EN PACIENTES INTERNADOS A CARGO DE CLÍNICA MÉDICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN.	13	SERIE DE CASOS CLÍNICOS	19
22302 - VALIDACIÓN DE UNA VERSIÓN CORTA DEL ÍNDICE DE BARTHEL PARA ESTRATIFICACION FUNCIONAL EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INTERNADOS (MINI-BARTHEL).	14	22266 - SERIE DE CASOS ENDOCARDITIS INFECCIOSA	19
22340 - "PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES INTERNADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS EN HOSPITAL INTERZONAL 'SAN JUAN		22329 - MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS POR DENGUE, PRESENTACIÓN DE 3 CASOS	19
		22334 - SERIE DE CASOS DE CRIPTOCOCOSIS EN PACIENTE NO HIV EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL	19
		22341 - SÍNDROME DE GUILLAN BARRÉ ASOCIADO A VIRUS DENGUE. REPORTE DE TRES CASOS.	19
		22362 - PARACOCCIDIOIDOMICOSIS CUTÁNEA: UNA SERIE DE CASOS	20





22365 - SERIE DE CASOS DE INFECCIÓN POR NEUMOCOCO	20	22313 - CEFALEA CRÓNICA Y COXALGIA BILATERAL EN PACIENTE CON MACROADENOMA DE HIPÓFISIS	26
22241 - GATO ENCERRADO: SERIE DE CASOS DE BARTONELOSIS	20	22325 - CUANDO EL PÁNCREAS NO SE DETIENE: UN CASO INUSUAL DE HIPOGLUCEMIA PERSISTENTE.	27
22252 - SÍNDROME DE LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE, SERIE DE CASOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL	20	22335 - PARALISIS PERIODICA HIPOPOTASEMICA E HIPERTIROIDISMO	27
REPORTES DE CASOS CLÍNICOS	21	22352 - LAS APARIENCIAS ENGAÑAN: TIROIDITIS AUTOINMUNE COMO CAUSA DE SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO EN UN PACIENTE VIH-POSITIVO	27
22225 - REPORTE DE CASO: INSUFICIENCIA CARDÍACA DE ALTO GASTO EN PACIENTE CON TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA.	21	22360 - HIPOMAGNESEMIA CON HIPOCALCEMIA SECUNDARIA (HSH) DIAGNOSTICADA EN UNA PACIENTE DE 42 AÑOS QUE INGRESA POR ESPASMOS CARPO PEDALES.	27
22228 - HASTA EL ENDOCARDIO Y MÁS ALLÁ: ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR NEUMOCOCO	21	22370 - "MIOPATÍA" COMO PRESENTACIÓN DE HIPOTIROIDISMO: A PROPÓSITO DE UN CASO.	28
22244 - PACIENTE CON PANCREATITIS ALITIÁSICA Y TEP ASOCIADO.	21	22371 - ENFERMEDAD DE ADDISON	28
22251 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE VÁLVULA PULMONAR A E.COLI. UNA RARA CONDICIÓN	21	22238 - ATRÁPAME SI PUEDES: HEPATITIS AUTOINMUNE SERONEGATIVA	28
22253 - TUMOR RENAL CON INFILTRACIÓN CARDIACA	22	22245 - CUANDO LA PIEL NOS HABLA	28
22287 - CUERPO Y MENTE EN CONFLICTO: MIOCARDIOPATÍA POR CLOZAPINA	22	22280 - LA RELACIÓN PELIGROSA: ANTICONCEPTIVOS ORALES Y HEPATOPATÍA	29
22303 - EVACUANDO COMPLICACIONES	22	22286 - RAÍCES Y CICATRICES: UN VIAJE A TRAVÉS DE LA NEUROFIBROMATOSIS Y EL SARCOMA	29
22330 - MUJER JOVEN CON FALLA CARDÍACA FULMINANTE.	22	22310 - UN DUELO AUTOINMUNE EN EL CUERPO	29
22345 - "VARÓN CON DAÑO MIOCÁRDICO Y ANTECEDENTE DE ESCLEROSIS SISTÉMICA"	23	22346 - ICTERICIA HEPATOTOXICA. REPORTE DE UN CASO	29
22283 - BROTES EN PIEL, ERUPCIÓN DE IDEAS EN MENTE	23	22347 - GASTRITIS NECROTIZANTE, UN DIAGNOSTICO POCO FRECUENTE	30
22295 - SÍNDROME DE LÖFGREN EN ASOCIACIÓN A INFECCIÓN POR MYCOPLASMA Y UREAPLASMA	23	22229 - CRÓNICA DE UN LINFOMA ANUNCIADO: LINFOMA LINFOBLÁSTICO PRIMARIO DE SNC QUE SE MANIFIESTA COMO MENINGITIS CRÓNICA.	30
22297 - ENTRE ERUPCIONES Y EMBARAZO	23	22233 - RÁPIDO Y FURIOSO: LINFOMA DE BURKITT EN BIOPSIA DE MAMA	30
22300 - ÁNGELES Y DEMONIOS: REPORTE DE INFECCIÓN EN PIEL POR MYCOBACTERIUM FORTUITUM PEREGRINUM	24	22235 - REBELDE SIN CAVA: AGENESIA DE LA VENA CAVA INFERIOR Y TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA	30
22305 - "BEHÇET EN LA MIRA: ÚLCERAS MUCOSAS QUE NOS LLEVAN HACIA EL DIAGNÓSTICO"	24	22260 - PURPURA TROMBOCITOPENICA TROMBOTICA CON AFECTACIÓN DE SNC: REPORTE DE CASO	31
22309 - EDEMAS DE MIEMBROS INFERIORES COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UNA ENFERMEDAD NO TAN FRECUENTE	24	22262 - SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR, DOS ETIOLOGÍAS, DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN.	31
22351 - PÉNFIGO PARANEOPLÁSICO EN CONTEXTO DE TUMORES SÓLIDOS. A PROPÓSITO DE UN CASO	24	22263 - CID SECUNDARIA AL USO DE TIGECICLINA: REPORTE DE UN CASO	31
22353 - "LA SINFONÍA DE LO INUSUAL: ESCLEROSIS SISTÉMICA Y COLANGITIS BILIAR PRIMARIA CONSTITUYENDO EL SÍNDROME DE REYNOLDS".	25	22264 - LINFOMA HEPATOESPLÉNICO DE CÉLULAS T: UN DESAFIO DIAGNOSTICO EN HEMATOLOGIA.	31
22363 - SÍNDROME DRESS: LA IMPORTANCIA DE SOSPECHARLO	25	22265 - MIELOMA MULTIPLE EN PERSONAS JOVENES: ¿FALTA DE SOSPECHA?	32
22231 - EPIGASTRALGIA, VÓMITOS E INTOLERANCIA ORAL: UN DIAGNÓSTICO INESPERADO	25	22282 - DIAGNÓSTICO SIMULTÁNEO DE LEUCEMIA LINFOCÍTICA CRÓNICA Y LEUCEMIA LINFOBLÁSTICA AGUDA	32
22236 - ESCORBUTO A LA VISTA: UN NAUFRAGIO NUTRICIONAL	25	22288 - MICROANGIOPATÍAS TROMBÓTICAS EN PACIENTE CON HIV	32
22242 - BÚSQUEDA INCANSABLE: SINDROME DE CUSHING COMO CAUSA DE DISNEA	26	22294 - EL DESAFÍO DE BUSCAR MÁS ALLÁ	32
22279 - CUANDO LA SANGRE, EL HÍGADO Y LA TIROIDES CONSPIRAN	26	22324 - LEUCEMIAS DE CELULAS DENDRITICAS. ACERCA DE UN CASO	33
22311 - DETERIORO DEL SENSORIO Y DEFICIT DE VITAMINA B12, DESAFIO DIAGNOSTICO.	26		



22373 - LINFOMA PRIMARIO DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO	33	22326 - ABSCESOS HEPÁTICOS: PRESENTACIÓN ATÍPICA	40
22227 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA, HAEMOPHILUS PARAINFLUENZAE Y PRESENTACIÓN CLÍNICA ATÍPICA	33	22327 - BACTERIEMIA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO NO B.	40
22230 - ENCEFALITIS POR VIRUS HERPES SIMPLE Y POLINEUROPATIA	33	22328 - EMPIEMA CON AISLAMIENTO DE TRICHOMONAS SPP.	40
22232 - MICOBACTERIUM SHERRISII EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO	34	22332 - NEURITIS ÓPTICA BILATERAL EN UN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIRUS DEL DENGUE	40
22243 - UN FUTURO NEGRO EN UN HUESPED INESPERADO: MUCORMICOSIS EN UN PACIENTE PRESUNTAMENTE INMUNOCOMPETENTE.	34	22344 - "QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO A PROPÓSITO DE UN CASO"	41
22254 - POLINEUROPATÍA ASOCIADA A INFECCIÓN POR VIH. PRESENTACIÓN DE UN CASO	34	22350 - EMBOLIAS SÉPTICAS PULMONARES, UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE	41
22267 - LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA CRÓNICA A PROPÓSITO DE UN CASO.	34	22361 - SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO DEBIDO A TUBERCULOSIS PULMONAR DESCOMPENSADA POR COINFECCIÓN CON NEUMONIA POR INFLUENZA Y REQUERIMIENTO DE OXIENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA VENO-VENOSO EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE	41
22269 - COREOATETOSIS, UNA RARA FORMA DE PRESENTACIÓN DE INFECCIÓN POR NOCARDIA EN UN PACIENTE CON VIH: REPORTE DE CASO	35	22331 - NECROSIS RETINIANA AGUDA POR VIRUS VARICELA ZÓSTER EN PACIENTE JOVEN INMUNOCOMPETENTE	41
22273 - INFECCIÓN URINARIA COMPLICADA, BOLA FÚNGICA.	35	22339 - LUMBALGIA EN PACIENTE PORTADOR DE VIH Y LINFOMA DE BURKITT CON COMPROMISO NEUROLÓGICO	42
22274 - MÁS ALLÁ DE LO EVIDENTE	35	22255 - "ASOCIACIÓN INFRECUENTE DE ESCLEROSIS SISTÉMICA DIFUSA Y VASCULITIS ANCA CON AFECTACIÓN RENAL: DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE UNA FORMA DE PRESENTACIÓN GRAVE"	42
22275 - CRIPTOCOCOSIS EN PACIENTE NO HIV	35	22259 - GOMERULONEFRÍTIS PAUCIINMUNE SERONEGATIVA	42
22276 - DUALIDAD DE LA ENFERMEDAD: AMILOIDOSIS Y WHIPPLE	36	22289 - NEFRITIS INMUNOALÉRGICA SECUNDARIA A DRESS EN PACIENTE CON SEPSIS	42
22277 - MÁS ALLÁ DE LA DISFONIA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN HISTOPLASMOSIS DISEMINADA.	36	22318 - LO QUE OCULTA LA FALLA RENAL: UN RETO DIAGNOSTICO	43
22281 - UNA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA FRECUENTE DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA	36	22319 - DE LA SED A LA CRISIS: UN CASO DE HIPERNATREMIA HIPODÍPICA Y SU VÍNCULO CON LA RABDOMIOLISIS	43
22284 - INFECCION SILENCIOSA, PANCITOPENIA SEVERA	36	22337 - VASCULITIS ANCA P EN CONTEXTO DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA	43
22285 - CUANDO EL PERITONEO SORPRENDE: LINFOMATOSIS PERITONEAL EN PACIENTE CON RECIENTE DIAGNÓSTICO DE VIH	37	22355 - NEFROPATÍA LÚPICA. LA CONSTRUCCIÓN DE UN DIAGNÓSTICO.	43
22290 - DESAFÍO CLÍNICO DE UN VIEJO CONOCIDO	37	22343 - SÍNDROME DE ACORTAMIENTO TELOMÉRICO EN PACIENTE FIBROSIS PULMONAR ASOCIADO A SÍNDROME HEPATOPULMONAR: REPORTE DE CASO.	44
22291 - DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD GONOCOCICA DISEMINADA: A PROPÓSITO DE UN CASO	37	22348 - LA VISIÓN DEL PULMÓN EN LA ADICCIÓN POR COCAÍNA.	44
22293 - CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO NO HIV: REPORTE DE UN CASO.	37	22374 - HIPERTIROIDISMO COMO ETIOLOGÍA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR: FISIOPATOLOGIA Y DIAGNOSTICO TEMPRANO 50	44
22299 - INFECCIÓN INVASIVA POR RHODOCOCUS EN PACIENTE HIV	38	22226 - UN DESAFÍO DIAGNOSTICO: SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ CON PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE FEMENINA DE 58 AÑOS	44
22301 - ENCEFALITIS EQUINA DEL OESTE: A PROPÓSITO DE UN CASO	38	22240 - ¿QUIEN DIJO QUE TODO ESTÁ PERDIDO?: TRATAMIENTO TARDÍO EN EL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRE	45
22307 - FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: UN RETO CLÍNICO	38	22268 - UN ENIGMA NEUROLÓGICO EN EL SINDROME CONFUSIONAL	45
22308 - NO SIEMPRE ES LUPUS NI TUBERCULOSIS	38	22292 - SÍNDROME HIPOTALÁMICO POSTERIOR A RESECCIÓN DE MENINGIOMA.	45
22312 - CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA EN PACIENTE HIV	39		
22315 - HEPATITIS SECUNDARIA A SÍFILIS	39		
22316 - SÍFILIS SECUNDARIA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA	39		
22317 - PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA COMO PUNTO DE PARTIDA DE FÍSTULA RENO - PULMONAR.	39		



22321 - CUANDO LA REVERSIBILIDAD NO OCURRE: CASO DE ENCEFALOPATÍA REVERSIBLE LEVE DEL ESPLENIO	45
22322 - INFARTO DE LA ARTERIA DE PERCHERON: VARIANTE ANATÓMICA Y DESAFÍO DIAGNÓSTICO.	46
22323 - SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN DE LA VARIANTE AMSAN EN UN CASO CLÍNICO, IMPORTANCIA DE LA TERAPÉUTICA TEMPRANA.	46
22342 - PARÁLISIS DEL VI PAR: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO	46
22354 - "CIDP, CON PARTICULARIDADES COMO PANEL DE ANTICUERPOS ANTIGANGLIOSIDOS NEGATIVOS E HIPOPROTEINORRAQUIA"	46
22234 - EN BÚSQUEDA DE LOS PULSOS PERDIDOS: ARTERITIS DE TAKAYASU	47
22237 - EL DESTINO ESCRITO EN LA PIEL: DERMATOMIOSITIS INFANTOJUVENIL CON MARCADORES DE MAL PRONÓSTICO	47
22239 - LUPUS ASOCIADO A DENGUE: EL DESPERTAR DEL LOBO	47
22256 - POLIMIALGIA REUMÁTICA EN EL CONTEXTO DE FIEBRE PROLONGADA Y ANTECEDENTE DE DENGUE: UN RETO CLÍNICO	47
22257 - ESCLEROSIS SISTÉMICA CON COMPROMISO BUCAL COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN	48
22258 - SÍNDROME ANTISINTETASA: EN LA BÚSQUEDA DE UN CÁNCER LATENTE.	48
22278 - CUANDO LOS MÚSCULOS HABLAN: UN ENIGMA EN MIOPATÍA INFLAMATORIA.	48
22298 - ARTERITIS DE TAKAYASU A PROPÓSITO DE UN CASO	48
22356 - OLIGOARTRITIS EN PACIENTE CON RESCATE URETRAL DE UREAPLASMA ¿ASOCIACIÓN O COINCIDENCIA?	49
22376 - HEPATITIS AUTOINMUNE, COLANGITIS BILIAR PRIMARIA Y ESCLEROSIS SISTÉMICA	49



22250 - ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL: EVALUACIÓN DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES VIVIENDO CON INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

PIRES, A.; POLLÁN, J.; CHERNE, P.; MURUJOSA, A. - Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: En América Latina, 2,2 millones de personas viven con VIH (Virus de la Inmunodeficiencia Humana), con un riesgo cardiovascular al menos doble que la población general. Aunque estudios como REPRIEVE han demostrado el beneficio de las estatinas, los calculadores de riesgo cardiovascular no han sido validados en esta población. Se han propuesto ajustes al Score de Framingham, pero faltan datos locales sobre el perfil cardiovascular de estos pacientes en Argentina. Este estudio estima los estratos de riesgo cardiovascular, la prevalencia de eventos cardiovasculares y los esquemas de prevención en una cohorte de pacientes con VIH en Buenos Aires.

Material y métodos: Estudio observacional, retrospectivo y transversal en un hospital de tercer nivel en Buenos Aires. Se incluyeron pacientes con VIH afiliados a una prepaga hasta abril de 2024, confirmados por historia clínica electrónica (HCE) y laboratorio. Se estimó el riesgo cardiovascular a 10 años con Framingham, ASCVD de la AHA y Framingham ajustado para VIH. Se analizaron variables demográficas, de laboratorio y eventos cardiovasculares previos. Se validó la calidad diagnóstica con una auditoría del 10% (concordancia >80%). Se emplearon análisis descriptivos y comparativos (t de Student, chi-cuadrado) con RStudio. El estudio fue aprobado por un comité ético y cumplió con la Declaración de Helsinki.

Resultados: Se incluyeron 615 pacientes con VIH (mediana de edad: 52 años, 74,3% hombres). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión (24,6%), diabetes (5,4%) y enfermedad renal crónica (5,2%). Un 29,2% tenía sobrepeso y un 13,8% obesidad. La prevalencia de eventos cardiovasculares fue del 6%, predominando la enfermedad coronaria. El riesgo cardiovascular a 10 años se estimó en el 81,3% de los pacientes. Con Framingham, el 74,8% fue clasificado como bajo riesgo, el 10% como moderado y el 15,2% como alto. Ajustando Framingham con un factor de 1,6, el grupo de riesgo moderado aumentó al 24,6%. El 95,8% tenía medición de LDL (promedio: 112 mg/dL); el 48% de los de alto riesgo y el 74% de los de riesgo moderado según Framingham ajustado tenían valores de LDL >100 mg/dL. Respecto a medicación, el 6,2% recibió tratamiento para diabetes, el 31,7% antihipertensivos y el 5,5% antiagregantes. Solo el 61% de los pacientes con alto riesgo cardiovascular recibió hipolipemiantes, frente al 23% con riesgo moderado y el 8% con bajo riesgo.

Discusión: Este estudio estimó el riesgo cardiovascular en pacientes con VIH afiliados a una prepaga en Buenos Aires. La mayoría (74,8%) fue clasificada con bajo riesgo según Framingham, pero al ajustar el score, un grupo significativo pasó a riesgo moderado, lo que sugiere una subestimación del riesgo en esta población, consistente con la literatura. Los eventos cardiovasculares fueron mayormente coronarios, seguidos de ACV. El sobrepeso y la obesidad fueron las comorbilidades más prevalentes (40%), a diferencia de otras cohortes donde predominan tabaquismo y dislipemia. Se identificó una brecha entre el riesgo estimado y el tratamiento: el 48% de los pacientes de alto riesgo y el 74% de los de riesgo moderado según Framingham ajustado tenían LDL >100 mg/dL, sin alcanzar objetivos terapéuticos. Además, el 39% de los de alto riesgo y el 77% de los de riesgo moderado no recibieron hipolipemiantes, lo que contradice las guías nacionales e internacionales.

Conclusiones: Nuestros hallazgos pueden contribuir a revisar guías institucionales y evaluar su alineación con recomendaciones globales. La validación manual de datos y el análisis detallado de esta cohorte son fortalezas del estudio. Sin embargo, su diseño retrospectivo y la falta de datos nacionales comparativos limitan su validez externa.

22336 - USO SUBÓPTIMO DE ESTATINAS EN PACIENTES CON ALTO RIESGO CARDIOVASCULAR: ANÁLISIS DE LA PRÁCTICA CLÍNICA EN UN CENTRO DE REFERENCIA

REGINA, B.; BERGNA, N.; PENNINI GUELFI, T.; CAMPERI, F.; TRO-PIANO, I.; PODESTA, C.; VÁSQUEZ CHAMACHE, J.; DE LAJONQUIERE, A.; MARTÍNEZ, C. - Hospital San Juan de Dios

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares son una causa importante de mortalidad en la población adulta, por lo que es importante conocer y/o tratar los factores de riesgo. El tratamiento de la dislipemia representa una estrategia costo efectiva a nivel poblacional, principalmente en pacientes con alto riesgo cardiovascular (RCV). A pesar de ello, una gran parte de los pacientes que deben recibir tratamiento con estatinas no lo reciben o se encuentran insuficientemente tratados. Se evaluó el tratamiento instaurado en los pacientes que son atendidos en un hospital especializado en enfermedades cardiovasculares. **Objetivos:** Evaluar si los pacientes con alto RCV atendidos en nuestro hospital recibían un tratamiento adecuado. Cuantificar el número de pacientes que recibían estatinas a dosis inadecuadas. Analizar el tratamiento en subgrupos específicos, incluyendo pacientes diabéticos, aquellos con antecedentes de eventos cardiovasculares y aquellos con alto riesgo por otras causas. Determinar la cantidad de pacientes con Apo-B elevada y estimar las LDL pequeñas y densas elevadas.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de los pacientes ingresados a la sala de clínica médica del Hospital San Juan de Dios de La Plata en quienes se investigó el RCV individual y se analizó en las primeras 24 horas de su ingreso el perfil lipídico básico, Apo-B y el tratamiento que recibían. Se excluyó a los pacientes cuyo motivo de internación pudiera afectar fuertemente los valores lipídicos.

Resultados: Se incluyeron un total de 130 pacientes entre el mes de octubre del 2023 y febrero del corriente año. El 60% de la muestra fueron hombres. El rango de edad fue de 18 a 89 años y el promedio de edad de toda la población estudiada fue de 62,8 años. Todos los pacientes tenían alto RCV. El 36,1% de la muestra no tenía enfermedad vascular, ni diabetes, pero su riesgo cardiovascular calculado era elevado. Respecto a los antecedentes, el 23,8% había manifestado tener al menos un evento coronario, el 16,1% tenían antecedentes de accidente cerebrovascular y al 3,8% se les había diagnosticado enfermedad arterial periférica. Del total de la muestra, un 23,3% eran diabéticos, y un 5,3% presentaban enfermedad renal crónica. Al correlacionar estos datos se observó que a pesar de tener indicación para el uso de estatinas más de la mitad de los pacientes no les estaban recibiendo de forma adecuada. Por otra parte, tomando el grupo de pacientes que recibían estatinas, solo un 26,9% de ellos estaban adecuadamente tratados según su RCV. En el subgrupo de pacientes con antecedentes de diabetes, enfermedad renal crónica, enfermedad cerebrovascular, patología de arterias coronarias, y arteriopatía periférica el porcentaje de pacientes no tratados con estatinas fue de 65%, 50%, 41%, 34% y 20% respectivamente. En los análisis realizados se demostró que el 79,2% de los pacientes tenían algún tipo de dislipemia. Analizando el objetivo de LDL recomendado por las guías internacionales, se observó que el 66% de los pacientes tenía el colesterol LDL por encima de las metas sugeridas. Y entre quienes tenían los valores de LDL dentro de los valores recomendados, se observó que un 53% de los mismos tenían cifras de Apo-B elevadas lo que evidencia la presencia otras partículas aterogénicas.

Discusión: El presente estudio evidencia una marcada subutilización de estatinas en pacientes con alto RCV, a pesar de las claras indicaciones establecidas en las guías internacionales. La falta de tratamiento adecuado fue particularmente relevante en subgrupos vulnerables, como pacientes con diabetes, enfermedad renal crónica y antecedentes de eventos cardiovasculares. Además, la identificación de niveles elevados de Apo-B, incluso en aquellos con LDL dentro de las metas recomendadas, sugiere la presencia de partículas aterogénicas residuales que podrían estar contribuyendo al riesgo cardiovascular.

Conclusiones: Estos hallazgos subrayan la necesidad de implementar estrategias efectivas para superar las barreras que dificultan el acceso y la adherencia al tratamiento hipolipemiente. Asimismo, resulta fundamental fortalecer la concientización y la educación de los médicos sobre la importancia de la prescripción adecuada de estatinas, acorde al perfil de riesgo de cada paciente. Esto permitirá optimizar el control lipídico y reducir la morbilidad cardiovascular en esta población de alto riesgo.

22304 - DAPAGLIFLOZINA Y SU COMPORTAMIENTO SOBRE EL FILTRADO GLOMERULAR EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE INSUFICIENCIA CARDIACA Y ENFERMEDAD RENAL CRÓNICA

TAVANI, A.; CONDE, L.; TOR, M.; ORMAECHEA, G. - Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela

Introducción: La insuficiencia cardíaca (IC) es una enfermedad crónica que coexiste con múltiples comorbilidades, siendo la enfermedad renal de las más prevalentes. Los inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2), como la Dapagliflozina, han demostrado la reducción significativa de hospitalización y mortalidad en pacientes con IC, con o sin Diabetes Mellitus (DM). Nueva evidencia ha revelado su beneficio sobre la función renal. Par-tiendo de lo último es que este estudio propone evaluar la tolerabilidad de Dapagliflozina y su comportamiento sobre el filtrado glomerular en pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica (ERC), con y sin DM, en una Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC), del Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Montevideo, Uruguay.

Material y métodos: Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo con seguimiento de seis meses en pacientes con IC y ERC en la UMIC. Se incluyeron pacientes con FG entre 25 y 60 ml/min/1,73m², excluyendo aquellos bajo insulino-terapia y con contraindicaciones para recibir Dapagliflozina. Se administró Dapagliflozina a dosis de 10mg diarios, con seguimiento clínico y paraclínico al mes uno, tres y seis incluyendo la valoración de efectos adversos. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital de Clínicas. Los autores declaran no presentar conflicto de intereses.

Resultados: se incluyeron 24 pacientes, 54,2% hombres, 45,8% mujeres. A los tres meses, se observó una mejora significativa en la clase funcional de la NYHA, con un aumento en la proporción de pacientes en clase funcional I (p = 0,013), que se mantuvo a los seis meses. El FG no solo se mantuvo sin caídas durante el estudio, sino que mostró un aumento significativo a los tres meses (p = 0,018). Otros hallazgos observados con significancia estadística: disminución significativa en los niveles de potasio (p = 0,032) y del LDL-colesterol a los seis meses. No se reportaron efectos adversos, ningún paciente debió suspender el fármaco.

Discusión: Los hallazgos de este estudio refuerzan la evidencia sobre el beneficio de Dapagliflozina en pacientes con IC y ERC. La mejora significativa de la clase funcional podría deberse a que Dapagliflozina contribuye al mejor control de la sobrecarga de volumen y a la optimización del estado hemodinámico de los pacientes con IC, hallazgos congruentes con la evidencia ya descrita. El binomio IC/ERC suele asociar un deterioro rápidamente progresivo de la función renal en comparación con pacientes que solo presentan IC o ERC por lo que el mantenimiento y aumento del FG observado es un hallazgo más que relevante. La posible modulación hemodinámica renal y la disminución de la hiperfiltración glomerular mediada por los iSGLT2 sugiere un efecto nefroprotector del fármaco en esta población. Este efecto es consistente con estudios previos como el DAPA-CKD, donde se evidenció una reducción en el declive del FG y una menor incidencia de eventos renales adversos. Aunque el mecanismo exacto del impacto metabólico de Dapagliflozina no está completamente dilucidado, la disminución significativa en los niveles de potasio y LDL-colesterol a los seis meses de seguimiento podría estar en relación con el aumento en la sensibilidad a la insulina y la modulación del equilibrio electro-lítico a nivel tubular renal así como la sinergia con estatinas, hallazgos a continuar estudiando por sus posibles implicancias clínicas en la prevención de eventos cardiovasculares y renales a largo plazo. Otro aspecto importante es la excelente tolerabilidad observada, resultado positivo que da seguridad tanto al clínico como al paciente. El tamaño muestral y la ausencia de un grupo control son limitaciones clave para tener en cuenta en futuras investigaciones. Si bien el seguimiento a seis meses es suficiente para observar cambios iniciales, un aumento en la longitud del seguimiento podría aportar más evidencia sobre los efectos de Dapagliflozina en esta población.

Conclusiones: El uso de Dapagliflozina en pacientes con IC y ERC demostró ser seguro y beneficioso, con mejoras en la clase funcional y en el FG, sin efectos adversos significativos. Se considera que la experiencia con Dapagliflozina en esta cohorte de pacientes fue positiva, respaldando su uso en la práctica clínica para pacientes con IC y ERC.

22369 - EVALUACIÓN DE LA SALUD CARDIOVASCULAR MEDIANTE ESCALA FUSTER-BEWAT EN MÉDICOS RESIDENTES DE HOSPITAL EL CARMEN

CURA, A.; DANIELA GIL, F. - Hospital El Carmen

Introducción: La Residencia médica es un sistema de formación intensiva de posgrado, bajo la modalidad de formación en servicio. La carga horaria destinada, impide que el residente tenga seguimiento de su propio estado de salud, fomentando además un estilo de vida inapropiado. Para esto, se planeó la valoración de la salud cardiovascular con el score Fuster-Bewat. **Objetivos primarios:** Determinar la salud cardiovascular del médico residente.

Material y métodos: Es un estudio observacional y transversal, que incluye a los médicos residentes entre diciembre de 2024 y febrero de 2025. Se utilizó una plantilla en Formulario de Google Forms, a partir de la cual se incluyeron los siguientes datos: edad, sexo, tensión arterial, ejercicio, índice de masa corporal, perímetro de cintura, alimentación, consumo de tabaco, variables que integran el score BEWAT y permiten clasificar a la salud cardiovascular en nivel deficiente, intermedio e ideal. La escala Fuster-BEWAT está compuesta por: Blood pressure (tensión arterial), Exercise (ejercicio), Weight (peso), Alimentation (alimentación), Tobacco (consumo de tabaco). Criterios de Inclusión: Médicos residentes y jefes de residentes de residencias de primer orden. Criterios de Exclusión: Médicos residentes que cursen patología inflamatoria, reumatológica o cáncer activo. Residencias de segundo orden.

Resultados: Se analizaron los datos de 54 médicos residentes entre los meses de diciembre de 2024 y febrero de 2025. Respecto a la valoración de la Salud cardiovascular mediante el BEWAT score, se evidenció que un 59,3% presentó un nivel Intermedio, 22,2% nivel Ideal, y un 18,5% nivel Deficiente (Fig. 1). En cuanto al ítem Alimentación (Fig. 2), se identificó como el más deficiente, con 72,2% de la población con consumo menor a 4 porciones diarias de frutas y verduras; en segundo lugar, un 55,6% no realiza Actividad física de forma regular (Fig. 3). Respecto al IMC, 51,9% registra valores mayores a 25 (Fig. 4). El 48,1% presentó cifras de tensión arterial mayores a 120/70 mmHg y el 18,5% son fumadores (Fig. 5). Con respecto al perímetro de cintura, el 24% presentó un perímetro de cintura mayor al recomendado por las sociedades internacionales. En los hábitos nutricionales, la mayoría refiere dieta mixta; el 63% ingiere alimentos ultraprocesados más de 3 veces por semana.

Discusión: Se logró observar que la salud cardiovascular en la población de residentes es en general sana, teniendo en cuenta el nivel Ideal e Intermedio; sin embargo, destaca la presencia de malos hábitos nutricionales, escasa actividad física y tendencia al sobrepeso. Aquellos individuos que se sitúan en un Nivel Intermedio podrían recategorizarse con datos como el perfil lipídico o con ultrasonografía de vasos periféricos, en búsqueda de ateromatosis subclínica.

Conclusiones: El uso del score BEWAT resultó útil para valorar la salud cardiovascular del médico residente. Es una herramienta práctica, fácil de implementar e interpretar y que se encuentra al alcance de todos.



22222 - VALIDACIÓN PRELIMINAR DE MEDSEARCH: UN AGENTE CONVERSACIONAL PARA RESPONDER PREGUNTAS MÉDICAS EN TIEMPO REAL BASADAS EN EVIDENCIA

CASTAÑO VILLEGAS, N.; VILLA, M.; LLANO, I.; ZEA, J. - Arkangel ai

Introducción: Los agentes conversacionales impulsados por modelos de lenguaje (LLMs) tienen el potencial de transformar la atención en salud facilitando un acceso rápido y sintetizado a literatura médica revisada por pares. Para esto, desarrollamos MedSearch, una herramienta de inteligencia artificial capaz de realizar búsquedas en tiempo real para responder consultas médicas basadas en evidencia científica disponible, proporcionando enlaces directos a las referencias. La evaluación inicial en el conjunto de datos MedQA alcanzó una exactitud del 90,26 %, superando el desempeño de modelos reconocidos como GPT-4o, GPT-4omini, Med-PaLM2 y GPT-4Medprompt. Objetivo: Presentar los resultados preliminares de la validación de MedSearch y evaluar sus beneficios para profesionales de la salud en comparación con métodos tradicionales.

Material y métodos: Se reclutaron 100 estudiantes de medicina, 100 médicos generales y 100 especialistas. Se diseñaron cuatro Casos Clínicos, cada uno con cuatro preguntas sobre: diagnóstico, diagnóstico diferencial, investigación y conocimientos generales. Los participantes fueron asignados aleatoriamente al Grupo A (MedSearch) o al Grupo B (métodos tradicionales). Las métricas clave incluyeron: 1) validez de las respuestas, 2) tiempo de respuesta y número de intentos (velocidad) y 3) aceptabilidad por parte del usuario. Los resultados preliminares incluyen 25 participantes (con perfiles mixtos) y se enfocan en la velocidad y aceptabilidad, la validez será analizada en los resultados finales.

Resultados: El Grupo A fue en promedio 4 minutos más rápido por caso y requirió 6,3 búsquedas menos por caso que el Grupo B. Los participantes del Grupo A reportaron una alta percepción de utilidad, confianza, probabilidad de uso diario y recomendación.

Discusión: Los Resultados preliminares sugieren que MedSearch podría mejorar la eficiencia en la búsqueda de información médica. Los participantes que usaron MedSearch parecieron completar las tareas aproximadamente un 79% más rápido y realizaron un 34% menos de búsquedas en comparación con aquellos que utilizaron métodos tradicionales. Los comentarios de los usuarios indicaron que la herramienta es percibida como útil, con evaluaciones prometedoras sobre su uso regular y un alto nivel de confianza en las respuestas proporcionadas (puntuación promedio de 2.7/3.0). Estas observaciones son consistentes con estudios previos sobre herramientas impulsadas por IA, como los que involucran GPT-4, aunque los datos actuales provienen de una muestra limitada y deben interpretarse con cautela.

Conclusiones: Los resultados preliminares son prometedores y sugieren que MedSearch podría ofrecer una plataforma interactiva para acceder a literatura médica actualizada y revisada por pares, abordando potencialmente algunas limitaciones de las herramientas convencionales. Si bien estos hallazgos preliminares son alentadores, se requiere investigación adicional con una cohorte más amplia (100 o más participantes) para evaluar mejor la precisión, validez y posibles riesgos de la herramienta en distintas especialidades médicas.

22261 - ESTUDIO DEL EQUILIBRIO SIMPATOVAGAL MEDIANTE EL GRÁFICO DE POINCARÉ Y SU IMPLICANCIA COMO MARCADOR PRONÓSTICO EN PACIENTES INTERNADOS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

GODANO, D.; MUSACCHIO, H.; MARTINEZ, A.; PRIOTTI, L.; ALVAREZ, V.; VOGT, M. - Hospital J.B. Iturraspe

Introducción: El sistema nervioso autónomo regula la variabilidad de la frecuencia cardíaca (VFC), por lo que el análisis de la misma es una herramienta para estudiar de manera no invasiva el equilibrio simpato-vagal. Su actividad puede ser evaluada mediante el análisis de Poincaré en el cual se grafican en un diagrama de dispersión las desviaciones estándar SD1 y SD2 formando una nube de puntos elíptica distribuida en un plano bidimensional. SD1 mide la variabilidad de un latido a otro, mientras que SD2 mide la variabilidad en períodos más largos, relacionándose de esta forma con la variabilidad total de los RR. SD12 representa la suma de las variabilidades SD1 y SD2. En un paciente sano las variables SD1, SD2 y SD12 estarían dentro de rangos normales, reflejando una variabilidad adecuada a corto y largo plazo y una regulación autonómica saludable. **Objetivos:** Estudiar el equilibrio simpato-vagal en pacientes internados en una unidad de cuidados intensivos mediante el análisis del Gráfico de Poincaré y evaluar su relación con la mortalidad.

Material y métodos: Diseño: prospectivo, observacional, analítico y de corte transversal. Criterios de inclusión: pacientes internados en la Unidad de Terapia Intensiva del Hospital JB Iturraspe de Santa Fe mayores de 16 años. Criterios de exclusión: presencia de arritmias cardíacas o uso de medicación betabloqueante. Muestreo: de conveniencia no probabilístico consecutivo hasta alcanzar un mínimo de 100 pacientes. **Métodos:** Se realizó un registro Holter de 5 minutos de duración con un equipo Ecosur. Los registros se exportaron y procesaron con el software Kubios, registrando las variables SD1, SD2 Y SD12. Se realizó transformación logarítmica para lograr una distribución normal de las mismas y de esta manera poder realizar el Test de Student comparando la media de cada variable cuantitativa entre los grupos muerte SI/NO.

Resultados: Se estudiaron un total de 101 pacientes, 45 mujeres y 56 hombres, la edad fue de 46± 18 años, (rango 17-83). Hubo 27 muertos (26,7%). Las medianas de las variables fueron las siguientes: SD1: 12,59, SD2: 18,60 y SD12:1,38. Las variables SD1 Y SD12 fueron significativamente menores en el grupo de fallecidos que en los que sobrevivieron (p 0,07 y 0,00.)

Discusión: El valor menor de las variables estudiadas en pacientes fallecidos indica que medir la variabilidad de la VFC mediante el análisis del Gráfico de Poincaré podría servir como un biomarcador pronóstico de mortalidad en pacientes hospitalizados en Terapia Intensiva. Incorporar la VFC en las evaluaciones de riesgo podría proporcionar una estratificación más precisa de los pacientes, ayudando a identificar a aquellos que podrían beneficiarse de tratamientos más intensivos. Estos resultados concuerdan con trabajos previos de nuestro grupo de investigadores en relación a otras medidas de variabilidad de la frecuencia cardíaca (dominio del tiempo y de la frecuencia).

Conclusiones: La medición de la VFC mediante el Grafico de Poincaré podría utilizarse como marcador pronóstico en pacientes críticos.

22223 - PANDORA: UN MODELO DE IA PARA LA EXTRACCIÓN AUTOMÁTICA DE DATOS CLÍNICOS NO ESTRUCTURADOS Y LA IMPLEMENTACIÓN DE PUNTAJES DE RIESGO CLÍNICO.

CASTAÑO VILLEGAS, N.; JIMENEZ, D.; LLANO, I.; MARTINEZ, J.; ORTIZ CALDERON, L.; VELASQUEZ, L.; ZEA, J. - Arkangel ai

Introducción: Los registros médicos y las notas médicas a menudo contienen información valiosa que no está organizada en forma tabular y por lo general requiere procesos manuales para extraerla y estructurarla. Los modelos de lenguaje (LLMs) han demostrado notables habilidades para entender, razonar y recuperar información de fuentes de datos desestructurados (como texto plano), presentando la oportunidad de transformar datos clínicos en información accesible para fines clínicos o de investigación. Objetivo: Presentamos PANDORA, un sistema de IA compuesto por dos LLM que puede extraer datos y utilizarlos con calculadoras de riesgo y modelos de predicción para recomendaciones clínicas.

Material y métodos: Este estudio evalúa la capacidad del modelo para extraer características clínicas de notas de alta clínicas reales de la base de datos MIMIC y de historias clínicas de pacientes ambulatorios generadas sintéticamente. Utilizamos la calculadora PUMA para la búsqueda de casos de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), que interactúa con el modelo y la información recuperada para producir una puntuación y clasificar a los pacientes que se beneficiarían de más pruebas de espirometría basándose en los 7 ítems de la escala PUMA.

Resultados: La capacidad de extracción del modelo es excelente, con una precisión del 100% cuando se utiliza la base de datos MIMIC y del 99% para los casos sintéticos. La capacidad para interactuar con la escala PUMA y asignar la puntuación adecuada fue óptima, con una precisión del 94% para ambas bases de datos. El resultado final es la recomendación sobre el riesgo de que un paciente padezca EPOC, clasificada como positiva según el umbral validado para la escala PUMA de igual o superior a 5 puntos. La sensibilidad fue del 86% para MIMIC y del 100% para los casos sintéticos.

Discusión: Los resultados muestran que PANDORA puede integrar extracción de información y recomendaciones clínicas basadas en escalas validadas. La discrepancia en la sensibilidad entre MIMIC y los casos sintéticos puede explicarse por la complejidad de los Casos Clínicos reales y la falta de información sobre hábitos de tabaquismo en MIMIC. Esto subraya la importancia de contar con datos completos para maximizar el rendimiento de estos modelos. Futuros estudios podrían explorar la aplicación de PANDORA en otros dominios clínicos.

Conclusiones: Los LLM se han utilizado con éxito para extraer información en algunos casos, y existen descripciones de cómo pueden recomendar un resultado basándose en las instrucciones del investigador. Sin embargo, hasta donde sabemos, éste es el primer modelo que extrae con éxito información basada en puntuaciones clínicas o cuestionarios realizados y validados por humanos expertos a partir de datos planos no tabulares y proporciona una recomendación que mezcla todas estas capacidades, utilizando no sólo el conocimiento existente sino haciéndolo disponible para ser explorado.

22272 - RESULTADOS DE LA RESECCIÓN TUMORAL Y COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN LA CIRUGÍA TRANSENFENOIDAL DE ADENOMAS HIPOFISARIOS

NASAZZI DODDI, P.; BOLZAN, D.; RAMÍREZ STIEBEN, L.; PUSTILNIK, E.; GOROSITO, V.; FELDMAN, R.; ROJAS, H.; JOSÉ, P.; MOLOEZNIC, L. - Hospital Privado de Rosario

Introducción: Los adenomas hipofisarios (AH) son tumores benignos originados en la hipófisis anterior y constituyen entre el 8 % y el 15 % de los tumores intracraneales. La cirugía es el tratamiento de primera línea para la mayoría de los AH, en especial para los adenomas hipofisarios no funcionantes (AHNF). La cirugía transesfenoidal endoscópica (CTEE) se ha consolidado como la técnica quirúrgica preferida debido a su mínima invasión y su capacidad para preservar estructuras neurovasculares adyacentes. El objetivo de este estudio fue analizar los Resultados de una serie consecutiva de pacientes sometidos a CTEE, evaluando el grado de resección tumoral y las complicaciones postoperatorias inmediatas.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de pacientes intervenidos quirúrgicamente entre 2010 y 2022. Se recopilaron datos clínicos, bioquímicos y radiológicos previos a la cirugía. Se determinó la tasa de resección total macroscópica (RTM), resección subtotal (RST) y resección parcial (RP) de los adenomas hipofisarios, además de registrar los hallazgos histopatológicos y las complicaciones perioperatorias.

Resultados: Se incluyeron 59 pacientes sometidos a cirugía transesfenoidal endoscópica por AH en nuestro centro. Los AHNF representaron la mayoría de los casos (57.63%), mientras que los adenomas secretores de GH fueron los tumores funcionantes más frecuentes. Se logró RTM en 47 pacientes (79.7%), RST en 6 (10.2%) y RP en 5 (8.5%). En los adenomas gigantes, la tasa de resección completa fue del 50%. Entre las complicaciones postoperatorias, se identificó fístula de líquido cefalorraquídeo en tres pacientes (5.1%) y diabetes insípida permanente en dos casos (3.39%). Se registró un fallecimiento en el período postoperatorio.

Discusión: La CTEE se ha consolidado como el tratamiento estándar para los AH, ofreciendo tasas de resección satisfactorias, buenos resultados clínicos y una incidencia de complicaciones aceptablemente baja.

Conclusiones: La adecuada selección de los pacientes para resección de AH por CTEE y el seguimiento postoperatorio son clave para optimizar los resultados y minimizar las complicaciones.





22357 - ARTERIOGRAFÍAS EN PACIENTES CON PIE DIABÉTICO: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL ÚLTIMO AÑO

ASCAR, E.; PÉREZ, D.; ANGULO, M.; NIEMIZ, M.; BADIAS, M.; SAGAR-DOY, L. - Hospital Provincial de Rosario

Introducción: La diabetes es la primera causa de amputación no traumática del miembro inferior (60%). El 15% de los diabéticos desarrollan lesión en miembro inferior y aumenta el riesgo de vasculopatía periférica entre otras. Sólo 15% del pie diabético (PD) es de origen vascular. La arteriografía es el método de elección para estudio de la enfermedad arterial periférica.

Material y métodos: Es un estudio descriptivo, observacional y analítico, transversal, retrospectivo por revisión de historias clínicas, de enero de 2024 a diciembre de 2024, incluyendo mayores de 18 años, por PD con realización de arteriografía. Se excluyeron historias clínicas incompletas. **Objetivos:** - Describir resultados de arteriografías realizadas en pacientes internados en sala de clínica en Hospital Provincial de Rosario en 2024. - Caracterizar a la población estudiada según edad, sexo, hábitos tóxicos y comorbilidades. - Determinar la lesión más frecuente. - Describir la frecuencia de angioplastia y la presentación clínica (úlceras, gangrena, celulitis) que requirió dicha intervención. - Analizar si la frecuencia de angioplastia difiere según el tipo de lesión que presenta el paciente.

Resultados: De 23 pacientes, 9 mujeres (39.1%) y 14 varones (60.9%), con una media de 56 años, 10 consumían tabaco (43.5%) y 1 cocaína. De ellos, 18 eran hipertensos (78.3%), 4 dislipémicos (17.4%), y 2 (8.7) tenían eventos vasculares previos. Las lesiones fueron úlceras, en 17 (73.9%), gangrena en 5 (21.7%) y 1 (4.3%) con celulitis. En arteriografías, 12 presentaron obstrucción total (52.2%), 9 obstrucción parcial (31%) y 2 sin obstrucción (16.8%). De los que presentaron obstrucción, las localizaciones fueron 12 a nivel tibial (57.1%), 5 iliofemorales (23.8%), 2 poplíteas (9.5%) y 2 pedias (9.5%). Se realizó angioplastia en 12 (52.2%). 16 (69.6%) requirieron amputación, siendo la ectomía de uno o más dedos la intervención más frecuente en 8 pacientes (50%), seguido de la infracondílea en 4 (25%), transtarsiana en 2 (12.5%) y supracondílea en 2 (12.5%). La úlcera se observó en 9 pacientes con obstrucción total y en 7 con obstrucción parcial. Sin significancia estadística. Al evaluar la localización de la obstrucción total, el sitio más frecuente fue la arteria tibial, estadísticamente no significativa. De 12 pacientes con obstrucción total, 7 tuvieron amputación, y de los 9 con obstrucción parcial, 9 amputación, estadísticamente no significativa. La angioplastia se realizó en 9 de los 17 casos de úlcera, y en 3 de los 5 casos de gangrena, sin relación significativa entre tipo de lesión y la realización de este procedimiento.

Discusión: La mayoría fueron hombres, con una media de 56 años, con hipertensión. La lesión más común fue la úlcera. El hallazgo angiográfico más común fue la obstrucción total. Predominaron las obstrucciones totales, a nivel tibial. La angioplastia se realizó en casi la mitad de los casos de úlcera y gangrena. La amputación fue más frecuente en los pacientes con obstrucción parcial.

Conclusiones: Concluimos que nuestro trabajo puede ser el inicio para lograr mayor alcance estadístico a futuro, precisando ampliación de la muestra poblacional.

22364 - MOTIVOS FRECUENTES DE INTERCONSULTAS A CLÍNICA MÉDICA DE PACIENTES INTERNADOS EN SALA POR CIRUGÍA GENERAL

GAGLIARDI, L.; CÓRDOBA, P.; MARTINI, L.; AGUIRRE, F.; FINUCCI CURI, B.; STREET, E. - Hospital Provincial de Rosario

Introducción: Los servicios de Cirugía General (CG) y Clínica Médica (CM) son esenciales en la atención de patologías complejas. Las interconsultas entre estos servicios son frecuentes y requieren dedicación. Hay pocos estudios sobre sus características y su impacto en la evolución de los pacientes. **Objetivos:** Determinar los motivos frecuentes de interconsulta de CG a CM. Describir características de la población, momento de interconsulta, tipo y grado de cirugía. Identificar complicaciones postquirúrgicas, evolución y días de internación. Analizar la relación entre diabetes mellitus (DM) y complicaciones infecciosas. Relacionar las complicaciones infecciosas y la evolución de los pacientes. Evaluar la relación entre grado de cirugía, evolución y días de internación.

Material y métodos: Estudio observacional, descriptivo, analítico, retrospectivo y de corte transversal. Se realizó en un hospital de tercer nivel de Rosario durante 25 meses en pacientes internados en sala bajo CG y que recibieron interconsulta de CM. Se excluyeron historias clínicas incompletas. Se utilizó IBM SPSS Statistics 19 para el análisis.

Resultados: Se incluyeron 127 pacientes, 59.1% hombres, con una media de edad de 51.1 años (± 13.8). Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial (37%), tabaquismo (31.5%), DM (25%), cáncer (17.3%), elitismo y obesidad (10.2%), EPOC (7.9%) y ERC (6.3%). Los principales motivos de interconsulta fueron manejo de comorbilidades (46.5%), antibiocioterapia (39.4%), fiebre (14.2%), desaturación (11.8%), insuficiencia renal aguda (7.9%), disnea (5.5%) y oliguria (3.9%). El momento más frecuente de interconsulta fue el postoperatorio mediato (30.7%), seguido del preoperatorio (20.5%), postoperatorio inmediato (17.3%), precoz (11.8%) y tardío (2.4%). Teniendo en cuenta que en 22 pacientes se realizó tratamiento médico. En cuanto al carácter de cirugía, 44.1% fueron de urgencia y 38.6% programadas. El 73.2% fueron cirugías mayores y 9.4% menores. El 55.9% de las cirugías fueron abdominales y 11% torácicas. Las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes fueron infecciones (31.4%): neumonía (n=12), infección del sitio quirúrgico (n=8), peritonitis (n=5), abscesos y sepsis (n=4). El 66.1% de los pacientes recibieron alta, 26.8% requirieron internación en UTI y 7.1% fallecieron. El 45.7% estuvo internado más de 2 semanas, 34.6% entre 7 y 13 días y 19.7% menos de 7 días. De los 35 pacientes con DM, 8 presentaron infecciones, sin relación estadísticamente significativa (p=0.4). De los pacientes con infección del sitio quirúrgico (8), 3 requirieron UTI y 1 falleció (p=0.5). En cuanto a complicaciones infecciosas y evolución, 3 de los 4 pacientes con sepsis fallecieron (p=0.001). En cirugías mayores, 31 pacientes requirieron UTI y 7 fallecieron, mientras que en menores, ninguno requirió UTI y solo 1 falleció (p=0.05). En cuanto a días de internación, 43 con cirugía mayor y 5 con cirugía menor permanecieron internados más de 2 semanas (p=0.16).

Discusión: Al revisar la literatura, no encontramos estudios nacionales que nos permitieran comparar nuestros resultados de manera directa. Esto resalta la necesidad de más investigaciones en el contexto local, especialmente en hospitales de tercer nivel, donde los pacientes suelen tener patologías complejas. Un hallazgo notable fue que la diabetes no estuvo significativamente asociada con complicaciones infecciosas, lo que difiere de las expectativas, destacando que nuestro estudio presenta limitaciones como el tamaño de la muestra que pueden influir en los resultados. El manejo de comorbilidades y la antibiocioterapia fueron los principales motivos de interconsulta, destacando el rol fundamental del servicio de Clínica Médica en la atención multidisciplinaria de los pacientes.

Conclusiones: El motivo de interconsulta más frecuente fue el manejo de comorbilidades, seguido por antibiocioterapia. La mayoría de los pacientes fueron hombres, con edad media de 50 años. Las comorbilidades más frecuentes fueron hipertensión arterial y tabaquismo. Las complicaciones postquirúrgicas más frecuentes fueron infecciones respiratorias. La interconsulta ocurrió mayormente en el postoperatorio mediato. Predominaron cirugías de urgencia, mayores y abdominales. La mayoría de los pacientes recibieron alta, cerca de 1/4 requirió UTI y una minoría falleció. Cerca de la mitad de los pacientes estuvieron internados más de dos semanas. La mayoría de los pacientes con DM no sufrió complicaciones infecciosas. Más de la mitad de los pacientes con neumonía y peritonitis requirió UTI. Entre los que cursaron cirugías mayores, un alto porcentaje requirió UTI y tuvo mayor tiempo de internación.

22358 - ANÁLISIS DE LA ACTUACIÓN MÉDICA ANTE UNA MUERTE VIOLENTA, EXPERIENCIA DE UN CENTRO

RAMOS, A.; RODRIGUEZ, R.; MARTIN, M.; SANCHEZ ALMEYRA, J. - Sanatorio Británico de Rosario

Introducción: Se entiende como muerte violenta a aquella que ocurre por un mecanismo suicida, homicida o accidental. En estos casos el médico asistencial debe abstenerse de firmar el certificado de defunción y realizará la denuncia policial correspondiente. El objetivo de este trabajo fue analizar la actuación de los médicos de guardia de un centro asistencial privado de tercer nivel frente a pacientes que fallecen por mecanismos violentos.

Material y métodos: Previa capacitación institucional, se encuestaron a 18 médicos de guardia en un efector de salud de tercer nivel de la localidad de Rosario a quienes se les presentaron tres casos de muerte violenta (un homicidio, un suicidio y un accidente). A su vez, se registraron datos de persona, años de recibido, si se encontraban en formación y si realizaban guardias en cuidados críticos. Las variables categóricas se expresan como frecuencia y su porcentaje y las variables cuantitativas continuas como media \pm desviación estándar (DE) o mediana (intervalo intercuartilo), según su distribución. Se consideró una excelente actuación en aquellos médicos que respondieron correctamente los tres casos, una actuación moderada en aquellos que respondieron bien dos de los tres casos y mala en aquellos que respondieron mal al menos dos de los casos.

Resultados: Se analizaron 17 encuestas de 18 debido a que uno de los médicos no dio su consentimiento para publicar sus respuestas. De los encuestados, 10 (59%) eran mujeres y 7 (41%) varones. La mediana de años de recibidos fue de 4 años (2-5). Trece de los encuestados se encontraban en formación (76%). Seis (35%) participantes realizaban guardias en cuidados críticos. Cinco (29%) refirieron haber tenido capacitaciones previas sobre el tema. Frente al caso de muerte homicida, 12 (70.5%) médicos tuvieron una correcta actuación; en el de muerte suicida 9 (52.9%) y en el de muerte accidental 6 (35.2%). De los diecisiete médicos analizados, sólo 4 (23.5%) de ellos presentaron una excelente actuación médica, 4 (23.5%) presentaron una actuación médica moderada y 9 (52.9%) una mala actuación médica.

Discusión: Tres cuartos de los asistentes eran médicos en formación, se interpreta como poco interés de los ya especialistas en formarse en la temática. Sólo el 29% había recibido capacitación previa. La mejor actuación médica fue en casos homicidas. Más de la mitad de los médicos de guardia encuestados desconocen cómo proceder adecuadamente frente al fallecimiento de un paciente por causas violentas.

Conclusiones: Si bien el tamaño muestral resultó muy pequeño; los médicos que realizan guardias en un efector privado de salud desconocen cómo actuar de forma correcta frente a una muerte violenta.

22366 - ANÁLISIS DE LA CULTURA DE SEGURIDAD EN EL ÁMBITO DE LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE POR PROFESIONALES DE LA SALUD EN UN CENTRO PRIVADO DE TERCER NIVEL.

PULIDO, G.; FARONI, N.; LONGO, A.; ANGHILANTE, M.; ARAUJO, L.; BALARINI, M.; BONELLI, M.; BOTTACIN, M.; BRUNO, F.; ELLENA, M.; FERNÁNDEZ GUERRERO, C.; GIODA, S.; GÓMEZ, V.; LOZA, M.; MAM-BRIN, D.; PAEZ, M.; PALLOTTA, M.; PEDALINO, A.; PERONE, V.; POMPI-LLA, C.; MARIA CELESTE, O.; RIVERA, A.; TARDINI, M.; VERGARA, N.; RAMOS, A.; MARTIN, M.; MATTEACCIÓ, A. - Sanatorio Británico de Rosario

Introducción: La identificación inadecuada de los pacientes es una causa importante de errores en la asistencia sanitaria y constituye un riesgo para la seguridad de los pacientes. El método ideal para conseguir una correcta identificación del paciente, son las pulseras identificatorias, en las cuales figuran datos del paciente como: nombre y apellido, D.N.I., fecha de nacimiento y número de historia clínica. La correcta utilización de las mismas y el cumplimiento de los protocolos institucionales, mejorarán la seguridad del paciente. El punto final primario de este estudio fue determinar si los profesionales de la salud de una Institución de 3° nivel de atención, presentan una adecuada cultura de seguridad en la identificación de los pacientes mediante pulseras. El punto final secundario fue hallar variables asociadas a una inadecuada cultura de seguridad.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal mediante la administración de una encuesta estructurada sobre la actitud de los profesionales frente a las pulseras de identificación. Desde el día 30 de septiembre al viernes 4 de octubre de 2024, cada jefe de servicio envió a sus profesionales a cargo el link para completar la encuesta. El cuestionario constaba de 4 preguntas estructuradas en aspectos profesionales, institucionales, seguridad del paciente e identificación del paciente. Las variables categóricas se expresan como frecuencia y su porcentaje y las variables cuantitativas continuas como media \pm desviación estándar (DE) o mediana (intervalo intercuartilo), según su distribución. Se consideró una inadecuada cultura de seguridad en aquellos casos que respondieron bien 2 o menos preguntas y una adecuada cultura de seguridad en aquellos que respondieron bien 3 o la totalidad de las preguntas.

Resultados: Se envió la encuesta a 459 profesionales de la salud. Fueron contestadas 221 (48%), de las cuales 2 fueron excluidas del análisis debido a encontrarse incompletas, totalizando 219 analizadas. El 85% (188) de los encuestados presentaron una adecuada cultura de seguridad. En el análisis multivariante, el ser profesional médico se asoció independientemente a un desconocimiento sobre la identificación de los pacientes con pulseras (p=<0.001, OR: 11.44 IC 95% 4.69-27.88) (ABC ROC: 0.80, IC 95% 0.74-0.85).

Discusión: Si bien se identificó una baja participación en los profesionales, el 85% de los que participaron presentaron una adecuada cultura de seguridad en la identificación de pacientes. Dentro de los profesionales de la salud, el ser médico se asoció a una inadecuada cultura de seguridad en el ámbito de la identificación del paciente. Sin embargo, esto debe ser estudiado en una cohorte más grande de profesionales.

Conclusiones: Este estudio reveló que, a pesar de la baja tasa de participación, la mayoría de los profesionales de la salud encuestados en esta institución de tercer nivel demostraron una adecuada cultura de seguridad en la identificación de pacientes mediante el uso de pulseras. Sin embargo, se identificó una asociación significativa entre ser profesional médico y un mayor desconocimiento en este aspecto crítico de la seguridad del paciente. Estos hallazgos subrayan la importancia de implementar estrategias de intervención específicas dirigidas a los profesionales de la salud en general y médicos en particular para aumentar la cultura de seguridad del paciente.



22372 - ENFERMEDADES CRÓNICAS: ¿QUÉ CONOCEN SOBRE SUS PATOLOGÍAS?

WICKY, D.; METZLER, P.; GALLI, A.; DULCICH, S.; ABDALA, B.; BLA-ZEVICH, N. - Hospital Provincial de Rosario

Introducción: La percepción de los pacientes sobre sus enfermedades crónicas es crucial para el manejo efectivo de estas condiciones, ya que influye en su comportamiento, adherencia al tratamiento y calidad de vida. Estudios previos han demostrado que una percepción activa del control de la enfermedad está asociada a mejores resultados en salud, mientras que creencias fatalistas o mal informadas pueden llevar a una menor adherencia al tratamiento. Sin embargo, aún se desconoce cómo diversas poblaciones y contextos específicos perciben sus enfermedades, especialmente en aquellos con barreras culturales, educativas o socioeconómicas. En enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión y enfermedades autoinmunes, muchos pacientes no poseen el conocimiento adecuado sobre su diagnóstico, lo que influye en su adherencia al tratamiento y en su toma de decisiones, especial-mente en etapas críticas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha resaltado la importancia de intervenciones centradas en el paciente, las cuales requieren comprender cómo los pacientes ven su enfermedad, sus factores externos y respuestas emocionales. Este estudio tiene como objetivo profundizar en las percepciones de los pacientes sobre sus enfermedades crónicas, identificando áreas clave para intervenciones personalizadas que puedan mejorar su atención médica y bienestar. **Objetivos del estudio** Objetivo general: Investigar cómo la percepción de los pacientes sobre su enfermedad crónica influye en su calidad de vida, adherencia al tratamiento y comportamientos relacionados con la salud. **Objetivos específicos:** 1-Describir el conocimiento que tiene el paciente sobre la gravedad y consecuencias de su enfermedad. 2-Analizar si los pacientes que conocen su enfermedad crónica (EC), tienen mejor seguimiento basado en última y próxima visita. 3-Describir las respuestas a la encuesta y compararas según género, edad, nivel educativo y tiempo desde el diagnóstico.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, analítico y trans-versal en pacientes con enfermedades crónicas internados en sala general, basado en una encuesta elaborada por los autores. Se incluyeron pacientes >14 años con diagnóstico de enfermedad crónica, excluyendo aquellos desorientados o incapaces de responder la encuesta. Los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software IBM SPSS Statistics v.19.0.0

Resultados: Del total de pacientes (N=50), el 68% tenía entre 31 y 64 años, el 62% eran mujeres, y el 72% tenía estudios primarios completos. El 76% de los pacientes sabía que padecían una enfermedad crónica. El 62% sabía que habían presentado complicaciones. El 54% entendía que su enfermedad no tiene cura. Al correlacionar el conocimiento de la enfermedad con la edad, el nivel educativo y el tiempo desde el diagnóstico no se observaron diferencias significativas (p>0.05). En cuanto a la percepción de la enfermedad y su cura, los pacientes con menor nivel educativo tendían a estar menos informados sobre la incurabilidad de su enfermedad. Los resultados indicaron que aquellos con un mayor conocimiento sobre su enfermedad, en su mayoría, gestionaban su medicación y programaban sus visitas médicas de manera autónoma (p=0.1). Sin embargo, el 28% dependía de terceros para estas tareas.

Discusión: Los hallazgos de este estudio sugieren, en concordancia con la literatura revisada, que la baja comprensión de la incurabilidad de la enfermedad y de las complicaciones está relacionada con una menor adherencia al tratamiento, lo cual puede empeorar el control de la enfermedad. Este estudio también revela que el nivel educativo es un factor determinante en el conocimiento de la enfermedad, ya que los pacientes con menor educación tienen una comprensión limitada de su condición de salud. La dependencia de terceros para la gestión de la medicación y turnos médicos, por otro lado, podría indicar una falta de control y, en última instancia, afectar la continuidad del tratamiento.

Conclusiones: Como conclusión, resulta fundamental mejorar la educación acerca de las EC. Las intervenciones deben ser personalizadas, considerando factores como el nivel educativo, y deben enfocarse en mejorar la autonomía de los pacientes en la gestión de su salud. Además, se deben implementar estrategias para asegurar el seguimiento regular, evitando así descompensaciones y complicaciones de sus EC.

22296 - CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LOS PACIENTES QUE RECIBIERON INTERNACIÓN DURANTE UN AÑO EN EL SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA DEL HOSPITAL HIGA SAN JOSÉ DE PERGAMINO.

FERNANDEZ ZENOBI, M.; FILOMENO, F.; DIANA, E.; ZAMORA, N.; BONABITTA, G.; CRIVELLI, E. - HIGA San José de Pergamino

Introducción: La situación de salud de un grupo de población es, un conjunto de problemas de salud, descritos desde la perspectiva de un actor social. Los sistemas de información de salud presentan innumerables problemas en dar soporte a la gestión local. Por lo que, es importante implementar sistemas de información que generen conocimientos para guiar acciones. Por esto, desde la Residencia de Clínica Médica se creó una base de datos de los pacientes con el propósito de su caracterización.

Material y métodos: Los objetivos son generar información local de los principales motivos de internación y describir diferentes variables clínicas y sociodemográficas. Estudio descriptivo y analítico, observacional, de corte transversal; retrospectivo; Incluye a los pacientes que recibieron internación durante el 04-09-2023 y el 04-09-2024 en el servicio de Clínica Médica del Hospital HIGA San José de Pergamino. Se excluyeron aquellos pacientes que dependían de otros servicios. La herramienta de recolección de datos fue la hoja de cálculo de Google. Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y las continuas como mediana con su correspondiente rango mínimo y máximo.

Resultados: Se registró 1044 pacientes. La mediana de estadía fue de 6 días, con un rango mínimo de 0 y un máximo de 76. Respecto al sexo, 470 fueron mujeres (45.1%) y 571 hombres (54.9%). Para "rango de edad", el 2.8% presentaba entre 15-18 años, el 13.2% de 30-45 años, el 32.6% de 46-65 años, el 29.3% de 66-80, y el 14.1% de 81-100 años. Para "condición de egreso", el 79.3% obtuvo el alta hospitalaria, el 11.5% fallecieron, el 3.3% se dio alta voluntaria, y un 1.9% fueron derivados. En cuanto a derivaciones internas, el 1.5% fue a Terapia intensiva, un 0.9% a Unidad coronaria, 0.7% a salud mental, y 0.7% a Cirugía. Considerando los "motivos de internación", el principal diagnóstico fue neumonía adquirida en la comunidad (NAC) (21.2%), seguida de Insuficiencia cardíaca congestiva descompensada (10%), Infección del tracto urinario (10%) y ACV isquémico (7.8%). Si agrupamos los diagnósticos por aparatos, el sistema respiratorio fue el principal (25.6%), seguido del cardiovascular (18.7%), y el genitourinario con (13.2%). En relación a los pacientes fallecidos, la principal causa de ingreso de éstos fue la NAC (19.4%), seguida por sepsis (7.9%), neumonía intrahospitalaria (7.07%), e infección del tracto urinario (5%) respectivamente. Respecto a la mortalidad por rangos etarios, el 74% de las muertes fueron en mayores de 65 años, el 19.4% tenían entre 45 a 65 años, y el 6.1% menores de 45 años.

Conclusiones: En nuestro estudio podemos concluir que durante el periodo descrito, la principal causa de internación fue neumonía adquirida en la comunidad, al igual que la principal causa de muerte. El sexo masculino fue el más afectado, con edades que oscilaron los 46 y los 65 años. Consideramos que este estudio es fundamental para comprender las características de nuestra población para desarrollar futuras investigaciones en nuestro servicio.

22224 - MOVILIZACIÓN Y BÚSQUEDA DE ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES CRÓNICAS REUMÁTICAS PERTENECIENTES A LA COMUNIDAD QOM. ENTRE ROSARIO, SANTA FE Y CIUDAD DE ROQUE SAENZ PEÑA, CHACO: ESTUDIO MIXTO.

QUINTANA, R.; CAMACHO, C.; CAAMAÑO, M.; ALVAREZ, M.; VANNUC-CI, A.; CALVO, M.; VALDATA, M.; PELAEZ, I.; PONS-ESTEL, B. - Centro Regional de Enfermedades Autoinmunes y Reumáticas (GO-CREAR)

Introducción: El Grupo Latinoamericano de Estudios de Enfermedades Reumáticas en Pueblos Originarios (GLADERPO) ha trabajado desde su conformación en el año 2009 con diferentes comunidades. La utilización de la metodología Community Oriented Program for Control of Rheumatic Diseases (COPCORD) ha permitido detectar un alto número de individuos con compromiso musculoesquelético y sobre todo una alta prevalencia de Artritis Reumatoidea (AR). **OBJETIVO:** Describir y comparar la situación de salud en relación al acceso al sistema de salud y sus limitaciones entre la comunidad qom de la ciudad de Presidencia Roque Sáenz Peña (Provincia de Chaco) y la comunidad residente en Rosario (Provincia de Santa Fe).

Material y métodos: estudio mixto (cuanti-cualitativo) secuencial en dos fases. Fase cuantitativa; la recolección de datos fue a través de la metodología COPCORD, en individuos ≥ de 18 años. Fase cualitativa: Estudio de corte etnográfico con técnicas de conversaciones informales y entrevistas semiestructuradas. Se realizó un análisis temático.

Resultados: Un total de 940 individuos fueron censados. De ellos, 485 fueron encuestados (51.5%), 58 (3.4%) no quisieron responder y 397 (42.2%) se consideraron ausentes. El tiempo medio de permanencia en el barrio fue de 15.2 años (DE 13.3) y el nivel medio de educación en años fue de 6.26 (DE 4.56). Las comorbilidades más frecuentemente fueron: hipertensión (14.8%), enfermedad de Chagas (11.5%), tuberculosis (4.95%) y diabetes tipo 2 (4.12%). Un total de 129 (26.5%) individuos describieron dolor en los últimos siete días. Los diagnósticos más frecuentes fueron: Lumbalgia mecánica (17.1%) y osteoartritis (10.1%) y dentro de las patologías inflamatorias, la AR (2.4%). Los temas identificados en las narrativas de los participantes fueron: normalización de los síntomas, limitación al acceso al sistema de salud y sobre todo a la atención especializada. Sumado a la falta de provisión de la medicación en la mayoría de los casos. Una de las barreras más importantes fue la movilización entre las dos ciudades.

Discusión: El trabajo de GLADERPO ha evidenciado la alta prevalencia de enfermedades reumáticas de varias comunidades de pueblos originarios de Latinoamérica, en Argentina en particular en las comunidades qom y wichi. La AR es la enfermedad reumática inflamatoria más prevalente, asociada a una marcada limitación funcional y agresividad. La problemática de la movilización constante de esta comunidad es una de las barreras más visibles para la continuidad de los tratamientos y a la consulta especializada. Es necesario establecer lazos anclados en políticas de salud que incluyan esta problemática.

Conclusiones: La AR representa en ambas comunidades la enfermedad reumática autoinmune más frecuente, las limitaciones en el acceso y continuidad de los tratamientos han sido los principales problemas debido a la movilización y desconexión del sistema de salud entre ambas ciudades. Es fundamental trabajar de manera conjunta en estrategias que fomenten la comunicación y seguimiento conjunto.

22368 - MOTIVOS DE INTERNACIÓN MÁS FRECUENTES EN PACIENTES INTERNADOS A CARGO DE CLÍNICA MÉDICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN

COLZANI, M.; ITURBIDE, C.; BAENA, D.; SPOLLI, R.; GIACOMOSSI, L.; VADA, J. - Hospital Provincial de Rosario

Introducción: La internación hospitalaria refleja la carga de enfermedad en una población y varía según edad y sexo. Comprender los principales motivos de ingreso en hospitales es clave para optimizar recursos, mejorar estrategias preventivas y adaptar la atención. Es conocido que las causas de internación difieren según edad, a predominio de enfermedades infecciosas en adultos jóvenes y patologías crónicas en mayores. La presencia de comorbilidades impacta en la evolución hospitalaria, y la utilización del score de Charlson permite estimar el riesgo de mortalidad. Este estudio busca describir los principales motivos de internación en un hospital de 3° nivel de atención, evaluar la presencia de comorbilidades y su relación con la evolución hospitalaria. **Objetivos:** Describir los motivos de internación más frecuentes según grupos etarios y sexo en pacientes internados por el servicio de clínica médica en un hospital de 3° nivel de Rosario en el periodo entre enero y abril 2024. Describir las características de la población estudiada. Analizar comorbilidades y score de charlson según edad y sexo, y su relación con los motivos de internación. Analizar la duración de internación y su relación con los grupos etarios. Describir la evolución de la internación según grupo etario y su relación con el motivo de internación.

Material y métodos: Estudio analítico, descriptivo, observacional, transversal y retrospectivo basado en la revisión de historias clínicas de pacientes mayores de 18 años internados a cargo de Clínica Médica en un hospital de 3° nivel en Rosario, Argentina, entre enero-abril 2024.

Resultados: Se reclutaron 151 pacientes, 74 mujeres (49%) y 77 varones (51%). 5 pacientes (3.3%) eran adolescentes <18 años, 51 adultos jóvenes de 19-39 años (33.8%); 52 edad media 40-59 años (34.4%); 40 adultos tardíos 60-79 años (26.5%) y 3 vejez >80 años (2%). El motivo de ingreso más frecuente fue dengue con pausas de alarma (17, 11.3%), ITU y NAC (15 casos cada uno, 9.9%); complicaciones de cáncer (12, 7.9%); IPPB (9, 6%); ACV isquémico y sepsis (7 cada uno, 4.6%); entre otros. En adultos jóvenes la causa más común fue dengue (8) y NAC (6); y en edad media complicación de cáncer (8) y ACV (6); y en adultez tardía, dengue (4). No encontramos significancia estadística entre edad y motivos de internación. En mujeres, el motivo de internación más común fue ITU, NAC y cáncer; en hombres, dengue y ACV. De los 151, 120 tenían al menos una comorbilidad, 39 DBT (25.8%), 54 HTA (35.8%), 20 TBO (13%), 17 cardiopatía (11%), 12 estitias (8%), 29 cáncer (19%), 15 con enfermedades neurológicas (10%), entre otras. En Charlson bajo, el motivo más frecuente fue dengue y, en Charlson alto fue NAC, sin significancia estadística. Al evaluar comorbilidades por grupo de edad, DBT, neoplasias y TBO, fueron más frecuentes en edad media, HTA en tardía. Al evaluar comorbilidades en relación a los grupos etarios, vimos que ninguno de los 5 adolescentes las tenía, sin embargo 30 adultos jóvenes, 52 de edad media, 36 de edad tardía y 2 ancianos presentaban comorbilidades, con una relación significativa. Al evaluar score de charlson en relación a edad, todos los adolescentes tenían 0 puntos, la mayoría de los adultos medio y tardía tenían más de 2 puntos, y en vejez todos tenían más de 5 con relación significativa. Al evaluar días de internación, lo más frecuente fue de 8 a 14 días. No hubo relación entre los días de internación y los grupos de edad. La evolución más frecuente fue el alta (128 pacientes, 84%) y obito (10.6%). La mayoría de los fallecidos fueron de edad media y tardía, en su mayoría inter-nados por complicaciones de cáncer (6). No hubo relación significativa entre la evolución y los grupos de edad, siendo la más frecuente el alta.

Discusión: Este estudio identificó que el dengue con signos de alarma, la NAC, la ITU y las complicaciones oncológicas fueron los principales motivos de internación, con predominio del dengue y la NAC en adultos jóvenes y del cáncer y ACV en edad media. La alta frecuencia de internaciones por dengue podría estar vinculada a brotes epidémicos recientes. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA, DBT y tabaquismo, con un aumento progresivo según la edad, sabiendo que las enfermedades crónicas son determinantes de internaciones en adultos mayores. El score de Charlson se asoció con la edad, con mayor riesgo de mortalidad en adultos mayores. La duración de internación no mostró relación con la edad ni con el motivo de ingreso, sugiriendo que otros factores influyen en la estadía hospitalaria. La mortalidad (10.6%) se concentró en edad media y tardía, mayormente por cáncer.

Conclusiones: Estos hallazgos recalcan la necesidad de estrategias diferenciadas por edad, priorizando la prevención y manejo de enfermedades crónicas. La mortalidad asociada a complicaciones oncológicas resalta la importancia de cuidados paliativos, y el perfil de internaciones nos permite optimizar los recursos hospitalarios según las necesidades de la población y el desarrollo de políticas de salud pública.





22302 - VALIDACIÓN DE UNA VERSIÓN CORTA DEL ÍNDICE DE BARTHEL PARA ESTRATIFICACIÓN FUNCIONAL EN PACIENTES PLURIPATOLÓGICOS INTERNADOS (MI-NI-BARTHEL)

CAGLIERO, V.; NOVELLO, G.; CLAVERIE, K.; MICHEL, F.; OLIVIERI, M.; ROSSI, F.; BUNCUGA, M.; CADAVAY, C.; CASTRO, J.; TALAMONA, M.; QUIÑONES, N.; MIGLIARO, M.; MORETTI, D. - SANATORIO DELTA

Introducción: Los pacientes pluripatológicos (PP) hospitalizados, a menudo presentan superposición de fragilidad, desnutrición y sarcopenia, con una elevada mortalidad en el seguimiento a 1 año. El deterioro funcional para las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) es prevalente, con necesidad de cuidadores y deterioro de la calidad de vida. Se ha propuesto la realización del índice de Barthel (IB) para la estratificación funcional y el cribado de la dependencia y fragilidad, considerando puntuaciones menores de 90 como pacientes dependientes y por debajo de 60, dependientes severos. Por otra parte, en aquellos con puntuaciones mayores a 90, valorar el diagnóstico de fragilidad mediante las pruebas de ejecución específica. Bernabeu-Wittel et al. estudia-ron, específicamente en PP, una versión abreviada del índice de Barthel para tal fin, simplificado a tres dimensiones, basados en la capacidad para alimentarse, deambular y usar escaleras por sus propios medios.

Material y métodos: Estudio prospectivo y observacional. Se incluyeron consecutivamente > 18 años de edad que requirieron atención en sala de clínica médica, cumplían criterios de PP y otorgaron su consentimiento informado. Al ingreso se obtuvieron: datos demográficos, clínicos, incluyendo el índice PROFUND, y se realizó el miniBarthel (MB) por el médico residente. El IB se realizó por el kinesiólogo a cargo, en forma separada para mantener el ciego. Se determinó la mortalidad en la internación y a 12 meses del alta. Estadística: La asociación entre variables se analizaron con el test t-student o Wilcoxon y el test Chi-cuadrado o Fisher. La supervivencia se analizó por Kaplan-Meier, las comparaciones por test Log-Rank y la influencia de las variables con el modelo de Cox. Para evaluar la capacidad discriminativa del PROFUND, IB y miniBarthel se realizaron curvas ROC y se determinaron las respectivas AUC. El nivel de significación fue 0,05.

Resultados: Ingresaron al estudio 99 pacientes. La mediana (RIQ) de edad resultó 71 (68-77) años y el 51,5% varones. Las categorías más frecuentes de PP fueron vasculares (30%) y cardiológicas (22%). La mediana (RIQ) del índice PROFUND fue 4 (1- 9) y el IB: 75 (45-90). El 37% eran dependientes severos (IB<60) y la polifarmacia fue del 51,5%. Clasificaron como MB:0 (no pueden hacer nada solos), MB:1 (pueden alimentarse solos), MB:2 (pueden alimentarse y deambular solos) y MB:3 (pueden alimentarse, deambular y subir escaleras solos) el 21%, 17%, 17% y 44%, respectivamente. Presentaron una mediana (RIQ) de IB de 10 (5-20), 50 (40-60), 85 (75-90) y 95 (80-100) p<0.001 y una mediana (RIQ) de PROFUND de 10 (7-15), 7 (4-9), 3 (3-6) y 3 (0-3) p<0.001, respectivamente. Fallecieron 50 pacientes (50,5%) durante el seguimiento, 13 en la internación y 37 a los 12 meses del alta, de los cuales 14 (66%) eran MB:0, 11 (64%) MB:1, 9 (52%) MB:2 y 16 (34%) MB:3 p 0.014. El AUC (IC95%) del PROFUND, IB y MB fue 0.661 (0.553-0.769), 0.655 (0.547-0.762) y 0.654 (0.546-0.749) respectivamente.

Discusión: Las características clínicas de la cohorte reclutada son similares a las comunicadas previamente con edad avanzada, importante carga mórbida, polifarmacia y una alta mortalidad en el seguimiento. Establecer el pronóstico de vida en esta población es primordial, tanto para evitar actitudes nihilistas ante las discusiones diagnóstico-terapéuticas, como para promover el diálogo oportuno y realista con el paciente y su grupo familiar, acerca de decisiones anticipadas de salud y necesidad de cuidados paliativos.

Conclusiones: La validación de esta versión corta del índice de Barthel (miniBarthel) para la estratificación funcional de los pacientes PP, refuerza la relación entre el deterioro funcional y el pronóstico. La simpleza y operatividad de su uso pueden convertirla en una herramienta útil para el abordaje asistencial de la fragilidad y dependencia en esta población.

22349 - FACTORES ASOCIADOS A LA DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DE LA LOCALIDAD DE PERICO DURANTE OCTUBRE A NOVIEMBRE DEL 2023

TITO, M. - Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Tucumán

Introducción: La pérdida de funcionamiento en las personas mayores se asocia con múltiples factores, mayores riesgos de institucionalización y caídas. El objetivo de este trabajo fue establecer la relación entre los factores asociados a la dependencia funcional presentes en adultos mayores en la localidad de Perico, Jujuy, durante octubre a noviembre del 2023.

Material y métodos: Se realizó estudio observacional, descriptivo de corte transversal, en adultos mayores de 65 años censados en la zona A del área de responsabilidad del Hospital Arturo Zabala, de la Localidad de Perico. Se realizó un muestreo sistemático con un nivel de confianza del 95% y un error de muestreo del 7%. Se pidió consentimiento informado escrito a los participantes para la incorporación en el estudio, manteniendo la confidencialidad de los datos obtenidos. Se utilizó una encuesta semi-estructurada, impresa, administrada por el autor, basada en test y cuestionarios validados, entre ellos, la Escala Lawton y Brody, cuestionario SARC- F, el test de tamizaje MNA- SF. Se realizó la mediciones de las variables: características sociodemográficas, de estilos de vida y del tipo de atención sanitaria, riesgo de sarcopenia y nivel de dependencia funcional (DF). Se realizó un análisis descriptivo y de asociación de variables que resultaron de interés, mediante test chi-cuadrado con un nivel de significación del 5%.

Resultados: Se obtuvo un total de 113 encuestas de una muestra inicial de 149. El 27% están entre 70 a 74 años, 53% son mujeres, 32% casados o viudos, 49% viven solas en el hogar. El 50,4% padece riesgo de sarcopenia. El 57% no realiza actividad física, 52% tiene un estado nutricional normal, 81% no usa medicación para dormir. El 37% era autónomo. Se encontró asociación estadística entre la DF con la edad, estado civil, tipo de familia, riesgo de sarcopenia, tipo de actividad física, estado nutricional y uso de medicación para dormir. Conclusión: Se plantea fomentar en los centros de atención primaria la utilización de escalas que midan la capacidad funcional del adulto mayor, y la aplicación de programas de ejercicios asociados a la marcha, que fortalezcan el autocuidado, mejoren las capacidades nutricionales, mentales y sociales.

Discusión: La población de adultos mayores no institucionalizados presenta algún grado de dependencia funcional, debido a que en su gran mayoría necesita ayuda para realizar actividades instrumentales de la vida diaria, a que la mayoría de los adultos mayores viven solos, no reciben asistencia para sus actividades y usan medicación para dormir. Existe una innegable relación entre la sarcopenia, los estilos de vida (actividad física y nutrición) con el nivel de dependencia. En base a los trabajos revisados y los resultados obtenidos, se sugiere como futuras líneas de investigación el poder comparar poblaciones urbanas y rurales, así como la evaluación de otros aspectos que forman parte de la evaluación integral, como ser la salud mental, entre ellas las emociones, la depresión, y el aspecto social, como los vínculos familiares y comunitarios que tienen los adultos mayores, además de implementar una valoración nutricional y mental a profundidad en pacientes no hospitalizados.

Conclusiones: Se plantea fomentar en los centros de salud, de la comunidad, la utilización de escalas que midan la capacidad funcional del adulto mayor, donde participe el profesional de enfermería evaluando el estado funcional, no solo de actividades instrumentales, si no de las básicas, a fin de conocer las actividades en las que el usuario necesite alguna consideración, como ser el manejo de medicación, la movilidad o la propia alimentación.

22340 - "PERFIL CLÍNICO DE PACIENTES INTERNADOS EN CUIDADOS PALIATIVOS EN HOSPITAL INTERZONAL 'SAN JUAN DE DIOS': UN ESTUDIO DESCRIPTIVO"

CAMPERI, F.; REGINA, B.; PODESTA, C.; MIRANDA, J.; TORREZ, G.; QUIÑONES, M.; VASQUEZ, J. - Hospital San Juan de Dios

Introducción: Los cuidados paliativos constituyen un planteamiento que mejora la calidad de vida de los pacientes (adultos y niños) y sus allegados cuando afrontan problemas inherentes a una enfermedad potencialmente mortal. Previenen y alivian el sufrimiento a través de la identificación temprana, la evaluación y el tratamiento correctos del dolor y otros problemas, sean estos de orden físico, psicosocial o espiritual. El objetivo de este trabajo es lograr la identificación temprana de pacientes candidatos para la aplicación de los cuidados paliativos mediante una asistencia paliativa integral. Uno de los objetivos principales que se plantea de este estudio es: ¿Se podría disminuir la cantidad de pacientes cuyo motivo de ingreso hospitalario se asocia a manejo del dolor?

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional descriptivo trans-versal de pacientes internados en sala exclusiva de cuidados paliativos desde septiembre de 2022-febrero de 2025 en Hospital Interzonal Especializado de Agudos y Crónicos "San Juan de Dios" de la Ciudad de La Plata. Se incluye-ron pacientes internados en sala exclusiva de cuidados paliativos, mayores de 18 años. Los datos obtenidos fueron mediante análisis estadísticos de historias clínicas digitales.

Resultados: El motivo de internación más frecuente fue "manejo del dolor". El total de pacientes fue de (n= 147). La distribución por sexo fue de 60% hombres, 40 % mujeres. El 57 % (n= 84) de ellos padecían patologías oncológicas, mientras que los pacientes no oncológicos representaban el 43% (n= 63). El promedio de fallecidos durante la internación fue un 38% (n=57) mientras que el 51 % (n=76) recibió el alta hospitalaria con posterior control por consultorio externo. Dentro de las patologías oncológicas se destacan: cáncer de pulmón, linfoma no Hodking, cáncer de mama, los cuales al momento de su ingreso el 90% de los pacientes presentaban un estadio IV de su enfermedad, ECOG 4. En cuanto a las patologías no oncológicas se destaca: Cirrosis hepática secundaria a enolismo y patologías cardiovasculares paliativas.

Conclusiones: Este estudio refuerza la necesidad de implementar estrategias sanitarias que logren identificar a los pacientes candidatos a los cuidados paliativos tempranamente. Se debe realizar una evaluación clínica interdisciplinaria que logre un adecuado tratamiento del dolor, siendo este el principal motivo de internación.

22359 - ACCIDENTE CEREBROVASCULAR ISQUÉMICO EN SALA DE INTERNACIÓN EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES, ARGENTINA

ROSALES SAGGIORO, E.; PERARA, M.; RODRIGUEZ, C.; SANCHEZ, C. - Argerich

Introducción: El accidente cerebrovascular (ACV) es una de las principales causas de muerte y discapacidad en la Argentina y más del 80% son isquémicos. Se estimó, en los >40 años, incidencia de 317/100.000 y prevalencia de 1.974/100.000.3.4 El objetivo del trabajo fue describir la población de pacientes internados por ACV isquémico en un hospital público de la Ciudad de Buenos Aires, el grado de discapacidad al alta y su relación con los días de internación y complicaciones hospitalarias.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de una serie de pacientes con ACV isquémico fuera del período de ventana admitidos en la sala de clínica médica durante 2024. El diagnóstico se estableció con un evento clínico neurológico acorde por más de 24 horas y un infarto arterial encefálico por tomografía computarizada o resonancia magnética. Los datos de las variables de interés se reunieron de las historias clínicas. Las variables categóricas se describieron en porcentajes y las continuas con las medias o medianas, las medidas de efecto se calcularon como Odds ratio o diferencia de medias y, se calcularon los IC95% y utilizaron las pruebas de hipótesis apropiadas. Se realizó el análisis multivariado por regresión logística para evaluar las covariables asociadas con el desenlace Rankin ≥ 3 .

Resultados: Serie de 71 pacientes, media de edad 68,7 años y el 53,5% varones. El promedio de edad de las mujeres fue 7,3 años mayor (p=0,006). La mediana de internación de los varones fue 6 días más larga (p=0,02). La enfermedad coronaria y el tabaquismo se presentaron con mayor frecuencia entre los varones, OR 4,07 (p=0,04) y OR 3,34 (p=0,02). La hipertrigliceridemia fue más frecuente en las mujeres (OR 4,23, p=0,01). La edad ≥ 65 años se asoció con puntuación de Charlson ≥ 5 (p<0,01). El tabaquismo y la diabetes estuvieron presentes en mayor proporción entre los <65 años, OR 3,81 (p=0,01) y OR 2,86 (p=0,04). Respecto de las complicaciones hospitalarias, la infección del tracto urinario se registró en 15 (21,1%), la infección respiratoria baja y la bacteriemia en 8 (11,3%) cada una y las úlceras por presión en 6 (8,4%). Fallecieron 6 pacientes (8,5%), solo uno dentro de los 30 días. En 22 pacientes (31%) la estancia fue >30 días y en 2 duró más de 1 año. El Rankin ≥ 3 se asoció con una mediana de estancia superior a 10 días (OR 3,75, p=0,04) y con la presencia de complicaciones intrahospitalarias (OR 9,43, p=0,042) (Tabla 2).

Discusión: La media de edad y la proporción de varones de nuestra serie de casos fue similar a la descrita en el registro prospectivo multicéntrico ReNA-Cer pero teniendo en consideración que se incluyeron todos los eventos cerebrovasculares, no sólo los infartos. En la publicación de Petrea y cols, en un seguimiento de 56 años, se describió que la edad de presentación del primer evento fue significativamente menor en los varones, al igual que lo observado en nuestro estudio. Hallamos que la mediana de días de internación de los varones fue mayor, aunque no por la discapacidad luego del evento. Los factores de riesgo cardiovascular se vieron representados en nuestros pacientes en similar proporción a la descrita en otros estudios. En el 28% de los casos, recibamos historia de un evento cerebrovascular, frecuencia similar a la descrita en el ReNA-Cer pero superior al 21% visto en ESTEPA. Los >65 años cargaban con más comorbilidades, pero el grado de discapacidad posterior al evento no fue significativamente superior y, por el contrario, más de la mitad de los <65 años presentó un alto grado de discapacidad. El mayor grado de discapacidad post evento se asoció de manera independiente y significativa con una estancia en internación más prolongada y con la presencia de complicaciones intrahospitalarias.

Conclusiones: Esta serie de casos nos permitió conocer las principales características de la población a la cual asistimos en nuestro servicio por una patología de alta prevalencia. Casi 4 de cada 10 casos ocurrieron en menores de 60 años y, en más de la mitad de ellos, la secuela fue de grado considerable, desenlace y sus consecuencias que se podrían minimizar con el mayor uso de la trombólisis. Por otra parte, disponer dispositivos de derivación específicos para quienes carecen de un entorno social continente contribuiría a reducir la excesiva permanencia injustificada en internación y a mejorar la eficiencia en el uso del recurso. Nuestro estudio tiene varias limitaciones. Cabe citar que, por su carácter retrospectivo, los datos reunidos de algunas variables fueron incompletos, en especial para determinar el mecanismo del evento vascular, que la estancia fue sesgada por internaciones prolongadas debidas a causas no médicas y que la debilidad inherente al diseño en la escala de causalidad y el acotado número de casos limitan la interpretación de las asociaciones descritas, que deberían ser validadas por futuros estudios prospectivos con mayor tamaño muestral.





22247 - FACTORES ASOCIADOS A MALA EVOLUCIÓN CLÍNICA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR NEUTROPENIA FEBRIL POSTQUIMIOTERAPIA.

RIBEIRO, C.; PARIS, S.; BELOSO, M.; AMATO, A.; CASTRO, M.; GA-LLUCCIO, F. - Hospital J B Iturraspe

Introducción: La neutropenia febril (NF) es una de las principales reacciones adversas después de la quimioterapia, que a menudo resulta en hospitalizaciones prolongadas y mayores costos de tratamiento. La NF post quimioterapia (NFPQT) ocurre en el 10% a 15% de los pacientes con tumores sólidos y en más del 80% de los pacientes con neoplasias hematológicas después de recibir 1 o más ciclos de quimioterapia. Ante la escasez de datos regionales en la literatura que analicen factores asociados a mala evolución clínica (MEC) en estos pacientes y siendo nuestro hospital un centro de referencia oncohematológico de la región centro-norte de la provincia de Santa Fe, Argentina, se decide realizar este estudio con el objetivo de determinar variables asociadas a MEC en sujetos con NFPQT hospitalizados.

Material y métodos: Estudio observacional, de corte transversal, retrospectivo-vo que incluyó episodios de NFPQT (definidos según guía IDSA, 2010) entre los años 2019-2024 en un hospital público de la ciudad de Santa Fe. Se incluyeron pacientes mayores a 16 años, con diagnóstico de patología oncológica, que hayan desarrollado un episodio de NFPQT. Se consideró MEC al ingreso UCI, requerimiento de ARM y/o muerte.

Resultados: 89 episodios, de los cuales el 51,7% (n=46) eran de sexo masculino. La mediana de edad fue de 30 años (RIC 24 - 43). El 93,3% (n=83) presentó una neoplasia oncohematológica: el 57,3% (n= 47) correspondía a leucemias agudas en fase terapéutica de consolidación. En el 70,8% (n=63) se sospechaba infección clínica. Se documentó la misma en 37,2% (n= 32) de los casos. Se diagnosticaron bacteriemias en el 31,8% (n=28) de los casos: 64,3% (n=18) a bacilos Gram negativos. Se realizó el diagnóstico de micosis profunda posible en 11 (12,5%) casos y de micosis profunda probable en 6 (6,8%) casos. El 22,5% (n=20) fue admitido a Unidad de Cuidados Intensivos. El 13,5% (n=12) requirió de asistencia respiratoria mecánica (ARM). El 22,5% (n=20) evolucionó con MEC. La mortalidad intrahospitalaria fue 18,0% (n=16). Los pacientes con MEC presentaron con mayor frecuencia neutropenia pro-longada, menor score de MASCSC, más días de fiebre, de NFPQT y de internación. Presentaron un score SOFA y APACHE II más altos y mayor documentación de bacteriemias. En el análisis multivariado las variables asociadas a MEC fueron menor índice de MASCSC [OR 0,57 (IC95% 0,42-0,76)] y duración de NFPQT [OR 1,12 (IC95% 1,03-1,23)].

Discusión: Los scores SOFA y APACHE, se asociaron inicialmente a MEC en este estudio, a diferencia del SAPS II. Esto coincide con lo descrito en la población general. Sin embargo, en el análisis multivariado no resultaron predictores independientes. Es probable que esto se deba, en primer lugar, a que los pacientes incluidos tenían puntajes basales elevados debido a la enfermedad subyacente o al tratamiento recibido. Estas condiciones son más comunes en neutropenias de alto riesgo, las cuales predominaron en esta serie. Con respecto a los focos de infección, el 31,8% fueron bacteriemias, cifras que se encuentran por encima de lo reportado en algunas series. La diferencia también se presenta en el microorganismo causal: en aquellas suelen predominar Gram-positivos, mientras que el grupo de Gram-negativos fueron los principales en nuestra cohorte.

Conclusiones: Por cada punto que aumentó el MASCSC disminuyó un 43% la posibilidad de MEC, y por cada día de NFPQT aumentó un 12% la posibilidad de MEC. Similar a la literatura el score de MASCSC es un predictor independiente de mala evolución clínica. La elevada mortalidad de la NFPQT requiere que pongamos el foco en su estudio y abordaje.

22320 - APLICACIÓN DEL ALGORITMO DE HIGUCHI EN EL ANÁLISIS DEL COMPORTAMIENTO DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS. MODELADO TEMPORAL DE DENGUE E INFLUENZA EN ARGENTINA

CABRAL, M.; TRABACHINO, F.; ALANIZ, M.; GIRAUDO, N.; CIVETTA, M.; VILA, N.; DELAMORCLAZ, M.; MILACHER, A.; VANSTEENKISTE, J.; CARLÓN, J.; LERMAN, D.; MOLINAS, J. - Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Rosario

Introducción: El comportamiento poblacional de las Enfermedades Infecciosas (EI), consideradas como sistemas complejos, puede analizarse a través de modelos matemáticos, para facilitar el diseño de estrategias con el fin de contener la propagación y prever la duración de las pandemias y epidemias. Las EI constituyen un problema de salud pública en el mundo, que a pesar del desarrollo científico, los gobiernos han encontrado limitaciones para mitigarlas por lo que hay un aumento escalonado de casos y algunas de ellas han reemergido. La Enfermedad por Virus del Dengue (EVD) y el Virus Influenza (VI) en la República Argentina, cuentan con un comportamiento epidémico. La ocurrencia de casos de la EVD se restringe a los meses de mayor temperatura y desarrolla su ciclo epidémico (CE) durante las semanas epidemiológicas (SE) comprendidas entre los meses de noviembre a mayo del año siguiente. El VI tiene un comportamiento estacional, con predominio en las SE de invierno. La aparición temporal y distribución territorial de la EVD y VI describen un ritmo fractal, característica de los sistemas no lineales, que pueden analizarse a través de algoritmos fractales que determinen la Dimensión Fractal (DF) y el Coeficiente de Determinación predictivo (R²). La DF describe la facultad de un sistema (EI) para rellenar el espacio físico e irrumpir en un período de tiempo, instalarse e interaccionar con el entorno y el R² indica la aptitud del sistema (EI) para dar respuesta a las demandas del medio, varía en el rango comprendido entre 0 y 1. Cuando R²=1: indica máxima capacidad de interacción del sistema con el medio, con amplio desarrollo de las propiedades fractales, si R²=0,5: indica moderada capacidad de interacción del sistema con el medio, con disminución de las propiedades fractales y si R²=0: indica incapacidad de interacción del sistema con el medio y pérdida de las propiedades fractales. DF y R² manifiestan el progreso o no del sistema (EI) a un nuevo estado de adaptación o desadaptación y finitud. Se propuso analizar el comportamiento de la frecuencia temporal de casos positivos de la Enfermedad Viral por Dengue y Virus Influenza, a través del algoritmo de Higuchi, en la República Argentina por ciclo epidémico.

Material y métodos: Estudio observacional, longitudinal, retro y prospectivo. Se consideraron los casos positivos confirmados por laboratorio (CP) de EVD y VI publicados en los boletines oficiales del Ministerio de Salud de la Nación. Para EVD se consideraron los CE 2017 a 2024, excluyendo casos fuera del período epidemiológico. Para VI se consideraron los CE 2023 y 2024. Se aplicó el Algoritmo de Higuchi (AH) según el registro por SE de los CP. Se obtuvo la DF y R² por CE y se determinó el coeficiente de correlación de Pearson (r) entre los parámetros fractales obtenidos. Para ejecución del AH se requirió de hoja de cálculo Excel y para el análisis estadístico se utilizó el software InfoStat.

Resultados: Los resultados del análisis fractal de los CP de EVD fueron por CE los siguientes: CE 2017-2018: DF= 0,38, R²=0,43; CE 2018- 2019: DF= 0,25, R²=0,08; CE 2019-2020: DF= 0,7, R²=0,3; CE 2020-2021: DF= 0,92, R²=0,77; CE 2021-2022: DF= 0,91, R²=0,69; CE 2022-2023: DF= 2,35 R²=0,88 y CE 2023- 2024: DF= 1,36 R²= 0,88. Para VI se obtuvo: CE 2023: DF=0,17 - R²= 0,61 y CE 2024: DF=0,16 - R²= 0,6. De la correlación de los parámetros fractales DF vs R² se obtuvo para la EVD: r= 0,79 (p<0,0354) y para VI: r = 0,9 (p < 0, 29).

Discusión: El desarrollo de modelos fractales de estas enfermedades, podrían contribuir a predecir su distribución poblacional, con una valoración real de la población crítica, diferente a los modelos epidemiológicos actuales. Los parámetros fractales expresan las fluctuaciones estacionales, el comportamiento demográfico y las estrategias sanitarias, que avalan o impiden la interacción de los virus estudiados con la comunidad. A diferencia de EVD, la interacción moderada observada en VI podría deberse a características de transmisibilidad, campañas de vacunación continuas y factores de los huéspedes.

Conclusiones: Se concluye que el AH revela que el vector de la EVD encontró las condiciones medioambientales para su desarrollo y su persistencia en los futuros CE. Con respecto al comportamiento fractal del VI se demuestra permanencia de la entidad en la población con moderada interacción del virus con la comunidad. El AH puede considerarse una herramienta útil que mani-fiesta las condiciones actuales de las enfermedades infecciosas y colaboraría en el ajuste de medidas sanitarias para controlar la circulación de las mismas, considerando las condiciones iniciales.

22248 - ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE DIFERENTES BROTES EPIDEMIOLÓGICOS DE INFECCIONES POR VIRUS DEL DENGUE

SCIRE, M.; CRAVERO, G.; MARTINEZ, A.; AMATO, A.; BELOSO, M.; CASTRO, M.; GALLUCCIO, F. - Hospital J B Iturraspe

Introducción: En Argentina, la situación del dengue ha cambiado drásticamente en las últimas dos décadas, con brotes epidémicos recurrentes que comenzaron en 1997 y se han intensificado desde 2009. Los casos acumulados hasta la semana epidemiológica 18 de 2024 representan 3,33 veces más que lo registrado en el mismo período de la temporada anterior (2022/2023) y 8,6 veces más que lo registrado en el mismo período de 2019/2020. En la provincia de Santa Fe, la incidencia de dengue ha seguido un patrón similar a la del resto del país, con brotes estacionales durante los meses cálidos, encontrando durante el 2024 un patrón de amesetamiento en el período de Febrero y Abril con un descenso posterior. Dada la endemicidad, su incidencia en aumento en los últimos años y la sobrecarga del sistema de salud que implica, tanto económica como en morbilidad, se decidió llevar a cabo este estudio con el objetivo de comparar las características clínicas y bioquímicas entre los casos de 2024 y los brotes previos.

Material y métodos: Estudio observacional, analítico, de cohorte retrospectiva de pacientes con dengue confirmado serológicamente o por nexo epidemiológico, hospitalizados entre 2019-2024 en un hospital público de referencia para la región centro-norte de la provincia de Santa Fe.

Resultados: Se incluyeron 108 pacientes. En el 80,6% (n=87) el diagnóstico fue realizado por criterio clínico-epidemiológico. El 65,7% (n=71) fueron de sexo femenino. La mediana de edad fue 33 años (RIC 24 - 46,5). El 42,6% (n=46) presentaba comorbilidades. El 68,5% (n=74) se clasificó como cuadro de dengue con pautas de alarma, 2 casos fueron caracterizados como dengue grave, evolucionando con distrés respiratorio y requerimiento de Unidad de Terapia Intensiva. No se constataron muertes. En 2024 hubo una mayor frecuencia de vómitos al ingreso (15,3% (n=9) vs 2,00 (n=1), p=0,018). Los sangrados fueron más frecuentes en 2024 (62,7% (n=37) vs 34,7% (n=17); p=0,004), coincidente con un menor recuento plaquetario al ingreso (54000 vs 98000; p=0,019), a expensas de los sangrados mucosos (98,1%, n=53). Hubo 1 caso de sangrado mayor. El 96,3% (n=52) de los sangrados iniciaron antes del día 7 y duraron una mediana de 3 (RIC 2-4) días. El 32,4% (n=35) presentó hepatitis, sin diferencias en virtud del año de presentación. No hubo casos de encefalitis o serositis.

Discusión: En nuestro estudio hubo más sangrados en el año 2024, la mayor parte menores y principalmente mucosos, solo hubo 1 episodio de sangrado mayor; la mayoría fueron antes del séptimo día. Múltiples estudios han mostrado la elevada frecuencia de plaquetopenia y de sangrados en personas hospitalizadas, pero no ha sido abordada la variabilidad en la frecuencia de dicha manifestación entre los diferentes brotes epidémicos. Respecto a la hepatitis por dengue, en este estudio encontramos una elevada frecuencia de elevación de las transaminasas en rango de hepatitis. Esto es coincidente con estudios previos que han hallado frecuencias de hasta el 80% de hepatitis en pacientes con dengue hemorrágico. La importancia de enfatizar en la frecuencia de la afección hepática y del trastorno hemorrágico radica en que ambos han mostrado ser predictores de desenlaces desfavorables en otros estudios.

Conclusiones: En el último brote de la infección por virus del dengue se vio el aumento considerable de las complicaciones hemorrágicas, lo que probablemente tuvo un aumento en los costos y demanda hospitalaria. Es importante enfatizar en las medidas preventivas y control epidemiológico para mitigar el impacto de futuros brotes.

22333 - INCIDENCIA DE INFECCIONES PROTÉSICAS PRIMARIAS DE CADERA Y RODILLA EN UN HOSPITAL DE ROSARIO

GAMON, A.; D'ANGELO, A.; GARRIDO, F.; ANDRADA REYNOSO, A.; RADONICH, W.; LLERA MARTINELLI, P.; AGUILERA, C.; AMDDOR, A.; MACEDO, T.; FLORES, A.; BERMEJO, J.; FAVARETO, J. - Hospital Español Rosario

Introducción: Las artroplastias de cadera y rodilla han demostrado ser el tratamiento óptimo para las articulaciones que no se benefician de intervenciones médicas o artroscópicas, sin embargo la infección primaria de la artroplastia (IAP) es la complicación más temida.

Material y métodos: Se llevó a cabo una vigilancia epidemiológica continua entre 11/2017 y 12/2024, donde se vigilaron 1040 artroplastias primarias, de las cuales 33 complicó con IAP, ingresadas a un hospital general de 160 camas.

Resultados: Se detectaron 33 infecciones de artroplastias primarias (IAP), 13 artroplastias de rodillas y 20 artroplastias de cadera (13 artroplastias programadas y 7 urgentes debidas a fractura). La edad promedio de los pacientes fue de 66,2 años (DS 11,3). La prevalencia de sexo femenino 51.5% (17/33). El grado de comorbilidades se evaluó por Score de Charlson siendo >2 en 69.7% de los pacientes (Mediana=2). El 78.8% del total de las IAP fueron tempranas (<90 días del implante) y de presentación clínica agudas con fiebre, eritema, dolor y tumefacción. El 21.2% (7/33) las infecciones fueron polimicrobianas. Sólo 15.4% (2/13) de las IAP de rodillas fue polimicrobianas, mientras que lo fueron 25% (5/20) de las IAP de cadera (p=0.3). El 63.6% (21/33) de los casos, los agentes aislados fueron resistentes al esquema usado como profilaxis perioperatoria (cadera programada 54.4% [6/11]; cadera no programada 100% [9/9] y rodilla 46.2% [6/13]). Las IAPs de cadera programada son con predominio por Staphylococcus spp (82%) de los cuales 55.5% son resistentes a meticilina. Las IAPs de cadera no programadas fueron más frecuentemente por Enterobacterias (54%) de las cuales 57% son productoras de BLEE. Todas las bacterias productoras de BLEE fueron resistentes a fluoroquinolonas y sensibles a amikacina. En las IAP rodilla hubo desarrollo de BGN no fermentadores en un 28.5% (4/13), cocos gram positivos en un 64.2% (8/13) y enterobacterias en un 7.14% (1/13).

Discusión: Los hallazgos obligan a reevaluar la profilaxis antibiótica en las artroplastias, teniendo en cuenta la resistencia antimicrobiana de nuestro nosocomio.

Conclusiones: Consideramos relevante replicar la vigilancia epidemiológica en otras instituciones para adecuar las profilaxis.





22338 - INCIDENCIA DE DIARREA POR CLOSTRIDIUM DIFFICILE EN PACIENTES INTERNADOS Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

PENNINI GUELF, M.; BOCCIA, M.; GARCIA GIESER, J.; MUCCI, A.; TROPIANO, I.; VÁSQUEZ CHAMACHE, J.; DE LAJONQUIERE, A.; MI-RANDA, J.; QUIRPA, B. - Hospital San Juan de Dios

Introducción: La infección por Clostridium difficile es la principal causa de diarrea infecciosa intrahospitalaria, se manifiesta en brotes y es una causa importante de morbimortalidad frecuentemente en asociación con una terapia con antibióticos. Este trabajo analiza la frecuencia de dicha patología junto a factores de riesgo asociados. **Objetivos:** Describir la incidencia y la tasa de positividad de infección por Clostridium difficile en pacientes con diarrea clínica compatible. Exponer la prevalencia de factores de riesgo en pacientes con diarrea por Clostridium Difficile en nuestro hospital.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo mediante la revisión de historias clínicas de pacientes internados en nuestro hospital de septiembre del 2019 a julio del 2024. Se estudiaron 170 muestras de materia fecal de pacientes con diarrea que presentaban características compatibles con dicha patología, de un total de 12050 de internados. Técnica utilizada: identificación de toxinas y/o antígenos por inmunocromatografía.

Resultados: De las 170 muestras analizadas, 34 resultaron positivas para Clostridium difficile. El 100% de estos recibieron tratamiento antibiótico previo, el 62% terapia combinada, y el 52% recibieron betalactámicos. En cuanto a la presentación de los casos, la mayoría fueron esporádicos y en una ocasión se identificó tres pacientes positivos en una misma sala, que fue interpretado como un brote nosocomial. La evolución clínica de los pacientes presentó una variedad de Resultados. De los 34 pacientes con resultados positivos, 6 fallecieron debido a complicaciones graves asociadas con la infección, 5 pacientes experimentaron recurrencias y los 23 pacientes restantes mostraron una evolución favorable con una recuperación completa. En relación con los factores de riesgo, el 97% de los pacientes presentaban alguna forma de inmunosupresión como: Enfermedad renal crónica (17.6%), VIH (25.7%), Cirrosis (14.3%) y Diabetes (17.1%), mostrando la asociación entre inmuno-supresión y mayor riesgo de infección.

Discusión: Clostridium Difficile es la principal causa de diarreas nosocomiales, presentándose con mas frecuencia en adultos con factores de riesgo o inmunosupresión. Este estudio arroja una incidencia similar a la descrita en EE.UU, Canadá y Europa según la Sociedad Argentina de Infectología (8 a 11 cada 1000 admisiones).

Conclusiones: El uso de antibióticos es el principal factor predisponente, ya que altera la flora intestinal. Si bien algunos estudios sugieren que los probióticos podrían tener un rol en la prevención de la diarrea por Clostridium difficile, la evidencia actual no es suficiente para recomendar su uso como tratamiento adyuvante. Resulta fundamental promover un uso racional de los antibióticos, acortar los días de tratamientos y evitar combinaciones innecesarias. Asimismo, se debe fortalecerse las estrategias de prevención, incluyendo la detección precoz, aislamiento de contacto y el adecuado lavado de manos para reducir la morbilidad y los costos hospitalarios asociados.

22246 - INFECCIONES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CIRROSIS, UN DESAFÍO ACTUAL

BENITEZ, L.; BELOSO, M.; CASTRO, M.; GALLUCCIO, F. - Hospital J B Iturraspe

Introducción: Las infecciones bacterianas en pacientes con cirrosis constituyen un problema frecuente, afectando entre el 25% y el 46% de los hospitalizados por descompensaciones agudas. Entre las principales causas de infección se destacan la peritonitis bacteriana espontánea, las infecciones del tracto urinario y la neumonía adquirida en la comunidad. El tratamiento empírico (TEI) debe instaurarse de manera precoz, ya que su retraso incrementa la mortalidad. Sin embargo, el inicio de un TEI adecuado representa un desafío debido al creciente problema de la resistencia antimicrobiana (RAM). Este estudio tiene como objetivo describir la casuística de pacientes con cirrosis hepática y sospecha de infección bacteriana hospitalizadas en nuestra institución y comparar las características de aquellos con infecciones microbiológicamente documentadas al egreso hospitalario.

Material y métodos: Se realizó un estudio de casos y controles con inclusión retrospectiva de pacientes hospitalizados entre 2019 y 2023 en un hospital de tercer nivel de la provincia de Santa Fe, Argentina. Los criterios de inclusión fueron: i) diagnóstico de cirrosis, ii) sospecha de infección bacteriana por parte de los médicos tratantes, y iii) al menos una muestra enviada para cultivo al Laboratorio de Microbiología. Se consideraron como casos a aquellos pacientes con evidencia de infección microbiológicamente documentada. El análisis principal consistió en comparar las características clínicas y bioquímicas entre casos y controles. De manera secundaria, se evaluó la mortalidad comparativa entre ambos grupos y se describió la información microbiológica obtenida.

Resultados: 52 pacientes, 72% (n=31) fueron hombres, con una media de edad de 53,6 ± 8,9 años. En el 59,6% (n=31) no se obtuvieron rescates microbiológicos. Del total de documentados: 36,1% (13/36) en hemocultivos, 52,6% (10/19) en líquido ascítico (LA) y en el 50% (6/12) en urocultivos. El microorganismo más frecuentemente documentado fue Escherichia coli. Hubo un único rescate multirresistente de tipo metalo-β-lactamasas (MBL) de un Proteus mirabilis en urocultivo. En el LA los leucocitos, los polimorfonucleares (PMN) y la lactato deshidrogenasa (LDH) fueron significativamente mayores en aquellos donde se documentó microbiológicamente una infección. El 21,2% (n=11) requirió unidad de cuidados intensivos y el 19,2% (n=10) asistencia respiratoria mecánica. La mortalidad intrahospitalaria fue del 28,6% (n=14).

Discusión: En nuestro estudio, predominó la ausencia de documentación microbiológica, posiblemente debido al bajo rendimiento de los cultivos en dos de las tres infecciones más frecuentes en cirrosis. En efecto, predominaron las peritonitis bacterianas espontáneas [61,9% (n=13)], seguidas de las bacteriemias espontáneas [42,8% (n=9)] y las infecciones urinarias [23,8% (n=5)]. Estos resultados son consistentes con estudios realizados en Europa, Asia y América. Los factores de riesgo asociados a la RAM en pacientes con cirrosis son la hospitalización previa, profilaxis con quinolonas, infección reciente con bacterias multirresistentes, y el origen nosocomial de la infección. Estas asociaciones no pudieron ser valoradas en nuestro estudio debido a que solo se obtuvo un aislamiento con fenotipo resistente. En un estudio multicéntrico, los casos con infecciones documentadas al ingreso fueron un predictor independiente de mortalidad hospitalaria. En nuestro trabajo no encontramos relación.

Conclusiones: Las infecciones en pacientes con cirrosis siguen representando un desafío clínico frecuente, con elevada morbilidad, mortalidad y costo. La documentación microbiológica parecería no ser un condicionante de una mayor severidad sino más bien un reflejo de la baja sensibilidad en cultivos de las infecciones en estos pacientes.

22367 - INFECCIONES POR PSEUDOMONAS AERUGINOSA, EN SALA DE INTERNACIÓN DE UN HOSPITAL DE 3ER NIVEL DE LA CIUDAD DE ROSARIO

ECHAVARRIA, P.; MONTI, M.; OJEDA, G.; PENDINO, M.; REITU, V.; CATALANO, F.; BUFFONI, M. - Hospital Provincial de Rosario

Introducción: Dentro de los bacilos gram negativos no fermentadores de glucosa, la Pseudomonas aeruginosa es la especie que con mayor frecuencia produce infección en humanos. La infección por esta bacteria constituye un motivo de preocupación por la alta morbimortalidad, especialmente en huéspedes con factores predisponentes. Su implicancia en infecciones intrahospitalarias se relaciona a que es intrínsecamente resistente a diversos antibióticos por diferentes mecanismos. Su capacidad de adquirir nuevos mecanismos de resistencia constituye un motivo de preocupación creciente a nivel mundial. En este trabajo describimos las infecciones a P. aeruginosa rescatada de diferentes muestras microbiológicas de pacientes internados a cargo de Clínica Médica.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo y prospectivo. Observacional, tomando pacientes internados en sala general del Hospital Provincial de Rosario, a cargo del servicio de clínica médica, con infección documentada por Pseudomonas aeruginosa, desde Septiembre del año 2023 a Septiembre del año 2024, de cualquier sexo y mayores de 14 años de edad. El análisis fue realizado con el programa IBM SPSS Statistics 19. **Objetivos:** Describir las muestras en las que se rescató P. aeruginosa. Describir el perfil de antibiograma de dicho microorganismo en todas las muestras analizadas. Evaluar con qué frecuencia el microorganismo rescatado en cultivo, fue sensible al antibiótico indicado en forma empírica. Describir las características clínico-epidemiológicas de la población estudiada y factores de riesgo que presentaban para dicha infección.

Resultados: Se obtuvieron 45(n=45) pacientes con rescate de Pseudomonas aeruginosa. 20 (44.4%) son pacientes de sexo femenino. 25 (55.6%) son pacientes de sexo masculino. 30 (66.7%) tiene entre 31 y 64 años, 5 (11.1%) 14 a 30 años y 10 (22.2%) más de 65 años. 26 (57.8%) presentaba instrumentación. 23 (51.1%) realizó antibiograma previa. 23 (51.1%) curso una internación en UTI. 24 (53.3%) presentó una cirugía previa. 12 (26.7%) Enf. pulmonar crónica. 9 (20.0%) Enf onco/oncohematológica. 5 (11.1%) realiza corticoterapia crónica. 5 (11.1%) diabetes. Los sitios de rescate fueron: pulmonar 14 (31.1%) urinario 11 (24.4%), piel y partes blandas 8 (17.8%), hueso 6 (13.3%), sangre (bacteriemia) 4 (8.9%) y catéter endovascular 1 (2.2%). Con respecto a porcentajes de sensibilidad de cada antibiótico: Ce-feripime y ceftazidima se probaron en el total de los pacientes, con un porcentaje de sensibilidad de 82.2% y 84.4%, respectivamente. Piperacilina-tazobactam: 80%. probándose en 43 muestras. Ciprofloxacina se probó en el total de las muestras con un porcentaje de sensibilidad de 73.3%. Meropenem e Imipenem: presentaron porcentajes de sensibilidad menor respecto a los previos. 71.1% y 64.4%. no fueron probados en 2 y 3 muestras cada uno, respectivamente. Amikacina se probó en 30 muestras, resultando sensible en 26. Levofloxacina, se probó en 28 muestras, resultando sensible en 27. Gentamicina, se probó en 12 muestras (41%), resultando sensible en 11 (91%). Colistín, se probó en 8 muestras, resultando sensible en el 100%. Aztreonam, se probó en 6 muestras, resultando sensible en 4. Fosfomicina, se probó en 2 muestras, resultando resistente en ambas. En cuanto al tratamiento antibiótico, fue dirigido en 8 casos y empírico en los restantes. Pseudomonas aeruginosa resultó sensible al tratamiento empírico en 30 casos (66.7%), siendo no sensible en 7 casos (15.8%).

Discusión: En nuestro trabajo pudimos ver múltiples coincidencias con la literatura, como: las infecciones a P. aeruginosa son más frecuentes en pacientes masculinos de entre 31 y 64 años de edad. La instrumentación, la cirugía, la antibioterapia previa y la internación previa en UTI como los principales factores de riesgo para la infección. Los sitios más frecuentes de infección son el pulmonar y el urinario.

Conclusiones: Pudimos ver que las infecciones fueron más frecuentes en hombres adultos menores de 65 años, con antecedentes de instrumentación, cirugía, antibioterapia previa e internación previa en UTI. A nivel pulmonar y urinario se obtuvieron la mayor parte de los rescates. A modo de conclusión, la P. aeruginosa sigue siendo en su mayoría sensible a carbapenémicos, utilizados como antibioterapia empírica. Esto puede servir de puntapé inicial para nuevos trabajos donde sigamos obteniendo detalles sobre nuestra epidemiología local.

22249 - EPIDEMIOLOGÍA DE LAS BACTERIEMIAS CLÍNICAMENTE SIGNIFICATIVAS EN PACIENTES CON NEUTROPENIA FEBRIL: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE 12 AÑOS DE UN CENTRO DE ALTA COMPLEJIDAD

MICHELANGELO, J.; BUTINOF, M.; CHERNE, P.; POLLÁN, J.; HUAIER ARRIAJA, E.; MURUJOSA, A. - Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: La neutropenia febril (NF) es una complicación grave en pacientes oncológicos. Existen pocos estudios epidemiológicos en nuestra región sobre la población de pacientes neutropénicos febriles. Este estudio describe las características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas de pacientes con NF atendidos en la Central de Emergencias de un Hospital Universitario en la Ciudad de Buenos Aires entre 2011 y 2023.

Material y métodos: Presentamos un estudio observacional retrospectivo en pacientes mayores de 18 años con recuento absoluto de neutrófilos ≤ 500 células/mm³. Se analizó la tasa de bacteriemia, el patrón de resistencia antimicrobiana y la mortalidad. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas electrónicas (HCE). Además de los datos automáticos, se realizó una revisión manual de la HCE por parte de expertos para identificar el foco infeccioso en los episodios de neutropenia febril. Se revisaron los hemocultivos tomados dentro de las primeras 48 horas del ingreso, junto con los resultados microbiológicos y los respectivos antibiogramas.

Resultados: La mediana de edad de los pacientes fue de 67 años, con una ligera predominancia de varones (50,6%). El 57,4% de los pacientes presentaron una enfermedad oncohematológica como comorbilidad predisponente, siendo las leucemias las más frecuentes de este grupo. La mediana de internación fue de 8,3 días, y la mortalidad intrahospitalaria alcanzó el 31,1%. La tasa de bacteriemias clínicamente significativas fue del 10,5%, predominando bacilos gram negativos, siendo Escherichia coli el microorganismo más frecuente. Por otro lado, la tasa de hemocultivos con contaminantes fue del 3,1%. En el 29,6% de los episodios no se identificó un foco evidente de infección. El foco infeccioso más frecuente fue el abdominal, que representó el 23,1% de los episodios, seguido del foco respiratorio (17,1%) y urinario (13,9%). Se observó alta resistencia a quinolonas (entre 36 y 40% según el germen) y cefalosporinas de tercera generación (entre 23 y 31%), pero mínima a carbapenémicos (en ningún caso superior al 5%).

Discusión: La incidencia de bacteriemia en nuestra cohorte fue similar a la reportada en estudios nacionales. La mortalidad fue elevada en pacientes bacteriémicos.

Conclusiones: Este estudio aporta datos locales sobre la epidemiología en adultos con NF. Los hallazgos refuerzan la necesidad de un manejo precoz y el ajuste del tratamiento empírico según la resistencia microbiana local.





22270 - ASOCIACIÓN ENTRE MASA MAGRA Y DENSIDAD MINERAL ÓSEA APENDICULAR EN FUNCIÓN DEL SEXO Y LA EDAD

NASAZZI DODDI, P.; BOLZAN, D.; BRANCE, M.; RAMÍREZ STIEBEN, L.; DI GREGORIO, S.; DEL RÍO BARQUERO, L.; BRUN, L. - Hospital Privado de Rosario

Introducción: La densidad mineral ósea (DMO) y la masa magra (MM) son componentes clave de la salud ósea. La pérdida progresiva de ambos está asociada con el envejecimiento y puede aumentar el riesgo de osteoporosis y fracturas por fragilidad en adultos mayores. Sin embargo, la relación entre MM y DMO puede diferir según la edad y el sexo. El objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre la MM y la DMO apendicular en una muestra de adultos sanos, considerando la influencia del sexo y la edad.

Material y métodos: Se realizó un estudio transversal, descriptivo y analítico basado en el análisis retrospectivo de 802 estudios de composición corporal obtenidos mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DXA) en sujetos sanos de entre 20 y 80 años. Se incluyeron participantes sin antecedentes de entrenamiento físico regular enfocado en una extremidad, atletas o jugadores profesionales. Se excluyeron aquellos con trastornos focales que afectaran ambas extremidades. Los sujetos fueron estratificados por sexo y década de vida (d20, d30, d40, d50, d60, d70-80). La densitometría corporal total se realizó con DXA (Lunar Prodigy Advance, GE Healthcare), evaluando los miembros dominantes según la autorreferencia de cada persona. Para comparar las diferencias en DMO y MM entre décadas, se empleó ANOVA con post-test de Bonferroni. Se evaluaron las correlaciones entre DMO y MM de extremidades superiores e inferiores mediante el coeficiente de Pearson. Adicionalmente, se realizaron análisis de regresión lineal múltiple para determinar el impacto de la edad y la MM en la DMO de ambos segmentos. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se analizaron 802 estudios de composición corporal, de los cuales el 57.1% correspondió a mujeres (n=458) y el 42.9% a hombres (n=344). La edad media de la muestra fue 52.9±16.6 años. La distribución por década fue: 11.6% en los 20 años, 10.47% en los 30 años, 15.96% en los 40 años, 24.69% en los 50 años, 23.19% en los 60 años y 14.09% en los 70-80 años. En mujeres, el pico de DMO y MM en extremidades superiores e inferiores se alcanzó en la cuarta década de vida, mientras que en hombres ocurrió en la tercera. Se encontró una correlación positiva significativa entre MM y DMO en miembros superiores e inferiores tanto en mujeres ($r=0.459$ y $r=0.460$, respectivamente; $p<0.0001$) como en hombres ($r=0.527$ y $r=0.515$, respectivamente; $p<0.0001$). El análisis de regresión lineal múltiple en mujeres mostró un coeficiente de determinación (R²) de 0.381 para miembros superiores y 0.359 para miembros inferiores, indicando que el 38.1% y 35.9% de la variabilidad en la DMO podía ser explicada por las variables predictoras. En hombres, los valores de R² fueron 0.277 y 0.295 para miembros superiores e inferiores, respectivamente.

Discusión: Se encontró una asociación significativa entre la edad, la MM y la DMO en una cohorte de adultos sanos. Tanto en hombres como en mujeres, la DMO de extremidades superiores e inferiores presentó una correlación positiva con la MM. Además, la DMO y la MM mostraron una variación significativa con la edad.

Conclusiones: Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar el envejecimiento en la evaluación de la salud ósea y la composición corporal.

22271 - VARIACIONES EN LA DENSIDAD MINERAL ÓSEA APENDICULAR CON LA EDAD EN FUNCIÓN DEL SEXO

NASAZZI DODDI, P.; BOLZAN, D.; RAMÍREZ STIEBEN, L.; BRANCE, M.; DI GREGORIO, S.; DEL RÍO BARQUERO, L.; BRUN, L. - Hospital Privado de Rosario

Introducción: La densidad mineral ósea (DMO) es un indicador clave de la salud ósea, influenciado por diversos factores, entre ellos la edad y el sexo. Su evolución a lo largo de la vida puede estar asociada con el riesgo de osteoporosis y fracturas. El objetivo de este estudio fue describir los cambios en la DMO y el contenido mineral óseo (CMO) a nivel apendicular en individuos adultos de diferentes edades y sexos.

Material y métodos: Se llevó a cabo un estudio transversal, descriptivo y analítico, basado en el análisis de 802 estudios de composición corporal obtenidos mediante absorciometría de rayos X de energía dual (DXA, Lunar Prodigy). Los sujetos fueron estratificados por sexo y década de vida (d20, d30, d40, d50, d60, d70-80). Se excluyeron aquellos con antecedentes de trastornos que afectaran las extremidades. Se analizaron los miembros dominantes según la autorreferencia de cada individuo. Para comparar las diferencias en DMO y CMO entre décadas de vida, se utilizó ANOVA con post-test de Bonferroni. Se adoptó el gráfico de dispersión suavizado por regresión ponderada localmente (LOESS) para describir la relación entre la edad y la DMO. Los puntos de inflexión se determinaron mediante regresión segmentada (RS). Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se analizaron 802 estudios de composición corporal, de los cuales el 57.1% correspondió a mujeres (n=458) y el 42.9% a hombres (n=344). La edad media de la muestra fue 52.9±16.6 años. La distribución por década fue: d20 (11.6%), d30 (10.5%), d40 (16.0%), d50 (24.7%), d60 (23.2%) y d70-80 (14.0%). En mujeres, los valores más altos de DMO y CMO en miembros superiores se observaron en la cuarta década de vida, con un incremento del 4.3% en comparación con los 20 años, seguido de un declive progresivo que alcanzó una reducción total del 19.3% hacia los 80 años. En miembros inferiores, se identificó un patrón similar, con un pico en la cuarta década y una disminución progresiva del 18.0% en la DMO y del 20.8% en el CMO hacia los 80 años. En hombres, los valores más altos de DMO y CMO se registraron en la tercera década, tanto en miembros superiores como inferiores. El punto de inflexión en la DMO de los miembros superiores fue a los 46 años en mujeres y a los 27 años en hombres, mientras que en los miembros inferiores ocurrió a los 46 y 25 años, respectivamente.

Discusión: Los resultados muestran que la DMO y el CMO cambian significativamente a lo largo de la vida y presentan diferencias según el sexo. En mujeres, los valores máximos se alcanzan en la cuarta década, seguidos de un declive progresivo, mientras que en hombres el pico ocurre en la tercera década.

Conclusiones: Estos hallazgos subrayan la importancia de comprender la evolución de la DMO a lo largo de la vida para una evaluación más precisa de la salud ósea y la prevención del deterioro esquelético.

22306 - COMPARACIÓN DE LA EFICACIA DE DISTINTAS MARCAS DE LEVOTIROXINA EN ADULTOS CON HIPOTIROIDISMO PRIMARIO

NASAZZI DODDI, P.; BOLZAN, D.; PUSTILNIK, E.; GOROSITO, V.; FELD-MAN, R.; RAMÍREZ STIEBEN, L. - Hospital Privado de Rosario

Introducción: Los pacientes con hipotiroidismo primario son tratados con levotiroxina (LT4) para alcanzar y mantener niveles de tirotrópina (TSH) dentro del rango de normalidad. Existen datos limitados sobre el impacto de la sustitución entre distintas marcas de LT4 con dosis equivalentes. El objetivo del estudio fue comparar la dosis diaria promedio de LT4, según diferentes marcas comerciales, en pacientes con hipotiroidismo primario y TSH dentro del rango normal.

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional y transversal basado en una base de datos de pacientes adultos (≥18 años) de ambos sexos, con diagnóstico de hipotiroidismo primario, evaluados en un centro privado durante los últimos seis meses. Se incluyeron aquellos con TSH dentro del rango normal (0.24-4.2 µU/ml). Se analizó la dosis de LT4 ajustada por peso corporal (µg/kg/día). Se incluyeron tres marcas comerciales, denominadas genéricamente Marca A, B y C. Además, se registró la causa subyacente del hipotiroidismo, incluyendo tiroiditis de Hashimoto (TH), post-tiroidectomía (PT) y ablación con radioyodo (RAI). Se excluyeron pacientes con otras etiologías de hipotiroidismo. El análisis estadístico se realizó con el programa R versión 4.2.3. La variable TSH se categorizó en dos grupos según un valor menor o mayor a 2.50 µU/ml. Se consideraron diferencias estadísticamente significativas aquellas con $p < 0.05$.

Resultados: Se incluyeron 279 pacientes, de los cuales el 78.49% eran mujeres. La mediana de edad fue de 50 años (rango intercuartílico: 43-61). La etiología más frecuente fue TH (74.55%), seguida de PT (13.62%) y RAI (1.79%). Se observó una correlación negativa entre la dosis de LT4 y los niveles de TSH ($r=-0.264$, $p<0.001$). En cuanto a la distribución de marcas, el 56.99% de los pacientes utilizaba la Marca A, el 36.56% la Marca B y el 6.45% la Marca C. La dosis de LT4 varió según la marca utilizada (A: 1.24±0.39, B: 1.37±0.44, C: 1.27±0.39 µg/kg/día; $p=0.05$). Para los análisis posteriores, se excluyeron a aquellos en tratamiento con Marca C y a aquellos con hipotiroidismo post-RAI por el bajo número de pacientes. La dosis de LT4 difirió según la marca, tanto para TH como para PT (Figura 1). En la Tabla 1 se resume la dosis de LT4 según marca, etiología y TSH mayor o menor a 2.50.

Discusión: La dosis diaria de LT4 varía según la marca utilizada y la etiología del hipotiroidismo. En caso de requerir un cambio de marca, se sugiere evaluar los niveles de TSH en un período prudencial y ajustar la dosis si es necesario. Además, se observó que los pacientes con TSH entre 0.27-2.50 µU/ml requirieron dosis más elevadas de LT4.

Conclusiones: Es recomendable que los pacientes mantengan la misma preparación de LT4 siempre que sea posible.

22314 - INCIDENCIA EN LA INFECCIÓN POR KPC EN PACIENTES PORTADORES QUE FUERON DESCOLONIZADOS DURANTE DOS BROTES EN UTI

LLERA MARTINELLI, P.; GAMON, A.; D'ANGELO, A.; GARRIDO, F.; AN-DRADA REYNOSO, A.; RADÓNICH, W.; AGUILERA, C.; AMDOR, A.; MACEDO, T.; FAVARETO, J.; BERMEJO, J.; BEVAQUA, D.; FLORES, A. - Hospital Español

Introducción: La Klebsiella pneumoniae productora de carbapenemasa (KPC) es un bacilo gram negativo capaz de producir enzimas que confieren resistencia a los antibióticos carbapenémicos. Su diseminación en entornos hospitalarios representa un desafío creciente debido a su alta morbimortalidad, así como a la dificultad para su control. Nuestro objetivo fue analizar el impacto de la búsqueda activa de la colonización y la descolonización en dos brotes de KPC que ocurrieron en la unidad de terapia intensiva (UTI) del Hospital Español de Rosario.

Material y métodos: Es un estudio analítico prospectivo que incluyó una cohorte de 122 pacientes ingresados en Unidad de Terapia Intensiva (UTI), fueron estudiados durante dos brotes de infección por KPC en los años 2012 y 2017. La colonización se determinó mediante hisopado rectal. En el brote de 2012 se realizó el tratamiento antibiótico de descolonización (TAD) con Colistín, mientras que en el de 2017 se realizó con Colistín + Neomicina. Los pacientes fueron seguidos hasta el alta, muerte o traslado considerando "seguimiento completo" a aquellos a los que se les realizó al menos un hisopado de control luego de la descolonización. Se consideró TAD exitoso (TAD-EX) cuando en ninguno de los controles posteriores se obtuvo desarrollo de KPC, TAD fracasó (TAD-FA) cuando en los controles posteriores se mantuvo la presencia de KPC (falla primaria) o bien cuando tras un control negativo, alguno de los hisopados subsiguientes fue positivo (recolonización). La comorbilidad de los pacientes se evaluó mediante el score de Charlson, y el análisis de datos se realizó con el software Epi Info.

Resultados: En total 122 pacientes fueron hospitalizados, con una mediana de edad de 65.8 años, de los cuales 61.5% (75) fueron varones, y tuvieron un score de Charlson >3 el 60.7% (74). Se detectó colonización por KPC en el 41% (50), de los cuales solo al 78% (39 pacientes) se les realizó tratamiento antibiótico de descolonización (TAD). De ellos, 8 pacientes con Colistín y 31 con Colistín + Neomicina EV. Completaron el seguimiento 64.1% (25/39). La respuesta fue exitosa a TAD (TAD-EX) en un 44% (11/25) y fracasó (TAD-FA) en el 56% (14/25). Se detectó infección por KPC en el 7.4% (9/122), 12% (6/50) en colonizados y 4.2% (3/72) en no colonizados (p=ns). De los pacientes que no realizaron TAD, ocurrió infección por KPC en el 9.1% (1/11), 0% (0/11) en los TAD-EX y 35.7% (5/14) en los TAD-FA (p=0.03). La mortalidad cruda en internación fue del 50% (61/122), 50% (25/50) en colonizados y 50% (36/72) en no colonizados (p=ns). En los pacientes no descolonizados la mortalidad según TAD fue del 63.6% (7/11), la mortalidad de TAD-FA fue 50% (7/14), y TAD-EX 27.3% (3/11) (p=ns). La TAD-Ex con Colistín vs Colistín + Neomicina fue 0% vs 35.5%.

Discusión: Nuestros hallazgos revelaron que la descolonización disminuyó el riesgo de infección por KPC, en contraste con los pacientes no descolonizados. A su vez, la terapia combinada (Colistín + Neomicina) resultó ser más efectiva que la monoterapia (Colistín). También se observó una tendencia a la reducción de la mortalidad en los pacientes a los cuales se les realizó TAD.

Conclusiones: Nuestros Resultados sugieren que la descolonización representa una estrategia efectiva para reducir el riesgo de infección por KPC en pacientes. Además, la terapia combinada con colistina y neomicina demostró ser superior a la monoterapia con colistina en el tratamiento de estas infecciones.





22375 - ESTUDIO VIGOR, VIGILANCIA Y OBSERVACIÓN DE ENFERMEDAD RENAL OCULTA

NAZARENO, M. R.; MORAGUES, S.; VIGO, G. R.; CRISTALLI, J.. - Sanatorio Primordial de Casilda

Introducción: -Objetivos: Estudiar la prevalencia de enfermedad renal oculta (ERO) en pacientes sin conocimiento de enfermedad renal previa, factores de riesgo asociados y asociación de enfermedad renal oculta con fármacos potencialmente nefrotóxicos ante FG disminuido.

Materiales y métodos: Criterios de inclusión: Ambos sexos, mayores de 18 años, que ingresaron a internación en sala general de Sanatorio Primordial de Casilda en el período comprendido entre el 15/11/2022 al 14/11/2023, que presentaron al ingreso un valor de creatininemia menor al límite superior de nuestro laboratorio. Criterios de exclusión: creatininemia anormal al ingreso. Se recabaron al ingreso edad y género. Los factores de riesgo asociados se cuantificaron mediante las siguientes definiciones: HTA: Cifras de TA > 140 y/o 90 mmHg comprobadas o tratamiento antihipertensivo conocido. DBT: glu plasmática basal 126 mg/dl, glu plasmática postprandial 200 mg/dl o en tratamiento específico. Dislipemia: colesterol total > 250 mg/dl, LDLc 155 mg/dl o HDLc < 40 en varones, < 48 mmol/l en mujeres respectivamente, o tratamiento con estatinas/fibratos ACV (isquémico, hemorrágico o AIT): historia documentada con ingreso hospitalario. Cardiopatía isquémica: Historia documentada con ingreso hospitalario o consulta especializada de angina coronaria, IAM o revascularización miocárdica. Insuficiencia cardíaca: Historia documentada de síntomas y signos con necesidad de ingreso hospitalario y/o confirmación con ecocardiograma. Arteriopatía periférica: Síntomas evidentes de claudicación intermitente, antecedentes de arteriopatía periférica en ecodoppler arterial, antecedentes de angioplastia, cirugía de revascularización, aneurisma de aorta abdominal documentado al menos mediante ecografía. Medicación habitual: se recabó mediante interrogatorio al momento del ingreso. Clasificadas según los siguientes grupos: Metformina, otros hipoglucemiantes orales, ahorradores de potasio, AINES, inhibidores de la cox 2. Se solicitó al ingreso creatinina plasmática. Se calculó la TFG por fórmula CKD-EPI.

Resultados: Ingresaron en el período comprendido 395 pacientes que presentaron en el laboratorio de ingreso valores de creatinina menores al corte superior determinado por nuestro servicio de bioquímica (1.2mg/dl para mujeres y 1.4mg/dl para hombres), de los cuales 91 pacientes presentaron un clearance de creatinina menor a 60ml/min, es decir el 23%. De los 91 pacientes con ERO: 72 fueron mujeres y 19 hombres, todos poseían al menos un factor de riesgo asociado, los de mayor relevancia fueron HTA y DBT. 14 de los 91 pacientes se encontraban con un cl de creatinina <44ml/min.

Conclusiones: La prevalencia de ERO en nuestro estudio fue del 23%, valor muy superior al de otros estudios, esto puede deberse a que la media de edad de nuestros pacientes pertenece a adultos mayores. Esta elevada prevalencia debería hacernos reflexionar sobre la importancia del conocimiento de esta entidad a los fines de tomar medidas preventivas tendientes a evitar la progresión a enfermedad renal manifiesta.



22266 - SERIE DE CASOS ENDOCARDITIS INFECCIOSA

BOTTARELLI, A.; ROJAS, S.; CESCHINI, G.; ADRIANI, S.; VILLEMUR, A.; CASTRICINI, J.; PASCIARONI, G.; PIOMBINO, D. - Hospital de Emergencias "Dr. Clemente Álvarez"

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) sigue siendo un desafío clínico. A pesar de avances en métodos de imágenes, el diagnóstico sigue basándose en el criterio médico, en especial sobre la sospecha del cuadro. Se observa en 3-10 casos cada 100.000 personas/año y asciende a 14,5 episodios cada 100.000 personas/año en mayores de 70.

Materiales y métodos: Utilizamos como criterio de inclusión la presencia de hemocultivos (HC) positivos a gérmenes típicos para EI y/o pruebas de imágenes positivas para EI. En algunos casos que no se contaban con alguno de estos dos criterios se utilizó como criterio de inclusión la presencia de embolias sépticas periféricas y fiebre. Se analizaron 18 casos con diagnóstico de EI en un periodo de tiempo comprendido entre Mayo 2021 hasta Febrero 2025 en la ciudad de Rosario, Santa Fe. Se realizó un estudio observacional descriptivo retrospectivo.

Casos Clínicos 1: Varón 56 años con antecedentes personales (AP) de etilismo e infección asociada a material de osteosíntesis de tobillo. (HC) de Enterococcus faecalis. Ecocardiograma transtorácico: (TTE) vegetación válvula aórtica. 2: Varón 26 años sin AP. Internado por neumonía aguda de la comunidad (NAC) con rescate en (HC) de Staphylococcus aureus meticilino resistente (SAMR). TTE: vegetación válvula mitral. 3: Varón 46 años usuario de cocaína. Consulta por cuadro de lumbalgia y fiebre con hallazgos en RMI de columna: absceso para vertebral izquierdo. (HC): SAMR. TTE: vegetación válvula mitral. 4: Varón 45 años. AP: de estenosis aórtica. Consulta por cuadro de semanas de evolución de fiebre y astenia. (HC) St. Mittis. TTE vegetación en válvula mitral. 5: Varón 56 años. AP: de estenosis aórtica. Consulta por fiebre. TTE: vegetación válvula aórtica (HC): St. epidermidis. 6: Varón 56 años. AP: obesidad y etilista. Múltiples consultas por dolor lumbar y fiebre tratado con diferentes esquemas antibióticos. TTE: vegetación válvula mitral. (HC) negativos. 7: Mujer 56 años. AP: DBT II. Consulta por síndrome confusional y fiebre. (HC): St. lugdunensis. TTE vegetación válvula tricúspide. 8: Varón 43 años. AP: HTA. Consulta por una semana de evolución de sensación febril y astenia. (HC): SAMR. TTE: vegetación válvula mitral. 9: Varón 63 años. AP: HTA. Cuadro de 5 días astenia y fiebre. (HC) SAMR. Ecocardiograma transtorácico (ETE): vegetación válvula mitral. 10: Varón 60 años. AP: HTA. Lumbalgia de meses de evolución y fiebre. (HC): Streptococcus bovis y TTE: vegetaciones en válvulas mitral y aórtica. 11: Varón 65 años. AP: ACV isquémico. Consulta por cuadro de fiebre y lumbalgia. Hemo-cultivos: SAMR. TTE: vegetación válvula mitral. 12: Varón 61 años. AP: HTA. Consulta por fiebre y astenia. (HC): SAMR. TTE: vegetación válvula aórtica. 13: Mujer 30 años. AP: epilepsia. Consulta por fiebre y mioartralgias. (HC): SAMR. TTE: vegetación válvula aórtica. 14: Varón 47 años. Consulta por cuadro de fiebre, tos y toracodinia. (HC): SAMR. TTE: vegetación en válvula mitral. 15: Mujer 49 años. AP: Obesidad, hipotiroidismo, internación por NAC. Consulta por fiebre y astenia. (HC): SAMR. TTE: de vegetación válvula aórtica. 16: Varón 63 años. Internación reciente por NAC. Consulta por 24 horas de fiebre y disnea. (HC): Enterococcus faecalis. TTE: vegetación válvula aórtica. 17: Mujer 49 años. AP: B24. Internada por síndrome febril. (HC): Cándida albicans. TTE: vegetación válvula mitral. 18: Varón 59 años. AP: HTA. Consulta por lumbalgia y fiebre. (HC): St. capitis. TTE: vegetación válvula mitral.

Conclusiones: Objetivos: identificar el microorganismo más frecuente como causante de EI. Determinar las válvulas más afectadas. Diferenciar aquellas con indicación de recambio valvular y las plausibles de tratamiento médico. Evidenciar la frecuencia según el sexo. Describir complicaciones en relación al germen. Presentamos una serie de casos de EI donde encontramos con mayor frecuencia como germen aislado a St aureus el cual también se asoció con mayor incidencia de embolia séptica.

22334 - SERIE DE CASOS DE CRIPTOCOCOSIS EN PACIENTE NO HIV EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

HUHN, V.; ARCE, A.; DETORRE, C.; PARODI, R. - CENTENARIO

Introducción: La criptococosis es una enfermedad que resulta de la infección por el microorganismo Cryptococcus neoformans, aunque existen otras especies, como C. gatii, que también se han visto implicadas. Esta afección afecta principalmente dos sitios: el pulmón y el sistema nervioso central, aunque puede afectar otros órganos. La incidencia en individuos inmunocompetentes es baja y oscila entre 0,2 y 0,9 casos por 1000 habitantes. Las manifestaciones clínicas son muy variadas y la forma de presentación depende de las características del huésped, así como su tratamiento y pronóstico. Convirtiéndola en un desafío diagnóstico.

Materiales y métodos: Analizar retrospectivamente los casos de criptococosis en pacientes de nuestro hospital. Se incluyeron pacientes no HIV que cursaron internación en el Hospital Provincial del Centenario desde el año 2021 al 2024 por distintas manifestaciones clínicas de criptococosis.

Casos Clínicos Se incluyeron 6 pacientes, 4 varones y 2 mujeres de entre 27 y 44 años. En lo que respecta a los antecedentes clínicos, 3 no presentaban antecedentes de jerarquía, 1 recibía glucocorticoides de forma prolongada por una enfermedad autoinmune, 1 presentaba desnutrición severa y 1 una enfermedad oncohematológica en tratamiento quimioterápico. Dentro de las manifestaciones clínicas, 4 de ellos presentaron meningocelulitis, 1 esta última entidad asociada a criptococoma y 1 criptococosis diseminada con compromiso cutáneo y pulmonar. Todos los casos de meningocelulitis contaban con antígeno para criptococo en suero y líquido cefalorraquídeo (LCR) positivos, en 3 de los casos se halló tinción con tinta china en LCR negativa y en 2 positiva, la forma diseminada se diagnosticó mediante biopsia cutánea. En todos los casos se utilizó como tratamiento de inducción la anfotericina B liposomal asociada a fluconazol o isavuconazol, con una duración mínima de 9 días, prolongando el tratamiento en 3 de los casos a 4 semanas. Como complicaciones se presentó en 3 de los casos hipokalemia, en 1 de los casos presentó prolongación del QT con requerimiento de suspensión de fluconazol. En 1 de los casos la fase de inducción se prolongó por persistencia de lesión en sistema nervioso central. Cinco de los casos presentaron evolución favorable, con tratamiento de consolidación y mantenimiento según características del huésped. Uno de ellos falleció nueve días después del ingreso.

Conclusiones: La criptococosis es una infección infrecuente y oportunista, usualmente asociada a la coinfección con VIH. Es bien conocido que otras causas de inmunosupresión como la desnutrición severa, la corticoterapia prolongada, el trasplante de órganos sólidos, las enfermedades oncohematológicas y su tratamiento predisponen a la infección. Por lo que ante un cuadro clínico compatible y en un contexto de paciente de riesgo, se debe tener un alto índice de sospecha y ser sistemático para lograr un diagnóstico temprano, evitando el subdiagnóstico, y el retraso en la instauración del tratamiento, que podría acarrear un aumento de la morbimortalidad.

22329 - MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS POR DENGUE, PRESENTACIÓN DE 3 CASOS

HUHN, V.; AUGSBURGER, R.; PARODI, R. - CENTENARIO

Introducción: La infección por dengue es la arbovirosis más frecuente del mundo, transmitida por mosquitos del género Aedes, con alta endemicidad en nuestra región. Pese a la creencia inicial de ausencia de neurotropismo, hoy se conoce que las manifestaciones neurológicas ocurren en 2-20% de los casos y son incluidas en la clasificación de la OMS como "dengue grave". Las hipótesis fisiopatológicas aún no permiten determinar con certeza si estas son consecuencia del daño citotóxico directo o de una respuesta inmunomediada.

Materiales y métodos: Se presentan 3 casos de manifestaciones neurológicas por dengue que cursaron internación entre Marzo de 2024 y Marzo de 2025 en el Hospital Provincial del Centenario, Rosario, Argentina. Criterios de inclusión: Diagnóstico confirmado de infección por virus dengue mediante muestras plasmáticas (serologías, antígeno NS1 o reacción en cadena de la polimerasa (PCR)). Compromiso neurológico demostrado por hallazgos clínicos, analíticos y/o imagenológicos.

Casos Clínicos Todos presentaron un síndrome febril agudo, 2 con duración total de 8 días y aparición de los síntomas neurológicos al día 5, y el restante presentó concomitantemente los síntomas neurológicos el día 1 del síndrome febril, el cual fue posteriormente autolimitado. 2 de los 3 evidenciaron alteraciones conductuales y dificultad en la articulación de la palabra, y el caso restante disminución de la agudeza visual. Uno de ellos ingresó a la Unidad de Cuidados Intermedios por alteración del sensorio y el resto a Sala General. Ninguno presentaba dengue confirmado previamente, ni tampoco antecedente de vacunación. El promedio de internación fue de 11 días. Al examen físico neurológico se encontraron disartria, discurso incoherente y conductas inapropiadas en 2 de los casos, junto a dismetría y nistagmus en 1 de estos 2, y visión-bulto en el 3er caso. El diagnóstico se confirmó por IgM en suero positiva en todos los casos, siendo además la PCR detectable en 2 de los 3 (serotipo I en 1 y serotipos I y II en el otro), presentando el restante antígeno NS1 positivo. En ninguno se halló plaquetopenia < 100.000/mm3 ni leucopenia < 3000/mm3. El análisis del líquido cefalorraquídeo (LCR) evidenció hiperproteinorrea en todos los casos y pleocitosis en 2 de ellos, con pruebas de PCR detectable para serotipo I y II en 1, siendo positiva la IgM en otro. La resonancia magnética de cráneo (RMI) mostró alteraciones a nivel de los pedúnculos cerebelosos medios en 1 y neuritis óptica bilateral en otro, siendo normal en el restante. En cuanto a la evolución, 1 presentó compromiso severo de la agudeza visual sin respuesta al tratamiento con pulso de corticoides e inmunoglobulinas dejando como secuela visión-bulto, siendo el tratamiento de soporte el elegido en los 2 restantes, sin secuelas a alta.

Conclusiones: El compromiso neurológico por dengue abarca una amplia variedad clínica, lo cual dificulta su comprensión y sistematización de manejo. Dentro de estas podemos encontrar cuadros de encefalitis con las características principales como alteración de la conciencia, conductas inapropiadas o convulsiones, o manifestaciones oculares desde escotomas hasta amaurosis, como en la serie presentada. Los hallazgos analíticos frecuentes, como plaquetopenia y leucopenia, pueden no encontrarse. El análisis del LCR y la RMI, si bien no encuentra aún una clara especificidad, son de relevancia en la confirmación diagnóstica. La sospecha clínica y epidemiológica debe guiar la solicitud de estudios complementarios, como sucedió en nuestra experiencia. En nuestro caso el hallazgo común fue la hiperproteinorrea en LCR. Actualmente no es posible reconocer algún beneficio terapéutico para estas entidades. En casos reportados, así como también en 1 de los 3 de esta serie, se observa el uso de corticoides e inmunoglobulinas como inmunosupresores ante la sospecha de una respuesta inmunomediada, con Resultados no concluyentes. Es imperiosa la aparición de nueva evidencia para el manejo y comprensión de estas entidades.

22341 - SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ ASOCIADO A VIRUS DENGUE. REPORTE DE TRES CASOS.

PINZÓN, J.; REYES TORO, P.; NOEMI MOLINA, E.; GARCIA, L.; LUCE-NA, M.; COPELLO, F.; SPANEVELLO, V.; DEL PINO, M. - Carrera de Post-grado Clínica Médica FCM - UNR - Hospital Interdependiente Carrasco

Introducción: El dengue es una enfermedad viral transmitida por la picadura del mosquito Aedes aegypti, generalmente asociado a cuadros leves y en forma de brotes. En la provincia de santa fe desde SE01 a SE14 de 2024 se notifican 42375 casos confirmados, de los cuales el 54% corresponden al departamento Rosario. En este mismo periodo se clasificaron 643 casos como graves (0,2%). Las manifestaciones neurológicas del dengue están relacionadas con el efecto neurotrópico del virus, con las complicaciones sistémicas de la infección y aquellas poco infecciosas en las que interviene un mecanismo inmunomediado. El síndrome de Guillain Barré (SGB) es una neuropatía periférica desmielinizante rápidamente progresiva, frecuente en el sexo masculino, que puede presentarse como complicación de una infección viral y asociado muy raramente a la infección por virus dengue.

Materiales y métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo de una serie de casos en un efector de salud público de segundo nivel en la ciudad de Rosario, Argentina, durante el periodo de enero a abril de 2024. Se incluyeron tres pacientes con diagnóstico serológico de infección por dengue, con manifestaciones clínicas y líquido cefalorraquídeo con disociación albúmino-citológica compatibles con SGB. Se excluyeron aquellos pacientes con enfermedades neuromusculares previas o con datos clínicos incompletos.

Casos Clínicos Caso 1: Mujer de 41 años con parestesia distal de cuatro miembros, y debilidad bilateral de los músculos faciales asociado a disartria. Mingazzini positivo, hipoestesia distal y parestesia abolida en miembros inferiores. Caso 2: Mujer de 53 años con debilidad y parestesias distales de cuatro miembros asociado a retención aguda de orina. Mingazzini positivo. Hipoestesia con parestesia distal en miembros inferiores. Caso 3: Varón de 53 años con parestesias oro linguales, en manos y pies, hipoestesia en región perineal con debilidad ascendente en cuatro miembros. Mingazzini positivo. Hipoestesia en 4 miembros. Todos los casos presentaron diversos antecedentes, en donde 2 de 3 tienen diabetes mellitus e hipertensión arterial, y 1 de 3 consumo de tabaco y alcohol. Todos manifestaron mialgias, fiebre y cefalea días previo a la consulta con una mediana de 10 días entre la fecha de inicio de síntomas del Dengue y SGB. La punción lumbar en todos mostró en el análisis cito físico químico resultados consistentes con el diagnóstico de SGB, observando disociación albúmino-citológica. Se solicitó pruebas de laboratorio obteniendo serología positiva para Dengue. Iniciando tratamiento de forma inmediata, dos mediante plasmáferesis, y el otro con inmunoglobulinas IV, logrando reversión de cuadro sin secuela neurológica, con recuperación total de habilidades y otorgando alta hospitalaria posterior.

Conclusiones: El SGB es una complicación poco común de la infección viral del dengue. Destacamos la importancia de considerar su sospecha en el diagnóstico diferencial frente a todo paciente que desarrolle debilidad bilateral y flácida en contexto de transmisión viral epidémica y en cualquiera de las fases de la enfermedad, destacando aparición en la fase de recuperación del dengue. El incremento en la incidencia y diseminación territorial de dengue en Argentina obliga al reconocimiento temprano y caracterización de las complicaciones neurológicas asociadas. El diagnóstico precoz acompañado de intervención terapéutica oportuna, puede mejorar el pronóstico en los cuadros de SGB, recuperando habilidades en el 60%.





22362 - PARACOCIDIOIDOMICOSIS CUTÁNEA: UNA SERIE DE CASOS

PUGGI, J.; SULIGOY, T. - Hospital José María Cullen

Introducción: La paracoccidioidomycosis es una enfermedad micótica sistémica, geográficamente restringida a América Latina. La mayoría de los casos son subclínicos, el compromiso cutáneo se observa en el 25% y de presentación variable. El diagnóstico es un desafío dado su polimorfismo clínico, y la variedad de diagnósticos diferenciales, tanto de tipo infeccioso, inflamatorio e incluso neoplásico. El objetivo de esta serie de casos es tenerla presente como diagnóstico diferencial.

Materiales y métodos: estudio observacional, descriptivo, y retrospectivo, mediante la recopilación de historias clínicas, se describen 4 casos de pacientes inmunocompetentes, mayores de 18 años, oriundos de Santa Fe, con diagnóstico de Paracoccidioidomycosis cutánea entre 2023 y 2025 en el Hospital José María Cullen.

Casos Clínicos Mujer de 50 años. Ingresa por lesiones cutáneas en rostro y cuero cabelludo, asociado a adenopatías cervicales. Su diagnóstico presuntivo inicial fue un pénfigo foliáceo vs lupus cutáneo. Y se arriba al diagnóstico de Paracoccidioidomycosis con afectación cutánea, ganglionar y suprarrenal, mediante Precipitinas para Paracoccidioideis spp positiva. Se otorga alta hospitalaria para completar tratamiento con itraconazol. Hombre de 72 años, privado de su libertad. Clínicamente presentaba un síndrome constitucional, síntomas respiratorios, lumbalgia, y una lesión ulcerada en la región lumbar sin respuesta a tratamientos tópicos. Su diagnóstico presuntivo inicial fue tuberculosis. Se llega al diagnóstico de Paracoccidioidomycosis con afectación multifocal, cutánea, ganglionar, pulmonar y ósea por biopsia cutánea, y esputo con Paracoccidioideis Brasiliensis, e inicia tratamiento con anfotericina B desoxicolato. Evolucionaba con un síndrome medular incompleto por lo cual ingresa a quirófano para descompresión de urgencia, durante la intervención se toman muestras para microbiología, con resultado positivo para Paracoccidioideis, pasando a unidad de cuidados críticos y falleciendo posteriormente. Hombre de 64 años, en seguimiento por dermatología por sospecha de carcinoma basocelular impetiginizado vs pénfigo seborreico paraneoplásico, que ingresa al nosocomio a cargo del servicio de cirugía por neumotórax grado III, asociado a síndrome constitucional, lesiones en rostro y cuero cabelludo. Evolucionaba con síndrome de DRESS por clindamicina indicada de manera empírica por sospecha de infección, y se arriba al diagnóstico de Paracoccidioidomycosis multifocal mediante biopsia cutánea y ganglionar. Se otorga alta con itraconazol. Hombre de 35 años, pescador, que consulta por lesiones en rostro sobrelevadas, costrosas, el cual su diagnóstico presuntivo inicial fue Paracoccidioidomycosis, y se arribó al diagnóstico mediante biopsia, con posterior inicio de tratamiento con itraconazol, sin requerimiento de internación.

Conclusiones: Es importante tenerla presente como diagnóstico diferencial, para un manejo oportuno ya que su baja sospecha conlleva a un diagnóstico tardío con secuelas graves o incluso la muerte.

22241 - GATO ENCERRADO: SERIE DE CASOS DE BARTONELOSIS

PALLERO, R.; IBARRA, R.; MARTINEZ AMEZAGA, I.; KILSTEIN, J.; BRA-VO, L. - Hospital Escuela Eva Perón

Introducción: Las especies del género Bartonella son responsables de diversas enfermedades emergentes y zoonóticas. Bartonella henselae, es la más frecuentemente implicada. La presentación clínica de la bartonelosis es heterogénea y depende del estado inmunológico del huésped. Puede ir desde formas benignas y autolimitadas, como la linfadenopatía regional, hasta manifestaciones graves como endocarditis, sepsis y compromiso multiorgánico. El reconocimiento y la notificación de Casos Clínicos son fundamentales para ampliar el conocimiento sobre la presentación de estas infecciones.

Materiales y métodos: Se recogió información de historias clínicas de cuatro pacientes internados en sala general de clínica médica.

Casos Clínicos CASO 1: mujer de 43 años, consulta por adenopatía inguinal izquierda, dolorosa, duro elástica adherida a planos profundos. Laboratorio: Leucocitos 11900 x mm³, IgM Bartonella henselae reactivo. Ecografía: estructura heterogénea, sólido-quístico con vascularización periférica correspondiente a adenomegalia reactiva. Se toma biopsia y se realiza tratamiento con Azitromicina 500 mg por 1 día y luego 250 mg/día por 4 días. CASO 2: varón de 14 años, consulta por fiebre, cefalea y astenia de 9 días de evolución y alteración de la agudeza visual en ojo derecho, con escotoma central. Examen físico: movimientos oculares conservados. Laboratorio: VES 31 mm/h PCR 1.4 mg/dl, Fondo de ojo: Lesión paramacular superior derecha sin pigmento y lesión retiniana temporal superior con pigmento hemorrágico. Células vitreo (+++). Comenzó tratamiento empírico para retinitis por toxoplasmosis y luego se recibió resultado de IgM Bartonella Henselae reactivo por lo que se rota y completa tratamiento con Doxiciclina 100 mg cada 12 hs + Rifampicina 300 mg cada 12 hs por 6 semanas. CASO 3: mujer de 24 años con adenopatías inguinales en estudio. Examen físico: forúnculos en monte de venus. Laboratorio: IgM, Bartonella henselae reactivo. Ecografía: A nivel de pubis, formaciones ganglionares tendientes al conglomerado TAC: estructuras ganglionares axilares, hígado con lesiones nodulares sólidas en ambos lóbulos con refuerzo hipovascular periférico. Bazo con lesiones hipodensas. la raíz de ambos muslos muestran dos lesiones osteoblásticas en el fémur izquierdo. Se interpreta como Bartonelosis diseminada y completa tratamiento con Azitromicina 500 mg/día + Rifampicina 300 mg cada 12 hs por 14 días. CASO 4: mujer de 25 años, consulta por dolor axilar derecho de 5 días de evolución y registros febriles. Examen físico: adenopatía supraclavicular izquierda dolorosa y móvil asociado a dolor a la digitopresión a nivel de pectoral mayor izquierdo. Leucocitos 14500 xmm³ (Neutrófilos 85.4%). Laboratorio: VES 41 mm x hora PCR 26.8 mg/dl; VDRL + 1/8 y FTabs positivo. TAC: adyacente al músculo escaleno anterior izquierdo, área heterogénea hipodensa. Imagen pseudonodular sub-sólida de 5 mm en lóbulo medio e imagen hipodensa y heterogénea a nivel laterocervical izquierdo. Parénquima heterogéneo de riñón derecho. Múltiples estructuras ganglionares latero-aórticas e intercavo aórticas en rango no megalógico. Se interpreta como sepsis de la comunidad con foco cutáneo. Se inicia tratamiento empírico con Vancomicina y Ceftriaxona. IgM Bartonella henselae reactivo. Se realiza diagnóstico de Bartonelosis diseminada y completa tratamiento con Azitromicina 500 mg/día + Rifampicina 300 mg cada 12 hs por 14 días.

Conclusiones: Las infecciones sistémicas por Bartonella representan un desafío diagnóstico debido a su amplia variabilidad clínica y su similitud con otras enfermedades infecciosas. La notificación y el estudio de estos Casos Clínicos son esenciales para mejorar la comprensión de la enfermedad, optimizar estrategias de detección precoz y fortalecer las recomendaciones terapéuticas basadas en la evidencia.

22365 - SERIE DE CASOS DE INFECCIÓN POR NEUMOCOCO

RIVOSECCHI, M.; ANGELUCCI LOMBARDI, C.; SAVINO, S.; DELLELCE, C.; SULLIGOY, J.; BEDUINO, F. - Hospital Provincial de Rosario

Introducción: El Streptococcus pneumoniae es un patógeno frecuente en infecciones respiratorias y sistémicas. Causa infecciones invasivas (en sitios normalmente estériles) de alta morbimortalidad y registrándose en la última década un aumento de la resistencia antibiótica. El diagnóstico es por cultivos y antígenos de superficie. Diferentes comorbilidades predisponen a la enfermedad invasiva. La vacunación previene estas formas de presentación. **Objetivos:** describir una serie de casos de enfermedad invasiva por neumococo teniendo en cuenta antecedentes personales, factores de riesgo, presentaciones clínicas, metodología diagnóstica y tratamientos instaurados.

Materiales y métodos: Estudio observacional, descriptivo, y retrospectivo. Revisión de historias clínicas de pacientes cursando internación por enfermedad invasiva a Streptococcus Pneumoniae en Hospital Provincial de Rosario (HPR), Santa Fe, Argentina; entre Marzo 2024 a Marzo 2025.

Casos Clínicos Caso 1: varón 27 años, tabaquista y ADVI a cocaína, sin vacunación contra neumococo. Cursó internación en UTI por shock séptico secundario a neumonía a Streptococcus pneumoniae con bacteriemia. Laboratorio con leucocitosis y falla renal aguda, hemocultivos con rescates a Streptococcus Pneumoniae, RX de tórax y TAC de tórax confirman NAC. Se trató con AMS que completó por 10 días. Caso 2: varón 60 años, con antecedentes de DBT, HTA, IAM, ICC, dislipemia, tabaquismo, fractura de fémur izquierdo con colocación de material de osteosíntesis, sin vacunación contra neumococo. Cursó internación UTIM por sepsis secundaria a neumonía necrotizante con derrame pleural tabicado. Laboratorio con leucocitosis, reactantes de fase aguda elevados y falla renal; y TAC de tórax que confirma. Se inició tratamiento empírico con Piperacilina-tazobactam Intercurre durante su internación con choque rotuliano y registros febriles constatados por lo que se realiza Filmarray de líquido articular, resultando positivo para neumococo, realizándose tratamiento con Amoxicilina/ácido clavulánico a completar por 28 días vía oral. Caso 3: Masculino de 56 años con DBT en diálisis, ACV, sin vacunación contra neumococo. Cursó internación en sala general por endoftalmítis de ojo izquierdo secundaria a absceso corneal a Streptococcus Pneumoniae. Se realiza diagnóstico mediante TAC de cráneo con ampliación en órbita y cultivo de secreción corneal con rescate de Streptococcus Pneumoniae. Se realiza tratamiento antibiótico empírico inicial con Tazonam-Vancomicina y luego se dirige con Amoxicilina tras obtención de cultivo, a completar por 7 días vía oral. Caso 4: varón 44 años, tabaquista y ADVI a cocaína, sin vacunación para neumococo. Cursó internación por sepsis con bacteriemia por Streptococcus Pneumoniae asociado a absceso hepático piógeno. TAC de abdomen: ruptura capsular de absceso, se realiza punción con cultivo negativo, y hemocultivos positivos con rescate de Streptococcus pneumoniae. Recibió Ampicilina Sulbactam, con buena evolución. Caso 5: varón 59 años, VIH con carga viral indetectable, HTA y EPOC, sin vacunación para neumococo. Se interna por shock cardiogénico secundario a endocarditis infecciosa de válvula mitral nativa a Streptococcus Pneumoniae. Se realiza diagnóstico mediante toma de hemocultivos con rescates del mismo y realización de ecocardiograma transesofágico (ETE). Se realiza tratamiento antibiótico con Ceftriaxona vía EV por 28 días y resolución quirúrgica valvular con colocación de prótesis valvular biológica.

Conclusiones: La enfermedad invasiva por Streptococcus pneumoniae es cada vez más frecuente. Los factores de riesgo más frecuentes son tabaquismo, EPOC, hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedades cardíacas y renales, e inmunodepresión. El diagnóstico fue por hemocultivos, cultivos de sitios afectados y Filmarray. El tratamiento fue con betalactámicos. Todos los casos antes mencionados presentaban indicación de vacuna antineumocócica.

22252 - SÍNDROME DE LEUCOENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE, SERIE DE CASOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

VILLAFÁÑE, E.; PICCA, P.; VILLEGAS, M.; MARTINEL LAMAS, J.; GASTIN, G.; SANDOVAL GUGGIA, M.; LEON, M.; VILLARREAL, J.; UTGE, C.; BOLZAN, D. - Hospital Privado de Rosario

Introducción: La leucoencefalopatía posterior reversible (PRES) es una entidad infrecuente, reversible, caracterizada por alteración del sensorio, convulsiones, cefalea, trastornos visuales y déficits focales, secundario a múltiples causas como hipertensión arterial, insuficiencia renal, drogas o enfermedades autoinmunes

Materiales y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo, observacional, descriptivo, que incluyó pacientes internados desde 01/01/2020 a 31/12/2024 que ingresaron o complicaron con PRES. Para la detección de casos se utilizó la base de datos del Servicio de Medicina Hospitalaria y para la recolección de datos se revisaron historias clínicas digitales. Se describieron las variables demográficas, clínicas, evolutivas y hallazgos imagenológicos Casos Clínicos Se incluyeron 8 pacientes, con un promedio de edad de 56 años, predominando las mujeres 5 (62%), las comorbilidades más frecuentes fueron: HTA 3 (30%), enfermedad oncológica 3 (30%) y obesidad 2 (20%). En 1 paciente fue el motivo de internación y en 7 (87%) el PRES fue una intercurencia durante la internación por otros motivos (EJ: Exacerbación de EPOC, trasplante renal programado con posterior inmunosupresión con tacrolimus, cirugía programada de exéresis de MOE SNC, Insuficiencia respiratoria aguda por sepsis, TEC por AVP), presentándose entre el 2do al 5to día de hospitalización. Como factores de riesgo desencadenantes del PRES se encontró: mal control de HTA en 6, fármacos neurotóxicos en 1, desconocida en 1. Las características clínicas e imagenológicas se describen en la Tabla 1. En todos se realizó RMI como método de diagnóstico, además de realizarlos en todos: ECG, ETT sin evidencia de fuente de embolia ni enfermedad cardiovascular que justifique el cuadro, laboratorio metabólico normal y todos tuvieron seguimiento cardiológico y neurológico. Para el manejo terapéutico todos necesitaron al menos 2 drogas antihipertensivas ver GRÁFICO 1. En el caso asociado a fármaco neurotóxico con tacrolimus: se realizó dosaje en sangre 5.9 ng/ml y posteriormente se suspende. En todos pacientes se realizó imagen de control dentro de los 10 días presentando mejoría de las lesiones. 6 pacientes presentaron mejoría clínica sin secuelas neurológicas.

Conclusiones: Es una entidad subdiagnosticada con elevada morbilidad. Debe considerarse frente a cuadros neurológicos agudos y factores de riesgo como HTA y uso de drogas neurotóxicas, demostrados en nuestra serie. La base del tratamiento es la sospecha clínica para así instaurar un rápido tratamiento para control de la TA y de esa manera evitar secuelas.





22225 - REPORTE DE CASO: INSUFICIENCIA CARDÍACA DE ALTO GASTO EN PACIENTE CON TELANGIECTASIA HEMORRÁGICA HEREDITARIA.

ENGLER, G. - Hospital Privado de Comunidad Mar del Plata

Introducción: La telangiectasia hemorrágica hereditaria (antiguamente llamado síndrome de Rendu-Osler-Weber) es una enfermedad genética au-tosómica dominante, que consiste en dilataciones de las vénulas post-capilares y malformaciones arterio-venosas (MAV) en hígado, pulmón y cerebro. Su prevalencia es 1 caso cada 8000 personas. Hay muchos genes involucrados, entre ellos: el gen ENG (sintetiza la endoglina), asociado a MAV pulmonares. El gen ACRLV1 (sintetiza el receptor de activina). Todos ellos están asociados a la regulación de la transmisión de señales generadas por el Transforming Growth Factor (TGF- β) y Vascular Endothelial Growth Factor (VEGF). La insuficiencia cardíaca se define como la incapacidad del corazón para expulsar una cantidad suficiente de sangre que permita mantener una presión arterial adecuada para perfundir de oxígeno a los tejidos del organismo. Se clasifica como de bajo gasto (la más frecuente) o de alto gasto car-díaco.

Caso Clínico: Paciente masculino, 58 años, tabaquista 10 pack/year con antecedente de Síndrome de telangiectasia hemorrágica hereditaria, Parkinson recientemente diagnosticado (por inestabilidad en la marcha). Además, presentó 2 internaciones recientes por insuficiencia cardíaca descompensada en otra institución. Ingresó al servicio derivado por disnea progresiva de una semana de evolución hasta clase funcional IV y edemas generalizados. No fiebre ni otro síntoma acompañante. Al examen físico se encontraba afebril, TA 90/60 mmHg, FC 80 lpm, regular mecánica ventilatoria con rales húmedos hasta campos medios bilaterales. Edemas en miembros inferiores bilaterales hasta la ingle con godet XXX. Ingurgitación yugular 3/3 y reflujo hepato-yugular. Se realizó un estado ácido base que evidencia insuficiencia respirato-ria (pO₂ 53 mmHg), hemograma con anemia ferropénica hemoglobina 7,4 mg/dl. Parámetros inflamatorios negativos. Alteración del hepatograma con patrón colestásico, bilirrubina directa 1,3 mg/dl, fosfatasa alcalina 433 mg/dl y proBNP 629. Se realizó ecocardiograma doppler transtorácico que informa Fey 76%. Buena función sistólica. Disfunción diastólica grado II. HTP severa. PSAP estimada 63 mmHg. Gasto cardíaco: 9.7 L/min. Se coloca catéter Swan-Ganz: AD (PVC) 10 / PAP 59/25 / PMAP 45 / Wedge PEAP 15 / VM 13,7 / IC 7,8 / RVS 259 / RVP 176. Se realizó tratamiento con diuréticos de asa para forzar el balance negativo, oxigenoterapia, y requirió transfusiones de glóbulos rojos y ferrotterapia endovenosa. Una vez estabilizado el paciente, comenzó el tratamiento específico antiangiogénico con bevacizumab subcutáneo.

Conclusiones: Este caso se trata de una entidad muy frecuente como es la insuficiencia cardíaca, pero de una causa no frecuente (de alto gasto por las malformaciones vasculares viscerales). Es muy importante para el aprendizaje ya que requiere un tratamiento específico. Luego de este episodio el paciente no volvió a requerir internación.

22244 - PACIENTE CON PANCREATITIS ALITIÁSICA Y TEP ASOCIADO.

ABDULAJAD, M. - Facultad de Ciencias Médicas, UNR

Introducción: Cuando hablamos de patologías, es común centrarnos en una y, con ella, sus características clínicas hacia el organismo. Contextualizar un caso nos sitúa en panorama para así, con criterio, descifrar el padecimiento de la persona y hallar la respuesta en aras de recuperar su salud. En ésta oportunidad, expongo a un paciente con dos entidades solapadas, donde el curso de su enfermedad no fue el habitual y arribar al diagnóstico necesitó de cierta profundización y habilidades intuitivas.

Caso Clínico: Paciente masculino de 41 años, con antecedentes de hiper-tensión arterial y sobrepeso, consulta inicialmente por cuadro de dolor abdominal, vómitos y sensación febril. La irradiación a epigastrio y miembro superior, asociado a disnea, hizo que se descartara inicialmente un síndrome coronario agudo. Realizado el electrocardiograma, no presentó signos de isquemia aguda ni arritmias; dosamos troponinas ultrasensibles que resultaron negativas. En el laboratorio destacamos alteración de transaminasas y enzimas hepáticas patognomónicas de colestasis, con aumento marcado de la amilasaemia. Por ello, en la ecografía abdominal reafirmamos una esteatosis hepática y barro biliar, pero sin presencia de litiasis ni dilatación de la vía biliar. Así, se descartan las causas más frecuentes de pancreatitis alitiásica. Por seguridad, utilizamos el valor de calcemia y triglicéridos, ambos normales. El paciente, aparte, niega consumo agudo de alcohol o fármacos. Por persistir con disnea e irradiación del dolor a miembro superior derecho se sospecha de tromboembolismo pulmonar; requerimos un angiotac de tórax con protocolo para TEP, confirmando dicha sospecha diagnóstica. Se interpreta, finalmente, como un cuadro de pancreatitis aguda litíásica por presencia de barro biliar, asociado a tromboembolismo pulmonar de bajo riesgo, secundario a proceso inflamatorio y procoagulante. Se inició tratamiento con hidratación parenteral profusa y anticoagulación con Enoxaparina. El paciente evolucionó favorablemente logrando su alta a la semana y sin interurrencias posteriores.

Conclusiones: Podemos decir entonces, que en medicina no siempre dos más dos es cuatro. Existen situaciones donde poseer certezas rígidas podría suponer un peligro arraigado al ego, donde abandonarlo y cuestionarse el "por qué", significa salvar vidas. Entendamos que debemos tratar al ser humano, no a la enfermedad. Con esto en mente, la clínica es un balance armónico entre la ciencia y el arte.

22228 - HASTA EL ENDOCARDIO Y MÁS ALLÁ: ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR NEUMOCOCO

PALLERO, R.; BORGNA, A.; MARTINEZ AMEZAGA, L.; KILSTEIN, J.; BORGNA, A.; ROSSIT, M. - Hospital Escuela Eva Peron, Granadero Baigorria Santa FE

Introducción: La endocarditis infecciosa (EI) tiene una incidencia de 4-7 casos/100.000 hab., de estos menos del 3% son a Streptococcus pneumoniae desde el advenimiento de la penicilina y la vacunación antineumocócica. Esta enfermedad es más frecuente en hombres y suele estar asociada al consumo de alcohol. El origen de la bacteriemia se origina en el tracto respira-torio en el 80% de los casos, como en pulmones, oídos y senos paranasales, lo que desvía en algunas ocasiones su diagnóstico temprano.

Caso Clínico: Hombre 59 años, con antecedente de HIV con CD4 1353, carga viral indetectable en tratamiento con Dolutegravir-Tenofovir-Lamuduvinay y adicto a cocaína, EPOC, no vacunado contra Neumococo. Consulta por fiebre de 12 días de evolución asociado a dolor abdominal tipo cólico, diarrea no disintérica, mialgias y artralgias generalizadas que no cedían con el consumo de AINEs. Examen físico: T° 38°C, Frecuencia cardíaca 100 lpm, soplo sistólico grado III en foco mitral. Laboratorio: leucocitos 16.900 cel/mm³ (Neut. 81%); VES 48 mm/hr; PCR 15.8 mg/dl. Hemocultivos: Streptococcus Pneumoniae sensible a penicilina (CIM 0.032). Electrocardiograma: ondas T negativas asimétricas en V5 y V6, TC de tórax, abdomen y pelvis c/c: riñón izquierdo dos litos puntiformes en cáliz superior. Ecocardiograma transtorácico: Valva mitral anterior engrosada, se observa imagen nodular adherida a cara auricular de válvula mitral en su velo anterior, imagen filamentosas. Se observa prolapso de dicha valva con signos de insuficiencia que impresiona leve a moderada. Flujo diastólico transvalvular con inversión del patrón normal. Ecocardiograma Transesofágico: cara auricular de válvula mitral en su velo anterior, imagen filamentosas y móvil de 14x4 mm compatible con vegetación, insuficiencia valvular moderada. Se realiza el diagnóstico de Endocarditis infecciosa de válvula mitral nativa a streptococcus pneumoniae. Tratamiento: Ceftriaxona (EV), que completa 6 semanas, evoluciona posterior al tratamiento de forma desfavorable por insuficiencia mitral severa, se deriva para tratamiento quirúrgico reparador de válvula mitral.

Conclusiones: La endocarditis infecciosa causada por Streptococcus pneumoniae en pacientes adultos es una condición clínica desafiante debido a su diagnóstico tardío y a la complejidad de su tratamiento. Esta infección puede presentarse con síntomas atípicos, lo que dificulta su identificación temprana. Sin embargo, su diagnóstico precoz es esencial para reducir la morbilidad y mortalidad asociada, ya que si no es tratada adecuadamente, puede ocasionar complicaciones graves como insuficiencia cardíaca, embolias sépticas e incluso la muerte.

22251 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE VÁLVULA PULMONAR A E.COLI. UNA RARA CONDICIÓN

GONELLA, L.; ANTONIONE, B.; ORTEGA, A.; BOTTARI, C. - Instituto Cardiovascular de Rosario

Introducción: La EI de válvulas derechas representa aproximadamente el 10% de todos los casos de endocarditis, menos aún el reporte de casos de válvula pulmonar y además tratándose de un germen Gram negativo. Los factores predisponentes hablan de uso de drogas endovenosas, enfermedades valvulares degenerativas, válvulas protésicas, catéteres permanentes y dispositivos cardíacos implantados, Diabetes mellitus, inmunosupresión y cardiopatías congénitas.

Caso Clínico: Paciente femenina de 77 años de edad que ingresa a la institución por síndrome febril agudo, solicitándose hemocultivos x2 y urocultivo con rescate de E.Coli (S: Amk/AMC/Cefazol/PTZ R: Ampi/TMS/Cipro) por lo que se interpretó como Urosepsis completado 14 días de tratamiento dirigido con Ceftriaxona. Como antecedentes personales presenta hipertensión arterial, dislipemia, Diabetes Mellitus no insulino requirente, internación en julio 2024 (en otra institución) por Endocarditis Infecciosa a válvula Aortica nativa por Streptococo Agalactiae, completado 6 semanas de Ampicilina y Ceftriaxona con resolución del cuadro. Diez días luego de completar tratamiento para la Urosepsis, reingresa por desorientación y fiebre. Se realizan nuevos hemocultivos x2 con rescate 2/2 a E.Coli (misma sensibilidad de la previa), pero esta vez con urocultivo negativo. El laboratorio mostró VES 76 y plaquetopenia de 86000. Se realizó RMN de encéfalo que mostró dos imágenes hipodensas isquémicas agudas frontales izquierdas. Por presentar al examen físico soplo sistólico en foco Aórtico con desdoblamiento de R2 se solicita Ecocardiograma Doppler y ETE que muestra AI dilatada, FEY 60% e imagen de 1.7 x 11 mm en Válvula pulmonar que prolapsa a A. pulmonar. Se interpreta cuadro como Endocarditis Infecciosa a válvula biológica pulmonar por E.coli por lo que inicio tratamiento dirigido con Ceftriaxona y Amikacina. Para descartar otros focos sépticos se realizó TC de tórax abdomen y pelvis que informa hepatoesplenomegalia, PET-CT de cuerpo entero que no mostró captación y fondo de ojo negativo. Por persistencia febril se decide conducta quirúrgica (Vegetectomia de válvula pulmonar y recambio de válvula aortica con biológica por secuela de endocarditis previa).

Conclusiones: Este caso destaca la importancia de realizar diagnóstico temprano de endocarditis infecciosa de válvula pulmonar aislada, debido a que el retraso del tratamiento correspondiente predispone a complicaciones futuras.



22253 - TUMOR RENAL CON INFILTRACIÓN CARDIACA

PORTELLO, Y.; AMOTT, Y.; JULIETA BELEN, M.; PRATES, R.; VERONESI, C.; MUZALSKI, C. - Hospital Escuela de Agudos Dr Ramon Madariaga

Introducción: El carcinoma de células renales (CCR) representa la lesión sólida más frecuente en el riñón y se lo estima como el responsable del 90% de los tumores renales malignos. En nuestro país con una incidencia de 12/100000 en varones y de 5/100000 en mujeres, se ubica en la cuarta y la novena posición, respectivamente, entre las más altas de Sudamérica. En adultos, el carcinoma renal de células claras (ccRCC), representa cerca del 80 % de todos los casos de carcinoma de células renales. La tríada clásica compuesta por dolor, hematuria y masa palpable, se presenta en menos del 10% de los pacientes y suele indicar enfermedad localmente avanzada. El siguiente caso clínico tiene como objetivo dar a conocer una presentación inusual de Carcinoma renal de células claras (ccRCC), con invasión cardíaca por contigüidad vascular. Hasta el 10 % de los tumores descritos pueden alcanzar la vena cava inferior y el 1 % de estos llegan a atrio derecho.

Caso Clínico: Masculino de 46 años, sin antecedentes patológicos, consulta por dolor lumbar derecho y abdominal inespecífico, asociado edema de miembros inferiores y disnea clase funcional II III, de 5 meses de evolución. Al laboratorio presenta Hto 26 % Hb 8,1 mg/dl, urea 79 mg/dl, creatinina 1,97 mg/dl, IFG 39 mL/min/1.73 m². Se realiza Tomografía de tórax abdomen y pelvis con contraste oral y endovenoso y Angiotomografía de tórax que evidencia TEP y se inicia anticoagulación. Además, a nivel renal interpolareo se observa una formación sólida, de 72x68 mm, compatible con proceso primario local. El mismo se asocia a invasión de la vena renal y de la vena cava inferior infradiaphragmática. En contexto de invasión tumoral vascular se realiza ecocardiograma Doppler, que evidenció una imagen heterogénea en aurícula derecha de aproximadamente 2.9 X 3.2 cm en relación con la desembocadura de la vena cava inferior y resonancia magnética cardíaca que evidencia presencia de masa auricular derecha de 42 x 31 mm que corresponde a extremo distal de formación proveniente de vena cava inferior y exhibe continuidad con neoplasia proveniente de riñón derecho. Se realiza biopsia de la masa renal compatible con ccRCC, con positividad difusa con PAX8 y positividad aislada con CD10 y CAIX. Actualmente se encuentra en plan de inicio de tratamiento oncoespecífico.

Conclusiones: Las metástasis son los tumores cardíacos más frecuentes, no obstante, el origen renal es raro. Es fundamental realizar un adecuado diagnóstico diferencial, ya que existen diferentes procesos tumorales que pueden causar un "trombo tumoral" y diferentes causas de masas en el atrio derecho. La invasión cardíaca en ccRCC es una presentación infrecuente, pero grave, que requiere un enfoque multidisciplinario para el tratamiento y manejo de la enfermedad, ya que las complicaciones derivadas de la afectación cardíaca pueden ser mortales.

22303 - EVACUANDO COMPLICACIONES

PICCA, P.; ALEMAN, M.; MILANO, S.; CRIADO, J.; GASTIN, G.; MARTINEL LAMAS, J. - Hospital Privado de Rosario

Introducción: La salmonelosis es una enfermedad zoonótica infecciosa que se transmite principalmente por vía fecal-oral. Su presentación clínica es variable, incluyendo formas de portación crónica asintomáticas, gastrointestinales e infecciones diseminadas potencialmente fatales.

Caso Clínico: Paciente masculino de 69 años con antecedentes de diabetes mellitus, hipertensión arterial, infarto agudo de miocardio con colocación de stent y bypass, tabaquista de jerarquía, dislipemia. Consulta por dolor abdominal y diarrea de tres meses de evolución. Laboratorio: Plaquetas 81000 mil/mm³, Proteína C reactiva 146 mg/l, Creatinemia 1.34 mg/dl. Tomografía abdomen y pelvis: dilatación aneurismática sacular parcialmente trombosada de 40 x 32 mm en aorta abdominal infrarrenal proximal, impresión presentar asociada otra dilatación sobre margen postero lateral izquierdo de 26 x 17 mm. Alteración de planos grasos retroperitoneales y adenomegalias en topografía pre aórtica e inter-cavo aórticas. Inferior a dicha dilatación se observa imagen oval hipodensa de 16 x 10 x 39 mm. Se realiza angiotomografía de aorta abdominal y torácica: Dilatación aneurismática de aorta abdominal infrarrenal de 36 por 32 por 41 mm, con extenso trombo mural. Otra dilatación sacular posterolateral izquierda, por delante del músculo psoas homolateral, que presenta contenido hipodenso en probable relación a trombo. Muestra refuerzo parietal y presenta reticulación de los planos grasos adyacentes. Ecocardiograma: descarta vegetaciones. Se toman hemocultivos y comienza tratamiento con cefepime más vancomicina ante la sospecha de aneurisma contenido roto vs. úlcera penetrante. Se obtiene resultado preliminar de hemocultivos positivos a salmonella, comienza tratamiento con ceftriaxona. Se realizan resonancias de abdomen, pelvis y columna lumbo-sacra que descartan focos de espondilitis, y tomografía por emisión de positrones que descarta enfermedad a distancia. Cirugía vascular realiza by pass extra-anatómico subclavio derecho a femoral común derecha, y femoral derecha a femoral izquierda suprapúbica, con prótesis impregnada con sales de plata, asociado a resección segmentaria de aorta abdominal y drenaje de colección paraaórtica izquierda. Hemocultivos de control negativos y cultivos de pseu-doaneurisma y absceso con rescate a salmonella. El paciente evoluciona favorablemente, realiza catorce días de ceftriaxona y se externa con internación domiciliaria a completar tratamiento durante cuatro semanas.

Conclusiones: Los aneurismas micóticos son complicaciones raras pero severas que pueden surgir de infecciones bacterianas sistémicas, incluidas las producidas por especies de Salmonella. El diagnóstico oportuno y la intervención médico-quirúrgica temprana permiten aumentar la supervivencia de los pacientes, particularmente en población de alto riesgo como ancianos o con enfermedad cardiovascular subyacente evitando complicaciones fatales como la ruptura del aneurisma.

22287 - CUERPO Y MENTE EN CONFLICTO: MIOCARDIOPATÍA POR CLOZAPINA

GOMEZ, C.; WERBACH, J.; HERRERA, L.; QUAGLIO, E.; VILLALVA, N.; VALENCIA, M. - Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La clozapina es un agente antipsicótico altamente eficaz, indicado en el tratamiento de esquizofrenia refractaria, presenta efectos adversos cardiovasculares poco frecuentes, pero severos, entre ellos, miocarditis precoz o miocardiopatía tardía, que se puede instaurar las primeras 8-12 semanas de tratamiento, con una incidencia del 0,02-0,1% y una tasa de mortalidad de hasta el 17,9%, por lo cual no se debe subestimar el riesgo cardíaco, como intentamos demostrar en este informe de caso.

Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 34 años, con antecedentes personales de esquizofrenia diagnosticada a los 15 años. Internación en Clínica Banfield por brote psicótico de noviembre 2023 a marzo 2024. ERGE. Ex tabaquista. Medicación habitual: Clozapina desde hace 7 meses, valproato de sodio. Ingresó por cuadro clínico de 1 mes de evolución de disnea clase funcional II y en las últimas 24 horas asocia dolor precordial atípico, opresivo de moderada intensidad, que no se irradia y se acompaña de ortopnea y diaforesis. En la exploración física presenta taquicardia y signos de sobrecarga hídrica, por lo cual inició tratamiento para falla cardíaca aguda, con adecuada respuesta. En cuanto a las pruebas complementarias, destacaban: biomarcadores cardíacos negativos, perfil tiroideo dentro de parámetros normales, serologías para Chagas, HIV, VDRL, hepatitis C y B no reactiva y panel viral negativo, electrocardiograma con taquicardia sinusual sin evidencia de isquemia, tomografía de tórax sin contraste: evidencia cardiomegalia, derrame pleural bilateral a predominio derecho, se realizó un ecocardiograma que evidenció función sistólica deprimida severa 22%, VI dilatado moderado, hipokuinesia global e insuficiencia aórtica moderada y AngioTC con protocolo para TEP sin evidencia de trombosis. Se decidió descartar otras causas de miocardiopatía, se realizó una RMN cardíaca: miocardiopatía dilatada no isquémica necrótica con función severamente deteriorada (FEV 14%) y ventrículo derecho con función sistólica deteriorada y fibrosis miocárdica inespecífica. Es valorado por servicio de cardiología y psiquiatría, que de manera conjunta consideran cuadro compatible con miocardiopatía dilatada secundaria a clozapina, por lo cual deciden suspender el tratamiento con clozapina de manera paulatina y ajustar tratamiento con posterior egreso sanatorial.

Conclusiones: La miocardiopatía inducida por clozapina es una complicación potencialmente grave que puede surgir en pacientes bajo tratamiento con este antipsicótico. A pesar de su eficacia en el manejo de trastornos psiquiátricos resistentes, los efectos adversos cardiovasculares, como la inflamación miocárdica y la disfunción cardíaca, requieren una atención cuidadosa. Es crucial que los profesionales de la salud realicen un monitoreo regular de la función cardíaca y evalúen los riesgos y beneficios del tratamiento. La identificación temprana de síntomas y una intervención adecuada son esenciales para prevenir complicaciones severas y asegurar un enfoque seguro y efectivo en el tratamiento de los pacientes.

22330 - MUJER JOVEN CON FALLA CARDÍACA FULMINANTE.

HUHN, V.; D'ANGELO, J.; BULLERI, M.; MORETTI, J.; MARQUÍNEZ, L.; PARODI, R. - CENTENARIO

Introducción: La interacción cardio renal y hepática es un fenómeno complejo en el que el deterioro de la función cardíaca, por diferentes mecanismos fisiopatológicos, puede afectar la de otros órganos, entre ellos los riñones e hígado, o viceversa, generando un círculo vicioso que resulta perjudicial para la salud, y cuyo manejo requiere de un enfoque terapéutico especializado a cargo de un equipo interdisciplinario.

Caso Clínico: Mujer de 20 años con antecedente de obesidad y consumo de bebida energizante, consulta por cuadro de un mes de evolución de dolor abdominal epigástrico, de inicio insidioso y curso progresivo, que irradia a hipocondrio derecho, continuo, a predominio postprandial, acompañado de vómitos alimenticios intermitentes, astenia y disnea progresiva de clase funcional II. Al examen físico, presentaba taquicardia sinusual, acantosis nigricans en cuello y axilas, escleras ictericas, hepatomegalia palpable y edemas en miembros inferiores. En las pruebas complementarias se destaca hepatitis, alteración de las pruebas de la función hepática, falla renal de etiología pre renal e índice cardiotorácico aumentado en radiografía de tórax. Ante taquicardia persistente, tendencia a la hipotensión y disminución del ritmo diurético se inició fluidoterapia tras la cual presenta empeoramiento de edemas y progresión de disnea, por lo cual se realizó ecocardiograma bidimensional que evidenció miocardiopatía dilatada con fracción de eyección ventricular severamente deprimida (5-10%), hipertensión pulmonar leve y trombos en ambos ápex ventriculares. Se realizó ecografía doppler (protocolo VExUS) de vena suprahepática y vena porta con patrón de congestión severa máxima y elastografía hepática compatible con fibrosis grado IV. Inicia infusión de furosemida de forma continua en unidad coronaria, con escasa respuesta. Posteriormente presenta shock cardiogénico con requerimiento de inotrópicos y vasoactivos en plan de derivación a centro de trasplante con buena respuesta inicial. Pese a los esfuerzos terapéuticos la paciente fallece. Se recibe resultado de test genético con hallazgo de variante compatible con cardiomiopatía dilatada 1HH.

Conclusiones: Ante el primer contacto con esta paciente nuestros esfuerzos se dirigieron al estudio etiológico de un caso de insuficiencia hepática, presentando una desfavorable evolución inicial lo que llevó a ampliar las posibilidades etiológicas arribando al diagnóstico de insuficiencia cardíaca severa. Destaca la importancia de la sospecha clínica de insuficiencia cardíaca, sobre todo en pacientes jóvenes, considerando aún más la infrecuencia de una miocardiopatía dilatada de origen genético. En este caso no fue posible realizar de forma oportuna el trasplante cardíaco, indispensable para modificar el pronóstico y curso de estas entidades.



22345 - "VARÓN CON DAÑO MIOCÁRDICO Y ANTECEDENTE DE ESCLEROSIS SISTÉMICA"

NARDELLI, F.; D'IPPOLITO, R.; SCAIOLA, S.; KANTOR, B.; PIOMBINO, D.; ZANARDI, L. - Hospital de Emergencias "Dr Clemente Alvarez"

Introducción: La esclerosis sistémica (ES) es una enfermedad multisistémica, caracterizada por una fibrosis cutánea extensa, alteraciones vasculares y autoanticuerpos contra antígenos celulares. Se identifican 2 formas clínicas más representativas de la enfermedad: ES cutánea limitada (EScl) ES cutánea difusa (EScd) teniendo esta última peor pronóstico a largo plazo. La ES está dentro de las enfermedades raras con una prevalencia de entre 7 y 489 casos por millón de habitantes. La afectación de mujeres respecto a hombres es de 3 – 4:1

Caso Clínico: Paciente varón 47 años con antecedentes de ES, fenómeno de Raynaud y polineuropatía distal y simétrica con lesión axonomielinopointina consulta por un cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por disnea progresiva y palpitaciones, síntomas que se exacerban en las últimas horas. Refiere progresión de engrosamiento e hiperpigmentación de piel. Examen físico: regular estado general. TA105/68 mmHg FC 91 lat/min FR 25 ciclos/min Afebril Saturación O2 92% FiO2 0,21%. Microstomía, ingurgitación yugular 4/5. Tirantez, engrosamiento e hiperpigmentación difusa en piel. Esclerodactilia. Ritmo regular R1 y R2 hipofonéticos. Presencia de R3. Rales crepitantes finos medio basales bilaterales. Edema infrapatelar bilateral simé-trico Godet +. Laboratorio: Hto 37.8 %, Hb 11.6 g/dl, leucocitos 8.900/mm3, plaquetas 352.000/mm3, glicemia 116mg/dl, creatinina 0,5 mg/dl, Ionograma: sodio 137mEq/l potasio: 3.9 mEq/L, bilirrubina total 0,9 mg/dl, TGO 49 U/l TGP 51, U/l, FAL 278 U/l, GGT 22 U/l, CPK 528 U/l, LDH 589 U/l CPKmb 61 ng/dl Troponina I 547 ng/ml, NT-proBNP 2827 pg/ml Aldolasa 10 U/l, panel anticuerpos-miositis: no reactivos. ECG: ritmo sinusal, regular, alteración difusa en la conducción de rama derecha. Ecocardiograma Doppler: ventrículo izquierdo levemente dilatado función deprimida. Fracción de eyección 35%. Aplanamiento septal con hipoploquesia. Hipertrofia excéntrica moderada. Regurgitación mitral leve. Dilatación de cavidades derechas con función deprimida. Regurgitación tricúspidea leve a moderada. Presión sistólica arteria pulmonar: 35-40 mmHg. Derrame pericárdico moderado. Se interpreta el cuadro como miocarditis secundaria ES por evidenciar deterioro progresivo con respecto a estudios previos. Se instauro tratamiento con pulso de corticoides y posterior inmunosupresión con ciclofosfamida.

Conclusiones: Presentamos el caso de un varón con ES que como afectación visceral presento miocarditis con requerimiento de tratamiento inmunosupresor. Si bien el compromiso cardíaco en algún grado ocurre en prácticamente la totalidad de los pacientes con esta enfermedad sólo entre un 8 y un 28% de los enfermos tendrá alguna manifestación clínica, presentando mayor mortalidad. La afectación cardíaca en la ES un indicador de mal pronóstico. Se ha estimado que un 20% de las muertes en la EScd durante los primeros 10 años de enfermedad son de causa cardíaca. Es importante destacar la necesidad de establecer un método de screening para su detección temprana.

22295 - SÍNDROME DE LÖFGREN EN ASOCIACIÓN A INFECCIÓN POR MYCOPLASMA Y UREAPLASMA

RECIO, M.; DI RADO, M.; PASCUAL, P.; SALTARI, P.; NIGRO, L. – Argerich

Introducción: El síndrome de Löfgren se caracteriza por aparición súbita de fiebre, adenopatías hiliares bilaterales, eritema nodoso y/o artropatía en tobillos. Es más frecuente en mujeres entre 30 y 40 años y su manifestación se asocia principalmente a sarcoidosis aunque puede ser secundario a otras enfermedades. A continuación se presenta un caso de síndrome de Löfgren asociado a infección por mycoplasma - ureaplasma

Caso Clínico: Paciente femenina de 33 años sin antecedentes consulta por aparición de lesiones maculopapulares dolorosas en miembros superiores e inferiores asociada a artralgias de grandes articulaciones (rodillas, tobillos, codos) y fiebre de 3 meses de evolución. Sin síntomas compatibles con vulvovaginitis. Al ingreso paciente febril (38°), artralgias de grandes articulaciones con inflamación periarticular y tenosinovitis de tobillos, sin signos de artritis, lesiones maculopapulares y nódulos eritematosos dolorosos en miembros inferiores y aislados en miembros superiores. Se solicita laboratorio que evidencia anemia normocítica normocrómica (Hto32%, Hb10.5 g/dL, VCM98 fL, HCM32 pg) VSG 71, PCR 27. Se interpreta cuadro como eritema nodoso atípico, se realiza biopsia de piel que confirma el diagnóstico. Se solicitan serologías (HIV, HBV, HCV, sífilis) que resultan negativas. Perfil reumatológico, complemento, inmunoglobulinas normales, FAN/ANA, anti DNA, FR y Ac para celiacía negativos. Se realiza TAC de tórax que evidencia imagen nodular inespecífica, adenomegalias mediastinales en grupo 2R de hasta 15 mm. Dos juegos de hemocultivos negativos. Se realiza Ecocardiograma y ecografía abdominal que no muestran particularidades. PPD de 0 mm. Cultivo de flujo vaginal con rescate de mycoplasma - ureaplasma por lo que realiza tratamiento con doxiciclina y azitromicina y evoluciona con desaparición de la clínica

Conclusiones: A pesar de que un 10 a un 15% de pacientes con sarcoidosis se presentan con este síndrome, el mismo puede ser secundario a otras enfermedades como tuberculosis, infecciones por chlamydia, ureaplasma, estreptocócicas y micosis sistémicas endémicas. Aunque la mayoría de las infecciones por ureaplasma suelen ser asintomáticas, existen reportes de casos que asocian esta infección al Síndrome de Löfgren. Si bien la asociación entre este síndrome e infecciones bacterianas no es completamente entendida, existe evidencia que sugiere que estas infecciones podrían actuar como gatillantes, lo que subraya la necesidad de un enfoque diagnóstico exhaustivo. Este caso resalta la importancia de considerar infecciones por mycoplasma y ureaplasma como posibles factores desencadenantes del Síndrome de Löfgren, más allá de la sarcoidosis. La identificación temprana de estas infecciones y su tratamiento adecuado puede ser clave para la resolución de los síntomas y evitar complicaciones a largo plazo. Este caso enfatiza la relevancia de considerar una amplia gama de etiologías infecciosas al abordar el síndrome de Löfgren, asegurando así una intervención más precisa y efectiva.

22283 - BROTES EN PIEL, ERUPCIÓN DE IDEAS EN MENTE

WENG, L.; TABERNA, M.; TONI, P.; GRASSI, J.; FERVARI, J.; FERNAN-DEZ, N. - Hospital Dr Roque Saenz Peña

Introducción: El eritema multiforme siempre ha sido un desafío diagnóstico para los clínicos por la complejidad en la forma de presentación, en la variedad de diagnósticos diferenciales que se deben plantear y la búsqueda etiológica. Se manifiesta con lesiones papulosas y vesiculoampollosas eritematosas llamadas lesiones en forma de diana que pueden ser desencadenadas por causas infecciosas, farmacológicas e idiopáticas.

Caso Clínico: Mujer de 48 años con antecedente de tratamiento 7 días previos con amoxicilina - ácido clavulánico consulta en guardia externa por cuadro de 72 horas de evolución caracterizado por lesiones cutáneas ampollares diseminadas asociadas a registros febriles. Al examen físico, presenta vesículas y ampollas dolorosas sobre una base eritemato-edematosa, no pruriginosas, de diferentes tamaños, que progresan a costras centrales con aspecto en diana y bordes bien definidos. Las lesiones se distribuyen en tronco, espalda, palmas, miembros superiores e inferiores. No presenta compromiso de mucosas. Signo de Nikolsky: negativo. Se constata en bioquímica sanguínea: glóbulos blancos 7.9 mil/mm3 que luego desciende a 2.4 mil/mm3 durante la internación, eritrosedimentación 77 mm/hora, LDH 295 U/L. Se interpreta el cuadro como enfermedad ampollar en estudio por lo que se solicitaron hemocultivos, serologías (VIH, VDRL, VHB, VHC), perfil inmunológico (látex AR, C3, C4, FAN), PCR de lesión de piel para virus herpes simple I - II, varicela zóster, viruela símica que resultaron negativos. Ante el descenso de leucocitos, se solicita IgM para dengue, que resulta reactiva. Para confirmar el diagnóstico, se realiza biopsia cutánea, cuyo informe sugiere características compatibles con eritema polimorfo.

Conclusiones: El eritema polimorfo se asocia principalmente al virus del herpes simple, pero también puede estar relacionado con infecciones como Mycoplasma, fármacos (sulfonamidas, difenilhidantoína, barbitúricos, entre otros) y causas idiopáticas. Se clasifica en formas leves, que son autolimitadas y no requieren tratamiento; y graves, que precisan corticoterapia sistémica. La paciente mostró una buena evolución con este tratamiento. La literatura destaca que el eritema polimorfo se relaciona con mayor frecuencia al virus del herpes simple incluso en aquellos casos donde no se aísla el genoma viral. En este caso, nos debemos plantear distintas etiologías: fármacos (amoxicilina con ácido clavulánico); causas infecciosas como virus herpes simple no detectado y Mycoplasma. Además, nos planteamos la posibilidad de relacionar el eritema polimorfo con el dengue ya que la paciente presentó una IgM reactiva para el virus. Por este motivo, debemos destacar la necesidad de un diagnóstico integral considerando las distintas posibilidades etiológicas.

22297 - ENTRE ERUPCIONES Y EMBARAZO

SANABRIA, B.; TABERNA, M.; CORTEZ, E.; GRASSI, J.; HUAMAN, B.; FERVARI, J. - Hospital Roque Saenz Peña

Introducción: La pustulosis exantemática generalizada aguda (PEGA) se considera una farmacodermia infrecuente en la que se desarrollan y diseminan rápidamente pequeñas pústulas estériles no foliculares con eritema subyacente. Respecto de su etiología en más del 90% de los casos se atribuye a fármacos, sobre todo antibióticos, pero también se la ha vinculado a agentes infecciosos y al embarazo.

Caso Clínico: Mujer de 15 años sin antecedentes de jerarquía cursando embarazo de 14,1 semanas consulta en guardia de Tocoginecología por cuadro de 72 hs de evolución caracterizado por vulvodinia secundaria a herpes genital diagnosticado previamente, en tratamiento con aciclovir hace 48 horas, sin mejoría clínica. Al examen físico presenta vulva eritematosa a predominio de labios menores y múltiples lesiones vesiculares en región perineal. Se constata en bioquímica sanguínea: glóbulos blancos 9.1 mil/mm3, eritrosedimentación 30 mm/hora y proteína C reactiva de 8,8 mg/l. Se interpreta cuadro como herpes genital con sospecha de proceso infeccioso bacteriano agregado y se indica tratamiento con aciclovir y clindamicina empírico. Se solicita urocultivo con rescate de Escherichia coli; Por bacteriuria asintomática se indica tratamiento antibiótico dirigido con nitrofurantoína. Al tercer día de internación se interconsulta con Clínica Médica por presentar exantema eritemato pustuloso pruriginoso localizado en tórax, abdomen y pliegues inguinales. Se interpreta como farmacodermia por lo que se suspende antibioterapia y se inicia tratamiento sintomático con buena evolución clínica. Para arribar al diagnóstico definitivo se realiza biopsia cutánea que informa características sugestivas de pustulosis exantemática generalizada aguda.

Conclusiones: La PEGA es una entidad poco frecuente con una incidencia aproximada de 1 a 5 casos por millón de personas por año y aunque es de resolución espontánea puede provocar complicaciones sistémicas y ser potencialmente mortal con una tasa inferior al 5% de mortalidad. La identificación y la interrupción del agente desencadenante es la base del tratamiento.





22300 - ÁNGELES Y DEMONIOS: REPORTE DE INFECCIÓN EN PIEL POR MYCOBACTERIUM FORTUITUM PEREGRINUM

HUHN, V.; JUKIC, V.; ÁLVAREZ, V.; OVIEDO, J.; MARQUÍNEZ, L.; PA-RODI, R. – CENTENARIO

Introducción: Mycobacterium fortuitum peregrinum es una micobacteria no tuberculosa de crecimiento rápido, se encuentra distribuida en todo el mundo. Causa infección oportunista por inoculación directa, lo que resulta en infecciones primarias de la piel y los tejidos blandos principalmente. En raras ocasiones genera enfermedad pulmonar, la mayoría de los aislamientos respiratorios provienen de individuos con enfermedades pulmonares subyacentes.

Caso Clínico: Mujer de 44 años se realiza tatuaje en región inferior de muslo izquierdo. Presenta posteriormente sobre la piel expuesta a las tintas exantema maculopapular eritematoso que no desaparecía con tratamientos convencionales, por lo que decide acudir a dermatología donde se realiza diagnóstico en biopsia de piel de Mycobacterium fortuitum peregrinum, por lo que comienza antibioticoterapia dirigida con azitromicina y cotrimoxazol. Luego de 15 días de iniciado el tratamiento acude a la consulta por disnea de 48 horas de evolución, de comienzo insidioso que progresa a CF IV, asociado a tos productiva, sensación febril y exantema eritematoso y pruriginoso migratorio que desaparece sin mediar tratamiento. Al examen físico, presenta buen estado general, eupneica, saturación periférica de 97% aire ambiente, con lesiones maculopapulares sobre tatuaje en muslo izquierdo. A su ingreso se solicita laboratorio con evidencia de hipereosinofilia moderada y aumento de reactantes de fase aguda, con solicitud de serologías no reactivas. Se realiza tomografía de tórax que evidencia nódulos pulmonares con vidrio esmerilado periférico bilaterales de distribución parcheada. Se realiza lavado broncoalveolar sin aislamiento en cultivos. Se rota antibioticoterapia a amikacina, imipenem y cotrimoxazol, presentando mejoría en tomografía de control. Al mes de la primera internación presenta nuevamente hipereosinofilia severa, exantema migratorio y lesiones pulmonares bilaterales de similares características. Se realiza lavado broncoalveolar, biopsia pulmonar, punción aspirativa de médula ósea, citogenético de médula ósea, entre otros, obteniendo resultados dentro de la normalidad. Pendiente al momento resultado de biopsia de médula ósea. Comienza tratamiento con prednisona a altas dosis presentando franca mejoría de hipereosinofilia y desaparición de las lesiones pulmonares.

Conclusiones: Desde el ingreso a nuestra institución fue muy dificultoso establecer el diagnóstico certero de las lesiones pulmonares, pudiendo corresponder a una infección pulmonar por micobacterias o asociado a hipereosinofilia. Luego de múltiples estudios sigue sin establecerse el diagnóstico certero por el cual presenta hipereosinofilia severa. Como profesionales de la salud debemos educar y concientizar a la población sobre los riesgos que conllevan las prácticas como los tatuajes y la importancia de realizarlos en sitios que cumplan con las normas adecuadas de bioseguridad.

22309 - EDEMAS DE MIEMBROS INFERIORES COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE UNA ENFERMEDAD NO TAN FRECUENTE

MASSON, K.; OBESIO, M.; AMERO, F. - Hospital Privado de Comunidad Mar del Plata

Introducción: El edema bilateral de miembros inferiores es un motivo de consulta habitual en pacientes adultos generado por patologías prevalentes como insuficiencia cardíaca, renal, hepática e insuficiencia venosa. Sin embargo, debemos tener en cuenta otras causas de menor frecuencia en los pacientes adultos jóvenes.

Caso Clínico: Se presenta el caso de un paciente masculino de 41 años, con antecedente de ansiedad/depresión en tratamiento con escitalopram y recientemente medicado con valsartán/hidroclorotiazida por hipertensión arterial. Consulta por edema de miembros inferiores con fovea godet ++, asociado a dolor articular leve de tobillos de dos semanas de evolución, que aumenta al deambular y mejora con el reposo. No presentaba otra sintomatología ni otros hallazgos en el examen físico. Dentro de los diagnósticos diferenciales se consideraron como posibles causas: efecto adverso medicamentoso, insuficiencia cardíaca, renal, hepática, insuficiencia venosa, compresión pélvica y mixedema. Se solicitó laboratorio con hemograma, glucemia, creatininemia, uremia, ionograma, tiempos de coagulación, hepatograma y parámetros inflamatorios. Los resultados fueron normales, salvo la PCR aumentada de 5.04 y ERS de 30. Se agregó albumina, proteínas totales, TSH, perfil lipídico, orina completa, péptido natriurético NT-proBNP, LDH, complemento C3-C4, beta 2 microglobulina y proteinograma electroforético que estaban dentro de los rangos normales. VDRL y HIV negativos. Factor reumatoideo, péptido citrulinado, anticuerpos antinucleares (ANA) y anticuerpos anticitoplásmáticos (ANCA) fueron negativos. Radiografía de tórax, ECG y ecocardiograma normal. Ecografía renal bilateral sin alteraciones. La tomografía de tórax mostró adenopatías mediastinales aumentadas de tamaño, en el límite máximo de la normalidad. En la tomografía de abdomen, se visualizaron en el sistema gastrointestinal, algunas estructuras ganglionares aumentadas en número y tamaño de hasta 10 mm. Las resonancias de tobillo visualizaron cambios edematosos de tejido celular subcutáneo y tenosinovitis del tendón tibial posterior. Se realizó biopsia escisional de ganglios mediastinales. La anatomía patológica demostró numerosos granulomas no necrotizantes compuestos por histiocitos epitelioides con amplio citoplasma eosinófilo. Las tinciones bacterianas, micobacterianas y fúngicas fueron negativas, por lo que el cuadro histológico fue compatible con una sarcoidosis. Con estos resultados, el paciente comenzó con meprednisona y colchicina, para un diagnóstico de síndrome de Löfgren, con una mejoría clínica en el seguimiento ambulatorio.

Conclusiones: Este caso proporciona una breve revisión de una entidad que constituye un verdadero reto diagnóstico por tener distintas presentaciones clínicas. Es importante tenerla presente, ya que su reconocimiento precoz permite mejorar la calidad de vida y reducir la discapacidad.

22305 - "BEHÇET EN LA MIRA: ÚLCERAS MUCOSAS QUE NOS LLEVAN HACIA EL DIAGNÓSTICO"

BUDDE, C.; BALDOMÁ, M.; REVELLI, L.; MERCOL, A.; LUCENA, M.; PRATO, J. - Hospital Intendente Carrasco

Introducción: La Enfermedad de Behcet (EB) es una vasculitis de vaso variable de etiología desconocida. Se manifiesta por ataques recurrentes de inflamación aguda a través de lesiones mucocutáneas recurrentes, asociadas a otras características como artritis, uveítis, compromiso vascular, neurológico o gastrointestinal. Su aparición suele ser entre la 2da y 3er década de vida. Es muy frecuente desde el Mediterráneo hasta Japón, en países a lo largo de la antigua Ruta de la Seda. Existe una estrecha correlación entre la distribución geográfica del antígeno leucocitario humano (HLA) B51 y la prevalencia de EB.

Caso Clínico: femenina de 49 años con antecedente de hipotiroidismo y úlceras mucosas a repetición consulta por dolor urente localizado en relación a úlcera en línea interglútea derecha, de intensidad 8/10 acompañado de prurito. Examen físico: TA 130/80 mmHg, FC84 lat/min, FR17 rpm, T 36.3. Vigil, orientada globalmente. Presenta en cara interna de glúteo derecho úlcera de 4x3cm, base con tejido esclerado y de granulación, bordes irregulares y eritema circundante. Además, presenta úlcera de 4x2 cm, bordes bien definidos fondo costroso con halo eritematoso sin presencia de secreción purulenta ni fetidez. Laboratorio: hematocrito 41%, hemoglobina 13,6mg/dl, leucocitos 13300mm3, plaquetas 333000mm3, glicemia 91mg/dl, creatinina 0,7mg/dl, sodio 141mEq/L, potasio 4mEq/L, cloro 103mEq/L. Serologías VIH, VDRL, VHC, VHB, CMV, VHS 1 y 2 no reactivas - FAN reactivo 1/80 patente moteada, anticuerpo anti ADN no reactivo, C3 166mg%, C4 28 mg%, latex AR no reactivo, ANCA C y P no reactivos, ASCA IgG no reactivo y ASCA IgA reactivo. Informe de HLA clase I tipificación molecular locus B: identificación del alelo 1 (51: EJECS) y 2 (52:DXECW) de HLA ? B a través del método SSO-PCR Luminex. Otros estudios: ecografía de partes blandas: región perianal derecha úlcera en piel con colección por debajo de la misma de 18 x 10 mm que no compromete planos profundos. Videocolonoscopía: duodenitis crónica leve e inespecífica, VEDA: mucosa gástrica corporal con edema subepitelial y vasocongestión. Biopsia genital: tejido cutáneo de característi-cas reparativas cicatrizales. No se observan signos de desviación maligna en el material examinado. Dado los hallazgos mencionados y descartando diagnósticos diferenciales se interpretó cuadro como úlceras recurrente en contex-to de Enfermedad de Behcet, iniciando tratamiento con colchicina con buena evolución de lesiones.

Conclusiones: La EB debe considerarse dentro de los diagnósticos diferenciales de pacientes que se manifiestan con úlceras recurrentes. Se trata de una enfermedad inusual y subdiagnosticada que demanda un alto grado de sospecha clínica.

22351 - PÉNFIGO PARANEÓPLÁSICO EN CONTEXTO DE TUMORES SÓLIDOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

TUTTOLOMUNDO, G.; CASTRO, J.; NOVELLO, G.; GODOY, G.; SURT, L.; CAGLIERO, V. - Sanatorio Delta

Introducción: La piel, como órgano más extenso del cuerpo, es objeto de evaluación en diversas patologías que la afectan de forma primaria, así como también secundaria a otras enfermedades sistémicas. Un grupo importante de afecciones mucocutáneas lo constituye el pénfigo, cuyo interés principal radica en identificar signos tempranos de actividad, con el fin de realizar diagnóstico y tratamiento precoz que mejore significativamente su pronóstico. Es una enfermedad ampollar poco frecuente, de etiología autoinmune, que afecta piel y mucosas. Constituye una entidad grave y curso agresivo de no mediar tratamiento, que requiere monitoreo continuo y sistemático para evitar su mala evolución con alta mortalidad.

Caso Clínico: Se presenta paciente de 76 años con antecedentes de hipertensión arterial y monorreno congénito, con medio social no continente que consulta por lesiones de tipo eritemato-escamo-costrosas y ampollares de distribución difusa en toda la superficie corporal, cuero cabelludo y pabellón auricular, en diferentes estadios evolutivos, respetando mucosa oral y genital, indoloras y no pruriginosas con signo de Nikolsky +. Se presenta febril, realizándose Hemocultivos con rescate de Staphylococo aureus meticilino sensible, por lo cual se realiza tratamiento endovenoso con Cefalotina por 14 días con buena evolución y sin impactos de dicha bacteriemia en órganos a distancia. Mediante biopsia, se diagnostica Pénfigo ampollar seborreico. Se continúa estudio para determinar causa o relación con otras patologías, realizándose entre otros estudios, tomografía axial computada de abdomen observándose lesión sólida renal, compatible con neoplasia. Se inicia tratamiento con prednisona a 1 mg kilo/día con plan de descenso progresivo de forma ambulatoria según evolución clínica de lesiones dérmicas. Se desestima, al momento de la internación, tratamiento quirúrgico de su masa renal en consenso con servicio de nefrología y urología por ser paciente monorreno y llevar dicha conducta al paciente a hemodíalisis en contexto de un medio social poco continente y lesiones en piel activas que serían factores de alto riesgo para infección y complicaciones de colocación de fistula arterio-venosa o catéter de hemodíalisis.

Conclusiones: Se interpreta dicho cuadro como pénfigo paraneoplásico en contexto de tumor sólido. Se presenta dado la rareza de dicha presentación (más asociado a tumores oncohematológicos) y la dificultad de su tratamiento no solo por el tratamiento corticoide sino por la dificultad de la extirpación de su tumor renal con las consecuencias de hemodíalisis que ello conlleva en este contexto. Dicho paciente presentó un desafío diagnóstico y terapéutico con una enfermedad autoinmune poco frecuente y con su asociación a tumor sólido que lo hace menos frecuente aún.





22353 - "LA SINFONÍA DE LO INUSUAL: ESCLEROSIS SISTÉMICA Y COLANGITIS BILIAR PRIMARIA CONSTITUYENDO EL SÍNDROME DE REYNOLDS"

STUMPO, V.; MORAES, F.; RE, M.; LÓPEZ, R.; PIRCHIO, F.; KILSTEIN, J. - Sanatorio Americano

Introducción: El Síndrome de Reynolds es una condición autoinmune, extremadamente rara, caracterizada por el solapamiento entre esclerosis sistémica tipo CREST (calcinosis, fenómeno de Raynaud, telangiectasias, afectación esofágica y esclerodactilia) y colangitis biliar primaria (CBP).

Caso Clínico: Paciente de 32 años con antecedentes de vitíligo y Enfermedad de Raynaud que consulta por pérdida de peso involuntaria y astenia, rosácea y prurito palmo plantar. Antecedentes familiares: madre con lupus eritematoso sistémico. Examen físico: sin particularidades, excepto las lesiones faciales de rosácea y vitíligo. Laboratorio: TGO: 529 U/L, TGP: 802 U/L, FAL: 1448 U/L, BT : 2.2 mg/dL BD 0.82mg/dl B11,38 mg/dl GGT: 360 U/L, Serologías para Virus de hepatitis A, B y C, IgM para CMV y Epstein Barr: Negativos. VES 30 mm/h FAN 1/640 patrón moteado, panel ENA negativo, Ac anticentrómero: Positivo, Anti-Ro: Negativo, Anti-La: Negativo, AC anti microsomal, anti DNA, anti LKM, anti MSL, anti Scl 70, negativos. C3 y C4 normal, Sales biliares: 25 μmol/L, CPK 684 U/L. Ecografía abdominal: normal. TAC abdominal con contraste: hígado levemente aumentado de tamaño. Biopsia hepática: moderado infiltrado inflamatorio predominantemente linfocitario, con escasos plasmocitos, evidenciándose daño del epitelio ductal y ductopenia. Presentaba además leve expansión fibrosa de los espacios porta con algunos septos fibrosos incompletos. El cuadro histopatológico fue compatible con hepatitis crónica, de patrón portal, sin actividad necroinflamatoria, con injuria ductal lo que favorecerían el diagnóstico de colangitis biliar primaria. Capilaroscopia: Compromiso de microcirculación compatible con síndrome esclerodermiforme sistémico. Inicia tratamiento con Prednisona 20 mg/día y Ácido Ursodesoxicólico con mejoría sintomática del prurito y normalización gradual del laboratorio hepático.

Conclusiones: El síndrome de Reynolds es una entidad muy poco frecuente cuya identificación y manejo terapéutico requiere un enfoque interdisciplinario por la complejidad de los órganos y sistemas involucrados. Se destaca la importancia de la biopsia hepática para su diagnóstico y manejo adecuado, dado que es fundamental el diagnóstico diferencial con otras enfermedades hepáticas asociadas a condiciones autoinmunes.

22231 - EPIGASTRALGIA, VÓMITOS E INTOLERANCIA ORAL: UN DIAGNÓSTICO INESPERADO

RUFFINENGO, M.; LATTANZI, M.; CICHILLITTI, L.; ODDINO, J.; ODDINO, J.; WILLIMAN, N. - Sanatorio de la Mujer

Introducción: El síndrome de Wilkie, también conocido como síndrome del compás aortomesentérico, es una causa poco frecuente de obstrucción duodenal de origen vascular. Se presenta predominantemente en mujeres a cualquier edad, pero es más frecuente entre la segunda y cuarta década de la vida. Se caracteriza por la compresión del duodeno en su tercera porción, y es secundaria a un estrechamiento del espacio entre la arteria mesentérica superior y la aorta. Se asocia con situaciones que disminuyen el ángulo entre la arteria mesentérica superior y la aorta (compás aortomesentérico) como por ejemplo pérdida de grasa retroperitoneal (descenso brusco de peso o caquexia) o procedimientos que determinan hiperextensión dorsal, especialmente en postquirúrgicos de cirugía correctora de escoliosis. Clínicamente, se manifiesta por obstrucción intestinal alta. La exploración física y los hallazgos de laboratorio suelen ser poco específicos. Diversos estudios de imagen son útiles para el diagnóstico. Actualmente el método diagnóstico considerado el estándar de oro es la angiografía axial computada.

Caso Clínico: Mujer joven de 21 años de 1.5 m de altura y 40 kg de peso, sin antecedentes de jerarquía, que ingresa por cuadro de epigastralgia e intolerancia oral de 3 días de evolución. Al ingreso, se solicita laboratorio con evidencia de leve leucocitosis a predominio de neutrófilos, subunidad beta hcg negativa y orina con cuerpos cetónicos +++, abundantes leucocitos y gérmenes. Urocultivo negativo. Se solicita TAC abdomen y pelvis que informa discreta distensión de asas de intestino delgado, en anexo derecho imagen compatible con cuerpo lúteo y moderado líquido libre en pelvis. Además la ecografía transvaginal no presentó hallazgos de jerarquía. Se evalúa por el Servicio de Ginecología que descarta patología por su parte. También se interconsulta al Servicio de Gastroenterología que realiza videoendoscopia alta en la cual se observa gastropatía inflamatoria, hernia de hiato pequeña y compresión extrínseca llegando 3era porción duodenal que no obstruye la luz. Por persistencia de sintomatología y presencia de vómitos incoercibles, se decide realizar angio tomografía de abdomen y pelvis con hallazgos compatibles con síndrome de Wilkie y síndrome de Nutcracker. La paciente evoluciona favorablemente, buena tolerancia oral, con manejo conservador basado en soporte nutricional y tratamiento médico, sin requerimiento de intervención quirúrgica.

Conclusiones: La presentación de este caso clínico nos permite destacar la importancia de considerar diagnósticos poco comunes y la necesidad de una evaluación exhaustiva para llegar a un diagnóstico preciso, especialmente en casos de enfermedades raras como lo es el Síndrome de Wilkie. Destacamos la importancia de un enfoque multidisciplinario en la evaluación de cuadros abdominales atípicos y resaltamos la necesidad de considerar diagnósticos poco comunes para evitar demoras en el tratamiento y mejorar el pronóstico del paciente.

22363 - SÍNDROME DRESS: LA IMPORTANCIA DE SOSPECHARLO

PÉREZ, S.; CALAMANTE, N.; GERARDO EZEQUIEL DÍAZ, G.; MON-TECHARINI, M.; NOVERO, M.; GALLI, F. - PAMI 2

Introducción: El síndrome DRESS (Drug Rush with Eosinophilia and Systemic Symptoms) es una reacción adversa grave a fármacos caracterizada por erupción cutánea extensa, afectación visceral, linfadenopatías, eosinofilia y linfocitosis atípica. Su incidencia es de 0.9 a 2 cada 10000/año y se presenta con mayor frecuencia en adultos, afectando a ambos sexos por igual. La mortalidad es de un 10%.

Caso Clínico: Mujer de 56 años con antecedentes de HTA y neuralgia del trigémino, en tratamiento con enalapril, carbamazepina y pregabalina (suspendida 15 días antes del ingreso), consulta por cuadro de fiebre, adenopatías submaxilares y rash cutáneo pruriginoso. Al examen físico presenta exantema maculopapular en tórax, abdomen, miembros inferiores y superiores, dorso y rostro, edema en cuello, rostro y lóbulos de orejas y adenomegalias submaxilares. Los datos relevantes del laboratorio son: leucocitosis 7200 cel/ml con fórmula N64%/L16%/M4%/E15% (1.080 totales)/B1%, FAL 318 UI/L, TGO 211 UI/L, TGP 618 UI/L. Orina completa con sedimento normal. Las serologías para HIV, VHB y C, VDRL, VHS 1,2,6,8, Rubéola, VEB, VVZ, CMV y Toxo-plasmosis resultaron negativas. La radiografía de tórax, el ecocardiograma y la ecografía abdominal no mostraron alteraciones. Se interpreta como síndrome DRESS por lo que suspende medicación habitual y comienza tratamiento con prednisona 60 mg/día, presentando mejoría clínica y analítica.

Conclusiones: El síndrome Dress es una farmacodermia grave con alta mortalidad vinculada más frecuentemente a anticonvulsivantes, antibióticos, AINES, antivirales, antidepresivos y antihipertensivos. En su patogenia, aunque no se conoce en detalle, intervienen la predisposición genética, la activación del sistema inmune por interacción del fármaco con receptores inmunológicos (HLA, TCR) y la reactivación viral (VH 6 y 7, CMV, VEB). Afecta principalmente a hígado, riñones, corazón, pulmones y SNC, aunque se ha demostrado que no se limita exclusivamente a estos territorios. El diagnóstico se realiza a partir de un cuadro clínico y hallazgos analíticos compatibles que descarten otras causas. Para ello se utilizan criterios que incluyen fiebre, adenopatías, linfocitos atípicos, eosinofilia, exantema y compromiso de órganos internos. La biopsia de piel puede mostrar varios patrones inflamatorios en la misma muestra. El tratamiento consiste en la suspensión del fármaco desencadenante, la administración de antihistamínicos, corticoides y en casos graves gammaglobulina. Conclusión: Resulta de interés presentar este caso para destacar la importancia de la sospecha clínica ante la presencia de síntomas típicos, ya que es una afectación sistémica causada por múltiples fármacos, potencialmente grave o fatal y la demora en su diagnóstico puede empeorar el pronóstico.

22236 - ESCORBUTO A LA VISTA: UN NAUFRAGIO NUTRICIONAL

PALLERO, R.; FACCIANO, N.; MARTINEZ AMEZAGA, I.; KILSTEIN, J.; GUIASOLA, A.; IBARRA, R. - Hospital Escuela "Eva Perón"

Introducción: El escorbuto es una enfermedad causada por la deficiencia de vitamina C y se manifiesta con una combinación de síntomas dermatológicos, vasculares y hematológicos. Entre sus signos característicos se encuentran la fragilidad capilar, las petequias foliculares, alteraciones en la morfología capilar como pelos en sacacorchos, la cicatrización deficiente, los edemas en miembros inferiores y la hipotensión severa. Además, puede provocar hipertrofia y sangrado gingival, así como alteraciones en la hemostasia, incluyendo hematomas, hemarrosis y anemia. Si bien es posible medir la concentración plasmática de vitamina C, el diagnóstico es fundamentalmente clínico y se confirma por la respuesta al tratamiento, dado que la determinación bioquímica no es del todo confiable ni está disponible en todos los medios.

Caso Clínico: Mujer de 55 años, con antecedente de delirio crónico y tras-torno de la conducta alimentaria. Consulta por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por astenia, acompañada de púrpura palpable y hematomas en miembros inferiores. Refiere episodio similar hace 2 años, interpretado como sospecha de vasculitis sin diagnóstico definitivo. Realiza una dieta basada en harinas. Examen físico: adelgazada, palidez mucocutánea. Hiperplasia gingival. Pelos en sacacorchos con petequias en miembros superiores e inferiores en donde también se usaba púrpura palpable perifolicular. Laboratorio: HTO 16.5%, Hb 4.9 g/dl, VCM 78.6 fl, Plaquetas 229.000, TP 11.8 seg KPPT 26 seg, vitamina B12 169 pg/ml, vitamina D 12.4 ng/dl, ácido fólico 3.7 ng/ml, Ferremia 15 ug%, transferrina 247 mg%, %Sat de transferrina 4%, ferritina 134 ug/dl, captación total de hierro 346 ug/dl, captación latente de hierro 331 ug/dl. Test de Coombs: negativo. Frotis de sangre periférica: marcada hipocromía, anisocitosis, policromatofilia, sin esquistocitos. Las pruebas inmunológicas fueron normales. Dosis de vitamina C plasmática < 2 mg. Se realiza diagnóstico de escorbuto. Tratamiento: Vitamina C 2 gramos por día, Vitamina D 100.000 UI/mes. Complejo B1-B6-B12 (B12 5 mg/día). Sulfato Ferroso 200 mg/día.

Conclusiones: En pacientes con patología psiquiátrica y trastornos de la alimentación, el escorbuto debe considerarse como un posible diagnóstico ante la presencia de hemorragias, petequias y púrpura, especialmente cuando los tiempos de coagulación y el recuento plaquetario son normales, y no se evidencian alteraciones inmunológicas. Su reconocimiento oportuno es fundamental para evitar complicaciones y resalta la necesidad de un enfoque integral que contemple la evaluación nutricional en estos grupos de riesgo.



**22242 - BÚSQUEDA INCANSABLE: SÍNDROME DE CUSHING COMO CAUSA DE DISNEA**

PALLERO, R.; PERINI, P.; MARTINEZ AMEZAGA, I.; KILSTEIN, J.; FREY, C.; GALLO, S. - Hospital Escuela Eva Perón

Introducción: El síndrome de Cushing es un trastorno endocrino caracterizado por una exposición crónica a niveles elevados de cortisol, lo que puede derivar en diversas manifestaciones sistémicas. Puede ser de origen endógeno, como en los adenomas hipofisarios o suprarrenales, o exógeno, cuando se debe al uso prolongado de corticosteroides. Su presentación clínica incluye obesidad centripeta, hiperglucemia, hipertensión arterial, debilidad muscular proximal y fragilidad cutánea. La debilidad muscular en esta enfermedad se debe a la atrofia de fibras musculares tipo II, particularmente en los músculos proximales. En casos graves, esta miopatía puede afectar la musculatura respiratoria, incluyendo el diafragma, y manifestarse como disnea progresiva. Estudios recientes sugieren que la hipercortisolemia sostenida contribuye al catabolismo proteico en el músculo esquelético, lo que podría explicar el compromiso respiratorio en estos pacientes.

Caso Clínico: Mujer de 66 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y artrosis, en tratamiento crónico con corticoides inhalados y sistémicos. Consulta por disnea de un mes de evolución, de inicio insidioso y progresivo, asociado a hipertensión arterial grado 2 y edema facial. Examen físico: edema bipalpebral y facial sin fovea, eritema malar y cervical, y edemas en miembros inferiores. Obesidad central. Jiba dorsal. Laboratorio: GB 18.600 CPK 47 LDH 305 Troponina t 0.007 ProBNP 147.8 dímero D 0.55. TSH 0.92 ACTH 1.7 (baja) Cortisol sérico 0.4 (bajo). FR 24 (aum), ENA negativos, PxE normal. Panel inmune muscular: Ku, Mi-2, PL-7, PL-12, SRP, PM-Scl-100 negativos. Espirometría: patrón restrictivo moderado sin cambios en decúbito. TAC de tórax sin hallazgos relevantes, suprarrenales sin alteraciones. Electromiografía: sin signos de miopatía primaria. Prueba de esfuerzo: sin supra o infradesnivel del ST ante el esfuerzo. Ante la sospecha de síndrome de Cushing exógeno, se redujo progresivamente el uso de corticoides. Se inició rehabilitación pulmonar con mejoría clínica progresiva de la disnea y la tolerancia al ejercicio.

Conclusiones: El síndrome de Cushing inducido por corticoides puede afectar la musculatura respiratoria y generar disnea secundaria a debilidad diafragmática. Su identificación temprana es fundamental para evitar deterioro funcional severo. La suspensión progresiva de corticoides y la rehabilitación muscular deben considerarse en estos pacientes. La comprensión de esta manifestación poco común permitirá mejorar el abordaje y pronóstico de los pacientes con síndrome de Cushing.

22311 - DETERIORO DEL SENSORIO Y DEFICIT DE VITAMINA B12, DESAFIO DIAGNOSTICO.

PISTELLI, L.; COLOMBO BERRA, C.; BALDOMÁ, F.; FORLANI, P.; FRU-SASCO, M. - HAG

Introducción: El deterioro del sensorio implica un desafío diagnóstico para los equipos de salud y pone en juego una amplia gama de estudios para poder arribar a un diagnóstico. En esta oportunidad presentamos un caso de presentación atípica a causa de anemia por déficit de vitamina B12 secundario a atrofia metaplasia intestinal autoinmune.

Caso Clínico: Paciente de 56 años de edad, con antecedentes de epilepsia, consulta por convulsiones secundarias a abandono de medicación. Al interrogatorio dirigido al familiar refiere que la paciente presenta cuadro de 3 meses de evolución, caracterizado por depresión, ideas suicidas y alteraciones de la conducta por el cual se encontraba en tratamiento psiquiátrico. A su ingreso se realizó laboratorio con hallazgo de anemia macrocítica, hiperglicemia, toma de muestra para hemocultivos y urocultivo sin rescate microbiológico, radiografía de tórax, tomografía de cráneo y punción lumbar sin hallazgos de jerarquía. Al examen físico posterior a resolución de crisis convulsiva, paciente con tendencia al sueño y desorientada globalmente. Para ampliar estudios se realizó dosaje de vitamina B12 y ácido fólico resultando disminuidos, anticuerpos para enfermedad celíaca y anti células parietales negativos, videoendoscopia digestiva alta y baja, con evidencia de atrofia duodenal y anatomía patológica de antro y cuerpo de estómago que informo atrofia metaplasia intestinal y displasia glandular. Además se solicitó evaluación por servicio de Hematología quien realizó frotis de sangre periférica sin evidencia de atipias. Se interpretó el cuadro como anemia macrocítica por déficit de vitamina B12 secundaria a atrofia metaplasia intestinal. Se realizó tratamiento con vitamina B12, ácido fólico y transfusiones de glóbulos rojos, con buena respuesta a las 48hs. La paciente fue dada de alta luego de 20 días de internación, lucida, vigil, orientada globalmente, deambulando por sus medios y con mejoría en la analítica de laboratorio.

Conclusiones: Nuestro objetivo con la presentación de este caso es jerarquizar los hallazgos de laboratorio y tener en cuenta el déficit de vitamina B12 como causa de deterioro del sensorio.

22279 - CUANDO LA SANGRE, EL HÍGADO Y LA TIROIDES CONSPIRAN

GRASSI, J.; SANABRIA, B.; RUBIOLLO, M.; BORTOLOZZI, M.; TONI, P.; FERVARI, J. - Hospital Dr Roque Saenz Peña

Introducción: El síndrome poliglandular autoinmune (SPA) es una rara entidad caracterizada por la asociación de por lo menos dos déficit glandulares mediados por mecanismos inmunitarios, juntamente con ello otras enfermedades autoinmunes no endocrinológicas pueden coexistir, el mismo se puede clasificar en 4 tipos.

Caso Clínico: Mujer de 16 años, con antecedentes de colecistectomía y familiar con lupus eritematoso sistémico. Consultó por dolor abdominal, vómitos, epistaxis y gingivorragia de una semana de evolución. Al examen físico: TA 100/60 mmHg FC 78 lpm FR 17 rpm Sat 98% (0.21) T 36.7 °C. Vigil, orientada globalmente. Palidez cutáneo mucosa generalizada, sin signos de sangrado ni lesiones en piel. Abdomen doloroso con esplenomegalia palpable. Sin adenopatías. Sin signos de encefalopatía. En el laboratorio presentó: pancitopenia, anemia ferropénica, hiperbilirrubinemia a predominio directo, hipertransaminasemia e hipoalbuminemia. Serologías (VDRL, HIV, VHB, VHC, CMV, VEB, Dengue, Hantavirus, FHA, Chikungunya, Parvovirus) no reactivas. Ácido fólico y vitamina B12 normales. TSH 6.41 mUI/L. Anticuerpos antiperoxidasa 162.4 UI/ml (VR: hasta 5.61 UI/ml) y antitiroglobulina 47.6 UI/ml (VR: hasta 4.11 UI/ml), Anticuerpos (Ac) anti células parietales reactivas. Título 1/1280, factor intrínseco negativo e hipergastrinemia. Ac para celiacía, perfil inmunológico (FAN-LATEX AR-C3 -C4-ANCA P Y C-LKM-AML-AMA) no reactivo. Angio RMI de abdomen con hepatosplenomegalia, aumento del calibre de la vena porta, sin imagen de trombosis. Videoendoscopia con várices esofágicas y gástricas y gastropatía hipertensiva. Biopsia hepática con signos de hepatitis crónica con actividad portal, de interfase y lobular, en estadio cirrótico.

Conclusiones: Es una entidad con mayor frecuencia en el sexo femenino. El mismo se puede clasificar en cuatro tipos, siendo el tipo tres el que podríamos relacionar con nuestro caso. El diagnóstico precoz permitirá mejorar la supervivencia de estos pacientes, pero lamentablemente el diagnóstico de estas patologías es complejo y a largo plazo la morbilidad y las complicaciones son muy elevadas.

22313 - CEFALEA CRÓNICA Y COXALGIA BILATERAL EN PACIENTE CON MACROADENOMA DE HIPOFISIS

PITASNY, V.; GONZALEZ, A.; OTAL, F.; ANCA, L. - Hospital Español Rosario

Introducción: La acromegalia es una enfermedad rara causada en 95% de los casos por hipersecreción de Hormona de Crecimiento (GH) por un adenoma hipofisario. Presenta una prevalencia de 39 a 69 casos por millón de habitantes, con incidencia y mortalidad mayor en mujeres; su fisiopatología está dada por una excesiva producción de GH y factor de crecimiento similar a la insulina tipo 1 (IGF-1) generando una enfermedad multisistémica manifestándose con cambios acrales y faciales, cefalea, artalgias, mala oclusión dentaria, compromiso cardiovascular y alteraciones metabólicas. El diagnóstico bioquímico está dado por la medición de los niveles séricos de IGF-1 ajustados para edad y sexo, existiendo pruebas de alta especificidad como la supresión de GH tras prueba de tolerancia oral a la glucosa (PTOG). La resonancia magnética (RMI) de región selar es el estudio por imágenes de elección y la resección de la lesión por vía transesfenoidal es el tratamiento de primera línea. El control bioquímico es el mejor predictor de pronóstico y evolución, permitiendo a su vez mejoría en las comorbilidades asociadas.

Caso Clínico: Paciente mujer, de 46 años de edad. Antecedentes personales: cefalea crónica, sobrepeso, diabetes gestacional en tercer embarazo, menopausia precoz, coxalgia bilateral crónica con requerimiento de acetabuloplastia bilateral. Derivada a consultorio de Endocrinología por hallazgos en RMI de cráneo de lesión ocupante de espacio en región selar. Al interrogatorio la paciente refiere cambios acrales, artalgias y edema articular de dos años de evolución. Al examen físico: prognatismo, frente, nariz y labios anchos y grandes; sinovitis en articulaciones interfalángicas de manos, edema de tejidos blandos. Tensión Arterial: 140/90 mmHg. Laboratorio: glicemia basal 111 mg/dl; PTOG 120 minutos 124 mg/dl; GH 12.9 ng/ml (VN: 0,12-10,8 ng/ml); IGF-1 859 ng/ml (VN 87-211 ng/ml); prolactina 15.4 ng/ml. RMI de cráneo con contraste con focalización en silla turca: lesión ocupante de espacio lateroselar izquierda con extensión al seno cavernoso izquierdo e infiltración intraselar. Índice de Knosp 3-4. Tratamiento realizado: resección quirúrgica de lesión por vía transesfenoidal. Anatomía patológica: Pit NET, adenoma hipofisario linaje Pit1 con positividad focal con prolactina, infiltrativo. CK8/18 dot paranuclear difuso. Laboratorio post-quirúrgico: glicemia 94 mg/dl; GH 3,01 ng/ml; IGF-1 281 ng/ml; prolactina 0,6 ng/ml. La paciente presenta tras 2 meses de cirugía mejoría sintomática, disminución de artalgias y edemas y mejoría de control metabólico; en tratamiento con cabergolina semanal.

Conclusiones: La acromegalia es una enfermedad poco común con repercusiones multisistémicas que comprometen la morbimortalidad de los pacientes afectados. La sospecha precoz de esta entidad permite actuar de forma temprana y elegir la opción terapéutica adecuada. El seguimiento luego del tratamiento quirúrgico es esencial, con requerimiento en muchos casos de terapia farmacológica adyuvante a largo plazo.



22325 - CUANDO EL PÁNCREAS NO SE DETIENE: UN CASO INUSUAL DE HIPOGLUCEMIA PERSISTENTE.

BUENO, S.; FERNANDEZ, M.; SAILE, A.; NUÑEZ, V.; SALVATORE, A.; SALOMÓN, S. - Hospital Luis C. Lagomaggiore

Introducción: La hipoglucemia en un individuo sin diabetes es un dilema diagnóstico. La neosidioblastosis es una patología rara caracterizada por una proliferación anómala de células beta pancreáticas, lo que genera una hiperinsulinemia persistente y episodios recurrentes de hipoglucemia. Su frecuencia es aún menor en adultos sin antecedentes quirúrgicos previos. En esta ocasión abordaremos el caso de una mujer de 29 años, sin antecedentes de diabetes mellitus, ni antecedentes quirúrgicos previos con hipoglucemias sintomáticas recurrentes. Destacando el rol de las imágenes funcionales para el abordaje diagnóstico y su tratamiento oportuno.

Caso Clínico: Mujer de 29 años con antecedente de hipoglucemias sintomáticas desde los 13 años sin diagnóstico etiológico. Presenta antecedentes de padre y madre con DM2 y dos hijos con cuadros de hipoglucemias en estudio. Refiere presentar 12 horas previas al ingreso, en contexto de ayuno, episodio de pérdida de tono postural, sin pérdida de conciencia, náuseas, sudoración y parestias de miembros inferiores. Se constata glucemia capilar de 54 mg/dl, se decide internación e infusión de Dx 10% con mejoría sintomática y de glucemia capilar a 137 mg/dl. Se observa mediante ecografía abdominal páncreas con pequeña área levemente hipocóica hacia la unión céfalo-corporal anterior de 4x3 mm. Se realiza insulínea en contexto de hipoglucemia con resultado normal y en RMN de abdomen y pelvis con contraste EV y protocolo para páncreas no se observan alteraciones estructurales patológicas. Por persistencia de hipoglucemias sintomáticas, inicia tratamiento con diazóxido durante la internación, con resolución de los episodios de hipoglucemia. Se decide alta hospitalaria y realización de PET/CT con FDOPA, la cual informa sutil foco de captación a nivel de la cola del páncreas, sin correlato anatómico. Por dicho motivo paciente continuó tratamiento por tiempo indeterminado sin repetir hipoglucemias.

Conclusiones: La neosidioblastosis en adultos representa una condición clínica atípica y un desafío diagnóstico, dada su baja frecuencia y la presentación inespecífica de hipoglucemias en individuos sin diabetes. El uso de imágenes funcionales, como el PET/CT con FDOPA, demostró ser clave para la localización de áreas de hiperactividad de células beta pancreáticas. Este caso enfatiza la necesidad de una evaluación clínica metódica y el empleo de herramientas diagnósticas avanzadas para mejorar la detección y tratamiento de condiciones endocrinológicas raras.

22335 - PARALISIS PERIODICA HIPOPOTASEMICA E HI-PERTIROIDISMO

ESCUDERO, U. - Hospital Privado de Comunidad Mar del Plata

Introducción: Paciente de sexo masculino de 34 años de edad, sin antecedentes de relevancia, curso internación por debilidad en miembros inferiores, con presencia de hipokalemia severa e hipertiroidismo.

Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 34 años de edad, sin antecedentes de relevancia, sin consumo de tabaco ni drogas. Consulta por guardia, por debilidad en ambos miembros inferiores que le impedía movilizarse, de aparición repentina. Al interrogatorio dirigido: presentaba intolerancia al calor y pérdida de peso involuntaria de 8kg en los últimos dos meses (bajó de 96kg a 88kg). En el examen físico, como datos positivos: taquicardia regular, paraparesia flácida de ambos miembros inferiores, a predominio proximal, con ROT de miembros inferiores abolidos. Bocio difuso. Exoftalmos leve bilateral a predominio ojo derecho. Manos sudorosas. Se interna y se objetiva hipopota-semia severa, sin pérdida renal. Hipertiroidismo con T4L x 3, Anti-TSH positi-vos 7.5 (h 1.75). También ATPO y ATG positivos. Ecografía de tiroides con patrón de tiroiditis y una imagen de 8 mm adyacente a polo inferior de LD, nódulo tiroideo vs paratiroides. Se interpreto el cuadro como: Hipertiroidismo por enfermedad de Graves Basedow, con parálisis periódica hipopotasémica como forma de presentación. Se corrigió potasio con normalización de la debilidad y paresia. Se inicio tratamiento con propranolol 20mg cada 8 h y metimazol 20 mg cada 12 h.

Conclusiones: Consideramos de gran importancia exponer este caso, debido que tuvo una presentación clínica infrecuente y existe baja prevalencia de dicha enfermedad en género masculino.

22352 - LAS APARIENCIAS ENGAÑAN: TIROIDITIS AUTOINMUNE COMO CAUSA DE SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO EN UN PACIENTE VIH-POSITIVO

MORAES, F.; STUMPO, V.; MARTINEZ AMEZAGA, L.; CONSIGLIO, M.; RAMIREZ, M. - Sanatorio Americano

Introducción: El síndrome febril prolongado en pacientes inmunocomprometidos, como los con VIH, supone un reto diagnóstico. La inespecificidad de los síntomas puede retrasar o dificultar su identificación. La relación entre tiroiditis autoinmune podría estar explicada por la desregulación inmunológica provocada por la infección del retrovirus o en ocasiones, por el síndrome de reconstitución inmune al iniciar el tratamiento. Presentamos un caso de Tiroiditis autoinmune que se presentó como fiebre prolongada en un paciente con SIDA.

Caso Clínico: Hombre de 44 años con antecedentes de asma, y VIH diagnosticado en 2020 por histoplasmosis diseminada. Actualmente en tratamiento con Abacavir/ Lamivudina y Dolutegravir, con carga viral indetectable y CD4: 200 células/ μ L. Consulta por un cuadro de 20 días de fiebre y dolor en cara anterior de cuello, irradiado a ambos oídos. Presentaba además palpitaciones y diarrea. Al examen físico se encontraba con TA: 140/75 mmHg, FC: 80 lpm, saturación: 99% en aire ambiente, temblor fino y manos sudorosas. Se palpa bocio moderado y levemente doloroso, orofaringe congestiva, sin adenopatías. Laboratorio: HTO: 38 HB: 13.1 GB: 9200 N 66% VES 85 mm, PCR 179.83 mg/L, TSH 0.01 μ U/mL, T4 37.1 μ g/dL, T4L 15.88 ng/dL y T3 262.2 ng/dL. La ecografía Doppler muestra un aumento global del tamaño tiroideo, con parénquima hipocogénico y heterogéneo de aspecto pseudonodular. Anticuerpos anti-tiroglobulina y anti-microsomales negativos, Anticuerpo anti receptor de TSH 3.45 U/L. Se diagnostica tiroiditis autoinmune e inicia tratamiento con metimazol 5 mg/día, meprednisona 20 mg/día y propranolol 20 mg/día, con mejoría clínica significativa.

Conclusiones: Este caso subraya la necesidad de un diagnóstico diferencial amplio en pacientes inmunocomprometidos con síntomas inespecíficos. En el VIH, es crucial no limitarse a causas infecciosas, dado el riesgo aumentado de patologías endocrinas y autoinmunes. La identificación precoz de la tiroiditis permitió una intervención oportuna y evolución favorable.

22360 - HIPOMAGNESEMIA CON HIPOCALCEMIA SECUNDARIA (HSH) DIAGNOSTICADA EN UNA PACIENTE DE 42 AÑOS QUE INGRESA POR ESPASMOS CARPO PEDALES.

MARCUCCI, G.; MARCUCCI, A.; GRASSI BOLLATI, M.; ROMEO CANDE-LARESSI, A.; DAMIÁN MUÑOZ, S.; WILDE, M. - Clínica Santa Ana

Introducción: la Hipomagnesemia con Hipocalcemia secundaria, HSH como se la conoce por sus siglas en inglés es una enfermedad rara, heredada en forma autosómica recesiva. La enfermedad se diagnostica en la primera infancia a una edad promedio de 4 a 9 semanas caracterizada por síntomas de excitabilidad neuromuscular, convulsiones generalizadas y espasmos musculares. Se debe diferenciar de otras causas de hipocalcemia. Si la hipomagnesemia no es detectada y tratada se producen convulsiones fatales y déficit del neurodesarrollo irreversibles. Presentamos este raro caso donde una paciente con HSH sin tratamiento específico, se realiza el diagnóstico a edad adulta durante una internación.

Caso Clínico: Paciente femenina de 42 años que ingresa por presentar crisis epiléptica en su domicilio. Según la madre tiene ese diagnóstico desde niña y está medicada con fenitoína 3 veces al día. Presenta depresión ansiosa: medicada con sertralina, diazepam y risperidona, sin que hubiera mejoría de su cuadro. La paciente al poco de su ingreso presenta espasmos carpo pedales con signos de tetania, lúcida y orientada, manifestando intenso dolor. Antecedentes: A los 3 meses de edad presentó un cuadro de espasmos musculares y movimientos oculares y fue medicada con calcio con diagnóstico de tetania. La paciente presentó un retardo neuro evolutivo con repitencia en la escuela primaria y no completó los estudios secundarios. A los 16 años comienza con anorexia y bulimia. A los 20 años se indica fenitoína por presentar episodios de movimientos involuntarios tónico-clónicos, continuando con esa medicación en la actualidad. A los 25 años comienza con las contracciones involuntarias generalizadas con predominio de miembros inferiores y superiores, sin pérdida de conocimiento, muy dolorosas que resultan incapacitantes. A los 30 años presenta pérdida total de su dentición y fractura de peroné sin traumatismos previos. Durante la internación presenta 2 a 3 es-pasmos carpo pedales dolorosos cada hora a pesar del suplemento y normalización del calcio. Ante la sospecha de hipocalcemia secundaria a hipomagnesemia se comienza con Magnesio enteral y cede completamente el cuadro y es externada asintomática.

Conclusiones: Una paciente con espasmos carpo pedales dolorosos y frecuentes asociados a hipocalcemia, sin detectar ninguna causa conocida de hipocalcemia, que presenta conjuntamente hipomagnesemia con defectos en el desarrollo nervioso conductual y convulsiones en la infancia surge la posibilidad fenotípica de HSH. No se encontraron aumento de las pérdidas renales de magnesio ni calcio. No presentó alcalosis metabólica ni hipopotasemia. Por lo tanto, se configura el fenotipo clínico de HSH, descartando las tubulopatías hereditarias y nefrocalcinosis.





22370 - "MIOPATÍA" COMO PRESENTACIÓN DE HIPOTIROIDISMO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

RIBECA, M.; CONTINI, E.; GUERRA, J. - Sanatorio Parque

Introducción: El músculo esquelético es un tejido complejo que se compone de proteínas estructurales y vías productoras de energía, por lo tanto, puede alterarse por varios trastornos sistémicos, entre ellos las endocrinopatías que se asocian generalmente con alteraciones sistémicas del metabolismo mediadas por hormonas. Podemos dividir las miopatías en inflamatorias y metabólicas. Dentro de las metabólicas se encuentra la miopatía hipotiroidéica en la cual el déficit de hormona tiroidea ocasiona cambios en el metabolismo celular afectando así la provisión de energía al músculo. Estos desórdenes metabólicos podrían condicionar una atrofia selectiva de las fibras musculares tipo II con una hipertrofia compensadora de las tipo I y el daño oxidativo prolongado generar rbdomiolisis.

Caso Clínico: Paciente femenina de 34 años sin antecedentes de jerarquía, consulta por cuadro de 7 meses de evolución de mialgias generalizadas, debilidad proximal de miembros inferiores, edema bpalpebral y sensación de tumefacción en manos y pies. Se solicita laboratorio que presenta hematocrito de 32% con hemoglobina de 10 g/dl, velocidad de eritrosedimentación 38 mm, creatinina 1.23mg/dl, lactato deshidrogenasa 368 u/l, CPK 4377 u/l, aldolasa 15 u/l, TSH 99.50 uIU/ml con T4 libre de 0.04ng/dl. Además serologías virales que resultaron negativas, perfil reumatológico y proteinograma por electroforesis dentro de parámetros normales, radiografía de tórax sin alteraciones pleuroparenquimatosas. Por presentar alteración en perfil tiroideo se solicita anticuerpos anti tiroglobulina 122 U/ml, anticuerpos antiperoxidasa 600 U/ml, ambos positivos y ecografía con doppler de tiroideas que muestra parénquima heterogéneo con 2 nódulos sólidos en lóbulo derecho, uno del tercio superior de 5x2mm y otro en unión con el istmo de 5x4mm, ambos sin vascularización. Frente a esto comienza tratamiento con hidratación endovenosa, analgesia y levotiroxina 75 mcg/día, curso 3 días de internación en sala general y por buena evolución clínica se otorga el alta con dicha indicación y control endocrinológico.

Conclusiones: La afectación muscular en adultos con hipotiroidismo es común pero los síntomas musculares son rara vez presentación de la enfermedad. El espectro clínico es amplio desde mialgias, aumento asintomático de cpk hasta síndrome de Hoffman, miopatía proximal y mixedema. El diagnóstico se realiza por un cuadro clínico compatible asociado a TSH alta y hormonas tiroideas bajas con mejoría clínica y analítica luego del comienzo del tratamiento hormonal. La electromiografía es normal en el 50% de los pacientes y en el resto se pueden observar cambios miopáticos. Casi nunca es necesaria la biopsia muscular pero de serlo mostraría atrofia de fibras muscu-lares tipo II e hipertrofia tipo I, inclusiones mitocondriales y acumulación de glucógeno. El hipotiroidismo genera gran variedad de signos y síntomas que pueden simular distintas patologías por lo que es de utilidad solicitar TSH para realización de diagnósticos diferenciales.

22238 - ATRÁPAME SI PUEDES: HEPATITIS AUTOINMUNE SERONEGATIVA

PALLERO, R.; FREY, C.; MARTINEZ AMEZAGA, I.; KILSTEIN, J. - Hospital Escuela Eva Perón

Introducción: a hepatitis autoinmune (HAI) es una enfermedad hepática crónica, generalmente progresiva y con actividad fluctuante, de baja incidencia más prevalente en la mujer (4:1) con un pico de incidencia entre los 50 y 60 años. Su diagnóstico se basa en descartar otras causas de hepatopatía y en la medición de autoanticuerpos, sin embargo, el 10% de estas son negativas denominándose HAI seronegativa.

Caso Clínico: Mujer de 53 años con antecedente de HTA, DBT tipo 2 y dislipemia en tratamiento con enalapril, amlodipina, atorvastatina, metformina y gliclazida, consulta por dolor abdominal de 72 hs de evolución, coloria e ictericia generalizada. Examen físico: piel y mucosas ictericas, abdomen globuloso, doloroso a la palpación en hipocondrio derecho y hepatomegalia. Laboratorio: Hemograma normal, Bilirrubina (B) Total 5.06 mg/dL, B. dir 4.92 mg/dL, GOT 1793 mU/ml GTP 2220 mU/ml GGT 284 mU/ml FAL 280 mU/ml TP 18.2 seg KPTT 35 seg, Ferremia 73 ug%, Transferrina 152 mg%, %Sat transferrina 35% Ferritina 3025 ug/L, Ceruloplasmina 0.3 g/L, Alfafo-to-proteína 39.9. Serologías HBsAg, Anticuerpos (Acs) totales anti BHc, ANTI core VHB, Acs anti HCV, IgM anti VHA, VHE, VDRL, Acs anti HIV, PCR virus Epstein Barr, Acs anti Herpes 2, Acs Herpes 1 IgM, Acs Parvovirus B19 IgM no reactivos, Acs totales VHA reactivo. Factor reumatoideo 5 U/ml, Acs anti péptido citrulinado 7 U/ml, Acs antinucleares, FAN, ANCA C y P negativos C3 167 C4 39 mg%. Proteinograma por electroforesis: marcado aumento policlonal de gammaglobulinas IgG 2482. Acs anti músculo liso, tropomyosin, actinina, F actina, LC1, SLA/LP, gp220, Sp100, mitocondriales M2, LKM1 negativos. ColangioRM: hígado forma, tamaño y situación normal, eje esple-noportal de calibre y trayecto conservado permeable, vesícula biliar con contenido heterogéneo debido a la presencia de barro biliar. FibroScan: 25.9 kpa cap 230. Se realiza diagnóstico de HAI seronegativa y se inicia tratamiento con corticosteroides y posteriormente azatioprina con buena respuesta clínica y analítica.

Conclusiones: El diagnóstico de HAI seronegativa es un reto, especialmente sin biopsia hepática, que en este caso se vio limitada por alteraciones del coagulograma y su condición clínica. El FibroScan permitió evaluar el estadio de cirrosis y orientar el pronóstico. La buena respuesta al tratamiento inmuno-supresor confirmó el diagnóstico, destacando la importancia de un enfoque integral ante sospecha de HAI sin autoanticuerpos.

22371 - ENFERMEDAD DE ADDISON

SANTELLA, A.; GOMES DE LIMA, S. - Rosendo Garcia

Introducción: La enfermedad de Addison tiene actualmente una prevalencia de 93-140 por millón y una Incidencia de 4.7-6.2 por millón en la población de raza blanca. Números mayores a los años 60 a pesar de la disminución de la adrenalitis por tuberculosis en el mundo, sugiriendo un incremento en la incidencia de adrenalitis autoinmune.

Caso Clínico: Paciente femenina de 65 años de edad Antecedentes: hipotiroidismo, úlcera venosa crónica en miembro inferior izquierdo, gastritis por Helicobacter pylori, histerectomizada, trombosis venosa profunda bilateral de vena femoral superficial, sin alergias medicamentosas. Medicación habitual: levotiroxina 100mcg/día, omeprazol 20mg/día, acenocumarol (2 mg l-m-v/ 1 mg m-l-s-d), amoxicilina, claritromicina. Ingres a guardia por cuadro de astenia, vómitos, malestar general, asociado a dolor abdominal tipo cólico de cuatro semanas de evolución. Al interrogatorio, refiere pérdida de peso de 20 kilos en 7 meses. Sin otros signos ni síntomas acompañantes. Se decide su internación. Examen físico: se encontraba en regular estado general, TA: 140/60, temperatura: 36°, frecuencia cardíaca: 71 lat/min, freq. resp: 18 resp/min. Bradipsíquica, orientada globalmente, sin foco neurológico aparente. Buena entrada bilateral de aire, sin ruidos agregados. Buena mecánica respiratoria. Abdomen blanco, depresible, doloroso a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho, sin defensa ni dolor a la descompresión. RHA aumentados. Miembros inferiores sin edemas, úlcera en miembro inferior izquierdo sin signos de flogosis. Lesiones cutáneas hiperpigmentadas en palma y dorso de ambas manos y en ambas piernas. Durante la internación presento episodios de hipoglicemia Datos de laboratorio (se adjunta imagen). Estudios complementarios realizados: -Laboratorio: orina de 24 hs, ionograma urinario, cortisol urinario, cortisol serico basal, ACTH, inmunológico, PXE, LH, estradiol, prolactina. -Estudios por imágenes: Tomografía de torax, abdomen y pelvis con contraste RMN de abdomen-colangio RMN: dilatación de la vía biliar intrahepática a expensas de los conductos hepáticos derecho e izquierdo, con una dilatación del colédoco que adquiere un diámetro máximo a nivel retropancreático de 12mm. Mielolipoma en la glándula adrenal izquierda de aproximadamente 23mm. Ecografía mamaria -estudios endoscópicos: VEDA -Biopsias: lesión ulcerosa de tobillo izquierdo Tratamiento: se realizo tratamiento de las alteraciones hidroelectrolíticas, de la hipoglicemia y anemia y una vez confirmado el diagnostico se instauró tratamiento endovenoso con hidrocortisona 100mg c/8 horas durante 5 días, con buena evolución clínica y analítica. Por lo que se otorga alta sanatorial con hidrocortisona 15MG a las 8HS y 5MG a las 18hs.

Conclusiones: A pesar de su baja prevalencia en nuestra población no debemos dejar de pensar en una insuficiencia suprarrenal primaria ante todo paciente con alteraciones del medio interno, ya que sin tratamiento oportuno es una patología potencialmente mortal

22245 - CUANDO LA PIEL NOS HABLA

PERARA, M.; GIL FOLGAR, M.; GONZALEZ, M.; ODZAK, A. - Argerich

Introducción: Las porfirias son trastornos metabólicos causados por la alteración de la actividad de las enzimas de la vía biosintética del hemo. Son una entidad poco frecuente con diagnóstico dificultoso ya que se presentan con síntomas inespecíficos que derivan de los metabolitos acumulados.

Caso Clínico: Mujer de 43 años con antecedentes de tabaquismo y fibrilación auricular no tratada consultó por cuadro de seis meses de evolución caracterizado por astenia, pérdida de peso significativa (15 kg), disfagia, dolor abdominal y prurito generalizado. Al examen físico presentaba mal estado general, con un IMC de 18,5 y una hiperpigmentación facial y del tronco superior, asociados a dolor en epigastrio e hipocondrio derecho, sin viscero-megalías. Presencia de candidiasis oral. Las pruebas de laboratorio evidenciaron anemia normocítica normocrómica, transaminasas elevadas (AST 91 U/L, ALT 76 U/L), amilasa dentro del rango normal, calcio ionizado de 1,16 mmol/L y aumento de reactantes de fase aguda (PCR, VSG y ferritina). Las pruebas para sífilis (VDRL) y hepatitis B y C resultaron negativas, mientras que una prueba rápida de VIH fue reactiva, confirmando el diagnóstico con un recuento de CD4 de 38 células/mm³ y una carga viral de 157,000 copias/mL. Debido a la presencia de hiperpigmentación, astenia y compromiso sistémico, se consideró la insuficiencia adrenal como un posible diagnóstico, descartado con un nivel de cortisol plasmático en ayunas de 12,4 µg/dL, y un valor de ACTH de 14 pg/mL. Se realizó una tomografía computarizada del tórax, abdomen y pelvis, cuyos resultados fueron normales. Sin embargo, dada la alta prevalencia de tuberculosis, se realizaron pruebas seriadas de esputo para bacilos ácido-alcohol resistentes, cuyos resultados fueron negativos. La candidiasis oral fue tratada con éxito y posteriormente se realizó una esofago-gastroduodenoscopia, que reveló esofagitis y carditis por reflujo. En contexto del diagnóstico reciente de VIH y el mal estado de la paciente, se realizaron pruebas seriadas de carga viral para citomegalovirus; cuyos títulos permanecieron bajos, no pudiéndose atribuir los síntomas a dicha etiología. Dado el dolor abdominal persistente y la hiperpigmentación sin una causa evidente, una anamnesis más detallada reveló antecedentes familiares de porfiria. En consecuencia, se sospechó porfiria cutánea tarda, aunque se reconoció que el dolor abdominal no era típico de este tipo de porfiria. Se enviaron muestras de sangre y orina al Centro de Investigación de Porfirinas y Porfirias del Hospital de Clínicas, con las que se estableció un diagnóstico definitivo de porfiria cutánea tarda.

Conclusiones: La hiperpigmentación puede ser la primera manifestación de una enfermedad sistémica no descubierta hasta el momento. En el algoritmo diagnóstico de la misma, debemos recordar a la porfiria cutánea tarda como un diagnóstico diferencial, dado su relación con factores precipitantes frecuentes nuestro medio como lo son algunas infecciones virales.





22280 - LA RELACIÓN PELIGROSA: ANTICONCEPTIVOS ORALES Y HEPATOPATÍA

HUAMAN VALER, B.; ALVAREZ, J.; CORTEZ TORRES, E.; GRASSI, J.; SANABRIA, B.; SOSA, B. - Hospital Roque Saenz Peña

Introducción: El daño hepático inducido por medicamentos (DILI) es un término usado para describir el desarrollo de una lesión hepática secundaria a medicamentos. Este daño puede comprometer directamente los hepatocitos mediante diferentes mecanismos que llevan a la necrosis celular. Se han descrito pocos casos asociados al uso de anticonceptivos orales como el que presentamos a continuación.

Caso Clínico: Mujer de 30 años, tabaquista de 13 paquetes/año, en tratamiento anticonceptivo oral que consultó por cuadro de dos semanas de evolución de prurito e ictericia. Al exámen físico: TA 120/80 mmHg, FC: 80 lpm, FR: 15 rpm, Sat O2 98% (fio2 21%), temp 36,7°C. Paciente vigil, lúcida, orientada globalmente, sin signos de encefalopatía hepática. Ictericia cutánea mucosa generalizada. Laboratorio: hiperbilirrubinemia a predominio directo (Bilirrubina total 17,2: directa 14,3), aumento de las transaminasas (TGO 31, TGP 102) y aumento de la FAL(512). Serologías: hepatitis A, B, C y D, VDRL y VIH: no reactivas. Perfil inmunológico: C3 (284 mg%) y proteinograma por electroforesis (a destacar: albúmina 3,15 g%; B1 globulina 0,92 g%; B2 globulinas 0,69g%). Ecografía abdominal y colangiograma sin hallazgos patológicos. Se decide realizar biopsia hepática que detalla: hepatitis colestática con leve o incipiente fibrosis pericelular, altamente probable con un cuadro de injuria hepática inducida por drogas(DILI) arribándose al diagnóstico.

Conclusiones: Aunque la hepatopatía inducida por anticonceptivos orales es infrecuente, es crucial considerarla en el diagnóstico diferencial, especialmente en mujeres jóvenes que presentan síntomas hepáticos. En el caso presentado, el diagnóstico se realizó por descarte y se confirmó por biopsia subrayando la necesidad de una evaluación exhaustiva en pacientes con sospecha de daño hepático mientras usan anticonceptivos orales.

22286 - RAÍCES Y CICATRICES: UN VIAJE A TRAVÉS DE LA NEUROFIBROMATOSIS Y EL SARCOMA

FERNANDEZ, N.; FERVARI, J.; WENG, L.; RUBIOLO, M.; SOSA, B.; BORTOLOZZI, M. - Hospital Roque Saenz Peña

Introducción: Los sarcomas son cánceres que afectan tejidos óseos y blandos, con mayor frecuencia en extremidades, tórax o abdomen. Su causa es desconocida, pero se asocian a factores de riesgo como trastornos genéticos (neurofibromatosis, síndrome de Gardner, retinoblastoma, entre otros), exposición a tóxicos, radiación y linfedema.

Caso Clínico: Paciente transfemenino de 41 años, con neurofibromatosis tipo 1 (NF1) y tabaquismo, tucumana, consulta por un cuadro de dos meses de evolución caracterizado por dolor abdominal difuso, continuo, de intensidad 7/10, asociado a distensión abdominal, astenia, náuseas, hiporexia y constipación. En los últimos siete días agregó tos seca y sensación febril. Examen físico: estado general regular, lúcida, desorientada en tiempo. En piel, pequeñas tumoraciones redondeadas de 1-2 cm de diámetro, sobre elevadas, algunas pediculadas e hiperpigmentadas, localizadas en tórax y abdomen. Manchas café con leche de igual distribución. Abdomen doloroso a la palpación superficial en hemiabdomen izquierdo e hipocondrio derecho. Edema maleolar bilateral. En la analítica sanguínea: HTO 25,7%, Hb 7,2 mg/dl, VCM 87, HCM 24,2, glóbulos blancos 33,5 mil/mm³ (NT 88%), plaquetas 538 mil/mm³, K+ 3,2 mEq/ml. Perfil ferrocínico: TIBC 184 µg%, %SAT 11%, sideremia 20 µg%, ferritina 1162 ng/ml. Albúmina 2 g/dl. Requiere transfusión de dos unidades de glóbulos rojos. Hemocultivos x2 negativos. Rx de tórax: radiopacidades redondeadas de 6 mm en LSI y LMD. Ecografía abdominal: dos voluminosas lesiones ocupantes de espacio, sólidas y heterogéneas, en glándulas suprarrenales. Cortisol plasmático basal 0,95 µg/dl, aldosterona plasmática 0,5 ng/dl, cortisol urinario 38,75 µg/24 h, confirmando insuficiencia corticosuprarrenal. Inicia corticoterapia de reemplazo, con buena respuesta. Perfil tiroideo y catecolaminas (noradrenalina, metanefrinas, adrenalina plasmáticas y urinarias) normales. ECG: bloque de rama derecha incompleto. Serologías para Chagas, VIH, VHB, VHC y VDRL no reactivas. VEDA y VCC sin hallazgos patológicos. TAC de cráneo, abdomen y pelvis: múltiples lesiones ocupantes de espacio en parénquima encefálico, hepático, glándulas suprarrenales y retroperitoneo. Por intercurrir con paresia braquiocrural izquierda se realizó TAC de cráneo de urgencia, evidenciando edema perilesional encefálico, iniciándose tratamiento con dexametasona y radioterapia encefálica. Se indica punción bajo TAC de partes blandas de trocánter menor de fémur izquierdo con resultado de: carcinoma sarcomatoide metastásico. Evolucionó satisfactoriamente, se da alta hospitalaria con seguimiento ambulatorio por servicios de Paliativos y Oncología.

Conclusiones: El sarcoma es raro y abarca más de 50 subtipos. El Tumor Maligno de Vaina de Nervio Periférico afecta a adultos jóvenes y es más común en pacientes con NF1. Dado su diagnóstico complejo y la posible ausencia de síntomas iniciales, es clave considerarlo en pacientes de riesgo para una detección temprana que mejore su pronóstico y calidad de vida.

22310 - UN DUELO AUTOIMUNE EN EL CUERPO

SOSA, B.; SANABRIA, B.; GRASSI, J.; BORTOLOZZI, M.; TABERNA, M. - Hospital Roque Saenz Peña

Introducción: La enfermedad inflamatoria intestinal (EII) agrupa a la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU), caracterizadas por la inflamación crónica del tracto gastrointestinal. Se asocian a enfermedades hepáticas autoinmunes (EHI), como la colangitis esclerosante primaria (CEP) y la hepatitis autoinmune (HAI). Presentamos el caso de un paciente con el objetivo de discutir las implicancias clínicas de esta asociación, explorar las posibles interacciones entre las vías patogénicas y resaltar los desafíos en el diagnóstico y manejo terapéutico.

Caso Clínico: Varón de 24 años sin antecedentes patológicos, consultó por cuadro de cuatro meses de evolución de ictericia generalizada asociado a diarrea acuosa no disenteriforme, pérdida de peso y dolor abdominal. Examen físico: TA 110/70 mmHg, FC 74 l/m, FR 16 c/m, T 36,7°C, Sat 99 % AA. Ictericia cutánea mucosa. Se palpa hepatoesplenomegalia leve. Laboratorio: BT 7,1 mg%; BD 6,2 mg%; TGO 263 u/l; TGP 285 u/l; FAL 1041 u/l; LDH 262 mU/ml; PCR 19 mg/l; Albúmina 2,7 G%; Serologías: VHC, VHB, HIV, VDRL, no reactivas. Perfil inmunológico: Látex ar 12,50 (N), FAN reactivo título 1/320 patente moteado, C3 148 (N), C4 17 (N); Anti LKM, Antimitocondriales, ANCA P y Ac. anti musculo liso, Anti-mieloperoxidasa: no reactivos. ANCA C reactivo título 1/80; Ac anti-proteínasa 3 reactivo >100 UA/ml. PXE: Hipoalbuminemia y discreto aumento policlonal de globulinas. Ecografía abdominal: Hígado difusamente heterogéneo de ecogenicidad y dimensiones aumentadas. Bazo: parénquima homogéneo de tamaño aumentado. RMI de abdomen con colangiografía: dilatación de la vía biliar intra y extrahepática con patrón de saculación, arrosariado y hepatoesplenomegalia con signos de hipertensión portal. VEDA: normal. Colonoscopia y biopsia compatibles con colitis ulcerosa. Se deriva al Servicio de Gastroenterología para realización de punción biopsia bajo TAC arribando al diagnóstico de síndrome de superposición (SS) CBP-HAI. Se inició tratamiento con prednisona, mesalazina y ácido ursodesoxicólico con buena respuesta.

Conclusiones: La EII asociada a EHI se ha descrito hace varios años con especial asociación con CU. El síndrome de superposición es poco frecuente y se da en el 1% de los casos. Es importante destacar el riesgo a largo plazo de cirrosis hepática, colangiocarcinoma y carcinoma colorrectal. Nuestro caso subraya la necesidad de la sospecha clínica temprana, monitoreo cercano y estrategias terapéuticas personalizadas para mejorar los resultados clínicos en estos pacientes.

22346 - ICTERICIA HEPATOTOXICA. REPORTE DE UN CASO

PASCIARONI, G.; RONCONI, R.; CESCHINI, G.; PIERETTI, C.; ALBA-CHIARO, M.; TONEGUZZO, J. - Hospital de Emergencias "Dr Clemente Alvarez"

Introducción: La lesión hepática inducida por medicamentos es una forma poco común pero clínicamente importante de enfermedad hepática. Reconocer los fenotipos de lesión hepática inducida por fármacos es útil para establecer el diagnóstico, identificar el agente responsable y proporcionar información sobre la patogénesis. Es imprescindible realizar todas aquellas determinaciones clínicas, analíticas y radiológicas que descarten otras patologías. Presentamos un caso de colestasis por amoxicilina-ácido clavulánico (AMC) recientemente atendido en nuestro servicio.

Caso Clínico: Paciente de 35 años con antecedente de colecistitis litiasica que requirió colecistectomía videolaparoscópica asociado a colangiografía intraoperatoria; 24 hs posterior a dicha intervención por continuar con dolor abdominal severo se realizó CPRE mediante la cual se retira escaso barro biliar de la vía biliar extrahepática, con control radiológico satisfactorio. Siguiendo indicación médica, realizó 14 días de tratamiento antibiótico con AMC. Un mes después del mencionado evento consulta por cuadro de 72 hs de evolución caracterizado por ictericia cutánea mucosa generalizada y progresiva asociado a malestar general, coluria y prurito. Se presenta estable clínica hemodinámica y ventilatoria mente, abdomen blando depresible e indoloro. En analítica de laboratorio se observa: Hto 35%, Hb 12 g/dl, GB 11000/mm³ (sin eosinofilia), 347000 plaquetas/mm³, Na 134 mEq/L, K 4,7 mEq/L, glucosa 93mg/dl, bilirrubina 18mg/dl (a predominio directa), GOT 47 U/l, GPT 54 U/l, FAL 331U/l, GGT 36 U/l, LDH 396 U/l, amilasa 60 mg/dl. Evidenciándose hiperbilirrubinemia sin alteración de enzimas de colestasis y leve leucocitosis. Se realiza ecografía de abdomen que no evidencia alteraciones y Colangio RMI que solo informa cambios post quirúrgicos. Se decide realizar nueva CPRE que no evidencia alteraciones estructurales. Se solicitan serologías, perfil inmunológico y marcadores tumorales, sin hallazgos patológicos. Se interpretó el cuadro como hepatotoxicidad por el uso de AMC inició tratamiento con antihistamínicos y ácido ursodesoxicólico sin mejoría clínica ni analítica. A los 7 días de internación alcanzó un pico de 30mg/dl de bilirrubina cuyo descenso inició luego de instaurar tratamiento con corticoides.

Conclusiones: Se presenta el presente caso por el desafío diagnóstico que implicó el cuadro de hiperbilirrubinemia e ictericia en un paciente con vía biliar recientemente intervenida. Y al mismo tiempo para exponer lo característico de las alteraciones clínicas y analíticas en relación a la hepatotoxicidad idiosincrática generada por AMC



22347 - GASTRITIS NECROTIZANTE, UN DIAGNOSTICO POCO FRECUENTE

NARDELLI, F.; D'IPPOLITO, R.; SOSA LANDEUIX, B.; VILARIÑO, B.; ALFANO, S.; MOLINA, G. - Hospital de Emergencias "Dr Clemente Alvarez"

Introducción: La gastritis necrotizante puede deberse a causas vasculares, químicas, mecánicas o infecciosas. De ellas, las infecciosas pertenecen al grupo de menor frecuencia. Presentamos el caso de una paciente inmuno-comprometida que intercorre con una patología excepcional, de la cual se cuenta con escasa información al momento.

Caso Clínico: Paciente femenina de 48 años con antecedente de Leucemia Linfoblástica Aguda cromosoma Philadelphia + con diagnóstico reciente de recaída por citometría de flujo en sangre periférica, en plan de inicio de quimioterapia con protocolo FLAG-IDA, en tratamiento con prednisona a 100 mg/día desde hace 7 días, consulta por cuadro de 12 hs de evolución interpretado como hemorragia digestiva alta con inestabilidad hemodinámica. Al examen físico presenta TA 90/60 mmHg, FC 130 lat/min, FR 18 rpm, Temp 37,8°C, Sat O2 98% FIO2 0.21. Somnolencia, conjuntivas pálidas, mucosas semihúmedas, sonda nasogástrica con débito hemático. Abdomen blando, depresible, doloroso en epigastrio. En el laboratorio presenta Hto 44%, Hb 15 gr/dl, leucocitos 48.300/mm3 con presencia de blastos, plaquetas 68.000/mm3, Na 131 mEq/L, K 3,3 mEq/L, glicemia 131 mg/dl, creatinina 0,7 mg/dl, bilirrubina 0,2 mg/dl, TGO 11 U/L, TP 10 seg, KPTT 22 seg. La videoendoscopia alta (VEDA) informa gastropatía erosiva severa con esófago y duodeno sin lesiones. Por presentar registros febriles a su ingreso, se toman hemocultivos x2 y urocultivo sin desarrollo microbiológico e inicia tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam y vancomicina. A las 24hs por persistir con hematemesis e inestabilidad hemodinámica se repite VEDA que informa ulceraciones superficiales difusas con extensa necrosis, con toma de muestras para anatomía patológica (no representativa), PCR para Citomegalovirus (negativo) y cultivo para gérmenes comunes. En cultivo de mucosa gástrica presenta desarrollo de Escherichia coli y Bacillus cereus, interpretándose como gastritis necrotizante de etiología infecciosa, por lo que se decide continuar con terapéutica instaurada. Posteriormente paciente intercorre con sepsis asociada a catéter venoso central con deslentece fatal.

Conclusiones: La gastritis necrotizante infecciosa es una variante clínica de la gastritis flemosa, entidad poco frecuente de etiología bacteriana con mortalidad cercana al 50%, descrita en 1862 y con aproximadamente 500 casos descritos en la literatura. El 50% se asocia a gastritis crónica, úlcera péptica, VIH, uso de corticoides y cáncer. La asociación de esta afección con la neutropenia apenas está descrita. Escherichia coli forma parte de los 5 microorganismos que con mayor frecuencia se aíslan en cultivos, pero el desarrollo de Bacillus cereus es singular, con apenas 2 casos reportados en la bibliografía. Destacamos la importancia de incluir la gastritis necrotizante dentro del abanico diagnóstico en pacientes inmunocomprometidos, al ser una entidad poco frecuente aunque probable y con elevada morbimortalidad pese a la terapéutica instaurada oportunamente.

22233 - RÁPIDO Y FURIOSO: LINFOMA DE BURKITT EN BIOPSIA DE MAMA

PALLERO, R.; DIAZ, P.; MARTINEZ AMEZAGA, I.; KILSTEIN, J. - Hospita Escuela Eva Peron.

Introducción: El linfoma de Burkitt es un subtipo de Linfoma No Hodgkin de linfocitos B, que representa el 1% de los mismos. Presenta una evolución agresiva, y es una de las neoplasias con proliferación más rápida, que obliga a realizar diagnóstico y tratamiento quimioterápico urgente. Presentaciones clínicas: 1) endémica africana, en niños con infección por virus Epstein-Barr o Malaria, 2) esporádica, en niños y adultos jóvenes, variante más frecuente en occidente, 3) asociada a inmunodeficiencia, principalmente por VIH.

Caso Clínico: Mujer 45 años, con antecedente de HIV (carga viral indetectable-ble y CD4 425), en tratamiento con dolutegravir, tenofovir y lamivudina. Consulta por dolor epigástrico de 2 semanas de evolución, náuseas, vómitos, fiebre y oliguria. Examen físico: TA: 90/60 mmHg, FC: 110 lpm, mucosas secas, signo del pliegue positivo. Mama derecha: lesión nodular indurada en cuadrante superointerno, mal delimitada. Adenopatía axilar derecha. Abdomen levemente distendido, RHA positivos e indoloro a la palpación. Laboratorio: Hematocrito 26,8%, hemoglobina 9,3 g/dl, PCR 16,6 mg/dl, leucocitos 11.800 cel/mm3 (Neut. 78%), Plaquetas 617.000 cel/mm3, función renal y Ionograma normal, Ca++ 8,9 mEq/L, P- 3,3 mEq/L, Mg++ 1,7 mEq/L, Albúmina 2,1 g/dL, TGO 65 mU/ml, TGP 43 mU/L, FAL 768 mU/L, GGT 671 mU/L, Bilirrubina Total 1,4 mg%, BD 1,4 mg%, LDH 1771 U/L, CPK 78 mU/ml, lactato 6,4 mmol/L, ProBnp 638,7 pg/ml, Beta 2 microglobulina 3,67 mg/L, Lipasa pancreática 353 U/L. Ecografía mamaria: múltiples formaciones nodulares bilate-ales de aspecto sólido de distribución difusa con vascularización central al doppler color. Adenomegalia axilar derecha. TC abdomen y pelvis: Líquido libre abdominopelvikiano. Imágenes compatibles con implantes peritoneales. En ambos anexos dos estructuras redondeadas, heterogéneas, de aspecto sólido- quístico, miden 56 x 51 mm a izquierda y 52 x 26 mm a derecha. Cérvix aumentado de tamaño de 51 x 49 mm, de aspecto heterogéneo. Biopsia de mama derecha: proceso linfoproliferativo maligno de alto grado histológico. Inmunohistoquímica: Linfoma no hodgkin B CD 20+, morfológicamente de células de tamaño intermedio, patrón difuso y elevado índice de proliferación celular con Ki 67. Diagnóstico: Linfoma de Burkitt en paciente HIV. Inicia tratamiento R-COP, realiza un ciclo y evoluciona con lisis tumoral, insuficiencia renal con requerimiento dialítico y posteriormente fallece.

Conclusiones: Los linfomas de mama son tumores raros con una incidencia de 0,04% a 0,50% de todas las neoplasias malignas de la mama. Un pequeño subgrupo de linfomas como es el linfoma de Burkitt suele presentarse en mujeres jóvenes, generalmente con compromiso bilateral y rápida progresión. Por este motivo el diagnóstico temprano es crucial para la supervivencia de los pacientes considerando la naturaleza agresiva del mismo.

22229 - CRÓNICA DE UN LINFOMA ANUNCIADO: LINFOMA LINFoblástico PRIMARIO DE SNC QUE SE MANIFIESTA COMO MENINGITIS CRÓNICA.

PALLERO, R.; LOPEZ CRESPO, M.; MARTINEZ AMEZAGA, I.; KILSTEIN, J. - Hospital Escuela Eva Perón

Introducción: El Linfoma Primario del Sistema Nervioso Central (LPSNC) es una variante poco frecuente del linfoma no Hodgkin extraganglionar que afecta el cerebro, las leptomeninges, los ojos o la médula espinal sin evidenciar enfermedad sistémica, y representa el 4% de los tumores primarios del SNC. A su vez, el linfoma de leptomeninges representa menos del 10% de los casos de LPSNC y el subtipo linfoblástico se considera una rareza.

Caso Clínico: Varón de 49 años sin antecedentes relevantes, con internación previa por cefalea y LCR compatible con meningitis crónica (Elementos 1605/mm3 [$>$ MMN]), glucosa 6 mg/dL, proteínas 0,34 g/L) y RMI con paquimeningitis. A pesar de cultivos negativos para hongos, bacterias y TBC, se inició tratamiento empírico para meningitis tuberculosa con antibióticos y corticoides, presentando mejoría y alta médica. Interrumpió el tratamiento 15 días después. Consulta nuevamente por cefalea holocraneana intensa (8/10), diplopía, debilidad generalizada, inestabilidad en la marcha y fiebre esporádica. Niega síntomas constitucionales como pérdida de peso o sudoración nocturna. Al examen físico: adelgazado, lúcido y orientado, con diplopía, nistagmo horizontal en ojo izquierdo, paresia braquial derecha (4/5), arreflexia aquiliana, romberg positivo, aumento de base de sustentación e hipoacusia derecha. Laboratorio: hemograma normal, VES 3 mm/h, PCR 0,1 mg/dL, glucemia 88 mg/dL, albúmina 3,6 g/dL, hepatograma y función renal normales, LDH 263 U/L. Serologías para VIH, VHB, VHC y VDRL no reactivas. Proteinograma por electroforesis normal. LCR: leucocitos 435/mm3 (100% MMN), proteínas 1,1 g/L, glucosa 0,05 g/L, lactato 6,7 mmol/L, VDRL negativo. Cultivo para gérmenes comunes y Cryptococcus negativos. PCR para adenovirus, Eps-tein-Barr, herpes simplex, citomegalovirus, enterovirus y Mycobacterium tuberculosis negativos. Filmmurray panel negativo. Hemocultivos negativos. TAC de cráneo sin alteraciones, TAC de tórax-abdomen-pelvis sin hallazgos patológicos. Citometría de flujo (CMF) de LCR con $>$ 90% de blastos. Punción de médula ósea (MO) con alteraciones displásicas en serie roja y 15% de linfocitos maduros en serie mieloide. CMF de MO: células B maduras con fenotipo similar al LCR. Diagnóstico: linfoma linfoblástico primario de leptomeninges. Se inicia quimioterapia intratecal con citarabina, metotrexato y dexametasona, por cinco ciclos. Presenta progresión del compromiso neurológico y complicaciones infecciosas, evolucionando desfavorablemente hasta su muerte.

Conclusiones: Las nuevas herramientas diagnósticas para meningitis tuberculosa como la PCR y el Filmmurray son útiles para la evaluación con pacientes con meningitis crónica. La presencia de hipoglucorraquia severa obliga a descartar procesos linfoproliferativos de meninges con citometría de flujo. Presentamos dicho caso por el desafío diagnóstico y la rareza del subtipo de linfoma y su forma de presentación.

22235 - REBELDE SIN CAVA: AGENESIA DE LA VENA CAVA INFERIOR Y TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA

PALLERO, R.; GALLO, S.; MARTINEZ AMEZAGA, I.; KILSTEIN, J.; HE-RRERA, J. - Hospital Escuela Eva Perón

Introducción: La embriología de la vena cava inferior (VCI) es compleja debido a las numerosas anastomosis, de ahí sus múltiples variantes anatómicas. Entre ellas, la agenesia de la VCI (AVCI) es la menos común, con una incidencia del 1% en la población general, y representa un factor de riesgo anatómico para el desarrollo de trombosis venosa profunda (TVP). Por ello, debe considerarse como diagnóstico diferencial en pacientes jóvenes con TVP espontánea y bilateral.

Caso Clínico: CASO 1: Varón de 31 años, tabaquista, con antecedente de TVP. Antecedentes familiares: madre con TVP + aborto $<$ 12 semanas; hermana con TVP sin estudios previos. Consulta por cuadro de 72 hs evolución de dolor lumbar izquierdo. Examen físico: Edema godet ++ en miembro inferior izquierdo, infrapatelar, eritema hasta muslo y aumento de diámetro $>$ 2 cm, signos de Homans y Ollow +. Laboratorio: PxE Alfa 1 0,25, Alfa 2 0,95, Beta globulina 0,95, Gammaglobulinas 1,13, Fibrinógeno 632, Ac lúpico 1,31. TAC de tórax, abdomen y pelvis c/c: Alteración en la anatomía normal de la VCI, ausencia del segmento suprarrenal, con formaciones de estructuras vasculares tortuosas, colaterales en fosas suprarrenales, retroperitoneales, pelvianas y en pared toraco-abdominal. Las venas renales se muestran francamente dilatadas. Se interpreta el cuadro como AVCI en segmento suprarrenal. Tratamiento: anticoagulación. CASO 2: Varón de 28 años, sin antecedentes de jerarquía, consulta por cuadro de 48 hs de evolución caracterizado por dolor y edemas desde la raíz de ambos miembros inferiores. Examen físico: aumento de la circunferencia de ambos miembros inferiores con signo de Homans y Ollow positivos. Laboratorio: dímero D 5 ug/ml. Inhibidor lúpico 2,5 (Confirma-torio 1,54). FAN, ac anti ADN, acs. anti cardiolipina, anti beta 2 glicoproteína, PxE, Factor V leiden y homocigotas antitrombina III, proteína C y S dentro de valores normales. AngioRM abdomen y pelvis c/c: Trombosis en origen de la VCI, ambos territorios ilíacos, internos, externos y femoral proximal. Segmento corto trombosado en VCI con colapso de luz y venas tortuosas varico-sas, tributarias del sistema ácidos, con ingurgitación del plexo venoso lumbar. Compatible con agenesia-hipoplasia de la VCI. Diagnóstico: agenesia de la VCI. Tratamiento: anticoagulación.

Conclusiones: En la población general la AVCI constituye una malformación poco frecuente, pero su presencia representa hasta el 9,5% de las TVP idiopáticas en adultos jóvenes y su tratamiento continúa siendo un tema controversial. Ante trombosis extensas en jóvenes, debe sospecharse alteraciones del flujo de la VCI, incluyendo malformaciones vasculares, compresión extrínseca y trombofilias, por su frecuente asociación y relevancia en el manejo a largo plazo.





22260 - PURPURA TROMBOCITOPENICA TROMBOTICA CON AFECTACIÓN DE SNC: REPORTE DE CASO

SOLONEZKI, F.; GALAKA, M.; MARTELOTTE, I.; IRALA, F.; PRATES, R.; CHIESA, C. - Hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga

Introducción: La púrpura trombocitopénica trombótica hereditaria (PTTh) trastorno genético poco frecuente causado por mutaciones en el gen ADAMTS13 con una disminución o ausencia de la producción de la metaloproteasa, que escinde el factor de von Willebrand (VWF) plasmático, generando multímeros de gran tamaño que provoca microtrombos. Puede ser asintomático como presentarse con plaquetopenia, síntomas neuropsiquiátricos, falla renal con requerimiento de diálisis en un 10% hasta ACV. La incidencia es de 2 a 3 casos por millón de personas en un año. El diagnóstico se confirma mediante la identificación de anticuerpos anti-ADAMTS13. El tratamiento se basa en infusiones de plasma o productos de factor VIII derivados del plasma, que proporcionan suficiente ADAMTS13.

Caso Clínico: Masculino de 20 años sin antecedentes patológicos. Inicia con dolor abdominal de tipo cólico, asociado a vómitos, diarrea Bristol 6 no disentericas, cefalea, fotofobia, excitación psicomotriz y alucinaciones visuales. Se realiza TC de cerebro sin lesiones agudas y laboratorio con Hto 21%, Hb 6.8 g/dl, Leucocitos 9680/mm3, plaquetas 18000/mm3, TP 61%, APTT 33.2 seg, urea 28 mg/dl, creatinina 1.04 mg/dl, GOT 93 UI/l, GPT 90 UI/l, FAL 78 UI/l, B.total 3.24 mg/dl, B.Indirecta 2.5 mg/dl, LDH 1649 UI/l. En punción lumbar el LCR evidencia hiperproteinorraquia 0.09 g/dl. Se realiza prueba de Coombs directa e indirecta negativa. Ante la sospecha de anemia hemolítica no auto-inmune con componente microangiopático, se almacena muestra ADAMS-13 e inicia plasmateresis 7 sesiones, asociado a pulsos de corticoides por 3 días. Recibe egreso hospitalario, por ambulatorio se recibe anticuerpos anti ADAMS-13 positivo: 178 (>15) y actualmente se encuentra en remisión clínica.

Conclusiones: Debido a que la PTTh es poco frecuente, a menudo al inicio se diagnostica erróneamente como PTT autoinmune adquirida mucho más comúnmente (PTTI). El reconocimiento de la PTTh y la instauración de un tratamiento profiláctico temprano pueden reducir las complicaciones a largo plazo. El objetivo de esta revisión es describir la fisiopatología, la sintomatología en diferentes grupos etarios vulnerables. El diagnóstico de esta entidad sigue siendo un desafío debido a la heterogeneidad clínica, incluida los pacientes que presentan manifestaciones subclínicas y otros factores de confusión.

22263 - CID SECUNDARIA AL USO DE TIGECICLINA: REPORTE DE UN CASO

ANTUNEZ, B.; BOGARIN, A.; PRATES, R.; MELNIK, Y.; GALAKA, M.; SALINAS, C. - HOSPITAL MADARIAGA

Introducción: La Coagulación Intravascular Diseminada (CID) es la activación del sistema de coagulación. Se produce secundaria a una afección subyacente siendo una causa poco reportada el uso de tigeciclina. La incidencia de la CID se estima en 1:1000 enfermos hospitalizados. Puede presentarse de forma asintomática, o con sangrados, trombosis y fallo multiorgánico. La tigeciclina es un antibiótico de amplio espectro que presenta como efectos mas comunes vómitos, diarrea y dolor abdominal. Se han reportado pocos reportes de casos en la literatura de CID por tigeciclina, se manifiesta como deterioro progresivo de la hipocoagulabilidad sanguínea y de los parámetros de coagulación. Es una reacción dosis dependiente, a mayor dosis, más grave sera la coagulopatía y puede manifestarse tras horas o días de inicio del fármaco. El diagnóstico se basa en la sospecha clínica, y en la mejoría de los parámetros de laboratorio luego de suspender el fármaco descartando todas las etiologías.

Caso Clínico: Femenina de 60 años de edad con diagnóstico de Artritis Reumatoidea (AR) con buen control de enfermedad. Es internada por fractura del pilón tibial secundario a caída de altura, requirió numerosas toilettes quirúrgicas con toma de muestras con desarrollo de Klebsiella pneumoniae resistente, por lo que inició antibioticoterapia con Tigeciclina. A los cinco días de iniciado el tratamiento, presenta al laboratorio: Hto 42% Hb 13.3 g/dl Glóbulos Blancos 5470 mm3 Plaquetas 228.000 mm3 TP 45% KPTT, 47.5 segundos Fibrinógeno 54 g/dl Dímero D 2.1 U. Se asume el cuadro como CID, se descartaron causas infecciosas, y quirúrgicas, por posquirúrgico alejado. Se suspende la antibioticoterapia, con mejoría inmediata de valores de laboratorio.

Conclusiones: La CID secundaria a tigeciclina es una causa infrecuente y poco estudiada en la actualidad, existen escasos reportes de casos siendo difícil estimar su incidencia. Concluimos que es una reacción adversa secundaria a fármacos muy poco frecuente pero descrita, que de no detectarla a tiempo puede generar graves complicaciones, presentando una mortalidad del 86%. Por eso, se recomienda controlar la función de coagulación sanguínea cuando se indica tigeciclina.

22262 - SÍNDROME DE VENA CAVA SUPERIOR, DOS ETIOLOGÍAS, DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN.

ALBACHIARO QUEIROLO, M.; SEVILLANO, L.; GÓMEZ, M.; NARDELLI, F.; SABATINI, L.; TAVELLA, D. - HECA

Introducción: El Síndrome de la vena cava superior (SVCS) es un cuadro clínico secundario a la obstrucción total o parcial del flujo de la vena cava superior que se manifiesta por una disminución del retorno venoso procedente del hemicuerpo superior. El 65% de los casos son de etiología maligna. Las condiciones no malignas representan el 35% de los casos, y están relacionadas con el uso de catéteres, dispositivos intravasculares y marcapasos.

Caso Clínico: Caso N.º 1 Paciente masculino de 54 años con diagnóstico de Enfermedad Renal Crónica con requerimiento de hemodiálisis trisemanal secundaria a Glomerulonefritis pauciinmune refractaria al tratamiento, y antecedente de Diabetes metacorticoidea con requerimiento de insulina. Consulta por cuadro de 6 días caracterizado por edema a nivel cervical que se extiende a nivel facial. Examen físico: TA 130/80 mmHg FC70lat/min FR 16 ciclos/min T °36.3 - Sat O2 96% (0.21). Edema blando localizado a nivel de maxilar inferior y cervical. Doloroso a la palpación. Catéter de hemodiálisis subclavio derecho sin signos de flogosis. Laboratorio: hematocrito 37,2 %, hemoglobina: 11 g/dl, glóbulos blancos 11300 mm3, plaquetas 138000 mm3, glucemia 108 mg/dl, Creatinemia 4,5 mg/dl. Tomografía axial computada (TAC) de cuello y tórax con contraste: falta de relleno a nivel del confluente yugulosubclavio derecho y en el tronco braquiocefálico derecho hasta el inicio de la vena cava superior. Caso N.º2 Paciente masculino de 60 años tabaquista de jerarquía consulta por cuadro de 2 meses caracterizado por edema a nivel torácico, cervical y facial. Acompañado de dolor localizado en dorso a nivel de 5to arco costal, pérdida de peso y tos. Examen físico: TA 160/90 mmHg FC 70 lat/min FR 16 ciclos/min T °36.2 Sat O2 99% (0.21%). Edema en esclavina. Ingurgitación yugular bilateral 5/6 sin colapso inspiratorio. Circulación colateral toracobraquial. Se ausculta en cara anterior del tórax soplo tubario a nivel de vértice pulmonar derecho. Laboratorio: hematocrito 37,9 %, hemoglobina 12 g/dl, glóbulos blancos 14900 mm3, plaquetas 314000 mm3. glicemia 99 mg/dl, creatinina 0,9 mg/dl. TAC cuello y tórax con contraste: proceso expansivo mediastinal/parenquimatoso pulmonar extenso que compromete al hilio pulmonar derecho, toma íntimo contacto con la tráquea, carina y vena cava superior. Produce estenosis de la arteria pulmonar derecha, y trombosis de la vena innominada izquierda y del confluente venoso yugulosubclavio derecho.

Conclusiones: Si bien la incidencia de SVCS es baja, destacamos la importancia de la sospecha clínica para un oportuno tratamiento. Hacemos hincapié en el aumento a nivel mundial de las causas no malignas del SVCS debido al incremento de pacientes con dispositivos intravasculares. La colocación de stents endovasculares presenta altas tasas de eficacia y bajas tasas de recurrencia y complicaciones. Nos parece relevante la comparación de dos casos ingresados en nuestro hospital con etiologías, tiempos de instauración y pronóstico del cuadro diferentes.

22264 - LINFOMA HEPATOSPLÉNICO DE CÉLULAS T: UN DESAFÍO DIAGNOSTICO EN HEMATOLOGÍA.

BOGARIN, A.; SOLONEZKI, F.; GALAKA, M.; ROJAS, S.; PRATES, R.; FILIPPONI, L. - headrm

Introducción: El linfoma hepatoesplénico de células T (HSTCL) es un tipo raro y clínicamente agresivo de linfoma de células T, se presenta con mayor frecuencia en adultos jóvenes y en la tercera década de la vida, con un predominio en el sexo masculino. Los pacientes con HSTCL comúnmente presentan síntomas B, citopenias, con afectación del bazo, el hígado y la médula ósea; la linfadenopatía generalmente está ausente. El diagnóstico se realiza en la mayoría de los casos mediante biopsia de hígado y/o médula ósea. Afecta a menos del 2 % de todos los pacientes con linfoma cada año, con un poco más de 200 casos reportados en la literatura. La mayoría son tratados con quimioterapia combinada y, cuando es posible, trasplante de médula ósea, pero las recaídas son frecuentes. Su pronóstico es malo y la supervivencia es menor a 2 años.

Caso Clínico: Femenino de 51 años de edad, quien consulta por sangrado uterino anormal asociado a dolor en hemiabdomen inferior, se realiza laboratorio que evidenciaba pancitopenia (hematocrito de 32%, hemoglobina 9.9 g/dl, globulos blancos 2110mm3 con recuento de neutrofilos segmentados de 1066 y plaquetas de 61.000 mm3) y una ecografía abdominal que informa esplenomegalia masiva. En TC de abdomen que confirma hepatoesplenomegalia. Servicio de hematología realizan un frotis de sangre periférica que evidenciaba hipocelularidad, esto se complementa con una punción biopsia de medula ósea (PBMO) y citometría de flujo, los cuales resultan compatibles con Linfoma no Hodgkin con fenotipo mas probable de Linfoma T hepatoesplénico según inmunohistoquímica. Inicia tratamiento con primer ciclo de tratamiento con HyperCVAD FASE A.

Conclusiones: El linfoma de células T es poco frecuente y muy agresivo plantea importantes desafíos diagnósticos y terapéuticos. Debido a su curso clínico rápido y agresivo. La falta de publicaciones referidas a las característi-cas clínico-epidemiológicas de HSTCL a nivel nacional e internacional, es una de las razones que motivan la presentación de este reporte. El progreso en el campo de las enfermedades raras solo se puede lograr aumentando la concienciación y la colaboración entre investigadores de todo el mundo.



**22265 - MIELOMA MÚLTIPLE EN PERSONAS JOVENES: ¿FALTA DE SOSPECHA?**

VILARIÑO, B.; CASTRICINI, J.; RONCONI, R.; ALFANO, S.; D IPPOLITO, R.; PIERETTI, C. - HECA

Introducción: El mieloma múltiple (MM) es una neoplasia de proliferación descontrolada de células plasmáticas que se caracteriza por presentar una banda monoclonal, infiltración de la médula ósea y daño de órgano blanco. Estas células clonales secretarán inmunoglobulina (IgG o IgA) denominado componente M o monoclonal y (κ o λ). Constituye el 1% de todas las neoplasias malignas y hasta un 10% de las hematológicas con un pico etario a los 70 años y una prevalencia de 1-2% en personas entre 19 a 40 años. Cada vez resulta más frecuente su presentación en pacientes jóvenes con predominio en hombres, acompañado de una expresión genética de mal pronóstico. La presentación clínica del MM va desde cuadros asintomáticos a sintomáticos, las manifestaciones clásicas son dolor lumbar, fracturas, anemia, hipercalcemia y enfermedad renal (CRAB) aunque se han reportados cuadros atípicos como fiebre, linfadenopatías, hepatoesplenomegalia, neuropatía periférica, artritis y hemorragias, que pueden confundir y retrasar el diagnóstico oportuno influyendo en el pronóstico y la calidad de vida.

Caso Clínico: Paciente de 42 años con antecedente de litiasis renal y adenoma polipoide túbulo vellosos colónico, que consulta por episodio de epistaxis anterior y dolor lumbar agudo. Examen físico TA 110/70 mmHg, FC 99 lat/min, FR 18 ciclos/min, T^{36.1} Sat O₂ 99% (0.21). Petequias aisladas en paladar blanco. Puño percusión y punto ureteral derecho positivos. Espinopalpación negativa. Laboratorio hto 20.2% ,hb 6.1mg/dl (77/30/19.9), glicemia 199mg/dl, creatinina 2.1mg/dl, BrT 8.48mg/dl (I 8.42mg/dl) GOT 38u/l, GPT 16u/l FAL 255u/l, urea 7.7mg/dl, calcio 9mg/dl, fosforo 2.3mg/dl, magnesio 1.8mg/dl. Orina completa densidad 1020, ph 5, hemoglobina +++, hematíes ++ y uratos amorfos +++. Ecografía abdominal riñón derecho litiasis en porción proximal de pelvis renal. TAC cráneo, macizo facial y tórax lesiones osteolíticas a nivel del macizo facial. Leve engrosamientos septal del segmento posterior del lóbulo inferior derecho. Leve derrame pleural bilateral. Cuerpos vertebrales con múltiples imágenes líticas y blásticas. Se solicita B2microglobulina 10802 ng/ml, proteinograma por electroforesis con marcada banda densa en zona de gammaglobulina lenta e inmunoelectroforesis con banda densa en cadenas pesadas IgG(6638 mg/dl) y doble banda densa en cadenas livianas kappa(1827 mg/dl). PAMO remplazo difuso por una proliferación plasmocitaria de escasa atipia nuclear, inmunofenotipo MM semidiferenciado con infiltración del 80% y escasa reserva hematopoyética.

Conclusiones: El MM es una enfermedad muy heterogénea desde el punto de vista clínico y genético. Los síntomas inespecíficos que comparte con otras patologías representa un desafío para el diagnóstico precoz en personas jóvenes con un gran impacto en cuanto a pronóstico y respuesta al mismo. Una mayor sospecha diagnóstica junto con una evaluación adecuada constituyen las herramientas iniciales para lograr impactar sobre la enfermedad.

22288 - MICROANGIOPATÍAS TROMBÓTICAS EN PACIENTE CON HIV

RAGOGNA, L.; GONZALEZ, J. - Hospital Jose María Cullen

Introducción: Las microangiopatías trombóticas (MATs) son un grupo de trastornos hematológicos caracterizados por anemia hemolítica microangiopática no inmune, trombocitopenia y daño orgánico de grado variable. Las principales entidades dentro de este grupo son la púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) y el síndrome hemolítico urémico (SHU). La clínica de esta urgencia hematológica no es específica y en ello radica el desafío de incluir a las MATs dentro de los diagnósticos diferenciales. Resulta crucial en el contexto de un paciente inmunocomprometido.

Caso Clínico: Paciente masculino de 30 años de edad, privado de su libertad, con diagnóstico reciente de B24 sin tratamiento. Ingresó por cuadro de astenia asociado a hematuria y equivalentes febriles. Al examen físico se constata petequias en ambos miembros inferiores y en mucosa oral. Por evidenciarse en laboratorio parámetros de hemólisis e insuficiencia renal aguda se realiza frotis de sangre periférica que informa esquistocitos y se decide realizar punción aspiración de médula ósea. Inicia tratamiento con plasmáferesis y corticoides por diagnóstico de microangiopatía trombótica asociado a HIV. Evoluciona con refractariedad al tratamiento, con requerimiento de Rituximab.

Conclusiones: La rápida instauración del tratamiento fue posible por contar con técnicas de depuración extrarrenal en nuestro Hospital. El cumplimiento del tratamiento antirretroviral se asocia a mejores respuestas al tratamiento de la MATs señalando el valor que posee el seguimiento activo de estos pacientes desde un primer nivel de atención.

22282 - DIAGNÓSTICO SIMULTÁNEO DE LEUCEMIA LIN-FOCÍTICA CRÓNICA Y LEUCEMIA LINFOLÁSTICA AGUDA

GRINFELD, M.; LOPEZ, M.; KRUSS, M.; GARCIA CHARRY, P.; JACOME FLORES, R.; TORCELLI, D. - Sanatorio Julio Mendez

Introducción: Las leucemias son un grupo heterogéneo de enfermedades que se distinguen por infiltración de la médula ósea, sangre y otros tejidos, por células neoplásicas del sistema hematopoyético. En el caso de las leucemias linfocíticas el precursor es un linfocito que pierde la capacidad de diferenciarse y dado su crecimiento incontrolado desplaza además células hematopoyéticas en la médula. La principal diferencia de las leucemias agudas y crónicas recae en el tiempo de evolución de las mismas. Siendo la aguda de progresión rápida y generando síntomas constitucionales y alteración del hemograma evidente; sin embargo, en la crónica, la progresión es lenta y de difícil diagnóstico sin un estudio de visión directa de médula ósea. A su vez, el rango etario de dichas patologías dista: siendo la LLA una patología característica de los niños presentando una incidencia bimodal con un pico posterior a los 50 años (siendo mucho menor la incidencia) y en la LLC de adultos mayores, no presentándose sincrónicamente como se expone en el siguiente caso clínico.

Caso Clínico: Paciente masculino de 60 años de edad sin antecedentes de relevancia que consulta por cuadro de pérdida de peso, astenia, adinamia, sudoración nocturna y tos no productiva de 2 meses de evolución. A su ingreso se realiza laboratorio con tricitemia y tomografía computada que evidencia ganglios en rango adenomegálico mediastinales (la mayor de 19x10mm precarinal) y axilares. Se realiza cultivo de esputo e hisopado nasofaríngeo con resultado negativo, se realiza tratamiento con broncodilatadores + corticoides, sin respuesta favorable, se decide realizar PAMO que informó hallazgos vinculables a LLA (hipercelularidad con 70% de blastos estirpe linfocito pre-T) y LLC. Se decide iniciar tratamiento quimioterápico con protocolo GATLA para LLA, con múltiples interurrencias infectológicas, por lo que se suspende el tratamiento.

Conclusiones: La importancia de la publicación de este caso reside en lo particular de la presentación del mismo, debido a que actualmente se desconoce casos de coexistencia de ambas patologías en el mismo paciente y en el mismo tiempo evolutivo. La dificultad a su vez se encuentra en la capacidad del especialista de poder identificar las características citológicas de dichos componentes que permitan arribar a un diagnóstico y proporcionar una terapéutica acorde a la patología que aumenta la mortalidad del paciente.

22294 - EL DESAFÍO DE BUSCAR MÁS ALLÁ

DÍAZ, N.; GONZALEZ, L.; ZAUGG NADUR, R.; FERNANDEZ ZENOBI, M.; BONABITTA, G.; CRIVELLI, E. - HIGA San José de Pergamino

Introducción: El Síndrome de May-Thurner, también conocido como síndrome de compresión de la vena ilíaca tiene una prevalencia exacta de difícil de determinar debido a su sub-diagnóstico, aún así estudios de imágenes vasculares realizados por otras razones indican que hasta un 25% de la población puede presentar algún grado de compresión de la vena ilíaca izquierda. Suele manifestarse como una TVP iliofemoral izquierda en mujeres jóvenes, típicamente entre la segunda y cuarta décadas de vida.

Caso Clínico: Paciente femenina de 54 años con antecedentes de sobre peso, tabaquismo de jerarquía, EPOC, monorrea, fractura tibio-peronea izquierda reducida con prótesis hace 6 meses, artrosis severa en plan de colocación de prótesis de cadera. Autoválida, deambula por sus propios medios. Ingresó derivada desde el Consultorio Externo de Hematología por cuadro de disnea aguda sin otro síntoma respiratorio, fiebre ni dolor precordial asociado, en contexto de paciente con diagnóstico reciente de TVP extensa de miembro inferior izquierdo. A su ingreso lúcida, hemodinámicamente estable, afebril, eupneica en reposo, sin requerimiento de O₂ suplementario. Evaluación cardiovascular y respiratoria sin alteraciones. Miembro inferior izquierdo con aumento de diámetro, edema godet +++/+++ e induración hasta raíz de muslo. Signo de Homans y Ollow positivos. Se realiza laboratorio que evidencia leucocitosis con neutrofilia, troponina I negativa. Ecodoppler arterial y venoso de miembros inferiores que informa signos agudos de trombosis venosa profunda en todo el territorio femoral y poplíteo izquierdo. Ecocardiograma doppler sin alteraciones. AngioTAC de tórax con protocolo para TEP negativa, sin hallazgos patológicos de relevancia en dicho contexto. Se realiza tratamiento anticoagulante con enoxaparina SC. Evoluciona desfavorablemente con persistencia de induración, edema y dolor de MI, por lo que se realiza angioTC aorto bi-ilíaco que muestra hallazgos compatibles con Síndrome de May Thurner, y posterior derivación a centro de mayor complejidad para realización de flebografía de MMII con trombectomía + angioplastia venosa. Continúa con tratamiento antiagregante y anticoagulante, y se otorga posterior alta tras franca mejoría clínica.

Conclusiones: Este caso resalta la importancia de considerar ésta entidad en pacientes con trombosis venosa profunda extensa de evolución tórpida. Su presentación en una paciente mayor con múltiples comorbilidades enfatiza la necesidad de una evaluación diagnóstica más allá de los factores de riesgo convencionales. La identificación oportuna permite un manejo dirigido que mejora los resultados clínicos y la calidad de vida del paciente y prevenir así complicaciones como el síndrome posttrombótico o recurrencias trombóticas.



22324 - LEUCEMIAS DE CELULAS DENDRITICAS. ACERCA DE UN CASO

BUSTOS LOPEZ, D.; ARIACA, N. - Rosendo García

Introducción: La leucemia se la define como un conjunto de neoplasias de origen hematológico, proveniente de una stem cell hematopoyética maligna. Dentro de los diferentes tipos de leucemias agudas, existe una denominada neoplasia de células dendríticas plasmocitoides o BPCDN (blastic plas-mocytoid dendritic cell neoplasm). La BPCDN es una patología hematológica maligna poco frecuente y muy agresiva. Presenta una supervivencia media de 12 a 16 meses. Afecta con mayor frecuencia al género masculino, con una proporción hombre-mujer 3:1, generalmente en la sexta década de vida. Las manifestaciones clínicas son heterogéneas, si bien su manifestación más común es cutánea (64-100%) seguida de compromiso de la médula ósea y sangre periférica (60-90%) y ganglios linfáticos (40-50%). Para su diagnóstico, se debe por la presencia de blastos en sangre periférica o médula ósea, para luego confirmarse a través de estudios como la citometría de flujo, estudios citogenéticos y de biología molecular.

Caso Clínico: En Octubre de 2023, ingresa un paciente de 71 años, con un cuadro de ocho días de evolución caracterizado por astenia y múltiples lesiones maculares en región anterior del tórax, acompañado de episodios de expectoración hemoptoica aislados. Como antecedentes personales presentaba hipertensión arterial, hiperplasia prostática benigna, tabaquista de jerarquía, estilista de jerarquía. Se encontraba con buen estado general, afebril, normotenso, sin signos de sangrado, con lesiones maculares amarronadas en tronco, no pruriginosas, hepatomegalia leve y sin otra signo-sintomatología acompañante. Laboratorio de ingreso: tabla adjunta. Se realiza luego un frotis de sangre periférica: predominio de neutrófilos, aislados linfocitos irritativos, anisopoiquilocitosis marcada predominio de normocitosis, macroplaquetas y agregados plaquetarios con recuento corregido por microscopía de 70.000/mm3. Durante el segundo día de internación presenta un registro febril (38.5°), por lo que se toman cultivos de orina y hemocultivos, sin rescate microbiológico posterior. Se realizaron serologías para HIV, VHB, VHC, VDRL, CMV, VEB, y Monotest que descartaron infección aguda de éstas. Ese día se realiza la punción biopsia de médula ósea. Al sexto día de internación se recibe resultado de la citometría de flujo: INMUNOFENOTIPO COM-PATIBLE CON LEUCEMIA DE CEL DENDRITICAS (87% TOTAL DE LEU-COCITOS). Durante el primer año presento múltiples internaciones por cuadros infecciosos o recaídas de su enfermedad.

Conclusiones: La evolución del paciente depende de diversos factores, entre ellos el tratamiento, la respuesta del organismo a este tratamiento y la etapa en que se diagnostica la enfermedad. Nuestro paciente presento similares características a las descritas en la literatura. Aunque el pronóstico ha mejorado, este sigue siendo ominoso. En la actualidad, con el advenimiento de la inmunoterapia, existen nuevos tratamientos que muestran Resultados promisorios para mejorar el pronóstico de esta enfermedad.

22227 - ENDOCARDITIS INFECCIOSA, HAEMOPHILUS PARAINFLUENZAE Y PRESENTACION CLINICA ATIPICA

UEHARA, R.; CAVALLO, F.; PEIRANO, M.; VALENTINI, E.; QUADRELLI, C.; BELLADA, G. - Sanatorio de la Mujer

Introducción: La endocarditis infecciosa es la infección microbiana del endocardio. El microorganismo Haemophilus parainfluenzae es un bacilo gram negativo que pertenece al grupo HACEK, que se encuentra frecuentemente en la orofaringe como microbiota habitual y puede producir bacteriemia a partir de procedimientos odontogénicos, aunque su implicancia en esta patología es poco frecuente. La embolia es una complicación frecuente (20%-25%) y su incidencia disminuye luego del comienzo de la terapia antibiótica. En el caso de Haemophilus parainfluenzae, la probabilidad de oclusión arterial secundaria a embolias es mayor debido a la fragilidad de sus vegetaciones, lo que favorece su desprendimiento y diseminación.

Caso Clínico: Paciente femenina de 20 años, sin antecedentes de jerarquía, consulta por cuadro de 3 días de evolución caracterizado por fiebre y dolor en tobillo posterior a actividad física. Refiere procedimiento odontogénico 15 días previos. Al examen físico: Ta 110/60 mmHg, Fc 90 lpm, Fr 15 rpm, Sat 97%. Temperatura 38,2°C. Se ausculta soplo multifocal con irradiación axilar. Tobillo derecho con dolor y tumefacción maleolar. Laboratorio: hemoglobina 10,7 g/dl, glóbulos blancos 10520 mm3 y ves 59 mm/h. Ecocardiograma doppler inicial sin alteraciones. Ecodoppler arterial de miembro inferior derecho: oclusión distal en corto trayecto retromaleolar de arteria tibial posterior con presencia de circulación colateral. Al ingreso, se toman hemocultivos, se inicia tratamiento antibiótico empírico con ampicilina + gentamicina y tratamiento anticoagulante. Por persistencia de registros febriles, se solicitan nuevos hemocultivos que resultan positivos a Haemophilus parainfluenzae; y ecodoppler cardiaco transesofágico que informa prolapso valvular mitral a predominio anterior, festón medial, imagen ecogénica móvil de 10 mm sugestiva de vegetación e insuficiencia mitral excéntrica severa. Por tal motivo se decide junto al Servicio de Infectología rotar antibiótico a ampicilina y ceftriaxona completando 34 días. Además, determinamos junto a los Servicios de Cardiología y Cirugía Torácica recambio de válvula mitral biológica. Evolución favorablemente lográndose extirpación en 42 días.

Conclusiones: Este caso se expone por su presentación inusual, con fiebre, dolor en tobillo y soplo cardiaco, en una paciente joven, cuya condición fue causada por un patógeno poco común. El reconocimiento temprano de esta patología requiere un alto índice de sospecha, especialmente en pacientes con síndrome febril sin foco, antecedentes de procedimientos odontogénicos y la presencia de un soplo cardiaco. La identificación del agente causal puede ser un desafío, dado que algunos microorganismos, como Haemophilus parainfluenzae, pueden tardar hasta 3 o 4 semanas en crecer en los hemocultivos. Además, el embolismo representa un factor de retraso diagnóstico significativo y, cuando se acompaña de fiebre, es imprescindible excluir endocarditis infecciosa.

22373 - LINFOMA PRIMARIO DE SISTEMA NERVIOSO CENTRAL: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

DE FILIPPI CALVETE, V.; CRESPO, C.; MASELLI, M.; VITALI, G.; ARLAN-DIS, L. - Hospital del Carmen

Introducción: El linfoma primario del sistema nervioso central (LPSNC) es una neoplasia infrecuente cuya presentación clínica es variable y puede simular otras patologías neurológicas sobre todo en pacientes inmunocompetentes representando un reto diagnóstico y terapéutico. Se presenta un caso de LPSNC en inmunocompetente con evolución clínica atípica.

Caso Clínico: Mujer de 73 años con antecedente de hipertensión arterial e hipotiroidismo que consulta 4 meses previos por paresia facial derecha de cuatro días y fallas mnésicas de un año de evolución. Se sospecha síndrome neurovascular agudo por tomografía de cerebro (hipodensidad talamocapsular derecha). Se externa con pedidos de estudios vasculares (normales) y RMN de cerebro con gadolinio (lesiones compatibles con encefalitis). Consulta a los 2 meses por progresión de síntomas. Cursa internación, se realizó punción lumbar con disociación albumino-citológica, cultivos negativos y PCR virales negativas. Cumplo pulso de metilprednisolona con escasa respuesta. Se solicita screening tumoral, inmunológico y anticuerpos antimembrana negativos, externándose con tapering de corticoides. Por progresión de la sintomatología consulta luego de 45 días. Examen físico: vigíl, desorientada en tiempo y espacio, disartria moderada, Romberg inestable, hipotrofia generalizada, hemiparesia derecha moderada, hiperreflexia generalizada, Tromner positivo derecho y Hoffman negativo, hipopalestesia simétrica en 4 miembros, ataxia apendicular izquierda, adiadococinesia izquierda, ataxia axial con retropulsión. Nueva punción lumbar con disociación albumino-citológica. RMN cerebro: aumento de tamaño y extensión de lesiones ya descritas con mayor edema vasogénico perilesional. Por sospecha de encefalitis inmunomediada cumple 5 días de metilprednisolona sin mejoría. Se solicita perfil metabólico normal, serología viral y chagas negativa, inmunológico ampliado (incluidos onconeuronales) negativo y screening tumoral negativos. Se realiza PET/TC: Proceso linfoproliferativo primario cerebral, resto del barrido corporal sin captación patológica. Se realiza biopsia de la lesión. Citometría de flujo: Linfoproliferativo crónico del sector B. A la espera de anatomía patológica e inmunohistoquímica se realiza reunión interdisciplinaria con familiares por la posibilidad diagnóstica y terapéutica de la misma. Teniendo en cuenta el progreso clínico y la fragilidad de la paciente se decide no realizar tratamiento quimioterápico y adecuación de los esfuerzos terapéuticos. Fallece a los 60 días del ingreso hospitalario. Anatomía patológica: tejido cerebral con infiltración de células atípicas linfoides, proceso linfoproliferativo en primer término.

Conclusiones: Se enfatiza la necesidad en un alto índice de sospecha de LPSNC, la necesidad de un enfoque multidisciplinario, la pronta realización de estudios específicos y la consideración de la calidad de vida cuando el pronóstico es reservado ya que el tratamiento específico es muy agresivo

22230 - ENCEFALITIS POR VIRUS HERPES SIMPLE Y POLINEUROPATIA

BARTOLO, J.; LANDA, S.; CLAVERO RUBIO, A.; COLOMBO BERRA, C.; NAVARRO, M.; GONZALEZ IRAOLA, A. - HAG

Introducción: Las polineuritis agudas son un grupo heterogéneo de enfermedades de los nervios periféricos con múltiples etiologías, entre ellas se destacan las causas inflamatorias como el síndrome de Guillain Barré. Entre sus mecanismos fisiopatológicos se describen reacciones inmunes posinfecciosas. Por otro lado la encefalitis por herpes simple es una enfermedad aguda o subaguda asociada con disfunción cerebral focal o global causada por virus del herpes simple pertenecientes al tipo 1 o al tipo 2. La mayoría de las encefalitis por herpes simple son causadas por HSV-1, y HSV-2 constituye menos del 10% de las infecciones. Existen muy pocos casos documentados de pacientes con polineuropatía aguda que en simultáneo manifiesten cuadro clínico compatible con encefalitis viral.

Caso Clínico: Paciente de 50 años de edad, con antecedentes de hipotiroidismo, ataques de pánico y hemorroidectomía que ingresa a sala por cuadro caracterizado por debilidad de los cuatro miembros de 30 días de evolución. Se constata al examen físico fuerza de 3/5 en los cuatro miembros, parestesias, sensibilidad táctil y termalgésica conservada, reflejos osteotendinosos disminuidos, tono muscular disminuido, mano pendula y pie equino. Por sospecha de polineuropatía periférica se realiza electromiografía constatándose hallazgos compatibles con polineuropatía aguda desmielinizante bloqueo de la conducción motora, fibrilaciones difusa de los músculos proximales y distales. La paciente además intercorre con cuadro confusional y un episodio de convulsión tónico clónica, por dicho motivo y para continuar con estudio de polineuropatía se realiza punción lumbar, constatándose características cito físico químicas de líquido cefalo raquídeo normales, con presión de apertura elevada (30 cm de h2o), con PCR reactiva para virus herpes simple tipo II. En la sistemática de estudio se realizan: laboratorio general, resonancia magnético-ca de cerebro y columna y electroencefalograma con patrón compatible con epilepsia. Por dichos hallazgos el cuadro se interpreta como polineuropatía desmielinizante aguda (posible síndrome de Guillain Barre) asociado a encefalitis herpética. La paciente recibió tratamiento con Aciclovir endovenoso y gammaglobulina. Tras 64 días de internación paciente presenta evolución clínica favorable, con recuperación parcial de su cuadro clínico.

Conclusiones: A pesar de no presentar alteraciones en cito físicoquímico de líquido céfalo raquídeo típicas (excepto presión de apertura elevada) de encefalitis aguda, o en RMI, nuestra paciente presenta una disfunción neurológica (convulsiones, alteraciones cognitivas y alteraciones en la conducta) con la detección de material genético de VHS II en LCR, por lo que no podemos dejar de plantearnos el diagnóstico de encefalitis viral. Por otro lado, está claro que presenta un cuadro clínico y electromiográfico compatible con polineuropatía desmielinizante aguda. Presentamos este caso ya que la asociación de polineuropatía periférica subaguda y encefalopatía por VHS es sumamente infrecuente y existen pocos casos descriptos en la literatura.



**22232 - MICOBACTERIUM SHERRISII EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO**

SANDRI, V.; TKACZUK, F.; BRUERA, S.; BALDOMÁ, F.; NAVARRO, M.; COLOMBO BERRA, C. – HAG

Introducción: *Mycobacterium sherrisii* fue descrito por primera vez como una nueva especie en 2004, pero recientemente ha comenzado a ser reconocido más formalmente con el uso de nuevas técnicas de secuenciación. Es una *Mycobacteria* oportunista, de crecimiento lento, no tuberculoso, estrechamente relacionado con *Mycobacterium simiae*. Se han reportado pocos casos de pacientes infectados por este *Mycobacterium* y todos ellos estaban asociados con el virus de inmunodeficiencia humana u otras condiciones inmunosupresoras. El manejo clínico es complejo, porque no hay una correlación clara entre las pruebas de sensibilidad a antibióticos in vitro y la evolución clínica del paciente.

Caso Clínico: Paciente de 22 años de edad, con antecedente de VIH en estadio SIDA, que presentó múltiples infecciones oportunistas (meningitis crónica a *Criptococo*, con neuritis óptica, sinusitis crónica e histoplasmosis sistémica) que ingresa a sala general por cuadro de varios días de evolución caracterizado por vómitos, cefalea y fiebre. Se realizó laboratorio con hallazgo de leucopenia, elevación de reactantes de fase aguda, LDH e hiponatremia leve, tomografía de cráneo sin particularidades y de tórax, abdomen, pelvis que evidenció múltiples ganglios en rango megalico mesentéricos, retrocraurales, paratraqueales y supraclavicular, punción lumbar con presión de apertura elevada, cultivo micológico de líquido cefalorraquídeo positivo para *Criptococo Neoformans* y tinta china positiva. Por persistir febril, se tomaron cultivos de sangre y orina para gérmenes comunes y micológico, con la detección de *Mycobacterium sherrisii* en hemocultivos por lisis 2/2. Se interpretó el cuadro como bacteriemia a *Mycobacteria sherrisii* y meningitis crónica a *Criptococo*. Recibió tratamiento dirigido con Levofloxacina más Claritromicina, Clofazimina en acuerdo con equipo de Programa Provincial de Enfermedades de transmisión sexual y HIV (tratamiento ajustado a neuritis óptica). Se realizaron nuevos hemocultivos por lisis de control, aún pendiente resultados.

Conclusiones: Presentamos este caso ya que se trata de un microorganismo recientemente descrito, con una baja incidencia en nuestro medio y del que se cuenta con escasa experiencia en su manejo.

22243 - UN FUTURO NEGRO EN UN HUESPED INESPERADO: MUCORMICOSIS EN UN PACIENTE PRESUNTAMENTE INMUNOCOMPETENTE.

PALLERO, R.; GUIASOLA, A.; MARTINEZ AMEZAGA, I.; KILSTEIN, J. - Hospital Escuela Eva Perón

Introducción: La mucormicosis es una infección grave y rara que afecta principalmente a inmunocomprometidos, aunque también a inmunocompetentes. Es la tercera causa de infección fúngica invasiva. Estos hongos están presentes en el ambiente, como en el suelo y alimentos. Los principales factores de riesgo incluyen diabetes, neutropenia, trasplantes, inmunosupresores, quemaduras y trastornos hematológicos. Los factores de mal pronóstico son edad avanzada, inicio agudo, hemoptisis y falta de tratamiento adecuado. La forma pulmonar es la segunda más frecuente. El diagnóstico se realiza por cultivo microbiológico y/o biopsia. El tratamiento incluye anfotericina B liposomal y cirugía temprana, pero la mortalidad sigue siendo alta.

Caso Clínico: Varón de 51 años, tabaquista (66 paquetes/año) sin antecedentes médicos conocidos. Consulta por 1 mes de tos productiva, pérdida de 4 kg y, en los últimos 6 días, fiebre, hemoptisis y disagia. Recibió tratamiento con amoxicilina/clavulánico y claritromicina sin mejoría. Examen físico: adelgazado, T° 38°C, Sat 96% 0,21. Hipoventilación pulmonar derecha. Sin lesiones mucosas. Laboratorio: Hto 34.9%, Hb 12 g/dL, VES 64 mm/h, leucocitos 41.800, plaquetas 701.000, albúmina 3 g/dL, TGO 26 mU/mL, TGP 51 mU/mL, fosfatasa alcalina 366 mU/mL. Galactomananos: 1.60 TC de tórax: cavitación en lóbulo superior derecho (76 x 67 x 125 mm), engrosamiento reticulonodular, derrame pleural derecho y adenomegalias mediastinales. Videoescoopia digestiva alta con gastropatía erosiva. Se realizó toracotomía con lobectomía derecha. Microbiología: esputos y muestra quirúrgica pulmonar: *Rhizopus* sp. Realizó tratamiento con Anfotericina B liposomal. Entre los estudios para descartar enfermedad oncohematológica, se solicitan Jack2 y BCR-abl y Frotis de sangre periférica: Hto 27% anisopoiquilocitosis, Glóbulos Blancos 35.200 Plaquetas 447.000 abundantes grumos con anisoplaquetosis y macroplaquetas sin particularidades, aumento de gránulos en neutrófilos. El paciente evolucionó con insuficiencia respiratoria por lo que pasó a UTI. Se vinculó a asistencia mecánica respiratoria y falleció a las 72h.

Conclusiones: El diagnóstico temprano es clave para mejorar el pronóstico especialmente en pacientes con factores predisponentes. La identificación de *Rhizopus* en muestras microbiológicas y estudios radiológicos como la TC de tórax son esenciales para un diagnóstico definitivo y evaluación de la infección. El tratamiento debe ser multidisciplinario, con inicio anfotericina precozmente y considerar cirugía, ya que la resección temprana de tejido necrosado mejora la supervivencia. A pesar de los avances, la mortalidad sigue siendo alta, especialmente en casos diseminados o con neutropenia prolongada, por lo que es crucial mantener una alta sospecha incluso en inmunocompetentes.

22254 - POLINEUROPATÍA ASOCIADA A INFECCIÓN POR VIH. PRESENTACIÓN DE UN CASO

ARLIA, J.; MENEGUCI PINTO, K. - Sanatorio Rosendo García

Introducción: La infección por VIH constituye un problema de salud pública y privada. La afectación neurológica en los pacientes con VIH es frecuente, involucrando tanto a sistema nervioso central como periférico y en algunos casos puede ser la forma de manifestación. El dolor neuropático es un síntoma frecuente que suele ser infradiagnosticado e infartado en la infección por VIH. Las neuropatías autoinmunes aparecen en estadios iniciales de la infección, en general con conteos de cd4 ligeramente disminuido.

Caso Clínico: paciente de 76 años de edad, con antecedentes b24 de reciente diagnóstico, hiperplasia prostática benigna, pinzamientos de columna cervical, fracturas lumbosacras por caída de altura (2019) múltiples internaciones desde diciembre 2024 donde consulto primeramente el 22/12/2024 en guardia por hipoestusias de miembros inferiores y episodios de lumbociatalgias repetitivos, sin presentar otro signo o síntoma. Durante las primeras consultas presentaba mejoría del cuadro con analgesia y reposo por lo que se trataba de manera ambulatoria. Luego de reiteradas consultas por guardia donde refirió trauma espinal por caída de altura e hipoestesia en contexto de antecedente traumático; se consultó con neurocirugía y DyT especialista en columna quienes no definieron conducta quirúrgica dada la edad y baja probabilidad de recuperación total. Durante los meses siguientes el paciente reconsultó (al menos 2 consultas por mes) hasta enero de 2024 donde por empeoramiento de síntomas y progresión de parestesia se decide internación para mejor evaluación. A partir de entonces se estudio la posibilidad diagnóstica de sme. guillan-barre vs polineuropatía desmielinizante; con laboratorio básicos de rutina con parámetros normales, se decide punción LCR (difícil por fracturas espinales) el día 17/01/2025: como resultado LCR normal, en días posteriores se pan cultiva paciente, se completan estudios de imágenes (RMN cráneo, pan tomografía) se solicitaron estudios inmunológicos y serológicos; día 22/01: resultado positivo para HIV cambiando el paradigma de diagnóstico y tratamiento, posteriormente el paciente comenzó con TARV en seguimiento con infectología de la institución, con mejoría progresiva de los síntomas actualmente a la fecha de hoy el paciente se encuentra cursando patología respiratoria (neumonía) en estudio.

Conclusiones: La presentación según los antecedentes relatados aleja la posibilidad de infección por VIH la polineuropatía desmielinizante inflamatoria se asocia a etapas iniciales de la infección a todo paciente con sospecha diagnóstica o diagnóstico dificultoso debe realizarse el estudio de VIH-serología.

22267 - LEISHMANIASIS MUCOCUTÁNEA CRÓNICA A PROPÓSITO DE UN CASO.

OLMEDO, M.; ESQUIVEL, L.; CONTI, S.; SANABRIA, A.; NAVARRO, S.; PAZ, M. - Hospital Provincial de Rosario

Introducción: Se presenta caso de paciente masculino con diagnóstico de leishmaniasis mucocutánea crónica con afectación Faringe, Hipofaríngea y Laríngea, en contexto de diagnóstico diferencial con enfermedad de IGG4.

Caso Clínico: Paciente de 51 años, de nacionalidad peruana, consulta por disfonía de 3 meses de evolución en el año 2023. En seguimiento con servicio de otorrinolaringología; Por sospecha de enfermedad asociada a IGG4 se solicita interconsulta a servicio de Reumatología. Al examen físico se presen-tó con lesiones en empedrado en región orofaríngea y perforación del tabique nasal. Se realizó tomografía de cuello que evidenció tejido sólido heterogéneo Hipofaríngeo con obliteración de los senos piriformes. En el laboratorio se constata FAN 1/160, Proteínograma por electroforesis con Hiper gammaglobulinemia leve (21%) con inmunofijación en orina policlonal. IGG 2372 (VR 600-1600) con subclase IGG 3 y 4 aumentadas, HIV en 2 determinaciones Negativo. Se biopsia lesiones de Hipofaríngeo que informa Lesión inflamatoria crónica inespecífica, predominantemente plasmocítica. Sin signos de malignidad. Inmunohistoquímica con escasas células IGG4. A pesar de presentar valores elevados de IGG, no reunía los criterios clínicos de clasificación para enfermedad de IGG4. Al no ser concluyente, se solicita nueva toma de biopsia para anatomía patológica, bacteriología, micología y parasitología. Histopatología: informa infiltrado linfoplasmocitario, ausencia de fibrosis esteriforme y vasculitis, no sugestivo de Enfermedad asociada a IGG4. Inmunohistoquímica, descarta linfoma, cultivos bacteriológicos y micológicos negativos y PCR para Leishmaniasis positiva. El Servicio de infectología interpreta el cuadro como Leishmaniasis mucocutánea crónica, realiza la denuncia epidemiología e inicia tratamiento. (Antimonio de meglumina).

Conclusiones: La leishmaniasis mucocutánea crónica representa una entidad de difícil diagnóstico. Se requiere de demostrar los amastigotes en frotis o cultivo de aspirados o muestra de biopsia. La densidad de los microorganismos disminuye a medida que la lesión tiende a la cronicidad, las pruebas serológicas sólo muestran títulos elevados de anticuerpos en pacientes con leishmaniasis cutánea difusa. En los casos avanzados puede desarrollar pancitopenia, hipergammaglobulinemia e hipoalbuminemia, conllevando un desafío y demora para el diagnóstico sobre todo en zonas no endémicas donde la presentación es infrecuente.



22269 - COREOATETOSIS, UNA RARA FORMA DE PRESENTACIÓN DE INFECCIÓN POR NOCARDIA EN UN PACIENTE CON VIH: REPORTE DE CASO

NUÑEZ, V.; AYALA, L.; FERNANDEZ, M.; GUIDARELLI, G.; SALOMON, S.; SALVATORE, A. - Hospital Lagomaggiore

Introducción: El género *Nocardia* es un bacilo actinomiceto aeróbico que genera infecciones oportunistas. La infección es más probable en pacientes inmunocomprometidos, especialmente las formas de afectación pulmonar y del SNC. El caso presenta en un paciente de 51 años quien presenta un cuadro clínico complejo guiado por alteraciones neurológicas asociado a trastornos del movimiento. El diagnóstico de VIH y la identificación de *Nocardia farcinica* en cultivos de sangre, junto con la evolución del paciente a lo largo de su tratamiento, ofrece una oportunidad única para analizar la interacción entre estas infecciones y el estado inmunológico, para plantear un tratamiento adecuado.

Caso Clínico: Paciente de 51 años con antecedentes de enolismo y tabaquismo actual quien refiere 2 semanas previas al ingreso astenia e hiporexia no selectiva asociada a movimientos involuntarios de hombro y miembro inferior izquierdo que ceden con el sueño y alteración de conciencia cuali-cuantitativa. Por dicho motivo consulta en guardia donde se evidencia neumonía cavitada bilateral, hemicorea izquierda asociada a somnolencia, desorientación tempororo-espacial y oftalmoplejía internuclear. Inicia tratamiento antibiótico empírico con piperacilina-tazobactam, vancomicina y fluconazol, además de tiamina y risperidona. Se realiza diagnóstico de HIV y por sospecha de infección de SNC se realiza TC de cerebro y punción lumbar donde se observa hipoglucorraquia y pleocitosis a predominio polimorfonuclear por lo que se rota tratamiento a meropenem, ampicilina, aciclovir y dexametasona cumpliendo por 4 días. Al 4º día de internación se rescatan hemocultivos x 2 positivos para *Nocardia farcinica* por lo que se rota antibiótico a trimetoprima/sulfametoxazol. Al 7mo día por RMN de cerebro con múltiples lesiones focales supra e infratentoriales se agrega tratamiento con amikacina EV para optimizar cobertura de abscesos en SNC. Al 10º día de internación se recibe antibiograma de la *Nocardia* con resistencia a TMS por lo que se suspende y se continúa con Meropenem y Amikacina. Al 28º día, en contexto de fiebre persistente de 72 hs y trastorno de conciencia se decide optimizar cobertura de *Nocardia* con levofloxacina endovenosa con mejoría del cuadro clínico e imagenológico. Al día 40 de internación se inicia TARV. Finalmente, se deriva a centro de menor complejidad para finalizar tratamiento.

Conclusiones: El manejo del paciente con infección por *Nocardia farcinica* y VIH resalta la complejidad de tratar infecciones en contexto de inmunosupresión. A lo largo de la hospitalización, se evidenció la necesidad de un enfoque terapéutico dinámico a través de la identificación temprana de patógenos y su antibiograma. A medida que se continúan acumulando conocimientos sobre las infecciones por *Nocardia* y su manejo en pacientes inmunocomprometidos, se enfatiza la relevancia de la investigación en la comunidad médica para optimizar los resultados en estos pacientes vulnerables.

22274 - MÁS ALLÁ DE LO EVIDENTE

CATANIA, M.; GERMAN, W.; QUAGLIO, E.; SOSA, S.; BONGIANINO, S.; MADERO, A. - Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La tuberculosis (TBC) continúa siendo un problema importante de salud. Se estiman, a nivel mundial, cerca de dos mil millones de personas infectadas con *M. Tuberculosis*. En Argentina, se notificaron catorce mil novecientos catorce nuevos casos en el último año, con un aumento de un 10.3% en tasas y un 11% en casos. La tuberculosis extrapulmonar representa aproximadamente del 15 al 20% de todos los casos. Dentro de esta categoría, la TBC ocular constituye una entidad clínica poco frecuente, motivo por el cual se presenta el siguiente caso clínico.

Caso Clínico: Paciente de sexo masculino de 78 años de edad, con antecedentes de adenocarcinoma de próstata (libre de enfermedad), hipertensión arterial y nódulo pulmonar sin seguimiento. Presenta diplopía, edema y eritema bpalpebral de 6 meses de evolución. Realizó tratamiento con corticoides y antibióticos locales con mejorías transitorias. Por progresión sintomática se decide su internación, dentro de los estudios complementarios iniciales se realiza tomografía computada (TC) de macizo craneofacial donde se evidencia proceso inflamatorio/infeccioso en espesor cutáneo/subcutáneo y en órbita derecha, hallazgos compatibles con probable pseudotumor inflamatorio. En los análisis de laboratorio se evidencia: Hto:24%, Hb:8.2g/dl, GB:2200/mm3 (18% monocitos), por lo que se realizó punción aspirativa de médula ósea que determina en AP y citometría de flujo negativa para proceso linfoproliferativo. Evolucionan con registros febriles y empeoramiento de signos de flogosis, por lo que se inicia tratamiento antibiótico empírico con Ceftriaxona con mejoría transitoria. Por persistir febril, se decide realizar TC de tórax que evidencia imagen nodular asociada a patrón de "árbol en brote". Se realiza lavado broncoalveolar con Ziehl Neelsen, cultivo de gérmenes comunes y PCR para TB no detectables, y cultivo para micobacterias con rescate de *Mycobacterium tuberculosis complex*. Ante hallazgos clínicos descritos e imposibilidad de acceder a la toma de cultivos de tejido ocular, se interpreta como TBC pulmonar diseminada con compromiso ocular, iniciando tratamiento antifímico.

Conclusiones: La tuberculosis ocular puede presentarse con o sin evidencia de tuberculosis sistémica. Las manifestaciones clínicas incluyen coroiditis, uveítis, escleritis, panoftalmítis, blearítis, dacrioadenitis. El diagnóstico suele ser clínico, apoyado por evidencia de tuberculosis pulmonar o extrapulmonar (y su resolución con el tratamiento). La incidencia de la tuberculosis ocular es incierta, debido a las dificultades en el muestreo ocular para microbiología y el bajo rédito de cultivos, oscilando entre el 1.4% y 18% según diferentes estudios. Debido a la escasa información disponible sobre la afección ocular, se necesitan ensayos clínicos prospectivos para evaluar el papel de la terapia antituberculosa y la terapia complementaria en pacientes afectados, y establecer un consenso sobre el régimen de tratamiento y seguimiento adecuados.

22273 - INFECCIÓN URINARIA COMPLICADA, BOLA FÚNGICA.

GOMEZ, C.; TORCELLI, D.; RABINOVICH, S.; DIAZ, L.; SCARABINO, M.; MOZZI, P. - sanatorio julio mendez

Introducción: Las infecciones fúngicas del tracto urinario se presentan principalmente en pacientes con factores de riesgo como diabetes mellitus, anomalías del tracto urinario, catéter urinario, terapia antibiótica prolongada, uso de esteroides, malignidad y desnutrición. La infección del tracto urinario por cándida puede darse por diseminación anterógrada o retrógrada ascendente. La formación de una bola fúngica puede deberse a la aglutinación de células fúngicas, tejido necrótico, células uroteliales descamadas, coágulos y/o litos. Son provocadas mayormente por *Cándida albicans* y *tropicalis*. El estudio histopatológico confirma el diagnóstico y permite diferenciar la bola fúngica de litiasis, coágulos o tumores. La importancia del presente caso clínico radica en la baja frecuencia del mismo, la complejidad del diagnóstico y tratamiento.

Caso Clínico: Se presenta un paciente masculino de 78 años con antecedentes de Cáncer vesical con cistoprostatectomía radical y ureterostomía bilateral hace 15 años. Hipertensión arterial. Cardiopatía isquémica con colocación de stent coronario. ITU frecuentes. Diabetes tipo II NIR. IRC. Consulta por cuadro febril de 48 hs de evolución, asociado a IRC reagudizada. Se realiza urocultivo de ambas ureterostomías con rescate de *C. albicans* y hemocultivo con rescate de *E. Coli*. Se inicia tratamiento antibiótico dirigido con ceftriaxona y antifúngico con fluconazol. Se realiza urotomografía que evidencia en la unión pieloureteral izquierda ectasia con contenido de mayor densidad y aisladas burbujas aéreas. Evolucionan con repetidos episodios de obstrucción de ureterostomía izquierda acompañados de fiebre y aumento de cifras de creatinina. Persistió evidenciándose desarrollo de *C. albicans* en múltiples urocultivos a pesar de tratamiento antifúngico sistémico efectivo. Ante la sospecha de bola fúngica se realiza ureteroscopia flexible y nefrostomía percutánea izquierda. Se drena material hemopurulento y extracción de material blanquecino compatible con bolas fúngicas, obteniendo *C. albicans* en el cultivo. El estudio anatomopatológico informa material fibrinopurulento con numerosas hifas tabicadas y levaduriformes sin displasia ni malignidad, compatible con infección micótica. Con el diagnóstico de bola fúngica se decide realizar tratamiento con irrigación de fluconazol vía nefrostomía durante 7 días manteniendo fluconazol sistémico. Presenta buena evolución y urocultivo negativo.

Conclusiones: La bola fúngica es una complicación rara de las infecciones urinarias el diagnóstico requiere aislamiento en orina de levaduras asociado a hallazgos imagenológicos de uropatía obstructiva. No suele ser necesaria la visualización directa mediante cistoscopia o ureteroscopia sin embargo es una técnica diagnóstica y terapéutica. Para el control de la infección de la bola fúngica es fundamental el manejo interdisciplinario, siendo el tratamiento principal el desbridamiento quirúrgico, drenaje adecuado e irrigación de la pelvis renal con antifúngicos.

22275 - CRIPTOCOCOSIS EN PACIENTE NO HIV

SOSA DEPPELER, U.; DASCANI, N.; BRISSIO, P.; MOLINA, E.; DE BESSA MACEDO JUNIOR, S.; MAURINO, J. - Hospital Intendente Carrasco

Introducción: La criptococosis es una infección fúngica con mayor incidencia en países en vías de desarrollo y representa una de las principales causas de meningitis en pacientes inmunocomprometidos, asociado a una mortalidad del 32% aún con tratamiento. Según la bibliografía descrita se presenta mayormente en personas con infección por VIH, siendo menos frecuente en otros estados de inmunosupresión. La neuroinfección es habitual, pudiendo presentarse en forma leptomenígea o una lesión expansiva encefálica.

Caso Clínico: Mujer de 48 años con antecedentes de hipertensión arterial, trombocitopenia por mutación de Factor V de Leiden (heterocigota), y pénfigo vulgar con uso crónico de corticosteroides y micofenolato. Curso internación reciente por meningitis crónica aséptica con sospecha de etiología tuberculosa en primera fase de tratamiento antibiótico, habiendo descartado otras causas infecciosas, autoinmunes y neoplásicas. Reingresa por cuadro de 7 días de evolución de astenia e inestabilidad de la marcha, asociado síndrome confusional y conductas inapropiadas. Al examen físico vigil, orientada en persona, desorientada en tiempo y espacio. Disfasia. Comprende y ejecuta órdenes simples, pero no complejas. Pupilas isocóricas reactivas y simétricas. Sin signos meníngeos ni foco sensitivo motor. Reflejos conservados. Distaxia a predominio de miembros inferiores. Punción lumbar con presión de apertura 20 cmH2O, aspecto cristal de roca, 48 elementos, 60% mononucleares, glucosa 22 mg%, proteínas 0,82 g/l, Pandy negativo. FilmArray, directo y cultivo para gérmenes comunes, BAAR y GenXpert negativos. Adenosina deaminasa de 6 U/ml. Tinta china negativa, antígeno capsular de *Criptococo neoformans* reactivo por inmunocromatografía y cultivo con desarrollo micológico. Estudios complementarios: Inmunoglobulinas A, E, G, y M normales. VIH no reactivo. CD4 + 944 Cel/ul y CD8 + 804 Cel/ul. RMI cráneo con lesiones anulares en tálamo ventricular, cortical frontal derecha, y región del quiasma óptico, que refuerzan tras contraste, sugestivos de granulomas infecciosos, arribando al diagnóstico de criptococosis meningea. Se inicia terapia con Anfotericina B liposomal y fluconazol, con respuesta clínica favorable.

Conclusiones: El caso subraya la alta sospecha que se debe mantener en estos pacientes ya que pueden manifestarse de forma tardía. Se destaca el esfuerzo para arribar al diagnóstico mediante un estudio oportuno y adecuado, siendo la inmunocromatografía el estándar de oro para la detección de antígeno capsular de *Criptococo neoformans*. Los pacientes bajo tratamiento inmunosupresor a largo plazo con glucocorticoides representan aproximadamente un tercio de los pacientes VIH negativos con infecciones criptocócicas. Como aquellas comorbilidades asociadas como el pénfigo vulgar y terapia con inmunosupresoras (micofenolato), que facilitan para su desarrollo.



22276 - DUALIDAD DE LA ENFERMEDAD: AMILOIDOSIS Y WHIPPLE

DAULERIO, J.; PARISI, L.; PEÑATA, C.; MANSILLA, T.; VELASCO, J. - Sanatorio Julio Mendez

Introducción: La Enfermedad de Whipple (EW) es una infección sistémica poco común causada por el microorganismo *Tropheryma whippelii*, que afecta principalmente al tracto gastrointestinal y otros sistemas como el sistema nervioso central, cardiovascular, pulmonar, médula ósea, piel y ganglio linfático. Sus síntomas incluyen dolor articular, pérdida de peso y diarrea, lo que complica su diagnóstico. Este se basa en la identificación de macrófagos espumosos con inclusiones positivas para el ácido peryódico de Schiff (PAS) en biopsias de tejidos afectados como la lámina propia. Si no se diagnostica a tiempo, puede ser mortal, especialmente cuando compromete el sistema nervioso central. Además, la coincidencia de EW y la amiloidosis es interesante, ya que ambas implican depósitos anormales de glicoproteínas.

Caso Clínico: Se presenta el caso de una paciente de 73 años con antecedentes de cardiopatía isquémica necrótica, hipertensión arterial, insuficiencia renal crónica, diabetes tipo II no insulino requiriente y artritis reumatoide doble seronegativa, que ingresó con un cuadro clínico de cuatro meses de evolución caracterizado por edema en miembros inferiores, hiperpigmentación, alopecia, alteraciones en el ritmo intestinal, adenomegalias y pérdida de peso. Los análisis de sangre revelaron anemia, inflamación e hipalbuminemia. Ante la sospecha de EW, se realizó un video endoscopia con toma de biopsia duodenal, que mostró macrófagos con inclusiones PAS positivas. Se descartó compromiso neurológico, y se inició un tratamiento empírico con ceftriaxona y TMS con respuesta parcial de los síntomas. Dada la sospecha de un proceso linfoproliferativo, se llevó a cabo una tomografía computarizada que evidenció múltiples adenomegalias axilares y nódulos abdominales, lo que llevó a una biopsia que confirmó depósitos de amiloide. El dosaje sérico de cadenas livianas también fueron realizados, mostrando elevaciones significativas en las cadenas kappa (942 mg/l). La paciente presentó proteinuria en rango nefrótico, y la biopsia de médula ósea reveló una proporción elevada de células plasmáticas. Finalmente, se realizó un PET-TC que mostró captación anormal en el ventrículo derecho, lo que sugirió enfermedad por depósito. Se inició un tratamiento biológico y quimioterápico esquema CIBORG-D, administrando un total de seis ciclos, actualmente bajo tratamiento con daratumumab subcutáneo, lo que resultó en una mejora significativa del cuadro clínico de la paciente.

Conclusiones: Este caso es notable, ya que a nivel mundial se han documentado solo tres casos de coincidencia entre estas dos enfermedades, siendo este el cuarto. El diagnóstico de ambas es dificultoso debido a sus manifestaciones clínicas variadas y su baja prevalencia, lo que resalta la importancia de la atención médica oportuna y las pruebas diagnósticas adecuadas.

22281 - UNA ENFERMEDAD INFECTOCONTAGIOSA FRECUENTE DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA

ORTIZ, S.; SPANEVELLO, V.; DEL PINO, A.; MARULLO, S.; VIRGA, F.; GARCIA, L. - Hospital Intendente Carrasco

Introducción: La Tuberculosis (TBC) mamaria es poco frecuente y se produce en zonas endémicas, en mujeres jóvenes de entre 20 y 40 años. El diagnóstico es dificultoso y requiere alta sospecha. El cultivo, patrón de oro del diagnóstico y es frecuentemente negativo. El GenXpert tiene gran sensibilidad, incluso en cultivos negativos, pero no siempre ha demostrado buenos resultados, siendo necesario el diagnóstico Histopatológico.

Caso Clínico: mujer de 67 años, con antecedente de masa ocupante de espacio (MOE) axilar derecha de 1 año de evolución, en estudio para la cual se realiza toma de muestra para biopsia, consulta por cuadro de 6 meses de evolución caracterizado por tumoración en región cervical anterior izquierda con dolor a la palpación y secreción seropurulenta. Refiere haber realizado múltiples esquemas antibióticos previos sin respuesta clínica. Examen físico: TA 120/80 mmHg FC 74 lpm FR 16 rpm T° 36°C SatO2 98% (FiO2 0,21). En región axilar derecha herida lineal cicatrizal en forma de V de 7cm de diámetro con apertura de 1cm, sin secreción activa ni signos de flogosis. En región cervical anterior izquierda se observa tumefacción de 3x3cm de diámetro, dolorosa a la palpación, con secreción purulenta, dolorosa, y leve eritema. Laboratorio: Hto 39%, Hb 13g/dl, GB 7130mm3, plaquetas 319000mm3, VES 9ml/hora PCR 17mg/l, urea 33mg/dl, cr 0,5mg/dl, Na+139meq/l, K+ 3,4meq/l, Cl- 104meq/l, Ca 8,0 meq/l, P 3,5 meq/l, Mg 2,3 meq/l BT 0,2mg%, FAL 249U/l, TGO16 U/l, TGP 17 U/l, albúmina 3,5 gr/dl, LDH 361. Serologías HIV VDRL VHB VHC CMV VEB Toxoplasmosis no reactivas. Radiografía de tórax: sin hallazgos de jerarquía. Ecografía región cervical izquierda: en región cervical superior y anterior, por debajo de tumoración palpable, una colección hiperecogénica, heterogénea, límites definidos, mide 20 x 7,5 x 19 mm, adyacente a la misma, se observan formaciones ganglionares de aspecto reactivo/inflamatorio, algunas de ellas con reemplazo hilar con centro líquido, las más representativas miden de eje corto 7 mm; 11 mm. Mamografía: en región axilar derecha, MOE, que mide 55 mm, de densidad alta, de bordes que se definen parcialmente. Ecografía mamaria: en axila derecha se visualiza conglomerado ganglionar de seis estructuras ganglionares de características inflamatorias. Se destaca estructura ganglionar en extremo derecho (lateral) de cicatriz y superficial con aumento de corteza e hipervascular al doppler color, de 18mm. Tomografía tórax: múltiples ganglios linfáticos a nivel de axila derecha, el mayor de ellos de ±11-12 mm de diámetro máximo. GenXpert lesión de PB detectable. Directo para BAAR negativo y Cultivo: pendiente. Cultivo de piel y partes blandas para gérmenes comunes: sin desarrollo microbiológico. Biopsia mamaria: mastitis crónica granulomatosa.

Conclusiones: la TBC mamaria es poco frecuente siendo su diagnóstico dificultoso y a menudo es erróneo si no se sospecha. La clínica y el diagnóstico por imagen no son específicos y frecuentemente se confunde con otras enfermedades

22277 - MÁS ALLÁ DE LA DISFONIA: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO EN HISTOPLASMOSIS DISEMINADA.

PINZÓN, J.; PRESTERA, J.; FAGGIANI, M.; COPELLO, F.; ALVAREZ AMAT, M.; CARBONE, D. - Carrera de Postgrado Clínica Médica FCM - UNR - Hospital Intendente Carrasco

Introducción: La histoplasmosis es una infección fúngica causada por *Histoplasma capsulatum*. Es endémica en el noreste y el Litoral de nuestro país, donde las condiciones ambientales favorecen su crecimiento. Las manifestaciones clínicas varían desde infecciones pulmonares leves hasta formas diseminadas graves, especialmente en inmunocomprometidos. La forma laríngea es una presentación poco común, siendo mencionada solo en un pequeño porcentaje de los casos de histoplasmosis crónica diseminada.

Caso Clínico: masculino de 34 años, antecedentes de B24, tabaquista de jerarquía, consulta por cuadro de 2 meses de evolución caracterizado por disfonía y disfagia progresiva a líquidos y sólidos. Agrega hace un mes, tos con expectoración mucosa y estrias sanguinolentas, pérdida de peso y sensación febril. Examen físico: TA 100/60mmHg FC 80lpm. FR 16rpm. T 36°C. SatO2 97%(0,21). Vigil, orientado globalmente. En mucosa nasal izquierda, úlcera de 2x2cm, y otra en base de lengua de 5x3cm, ambas de bordes irregulares con eritema perilesional. Adenopatías submaxilares y laterocervicales bilaterales móviles, no adheridas a planos profundos e hipoventilación basal derecha. Laboratorio: hematocrito 34,2%, hemoglobina 10,9mg/dl, leucocitos 12810mm3, plaquetas 592000mm3, glicemia 81mg/dl, creatinina 0,6mg/dl, sodio 132 mEq/L, potasio 3,6 mEq/L, cloro 94 mEq/L, bilirrubina total 0,5mg%, TGO 23UI/L, TGP 17UI/L, FAL 346mUI/ml. VES 99ml/h PCR 145mg/lT. Carga viral VIH 1 – 2 indetectable y CD4 70 cel/ul. Radiografía tórax: infiltrado micronodulillar bilateral. Látex *Cryptococcus* no reactivo. Antígeno urinario para *histoplasma capsulatum* detectable. Inicia tratamiento con Anfotericina B y a las 72hs de internación intercore con desaturación de oxígeno y estridor laríngeo. Inicia corticoterapia y se amplía estudio con TAC de cuello destacando engrosamiento parietal irregular y concéntrico de la pared de vía aérea, generando reducción de la luz. VEDA: esofagitis grado A. Fibrobroncoscopia: laringe supraglótica con mucosa empedrada de aspecto granulomatoso, pared de tráquea de aspecto engrosado. Se realizó lavado broncoalveolar con toma de cultivo y anatomía patológica (AP). Cultivo negativo para gérmenes comunes, micológico y *Micobacterium tuberculosis* (cultivo y GenXpert). AP: material fibrinoleucocitario que engloba tejido necrótico con presencia de gérmenes tipo micótico, vinculable con histoplasma.

Conclusiones: Presentamos este caso ya que la histoplasmosis laríngea es una manifestación rara de la que existen escasos casos reportados, ya que generalmente se agrupa bajo el término de histoplasmosis diseminada. La incidencia exacta de histoplasmosis en Argentina no está completamente documentada ya que no es una enfermedad de notificación obligatoria. El compromiso laríngeo por *Histoplasma Capsulatum* puede ser indistinguible de otras infecciones o patologías granulomatosas, lo que requiere un alto grado de sospecha para arribar a su diagnóstico.

22284 - INFECCION SILENCIOSA, PANCITOPENIA SEVERA

FERVARI, J.; ALVAREZ, J.; CORTEZ TORRES, E.; WENG, L.; FERNAN-DEZ, N.; HUAMAN, B. - Hospital Roque Saenz Peña

Introducción: El parvovirus B19 es un virus con tropismo por los precursores eritroides, responsable de diversas manifestaciones clínicas según el estado inmunológico y hematológico del huésped. En individuos inmunocompetentes, la infección suele ser autolimitada, manifestándose como eritema infeccioso en niños y como artralgias y artritis en adultos. En pacientes con hemoglobinopatías o inmunosupresión, puede causar crisis aplásicas transitorias o anemia crónica persistente.

Caso Clínico: Paciente de 15 años sin antecedentes patológicos de jerarquía. Consulta previamente por cuadro de diarrea y fiebre de 72 horas de evolución. Al examen físico, se observa palidez cutáneo-mucosa y dolor abdominal. Se constata: hematocrito 23,4% hemoglobina de 8,1 g/dL glóbulos rojos 2,49 millones/mm3 plaquetas 116.000/mm3 bilirrubina total 4,4 mg% bilirrubina directa 1,4 mg% GOT 144 U/L y LDH 1138 mU/mL. La ecografía abdominal revela esplenomegalia. El frotis sanguíneo muestra anisocitosis con macrocitos, dacriocitos y acantocitos. Serologías para VDRL, VHB, VHC, VIH, CMV, VHS, VEB, VHA y parvovirus B19 son no reactivas. Vitamina B12 336 pg/mL y ácido fólico 13,4 ng/mL. Test de Coombs negativo y punción de médula ósea no presenta alteraciones relevantes. Se inicia tratamiento con ácido fólico 5 mg y complejo B, en el contexto de una bicitopenia en estudio. La paciente reconulta por nuevo episodio de diarrea acuosa y fiebre de 4 días de evolución. En el examen físico, se evidencia palidez cutáneo-mucosa y dolor abdominal en hipogastrio con ruidos hidroaéreos aumentados. Los estudios de laboratorio muestran hematocrito de 20% hemoglobina de 7,5 g/dL (VCM 85 u3, HCM 31 pg) glóbulos blancos 3500/mm3 plaquetas 68.000/mm3 VSG 41 bilirrubina total 1,8 mg% bilirrubina directa 0,3 mg% TGO 68 U/L y LDH 720 mU/mL. Las serologías para CMV y VEB son negativas, pero IgM para parvovirus B19 reactiva. Kit de infecciones endémicas es negativo. El perfil ferrocinético indica anemia normocítica normocromática, con ácido fólico de 24 ng/mL y vitamina B12 de 631 pg/mL. El test de Coombs negativo y el perfil inmunológico no muestra alteraciones. La ecografía abdominal revela un bazo homogéneo y aumentado de tamaño. El ecocardiograma sin alteraciones y el coprocultivo es negativo. Tomografía computada de cráneo, tórax, abdo-men y pelvis confirma esplenomegalia y presencia de adenomegalias retroperitoneales y mesentéricas.

Conclusiones: El diagnóstico de infección por parvovirus B19 puede ser desafiante. En este caso, la primera prueba resultó negativa, lo que llevó a descartar la infección. Sin embargo, la persistencia de manifestaciones clínicas sugestivas motivó la repetición del estudio, obteniéndose un resultado positivo. Este desenlace resalta la importancia de considerar el momento de la toma de la muestra en relación con la fase de la enfermedad. La viremia por parvovirus B19 suele ser transitoria, lo que puede llevar a resultados negativo destacando la importancia del juicio clínico en la toma de decisiones.





22285 - CUANDO EL PERITONEO SORPRENDE: LINFOMATOSIS PERITONEAL EN PACIENTE CON RECIENTE DIAGNÓSTICO DE VIH

RODRIGUEZ, M.; ARCONDO, F.; RODRIGUEZ, C.; IRIZARRI, M.; AR-MENTEROS, C. – Argerich

Introducción: La linfomatosis peritoneal es el compromiso del peritoneo como manifestación extranodal de un linfoma y es una entidad infrecuente. Solo existen reportes de casos asociados a linfomas altamente agresivos. Esta enfermedad, puede fácilmente confundirse con carcinomatosis peritoneal y se asocia a mal pronóstico.

Caso Clínico: Paciente masculino de 37 años sin antecedentes presenta sudoración nocturna, dolor y distensión abdominal con alteraciones en ritmo evacuatorio de dos semanas de evolución. Se realiza test rápido de VIH el cual resulta positivo y ecografía abdominal que informa: múltiples formaciones nodulares hepáticas hipocogénicas y líquido libre interasas. Al examen físico: Lúcido, abdomen distendido, doloroso a la palpación generalizada con ruidos hidroaéreos disminuidos, ascitis infraumbilical y presencia de tumoraciones en pared abdominal. Se realiza laboratorio donde se confirma diagnóstico de VIH con CD4 157/mm3 y carga viral de 100.000 copias/ml por lo que inicia antirretrovirales y se recibe CA 125 positivo (1353 U/ml). TC de abdomen y pelvis: Engrosamiento difuso del omento mayor y adenopatías mesentéricas, retroperitoneales y pélvicas. Se estudia el líquido ascítico que informa GASA 1.36 g/dl y citológico del mismo con presencia de células linfoides atípicas por lo que ante la sospecha de síndrome linfoproliferativo se realizan biopsia ganglio-nar y peritoneal que informa Linfoma de Burkitt, y se inicia R-CHOP el cual no completa por evolucionar con shock séptico que desencadena su óbito.

Conclusiones: El compromiso peritoneal secundario a linfomas es infrecuente. Los linfomas no suelen afectar al peritoneo ya que está formado por tejido fibroadiposo desprovisto de tejido linfóide. La diseminación no está clara, aunque en los linfomas intestinales, se cree que la diseminación es por contigüidad. Los casos reportados se encuentran asociados a linfomas no Hodgkin de alto grado (difuso de células B grandes en su mayoría y Burkitt en niños). En las imágenes, la LP puede ser fácilmente confundida con carcinomatosis peritoneal, y por contexto epidemiológico, en un paciente inmunosuprimido, la tuberculosis peritoneal estar como diagnóstico diferencial. La presencia de omental cake, asociado a masa bulky y adenopatías difusas podrían orientar hacia la sospecha de linfomatosis. El diagnóstico de certeza se establece mediante biopsia peritoneal. La inmunohistoquímica presenta marcadores específicos para células del linaje linfóide B, como CD20 positivo. El marcador del gen de translocación c-myc también es muy útil, el cual es positivo en el 90% de linfoma de Burkitt y constituye mal pronóstico por lo que la sospecha precoz es fundamental. La linfomatosis peritoneal es un diagnóstico a considerar frente a un paciente con dolor abdominal, ascitis y engrosamiento peritoneal. Su principal diagnóstico diferencial es la carcinomatosis y la tuberculosis peritoneal. Su baja frecuencia constituye un desafío diagnóstico y determina un mal pronóstico.

22291 - DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD GONOCÓCICA DISEMINADA: A PROPOSITO DE UN CASO

CABRERA, L.; SEGURADO, M.; SANCHEZ, R.; AGOSTINI, F.; PÁEZ SHERIDAN, F. - Hospital Italiano Rosario

Introducción: La infección por Neisseria Gonorrhoeae (NG) es la segunda causa de enfermedad de transmisión sexual en el mundo. Su presentación diseminada es una condición reportada sólo en el 0.5% al 3% de los casos, en pacientes inmunocompetentes. Es una de las formas de presentación que ofrece mayores desafíos al momento de arribar a un diagnóstico, debido a la baja sensibilidad de los cultivos. Se plantea el uso de otros métodos diagnósticos microbiológicos, como el filmarray (FA) en líquido articular, ya que de estar disponible, otorga Resultados rápidos, aunque no existen suficientes trabajos que hablen de su sensibilidad en casos de artritis séptica.

Caso Clínico: Paciente femenina de 31 años, sin antecedentes de jerarquía, ingresa derivada de otra institución, por cuadro de 5 días de evolución, caracterizado por poliartritis aditiva con sinovitis en ambas muñecas, tobillo, rodilla izquierda y fiebre. Trae hc y cultivo de toilette de muñeca negativos, en tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona, por sospecha de enfermedad gonocócica. Al examen físico normotensa, afebril, se evidencia eritema, edema y aumento de la temperatura local en ambas muñecas y tobillo izquierdo, asociado a maculopapular en ambas manos. A su ingreso: leucocitosis con neutrofilia, anemia normocítica normocrómica, VES 100 mm/h PCR 56 mg/l VDRL+ (8 dil), AtsHBV, VHC y HIV negativas. Laboratorio inmunológico FR, FAN, C3, C4, CH50, AC-RNP, A-CCP normal. Ecocardiograma doppler sin alteraciones de jerarquía. Rx de muñeca y tobillo sin particularidades. Ecografía de rodilla, tobillo y mano informan moderada cantidad de líquido hipocogénico heterogéneo, con engrosamiento de la membrana sinovial. Se realiza hisopado cervical y rectal para búsqueda de mycoplasma, ureaplasma, chlamydia y NG, negativos. Decidimos mantener conducta antibiótica y realizar tratamiento para sífilis con penicilina benzatínica. A los 10 días de tratamiento con ceftriaxona la paciente empeora tumefacción y edema en rodilla izquierda, por lo que realizamos RMI donde se evidencia abundante líquido en receso prerrotuliano. Se realiza artroscopia con FA positivo para NG. Completó 14 días de tratamiento antibiótico dirigido (post toilette) con ceftriaxona, con mejoría clínica por lo que se otorga el alta. Comentario: En la artritis séptica de etiología bacteriana, el FA es una herramienta útil, rápida, con alto valor predictivo negativo y mayor sensibilidad que los hemocultivos, en particular en pacientes bajo tratamiento antibiótico. Como desventaja no se encuentra disponible en cualquier medio y tampoco contamos con bibliografía que avale experiencia en detección de NG.

Conclusiones: En tiempos donde los exámenes complementarios pueden volverse indispensables, recordemos que son herramientas que, en buenas manos, pueden llevar a buen puerto nuestros diagnósticos, sin embargo la sospecha clínica es la verdaderamente irremplazable.

22290 - DESAFÍO CLÍNICO DE UN VIEJO CONOCIDO

MASTRONARDI, A.; STADLIN, A.; VERA, L.; MAURO, M.; FERNANDEZ ZENOBI, M.; CRIVELLI, E. - HIGA San José de Pergamino

Introducción: La tuberculosis (TBC) es una infección causada por Mycobacterium tuberculosis (MT). Su presentación más frecuente es pulmonar, pero a su vez puede diseminarse y en forma crónica afectar otros órganos. Dentro de ellos la TBC ósea representa 10-15% de las formas extrapulmonares. Según su localización, puede presentarse con síntomas inespecíficos de infección crónica y de la zona afectada. Esto puede llevar a un diagnóstico tardío con consecuencias de lesión articular y aumento de la morbilidad.

Caso Clínico: Paciente varón de 27 años con antecedentes de fractura de codo izquierdo por accidente en vía pública hace 1 año, con evolución desfavorable por lo que requirió toilette con rescate de Staphylococcus aureus meticilino sensible (SAMS) y realizó tratamiento antibiótico en otra institución. Consulta por no mejoría del edema e impotencia funcional por lo que ingresa a sala a cargo de traumatología con toilette y nueva toma muestra e inicio de antibioticoterapia con Ciprofloxacina/Ciindamicina. Al examen físico impotencia funcional en codo con movilidad pasiva y activa afectada, con edema local, sin secreción. Laboratorio de ingreso con leucocitosis y anemia. Evoluciona rápidamente con registros febriles por lo que se solicita valoración por infectología y clínica médica. A nuestro interrogatorio refiere pérdida de peso, sudoración nocturna y tos crónica. Se evidencia en el examen respiratorio hipoventilación izquierda. Se solicita tomografía de tórax que evidencia signo de árbol en brote de distribución bilateral y múltiples lesiones cavitadas con predominio izquierdo. Se modifica plan a Ceftriaxona/Vancomicina. Nuevos hemocultivos con bacteriemia por SAMS por lo que completa antibioticoterapia con Cefazolina. Cultivo de esputo positivo para BAAR y nuevo cultivo óseo negativo para gérmenes comunes. Se inicia tratamiento empírico con antinfímicos y alta de internación. Posteriormente se reciben resultados de GeneXpert negativo y de cultivo óseo positivo para MT.

Conclusiones: La osteomielitis por MT es una forma de presentación de infección crónica extrapulmonar. En este caso de presentación rara con afectación de codo en un paciente inmunocompetente. Los casos reportados en la bibliografía se interpretan principalmente como artritis séptica que no responde a antibióticos con progresión a osteomielitis crónica y con posterior diagnóstico por cultivos. En este caso nos encontramos tardíamente con una enfermedad conocida. En nuestro paciente su antecedente de traumatismo, su hallazgo inicial en cultivo de un germen común hicieron retrasar el diagnóstico de certeza. Cabe destacar que ante la evaluación integral del paciente y teniendo en cuenta sus otros síntomas cobra sentido la alta sospecha de afectación ósea por MT. Presentamos este caso porque además de ser una infección por TBC en sitio NO habitual podemos destacar la importancia de una evaluación general, una detallada anamnesis y una minuciosa interpretación del cuadro dándole jerarquía al razonamiento clínico.

22293 - CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO NO HIV: REPORTE DE UN CASO.

SANCHEZ, R.; PÁEZ SHERIDAN, F.; SEGURADO, M.; DUARTE, R.; MUSSIN, D.; CABRERA, L. - Hospital Italiano Rosario

Introducción: La criptococosis es una enfermedad infecciosa fúngica causada por el Cryptococcus neoformans. Afecta principalmente pacientes HIV con CD4 > a 100 cel./mm3, aunque también afecta a pacientes no HIV con otros tipos de inmunosupresión en un 10-15%. El régimen R-CHOP es ampliamente utilizado en el tratamiento de LNH y, al igual que otros regímenes quimioterápicos invasivos, puede causar inmunosupresión significativa, lo que aumenta el riesgo de infecciones por gérmenes oportunistas. Sin embargo, la prevalencia específica de criptococosis meningea en pacientes con LNH tratados con R-CHOP no está bien documentada en la literatura científica, y los estudios sobre este tema son limitados.

Caso Clínico: Mujer de 45 años con antecedente de LNH que completó 3 ciclos de tratamiento QMT con RCHOP, en profilaxis con TMS-Aciclovir. Ingresó por cuadro de cefalea frontoparietal de 6 días de evolución, asociada a vómitos, inestabilidad en la marcha, fotofobia y rigidez de nuca. Al ingreso la paciente se encontraba normotensa, subfebril, vigil, bradipsíquica, con movilidad y sensibilidad conservada, con temblor fino en manos PIRS. Presentó signos meníngeos positivos. Se realizó TAC de cráneo sin contraste y RMI de cráneo con contraste, ambas sin particularidades. Se realizó punción lumbar con presión de apertura 25 cm H2O, proteínas 1.98, glucosa 0.38, elementos 199 (1% PM 99% MN). Se reciben Resultados de pruebas de tinta china y látex para Cryptococo (negativos); FilmArray para meningitis (negativo); Genexpert LCR (negativo); y HcX2 (negativo). Se solicitaron serologías para HIV, VDRL, VHB y VHC: negativas. Se inició antibioticoterapia empírica con Cefepime y Aciclovir. Por persistir sintomática, a las 72 hs se realiza nueva punción lumbar, presentando presión de apertura 45 cm H2O y prueba de látex por inmunocromatografía para Cryptococo neoformans positiva. Se decidió iniciar tratamiento de inducción con Anfotericina B y Fluconazol. Durante la internación requirió punciones lumbares evacuadoras con mejoría sintomática y de LCR. Por presentar hipertransaminasemia en laboratorio, se decidió suspender el tratamiento con Fluconazol y continuar con Anfotericina B liposomal. Posteriormente la paciente presentó mejoría clínica y de laboratorio, por lo que se otorga alta sanatorial para completar 26 días restantes de fase de consolidación con Fluconazol vía oral.

Conclusiones: Para el diagnóstico de criptococosis meningea, la sensibilidad de la prueba del látex, es superior al 90% y su especificidad es del 96%. Puede presentar falsos negativos, principalmente en estadios tempranos de la patología. En el caso de esta paciente, su primer resultado fue falso negativo por estadio temprano de la enfermedad, mientras que en la segunda muestra, 3 días posteriores, el resultado para esta prueba fue positivo. La identificación y el tratamiento temprano de la criptococosis en pacientes con LNH es crucial, ya que esta infección puede llevar a complicaciones neurológicas graves, incluyendo la muerte.



22299 - INFECCIÓN INVASIVA POR RHODOCOCCLUS EN PACIENTE HIV

HUHN, V.; SANTIBAÑEZ, K.; ARCE, A.; BELLO, V.; MARQUÍNEZ, L.; PARODI, R. – CENTENARIO

Introducción: Rhodococcus equi es un bacilo gram positivo que provoca afección en pacientes inmunocomprometidos, generalmente en aquellos con grave deterioro de la inmunidad celular, en especial en pacientes con SIDA, solo algunos casos aislados se han presentado en pacientes con corticoterapia prolongada y receptores de trasplantes. La forma más frecuente de presentación es pulmonar con consolidaciones lobares e imágenes cavitadas. La mediana de células CD4 suele encontrarse en rango de 0 a 170 cel/mm3, usualmente en pacientes que no realizan terapia antirretroviral, con un avanzado estado de inmunodeficiencia.

Caso Clínico: Varón de 45 años de edad, con antecedente de diagnóstico de infección por HIV hace 24 años, sin tratamiento antirretroviral, presentó múltiples internaciones por enfermedades oportunistas, entre ellas histoplasmosis diseminada por lo que se encontraba en fase de mantenimiento con itraconazol. Consulta por cuadro de cuatro días de evolución caracterizado por fiebre y tos con expectoración mucopurulenta. Al examen físico, se encontraba adelgazado, febril, con muguet oral, presentaba rales en base derecha, con adecuada saturación de oxígeno. Se realiza tomografía de tórax que evidenciaba consolidación parenquimatosa en lóbulo inferior derecho, presentando en su interior múltiples áreas cavitadas, con conexión bronquial, asociada a lesiones nodulares y vidrio esmerilado. Se toman cultivos hallándose en hemocultivos y cultivo de esputo Rhodococcus equi por lo que se instaura tratamiento dirigido y terapia antirretroviral. Al alta se indica levofloxacina y azitromicina. 30 días luego de su primer internación presenta nuevo síndrome febril, persistencia de lesiones cavitadas y hallazgo nuevamente de Rhodococcus equi en esputo por lo que completa antibióticoterapia supervisada durante la internación.

Conclusiones: Comunicamos este caso, especialmente por su baja frecuencia, destacando su aparición en el contexto de pacientes con severa inmunodepresión. Resulta llamativo el aislamiento en hemocultivos y esputo, como así la persistencia de Rhodococcus equi, a pesar del tratamiento instaurado.

22301 - ENCEFALITIS EQUINA DEL OESTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

HUHN, V.; REA HERNANDEZ, A.; BULLERI, M.; GENTILETTI, M.; PEN-DINO, J.; PARODI, R. – CENTENARIO

Introducción: La Encefalitis Equina del Oeste (EEO) es una enfermedad endémica y zoonótica de denuncia obligatoria, producida por un virus ARN del género Alphavirus. Es transmitido por picadura de mosquitos infectados, y sus huéspedes son los equinos, aves y humanos. La enfermedad en humanos va desde cuadros leves hasta meningitis aséptica y encefalitis. En Sudamérica se han reportado muy pocos casos en humanos a pesar de la vigilancia activa

Caso Clínico: Varón de 56 años, oriundo del sur de la provincia de Santa Fe, Argentina, diabético e hipertenso. Consultó por 4 días de cefalea retroocular, diplopía, mareos y fiebre. Se realizó tomografía de cráneo sin hallazgos de jerarquía y punción lumbar con líquido opalescente, pleocitosis polimorfonuclear, glucorraquia normal e hiperproteínorraquia leve, por lo que se inició antibióticoterapia empírica con ceftriaxona y aciclovir. Se solicitó FilmArray y cultivo para gérmenes comunes con resultados negativos. Presentó episodio de convulsiones tónicoclónicas generalizadas y deterioro neurológico, requirió intubación orotraqueal e ingreso a Terapia Intensiva. Se realizó resonancia de cráneo sin hallazgos de jerarquía, nueva punción lumbar destacando pleocitosis esta vez a predominio mononuclear. Se rota esquema antibiótico a ceftriaxona y ampicilina, se solicitan nuevas PCR virales, cultivo para gérmenes comunes y GeneXpert con resultados negativos. Dado el contexto epidemiológico, ingresaron muestras de suero y LCR para búsqueda de virus de EEO, obteniendo resultado positivo para IgM, y posteriormente seroconversión IgG a los 15 días. Evolucionó con polineuropatía del paciente crítico y requirió de traqueostomía para el destete de ventilación mecánica. En Sala General se logró decanulación y se derivó para continuar rehabilitación

Conclusiones: La EEO no presenta tratamiento específico y las medidas de prevención se dirigen a la vacunación de equinos y el control de vectores. Puede manifestarse de forma asintomática, con un síndrome febril inespecífico o como encefalomielitis con gran compromiso neurológico. Hasta un 30% de los pacientes, pueden sufrir secuelas neurológicas permanentes, y la mortalidad oscila entre el 3 y 15%, siendo mayor en adultos mayores y niños menores al año. En el líquido cefalorraquídeo se observa pleocitosis mononuclear e hiperproteínorraquia y en las neuroimágenes pueden verse cambios inflamatorios inespecíficos. Para el diagnóstico se utiliza un algoritmo basado en la detección de genoma viral y anticuerpos específicos según el tiempo de evolución desde el inicio de los síntomas, utilizando muestras de suero y LCR, y en casos fatales, tejidos cerebrales. El caso merece especial atención por la rareza de la EEO. Destacamos que su clínica puede ser confundida con otra meningoencefalitis, por lo resulta fundamental tener en cuenta el contexto epidemiológico para un diagnóstico temprano y la intervención terapéutica adecuada.

22307 - FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: UN RETO CLÍNICO

LOKETT, L.; KRUSE, C.; MILJEVIC, J.; SHOCRON, G.; CARRIZO, M.; ZACCHINO, C. - PAMI 1

Introducción: La fiebre de origen desconocido aun representa un desafío diagnóstico para nuestra comunidad, a pesar de los avances tecnológicos en los métodos diagnósticos, un porcentaje no despreciable de pacientes permanecen sin causa etiológica conocida debido a la limitación que presentan los estudios complementarios.

Caso Clínico: Presentamos el caso de un masculino de 73 años con antecedentes de DBT tipo 2 no insulinorequiriente, HTA, dislipemia, ERC, cardiopatía isquémica, EPOC, etilista, con diagnóstico de poliquistosis renal y hepática. Curso 5 internaciones en sala general por síndrome febril de origen desconocido, interpretado inicialmente como exacerbación infecciosa de EPOC y luego como infección urinaria. Por continuar febril y, como único hallazgo en el examen físico un leve tinte icterico, se sospechó complicación infecciosa de quistes hepáticos, se realizó RMI con contraste que informa hígado con presencia de lesiones quísticas sin realce tras contraste y poliquistosis renal bilateral, se descarta dicho diagnóstico, y, por presentar hemocultivos con desarrollo de E. Coli Blee se interpreta como urosepsis realizando tratamiento dirigido al mismo. Posteriormente reingresa por persistir con dicho síntoma, se sospecha diagnóstico de prostatitis, se realiza RMI de próstata la cual descarta el diagnóstico y se realiza TAC de abdomen y RMI sin nuevos hallazgos. Por no llegar a un diagnóstico certero se decide realizar laparotomía exploradora donde informa: puntillado blanco nacarado de consistencia duro pétreo en ambos lóbulos hepáticos tomándose biopsia del mismo, a la vez, por sospechar secundarismo hepático se realiza VEDA y VCC, se toma muestra de mucosa colónica de la que se recibe informe de anatomía patológica donde se interpretó como cambios displásicos de bajo y alto grado, sin lesión infiltrante. Por buena evolución clínica y a la espera de resultado de biopsia se decide alta sanatorial. Posterior a ello se recibe informe de anatomía patológica: fragmento de parénquima hepático subcapsular que incluye una proliferación de ductulos biliares irregulares, angulados y en sectores anastomosados, algunos se hallan dilatados con ocasional contenido biliar compacto, revestidos con epitelio cubico a plano sin atipias ni mitosis. Asientan sobre estroma conjuntivo con aflujo inflamatorio agudo leve a moderado. La hamartomatosis biliar múltiple es una enfermedad congénita benigna poco frecuente, debido a un defecto en la involución embrionaria de los conductos biliares periféricos, con el resultado de la formación de lesiones hamartomatosas focales, formadas por grupos de conductos biliares. Generalmente son asintomáticos y se encuentran de modo incidental en los estudios de imágenes pero también pueden ser causa de ictericia, dolor abdominal y colangitis.

Conclusiones: Nos interesa presentar este caso clínico debido a que representa un desafío diagnóstico, rara vez tiene manifestaciones clínicas y es una patología poco frecuente, se da en un 0,35 a 5 % de la población

22308 - NO SIEMPRE ES LUPUS NI TUBERCULOSIS

LAMELZA, L.; GATTI, A.; MOLINA, L.; CABRERA, L.; PÁEZ SHERIDAN, F.; SEGURADO, M. - PAMI 1

Introducción: La enfermedad de Chagas es una zoonosis parasitaria, endémica en América Latina, causada por el protozoo T. cruzi. En el SNC de humanos existen dos presentaciones: meningoencefalitis difusa que suele coincidir con la presencia de tripomastigotes en LCR o chagoma que consiste en nidos de amastigotes y encefalitis necrotizante multifocal con abscesos. La reactivación de la enfermedad de Chagas crónica, aunque infrecuente, ocurre en pacientes inmunosuprimidos.

Caso Clínico: Mujer de 53 años, con antecedentes de LES con compromiso neuropsiquiátrico en tratamiento con azatioprina, ciclofosfamida y prednisona 20mg, ACV isquémico (tres episodios en 9 meses), TBC pulmonar hace 2 años (curada), Sjogren e hipotiroidismo. Tras ser externada por ACV isquémico biparietal, reingresa 10 días después por deterioro del sensorio, ataxia de expresión y plejía braquiocrural izquierda de 5 días de evolución. Se realiza TAC de cráneo: ACV biparietal isquémico. Se realiza PL (LCR normal), laboratorio, ecodoppler de vasos del cuello y ecocardiograma (sin alteraciones). Ingresó con mal estado general, afebril, normotensa, eucárdica, rales en base derecha y abundantes secreciones de VAS. Neurológico: apertura ocular espontánea, desviación de la mirada conjugada hacia derecha, leucocoria izquierda, sin rigidez de nuca. Hemiparesia braquiocrural izquierda 2/5. Fue evaluada por servicio de hematología y neurología, sugieren doble antiagregación y evalúan anticoagulación por sospecha de SAF. Se solicitó angioRM cráneo: "múltiples lesiones pseudonodulares que se distribuyen en ambos hemisferios cerebrales, los de mayor tamaño en región córticosubcortical frontal izquierda de 40x32mm, frontal derecho de 37x30mm, y parietal subcortical derecha de 17x12mm". Es evaluada por reumatología, y por sospecha de vasculitis lúpica, indica pulsos con metilprednisolona por 3 días. Intercurre con muguet oral, se indicó fluconazol EV. Se repite RMN de SNC que informó a nivel encefálico "LOEs con edema osteogénico periférico que ejercen efecto de masa sobre surcos corticales y sistema ventricular". Por sospecha de neoplasias vs MOE infecciosa, se realiza nueva PL, HCx2 e inicia vancomicina + cefepime + metronidazol. En HC se obtiene rescate de candida parapsilosis. Se rota fluconazol a anfotericina B liposomal. Se solicita ETE y ecografía abdominal, ambos sin alteraciones. Se deriva a institución de mayor complejidad donde se realiza PL: FilmArray y GeneXpert negativos, y toma biopsia cerebral. Por sospecha de enfermedad de Chagas se realiza PCR para T. cruzi en la misma, la cual resulta positiva. Dicho resultado fue recibido tras el fallecimiento de la paciente.

Conclusiones: Interesa la presentación de este caso ya que la afectación del SNC por T. cruzi es infrecuente. Destacamos la dificultad que representó el abordaje de la paciente, ya que, por múltiples antecedentes infecciosos y autoinmunes, fue difícil sospechar reactivación de patología chagásica por desconocimiento de la misma.





22312 - CRIPTOCOCOSIS MENÍNGEA EN PACIENTE HIV

FERNANDEZ, R.; RUBIOLLO, M.; GARIOTTI, M.; NISNOVICH, G.; ITA-LIANO, M.; GAUCHAT, A. - Sanatorio Nosti

Introducción: La criptococosis es una de las infecciones oportunistas más frecuentes en pacientes con HIV e inmunocomprometidos. Se encuentra en el excremento de palomas que, alcanzan los alvéolos pulmonares, y de ahí al sistema nervioso central. La presentación clínica puede ser muy variada. El diagnóstico consiste en punción lumbar y detección del antígeno criptocócico. El tratamiento con anfotericina B y fluconazol consta de 3 fases: inducción, consolidación y mantenimiento. Un cultivo estéril a las 2 semanas del inicio del tratamiento se considera exitoso. Se presenta un reporte de un caso de criptococosis meníngea en un paciente HIV positivo, con hipertensión endocraneana persistente pese al tratamiento antifúngico.

Caso Clínico: Femenina de 44 años de edad. Antecedentes patológicos: HIV (2022), sin tratamiento antirretroviral. Ingresa a sala de internación por cefalea holocraneana, fotofobia, cervicalgia, náuseas y vómitos. Examen físico: cefalea holocraneana 9/10. Examen neurológico: rigidez de nuca. Laboratorio: Linfocitos CD4: 2%, CD4 absolutos: 8 cel/mm³, carga viral: 35500 copias. RNM de cerebro: lesiones gangliosales de origen inflamatorio-infeccioso. Punción lumbar: presión de apertura 22cm de H₂O. Examen físico: aspecto turbio. Examen químico sin alteraciones. Examen fresco tinta china: Crypto-coccus neoformans, Ag +. Cultivo micológico: +. Realiza 5 semanas de tratamiento de inducción con anfotericina B desoxicolato y fluconazol, y profilaxis con trimetropin sulfametoxazol. Por buena evolución recibe alta sanatorial con fluconazol, trimetropina sulfametoxazol y antirretrovirales. Luego de una semana reingresa con la misma sintomatología e idéntico examen físico. Punción lumbar: presión de apertura de 30cm de H₂O. Aspecto incoloro. Examen químico sin alteraciones. Cultivo micológico: examen en fresco: levaduras capsuladas compatibles con cryptococcus sp. Examen fresco tinta china: Cryptococcus neoformans, Ag +. Se suspende tratamiento antirretroviral. Se continúa tratamiento con fluconazol y se agrega anfotericina B liposomal y trimetropin sulfametoxazol, cumpliendo 4 semanas. Evolucionó con episodios de hipertensión endocraneana, se realizan 5 punciones lumbares con mejoría clínica posterior. Con persistencia en cada una de ellas de Cryptococcus sp. Ag + en tinta china, cultivos: negativos. Se decide colocar válvula de derivación ventriculoperitoneal. Paciente con buena evolución, alta sanatorial con tratamiento antirretroviral, fluconazol y trimetropina sulfametoxazol profiláctico.

Conclusiones: En nuestro caso se trata de una paciente HIV con criptococosis meníngea que permanencia con signos de hipertensión endocraneana pese a la respuesta favorable a la terapia antifúngica. Se realizó drenaje lumbar percutáneo con mejoría clínica. El manejo agresivo de la hipertensión intracraneal en pacientes con criptococosis meníngea asociado a HIV mas el tratamiento antifúngico, son los determinantes para la reducción de la morbilidad y muerte en estos pacientes.

22316 - SÍFILIS SECUNDARIA DE PRESENTACIÓN ATÍPICA

ROJO, L.; BUASSO, P.; RECIO, M.; ROSALES SAGGIORO, E.; DI RADO, M.; PASCUAL, P. - Argerich

Introducción: La sífilis es una enfermedad de transmisión sexual prevenible, sin embargo, entre 2010 y 2019, su incidencia en Argentina casi se triplicó, llegando a 56.1/100 000. La sífilis secundaria es la fase más florida de la enfermedad, caracterizada por la diseminación sistémica de Treponema pallidum. Las presentaciones clínicas pueden ser variadas con o sin lesiones cutáneas en diversas etapas evolutivas. Los condilomas lata son una manifestación mucocutánea poco frecuente y la presencia en localizaciones extragenitales se considera una manifestación atípica.

Caso Clínico: Femenina de 22 años de edad con antecedentes de obesidad grado III y tabaquismo, consulta por cuadro de un mes de evolución caracterizado por fiebre, otalgia y lesiones cutáneas pleomórficas generalizadas. Al examen físico se evidencian placas eritematosas que respetan palmas y plantas, algunas erosivas y costrosas; pústulas en cuero cabelludo, región retroauricular y tronco; queilitis angular; placas eritematosas condilomatosas polimórficas en axilas coincidente con condiloma lata; secreción blanquecina ocular, eritema y edema palpebral y otorrea. Se realiza laboratorio sin particularidades y serologías con prueba treponémica positiva (VDRL 16 dil). Por síndrome febril prolongado se realizan cultivos rescatando S.aureus metilicino sensible en hemocultivos. Se interpreta como bacteriemia secundaria a infección de piel y partes blandas cumpliendo tratamiento con Cefazolina. Oftalmología descarta uveítis posterior e indica colirio por conjuntivitis. Es evaluada por dermatología quienes realizan biopsias que informa proceso inflamatorio, posiblemente relacionado con infección. Por presentar lesiones compatibles con sífilis secundaria de presentación atípica asociado a serologías positivas, se indica tratamiento con penicilina G benzatínica intramuscular (3 dosis) evolucionando con resolución completa del cuadro.

Conclusiones: La sífilis secundaria se distingue por una amplia variedad de manifestaciones clínicas, las más frecuentes son erupción cutánea, especialmente en palmas y plantas, y las lesiones mucocutáneas como los condilomas lata. También pueden presentarse linfadenopatía, fiebre, malestar general y artralgias. Sin embargo, estas manifestaciones varían entre los pacientes y no siempre se presentan en su totalidad, lo que representa un desafío diagnóstico debido a la similitud con otras enfermedades. En este caso, se observaron lesiones polimórficas sin compromiso palmoplantar y la presencia de condilomas lata en una localización extragenital, lo que dificultó su inclusión en el diagnóstico diferencial. La combinación de manifestaciones clínicas inusuales y la presencia de infecciones secundarias destaca la necesidad de un enfoque diagnóstico integral y la colaboración multidisciplinaria. Además, se debe considerar el aumento de la incidencia de la sífilis secundaria en los últimos años, lo que subraya la relevancia de un diagnóstico temprano y un manejo adecuado.

22315 - HEPATITIS SECUNDARIA A SÍFILIS

RUBIOLLO, M.; FERNANDEZ, R.; GARIOTTI, M.; NISNOVICH, G.; ITA-LIANO, M.; GAUCHAT, A. - Sanatorio Nosti

Introducción: La sífilis, una infección de transmisión sexual causada por Treponema pallidum, es una enfermedad prevenible y curable. Sin embargo, su incidencia ha aumentado en las últimas décadas. La diversidad de manifestaciones clínicas dificulta su diagnóstico, y sin tratamiento la infección primaria puede evolucionar a secundaria y luego a terciaria, produciendo con el paso del tiempo (10-15 años) lesiones cardiovasculares, neurológicas o gomas. La afectación hepática, aunque poco común, puede ocurrir en varias etapas de la enfermedad, siendo más frecuente en la sífilis secundaria. La hepatitis sífilítica representa un desafío diagnóstico debido a su variabilidad en la presentación. En pacientes con perfil hepático alterado, principalmente coleliástico, donde las causas habituales han sido descartadas mediante pruebas de laboratorio e imagen, se debe considerar la posibilidad de hepatitis sífilítica. La confirmación diagnóstica requiere la realización de serología para Treponema pallidum. Este reporte de caso describe un paciente con hepatitis sífilítica, destacando la importancia de considerar la sífilis como causal de la hepatitis y de un diagnóstico temprano para su oportuno tratamiento.

Caso Clínico: Paciente femenina de 24 años de edad. Ocupación: empleada de comercio. Antecedentes personales patológicos de sobrepeso, abandono de anticonceptivos orales hace 4 meses. Ingresó a sala de internación general por cuadro caracterizado por fiebre, ictericia, prurito y coloria de 72 hs de evolución. Refiere que hace un mes realizó interconsulta con cirugía por consultorio externo por lesión anal sobrelevada, sangrante, que se interpreta como fistula anal. Por lo que realizó tratamiento antibiótico en domicilio y se programó cirugía ambulatoria. Al examen físico: Escalas ictericas. Abdomen blando, depresible, indoloro. Lesión en línea interglútea en espejo sobrelevada, húmeda, dolorosa y lesión en ingle izquierda de iguales características compatibles con condilomas planos. Rash cutáneo principal-mente en manos y plantas de los pies. Se solicita laboratorio: Glóbulos blancos: 7900 mil/mm³-Hb:13.9 g%-Hto: 43.1 % - neutrófilos: 65%-uremia:10 mg/dl-creatinemia:0.39 mg/dl-TGO:1289-TGP: 2253-FAL: 506- Bilirrubina total:5.09-Bilirrubina Directa:3.24-Bilirrubina indirecta: 1.85-GGT: 138-Amilasa: 70-Plaquetas:264000-Tiempo de coagulación 10 min-Tiempo de protrombina 12.8 seg-tasa:100 %-RIN: 1.00. Ecografía hepatobiliopancreática: sin alteraciones de relevancia. Colangiorenoscopia: sin alteraciones de relevancia. Es evaluada por Servicio de Cirugía General que solicita interconsulta al Servicio de Clínica Médica. Se solicitan serologías: HIV, Hepatitis A, Hepatitis B, Hepatitis C, Virus Epstein Baar: negativos Citomegalovirus: reactivo 1.8. Se solicitó carga viral de citomegalovirus por PCR: Valor de copias/ml no detectable. VDRL cualitativa: reactivo 128 diluciones. Se realiza interconsulta con servicio de infectología que indica tratamiento con penicilina G benzatínica 2.4 millones de unidades internacionales intramusculares por 3 semanas. En el transcurso de la internación la paciente evolucionó con aumento de transaminasas, sin insuficiencia hepática, por lo que se decide control clínico y de laboratorio diarios. La paciente evoluciona favorablemente, con descenso de las transaminasas, mejoría clínica y también de lesiones, por lo cual se otorga alta sanatorial.

Conclusiones: La hepatitis sífilítica es una entidad clínica poco frecuente, que puede simular otras formas de hepatitis. Este caso clínico destaca la necesidad de mantener un alto índice de sospecha de sífilis en pacientes con hepatitis de etiología incierta. La inclusión de pruebas serológicas para sífilis en el protocolo de estudio de la hepatitis puede evitar retrasos diagnósticos y garantizar un manejo adecuado. La prevalencia de hepatitis sífilítica es de 0.2-3%, alcanzando 20-40% en personas con HIV. La hepatitis sífilítica, puede manifestarse con una amplia gama de síntomas: exantema maculopapular, fatiga o anorexia, ictericia, fiebre, pérdida de peso, dolor abdominal. Ante la sospecha de hepatitis por sífilis se recomienda buscar lesiones secundarias. La afectación hepática tiene lugar durante el período de sífilis secundaria en el que existe una diseminación hematogena de las espiroquetas que llegan al hígado originando una hepatitis generalmente de tipo coleliástico. El laboratorio de la hepatitis sífilítica se caracteriza por un patrón de colelasis, con marcado incremento de VDL y GGT, que contrasta con la menor elevación de las transaminasas (TGP y TGO). Puede haber también patrones enzimáticos de predominio hepatocelular o mixto. Las pruebas serológicas treponémicas como FTA, o no treponémicas como VDRL son reactivas y dan un diagnóstico indirecto de la infección, permitiendo la VDRL evaluar la respuesta al tratamiento. La histopatología de la hepatitis sífilítica consiste en un infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario portal o pericelular, necrosis hepatocelular, granulomas de células gigantes, colelasis y fibrosis. El hallazgo de treponemas es específico (tinción de Warthin Starr o inmunohistoquímica), pero de baja frecuencia. Salvo en casos dudosos, no es necesaria la biopsia hepática para el diagnóstico. Los criterios diagnósticos para hepatitis sífilítica (Mulick 2004): 1)Hallazgo de enzimas hepáticas elevadas 2)Evidencia serológica de sífilis 3)Exclusión de otras causas de enfermedad hepática 4)Retorno de las enzimas hepáticas a valores normales, luego del tratamiento antibiótico. La presentación de este reporte de caso reviste particular interés debido al notable incremento en la incidencia de sífilis observado a nivel global en las últimas décadas. Este aumento, que representa un desafío significativo para la salud pública, se acompaña de la relativa infrecuencia de la hepatitis sífilítica, una manifestación clínica poco común de la infección. En este contexto, subrayamos la importancia del diagnóstico temprano y la administración de un tratamiento adecuado con penicilina. Estas intervenciones son fundamentales para prevenir el desarrollo de complicaciones graves y garantizar la resolución completa de la enfermedad, contribuyendo así a la reducción de la morbilidad asociada a la sífilis.

22317 - PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA COMO PUNTO DE PARTIDA DE FISTULA RENO - PULMONAR.

TRABACHINO, F.; PEDEMONTE, P.; KRUSE, C.; MILJEVIC, J.; SHOCRON, G.; COULLERI, M. - Policlínico PAMI 1

Introducción: La pielonefritis xantogranulomatosa se da por el infiltrado de macrófagos cargados de lípidos por una infección crónica del parénquima renal, cuya frecuencia es del 0,6% de las pielonefritis. Una de las complicaciones es la fistula, siendo la renopulmonar infrecuente.

Caso Clínico: Mujer de 81 años con antecedentes de HTA, ICC, ex tabaquista de jerarquía y alérgica a la penicilina; consulta por cuadro de 12 hs de evolución caracterizado por temblor, sensación subjetiva de fiebre y disnea. Al examen físico, vigil, lúcida, con palidez cutáneo-mucosa. FC: 96 lpm, FR: 16 rpm, temperatura: 37°C, TA: 110/70 mmHg, saturación de O₂: 95% (FIO₂ 0,21%). Murmullo vesicular disminuido a predominio de hemitórax izquierdo, aislados rales, sin signos de dificultad respiratoria. Miembros inferiores sin edemas. Resto sin particularidades. Laboratorio: Hto 24,6%, Hb 8 mg/dl, VCM 77.5 f/l, HCM 25,2, creatinina 1,11 mg/dl. Orina color amarillo, turbia, densidad 1020, ph 6, sangre ++, células +, leucocitos +++, piocitos +++, hematies +, bacterias +++. Rx. de tórax con radiopacidad en base pulmonar izquierda con borramiento de saco homolateral. Se interpreta el cuadro como neumonía aguda de la comunidad y se instaura tratamiento con levofloxacina. Por sedimento urinario patológico se solicita urocultivo con rescate de E. coli blee, junto a servicio de infectología se decide continuar con igual esquema antimicrobiano. Ecografía renovesical: riñón izquierdo hidronefrótico, aumentado de tamaño, escaso parénquima y litiasis de 14 mm. TAC de abdomen y pelvis sin contraste informa hidronefrosis crónica izquierda por estenosis pieloureteral, tejido densidad partes blandas desde polo superior del riñón hidronefrótico a hemidiafragma con consolidación basal suprayacente que se interpreta como litiasis coraliforme con signos de pielonefritis crónica xanto-granulomatosa y fistula renopulmonar. Se realizó nefrectomía con toma de biopsia, la cual confirmó el diagnóstico. Se otorgó alta por buena evolución.

Conclusiones: Resaltamos la importancia de considerar dicha complicación frente a un paciente que presenta clínica respiratoria y antecedentes de litiasis renal, dado que es un diagnóstico presuntivo que no suele tenerse en cuenta en primera instancia. La pielonefritis xantogranulomatosa es una pielonefritis crónica de rara aparición. Además la exposición de este caso clínico, dada la baja frecuencia con la que se presenta y más su complicación, siendo la fistula renopulmonar una rara manifestación de la misma.



22326 - ABSCESOS HEPÁTICOS: PRESENTACIÓN ATÍPICA

HUHN, V.; VECHETTI, V.; ARMOCIDA, L.; SANTIBAÑEZ, K.; PARODI, R.; BÉRTOLA, D. - CENTENARIO

Introducción: Los abscesos hepáticos se desarrollan con mayor frecuencia en contexto de enfermedad biliar, infección portal, siembra hematógena o inoculación directa. La clínica suele ser dolor abdominal y fiebre. El hallazgo imagenológico más frecuente es una imagen redondeada bien definida con hipotenuación central

Caso Clínico: Mujer de 70 años sin antecedentes de jerarquía, oriunda de Venezuela, ingresa por registros febriles asociado a deterioro del nivel de conciencia y desorientación. Presenta leucocitosis a predominio neutrofilico, elevación de reactantes de fase aguda y aumento de transaminasas hepáticas. Se realizó tomografía de cráneo y punción lumbar sin hallazgos de jerarquía; tomografía de abdomen donde se evidenciaban múltiples formaciones nodulares, hipodensas con realce hipervascular periférico y discontinuo. Al primer día de internación evoluciona con parámetros clínicos y analíticos de sepsis, inicia antibioticoterapia con vancomicina, azitromicina y metronidazol. Se solicitan hemocultivos y urocultivos que resultan negativos; serologías para virus hepatotropos, bartonella, leptospira, HIV y sífilis todas negativas; marcadores tumorales, normales. Se realiza resonancia magnética que evidenció múltiples lesiones sólidas heterogéneas, hiperintensas en T2, hipointensas en T1, con áreas focales milimétricas internas hiperintensas en T2, las cuales presentan un realce heterogéneo reticulado, centrípeto tras la administración de contraste, con tendencia a homogeneizar parcialmente en fases tardías, acompañándose además de un halo de hiperemia perilesional. Ante la persistencia de registros febriles, falla renal y oliguria al día 12 de internación, se realizan nuevos hemocultivos sin aislamientos y rota antibioticoterapia empírica a meropenem. Una nueva tomografía de abdomen mostró aumento de lesiones previas, algunas confluentes, con aumento de heterogeneidad y signos de necrosis. Se realiza punción biopsia bajo guía tomográfica, que evidencia un proceso necro abscedativo con signos de isquemia y colangitis supurada, sin rescate en cultivos de biopsia. Continúa carbapenémicos con disminución de las lesiones y homogeneización del parénquima en imagen de control. Continúa antibioticoterapia al alta a completar 6 semanas.

Conclusiones: Es de especial relevancia la sospecha clínica inicial, pese a la presentación imagenológica atípica, la presencia de parámetros de sepsis y alteración de la analítica hepática fueron claves para el manejo correcto de este caso. En un principio el hallazgo en tomografía orientativo a hemangiomas fue un distractor pero la persistencia de la sospecha de abscesos hepáticos determinó la profundización de estudios y el correcto manejo terapéutico. La identificación temprana de abscesos hepáticos atípicos es fundamental para evitar complicaciones graves y optimizar el tratamiento.

22328 - EMPIEMA CON AISLAMIENTO DE TRICHOMONAS SPP.

HUHN, V.; RANIERI, M.; PALAZZESI, V.; MARQUARDT, J.; RANIERI, M.; PARODI, R. - CENTENARIO

Introducción: El aislamiento de Trichomonas spp. en líquido pleural es excepcional, con pocos reportes en la literatura. Presentamos el caso de una mujer embarazada con neumonía complicada por derrame pleural, en cuyo líquido pleural se aisló Trichomonas spp.

Caso Clínico: Mujer de 29 años, cursando embarazo de 20 semanas de gestación, con antecedentes de epilepsia. Cursa una primera internación por dolor costal incoercible posterior a traumatismo costal. Ante el antecedente de registros febriles recientes se realizaron hemocultivos, ecografía pleural y ecocardiograma sin hallazgos de jerarquía. La radiografía de tórax evidenció costillas horizontalizadas y una radiopacidad heterogénea sutil en base pulmonar derecha. Por evolucionar hemodinámicamente estable y afebril se mantuvo conducta antibiótica expectante. La paciente se retira de la institución por sus propios medios al día 6. Consulta 7 días posterior al alta nuevamente por dolor costal. Se realiza una radiografía de tórax donde se evidencia derrame pleural izquierdo moderado y consolidación pulmonar mediobasal izquierda. El líquido pleural fue compatible con empiema. Se colocó tubo de avenamiento pleural. Ante aislamiento de Trichomonas spp. y Streptococcus anginosus en líquido pleural realizó antibioticoterapia con metronidazol 14 días de forma endovenosa, continuando vía oral al alta, y concomitantemente piperacilina-tazobactam por no poder descartar infección bacteriana asociada. Se realiza ecografía pleural una vez finalizada la pauta de tratamiento endovenosa, sin evidencia de derrame pleural. Estudios complementarios: Citofisicoquímico del líquido pleural: Amarillo turbio, sobrenadante opalescente con sedimento blanco-hemático. Glucosa no detectable. Proteínas 7 g/dl. Albúmina 3.1 g/dl. LDH 3349 U/L. Presencia de pirocitos, leucocitos y hematíes. Campo cubierto de gérmenes. Formas parasitarias flageladas móviles.

Conclusiones: La presencia de un empiema con aislamiento de Trichomonas spp. es excepcional, el rol patogénico de este microorganismo no está esclarecido, suele encontrarse en infecciones polimicrobianas como es el caso de nuestra paciente. Al ser un microorganismo comensal de la cavidad bucal se cree que su presencia está asociada a microaspiraciones. La paciente presentó una favorable respuesta al tratamiento antibiótico de amplio espectro establecido con metronidazol y piperacilina-tazobactam.

22327 - BACTERIEMIA POR HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO NO B.

HUHN, V.; PALAZZESI, V.; INFANTE, N.; CONSIGLIO, F.; PARODI, R.; DE ALMEIDA, G. - CENTENARIO

Introducción: Haemophilus Influenzae es una bacteria gram negativa que se clasifica en Haemophilus Influenzae encapsulada (siendo la tipo B la de mayor virulencia) y Haemophilus Influenzae no encapsulada. Se considera parte de la flora normal de las vías respiratorias superiores y tracto genital, generalmente es causante de infecciones en vías aéreas, otológicas, meningitis, artritis séptica y bacteriemia. Si bien hablamos de mayor virulencia de Haemophilus Influenzae tipo B, en la actualidad, debido a la vacunación, vemos mayor incidencia de infecciones por Haemophilus Influenzae tipo no B.

Caso Clínico: Paciente de 34 años, con antecedentes de litiasis biliar y colangitis biliar aguda con colocación de stent biliar con posterior recambio del mismo, cursó internación por colangitis biliar aguda de etiología litiasica. Se realiza colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) con extracción de litiasis y colocación de nuevo stent. Se realiza toma de hemocultivos con aislamiento de Escherichia coli y Haemophilus influenzae tipo no b, por lo que realizó tratamiento antibiótico dirigido con ceftriaxona por 7 días, considerando foco inicial drenado. Debido a la naturaleza no encapsulada del Haemophilus, se decide no realizar quimioprofilaxis.

Conclusiones: Este caso destaca la importancia de considerar infecciones por gérmenes no típicos en inmunocompetentes, en este caso Haemophilus influenzae tipo no b con foco biliar. Si bien las infecciones hepatobiliares causadas por Haemophilus influenzae tipo no b se han documentado, son poco frecuentes. Por lo que constituye un desafío diagnóstico y terapéutico.

22332 - NEURITIS ÓPTICA BILATERAL EN UN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIRUS DEL DENGUE

HUHN, V.; GALLO, G.; BULLERI, M.; VINKA, J.; MARQUÍNEZ, L.; PARODI, R. - CENTENARIO

Introducción: La infección por virus Dengue puede afectar múltiples órganos y sistemas. Las manifestaciones oculares pueden encontrarse dentro del espectro de alteraciones neurológicas. Si bien la neuritis óptica secundaria a virus Dengue es excepcional, existen escasos reportes en la literatura. Presentamos el caso de un paciente con amaurosis bilateral asociado a neuritis óptica bilateral y PCR positiva para Dengue en suero, e IgM en líquido cefalorraquídeo y suero.

Caso Clínico: Paciente de 34 años sin antecedentes de dengue confirmado previamente, vacunación reciente ni antecedentes jerarquía, consultó por cuadro de una semana de evolución caracterizado por fiebre, cefalea, fotofobia, hiporexia y rash no pruriginoso autolimitado que agrega en las últimas 48 horas disminución de la agudeza visual bilateral. A su ingreso se constató en ojo derecho visión a cuenta dedos, en ojo izquierdo visión bulto y rigidez de nuca. Se solicitaron serologías para dengue con PCR (serotipo 1) e IgM positivas en suero. Se obtuvo un LCR con proteinorraquia y pleocitosis a predominio de mononucleares e IgM positiva para dengue. Se inició antibioticoterapia empírica con ceftriaxona y aciclovir, los cuales se suspendieron al obtener directo, cultivos de LCR y filarray negativo. La resonancia de cráneo y órbitas evidenció inflamación de la vaina nerviosas ópticas de forma bilateral y el fondo de ojo mostró en ojo derecho papila con bordes difusos y tortuosidad vascular leve. Por evolucionar con amaurosis bilateral y pupilas midriáticas arreactivas de forma bilateral se realizó pulso de metilprednisolona (1 g/día) durante 5 días. Por no presentar mejoría a las 24 horas se inician inmunoglobulinas endovenosas inespecíficas durante 2 días (1 g/kg/día). El paciente evolucionó con visión en bultos y ligera reactividad pupilar y fue dado de alta con prednisona 60 mg/día. Se controló por consultorio a la semana de externación, sin cambios respecto al alta. Queda pendiente el resultado de bandas oligoclonales en LCR, AC antimog y AC anti-NMO.

Conclusiones: La neuritis óptica bilateral con amaurosis es una presentación atípica de la misma y se deben encuadrar múltiples diagnósticos diferenciales. El rol fisiopatológico del virus del Dengue no está del todo esclarecido, podría estar relacionado con la inflamación meníngea, con una respuesta inmunomediada, daño citopático directo o como gatillo de una enfermedad autoinmune. A pesar de la falta de eficacia demostrada, se han utilizado corticosteroides e inmunoglobulinas intravenosas cuando se sospecha causa inmunomediada. La modalidad óptima de tratamiento es desconocida aún.



22344 - "QUISTE HIDATÍDICO HEPÁTICO A PROPÓSITO DE UN CASO"

VILLEMUR, A.; NARDELLI, F.; ROJAS, S.; LUCHITTA, C.; BELLESI, V.; RONCONI, R. - Hospital de Emergencias "Dr Clemente Alvarez"

Introducción: La hidatidosis hepática (HH) es una zoonosis endémica causada por los estadios larvales de cestodos pertenecientes al género *Echinococcus*. El curso de la enfermedad suele ser lento y la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos. La localización hepática es la más frecuente (50 a 60%) El hallazgo suele ser incidental. La ecografía juega un rol importante para el diagnóstico mediante la implementación de los criterios para la clasificación de los quistes hepáticos mediante la clasificación de Gharbi y de la Organización mundial de la salud. Los métodos de diagnóstico serológico se utilizan para apoyar el diagnóstico imagenológico y para el control evolutivo.

Caso Clínico: Paciente mujer 52 años con antecedente de enfermedad Chagas. Consulta por un cuadro de aproximadamente un mes de evolución caracterizado por dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho de intensidad 7/10 de tipo constante con exacerbaciones cólicas que se irradia a dorso homolateral asociado a hiporexia. Examen físico: Abdomen blando, depresible doloroso a la palpación en región de hipocondrio derecho donde se identifica masa de consistencia firme. Laboratorio: hto 29%, hb 9,5 gr/dl, leucocitos 6200 mm3, plaquetas 300.000 mm3, Ionograma: sodio 134 mEq/l, potasio 3,5 mEq/l, creatinemia 0,5 mg/dl, glicemia 110 mg/dl, bilirrubina total 0,4 mg/dl, TGO 22 U/l, TGP 46 U/l, FAL 502 U/l, GGT 136 U/l, LDH 339 U/l, Ac IFI para hidatidosis REACTIVO, título 1/2560, Ac HAI para hidatidosis REACTIVO, título mayor a 1/512. Radiografía de abdomen: múltiples imágenes de densidad cálcica en hipocondrio derecho. Ecografía abdominal: En proyección del hipocondrio derecho, por encima y dentro del polo superior renal derecho, desplazando la vena cava inferior, se observa una gran formación sólida hipocogénica, heterogénea, redondeada, de contornos mayormen-te definidos, que mide 189 mm. de diámetro mayor. Se interpreta el cuadro HH, por lo que el servicio de Cirugía General realiza resección del quiste por vía laparoscópica convertida a laparotomía convencional habiendo realizado previamente 10 días de Albendazol.

Conclusiones: Presentamos el caso de un quiste hepático de gran tamaño, sintomático con serologías positivas para hidatidosis que, por sus dimensiones represento un gran desafío diagnóstico y terapéutico. Por riesgo de ruptura requirió tratamiento quirúrgico y antiparasitario previo. La HH es una enfermedad endémica frecuentemente asintomática hacemos hincapié en que el hallazgo suele ser incidental y destacando el rol de los estudios por imágenes para el diagnóstico.

22361 - SÍNDROME DE DISTRESS RESPIRATORIO DEBIDO A TUBERCULOSIS PULMONAR DESCOMPENSADA POR COINFECCIÓN CON NEUMONIA POR INFLUENZA Y REQUERIMIENTO DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA VENOVENOSO EN PACIENTE INMU-NOCOMPETENTE

GARRIDO, V. - Hospital Italiano "Centro Agustin Rocca" (HICAR)

Introducción: La tuberculosis es causada por bacterias del complejo *Mycobacterium tuberculosis*, con afectación predominante a los pulmones. Aunque la afección es curable y se puede prevenir, sigue siendo un problema de salud mundial. Por otra parte, la neumonía por influenza es una infección viral aguda causada por el virus de la influenza. Cuando se produce una coinfección los síntomas pueden superponerse o ser difíciles de distinguir clínicamente, causando un importante distrés respiratorio y complicaciones graves. De ahí la importancia de conocer el abordaje adecuado y de inicio rápido con manejo multidisciplinario, para un tratamiento oportuno y resultados favorables.

Caso Clínico: Paciente femenina de 19 años sin antecedente clínicos con cuadro clínico de dos semanas de evolución dado por sudoración nocturna, tos seca, asociado a cefalea y pérdida de peso no cuantificada. A su ingreso se realiza laboratorio con presencia de leucocitosis y tomografía de tórax con extensas lesiones cavitadas bilateral. Inicia tratamiento antibiótico con Amoxicilina/claritromicina por Neumonía Adquirida en la Comunidad grave ante compromiso bilateral, ventilando aire ambiente. Por estabilidad clínica se realiza Lavado bronco alveolar, dada la sospecha tanto por clínica como por imágenes de tuberculosis pulmonar, para ampliar estudios diagnósticos y se inició Antifímicos con cuatro drogas. En las próximas 24 horas ingresa a Unidad de terapia intensiva, por insuficiencia respiratoria con tomografía control con mayor extensión de las lesiones pulmonares en comparación a estudio previo. Progresa con insuficiencia respiratoria con requerimiento de Intubación Oro Traqueal y ante hipoxemia refractaria, inicia maniobra de pronación, óxido nítrico con mejoría parcial. Debido a persistencia de hipoxemia, hipercapnia y progresión de mala mecánica ventilatoria se decide colocación de Oxigenación por membrana extracorpórea Veno-Venoso. Se escala antibioticoterapia por sospecha de sobreinfección bacteriana, se realiza reacción de cadena en polimerasa multiplex nasal con rescate de influenza tipo A, se decide suspender antibioticoterapia e iniciar Osetamivir. Resultado del Lavado bronco alveolar con reacción en cadena de polimerasa para tuberculosis detectable. Evolución con mejoría clínica e imagenológica significativa. Se realiza traqueostomía percutánea como terapia puente. Se realiza descenso de requerimientos de oxígeno, logrando el retiro de la oxigenación por membrana extracorpórea. Tomografía de tórax control con marcada disminución de lesiones previas. Por mejoría clínica alta médica con seguimiento por equipo multidisciplinario.

Conclusiones: La coinfección de tuberculosis pulmonar y neumonía por influenza es poco común pero grave. Ambas pueden afectar los pulmones y causar síntomas similares, lo que dificulta el diagnóstico. La coinfección aumenta el riesgo de complicaciones graves y mayor mortalidad. La atención médica especializada es fundamental debido a la oportunidad de tratar complicaciones graves.

22350 - EMBOLIAS SÉPTICAS PULMONARES, UNA COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE

FANELLI, M.; GENTILE, M.; CLAVERIE, K.; ORTIZ REQUENA, S.; SERRA, A.; CARI, M. - sanatorio delta

Introducción: El embolismo pulmonar séptico es una entidad poco común y grave. Es la formación de un trombo (microorganismos y fibrina) que se desprende del sitio de infección impactando en la vasculatura pulmonar causando abscesos como complicación poco frecuente de infecciones protésicas valvulares, tromboflebitis sépticas periféricas y accesos venosos centrales (AVC) infectados.

Caso Clínico: En la siguiente se exponen 2 pacientes institucionalizados con requerimiento de AVC que complican con infecciones del mismo y bacteriemia a staphylococo aureus meticilino sensible (SAMS) con complicación de embolismo pulmonar séptico. Primer caso corresponde a mujer de 71 años con intestino corto secundario a múltiples cirugías por diverticulitis aguda que luego complica en dos oportunidades con fleo obstructivo con requerimiento de alimentación parenteral por síndrome malabsortivo y reposición de electrolitos asociado a falta de accesos periféricos. El segundo paciente corresponde a un hombre de 60 años con insuficiencia renal aguda que requiere inicio de tratamiento dialítico en internación por lo que se coloca catéter de hemodiálisis que complica con infección. En ambos casos se rescata en hemocultivos SAMS iniciando el correcto tratamiento antibiótico endovenoso con cefalotina. Por persistencia febril se decide realizar estudios de extensión para evaluar complicaciones a distancia. Entre ellos de realiza TAC de tórax que informa embolias sépticas pulmonares. Se asocia al tratamiento inicial levofloxacina y trimetoprima sulfametoxazol para lograr mejor penetrancia pulmonar y mejor efecto bacteriostático y bactericida. Ambos pacientes evolucionan favorablemente luego de completar los 14 días de tratamiento para la bacteriemia y asociar 7 días de tratamiento ev de éstos últimos por la complicación pulmonar, rotándose luego a vía oral completando 14 días totales por ambulatorio.

Conclusiones: Se presentan ambos casos que tuvimos internados en nuestra institución en Junio y Julio del 2024 por haber presentado una complicación poco frecuente de una patología frecuente (bacteriemia por SAMS), siendo un desafío diagnóstico y terapéutico dado que hay pocos casos reportados en la bibliografía mundial y poca evidencia de los tratamientos instaurados. Concluimos que es importante por la virulencia de dicho germen evaluar en ante la mala evolución clínica, en estos casos por persistencia febril, impactos a distancia o complicaciones.

22331 - NECROSIS RETINIANA AGUDA POR VIRUS VARICELA ZÓSTER EN PACIENTE JOVEN INMUNOCOMPETENTE

HUHN, V.; GENTILETTI, M.; ARCE, A.; POGGIANI, A.; RANIERI, M.; PARODI, R. - CENTENARIO

Introducción: La necrosis retiniana aguda es una afección infrecuente. Suele presentarse en individuos inmunocomprometidos, pero puede ocurrir en personas con inmunocompetencia. Se define en base a los hallazgos al examen oftalmológico: al menos un foco de necrosis retiniana periférica con bordes bien definidos, progresión circunferencial rápida, vasculopatía oclusiva con arteritis e inflamación prominente del vítreo y cámara anterior.

Caso Clínico: Mujer de 21 años, con antecedente de varicela en la infancia, presenta cuadro de un mes de evolución caracterizado por hiperemia conjuntival, dolor de carácter insidioso y disminución de la agudeza visual en ojo derecho con visión cuenta dedos a 50 cm. En la evaluación oftalmológica se constata la disminución de la agudeza visual, movimientos oculares externos y reflejo fotomotor conservado, presencia de precipitados retroqueráticos finos e intermedios, reacción de cámara anterior (+++) y hallazgo de necrosis retiniana aguda. Inicia antibioticoterapia con aciclovir de forma sistémica asociado a prednisona y fenilefrina tópica. Se solicitan serologías para VIH y VDRL con resultado no reactivo y serología para toxoplasmosis IgM 0.3 UI/ml e IgG <0.130 UI/ml. Se realiza punción de humor acuoso con toma de mues-tra para PCR virales con resultado positivo para virus varicela zóster (VZV) y negativo para virus Epstein-Barr (VEB) y citomegalovirus (CMV). Posteriormente, se realiza vitrectomía y retinotomía de ojo derecho, sin complicaciones. Durante la internación, la paciente evoluciona con disminución de agudeza visual de ojo contralateral. Luego de 14 días de aciclovir endovenoso presenta visión bulto en ojo derecho y visión cuenta-dedos en ojo izquierdo. Se otorga el alta hospitalaria debiendo continuar tratamiento vía oral con aciclovir hasta completar 21 días.

Conclusiones: La necrosis retiniana aguda es una enfermedad infecciosa poco frecuente pero grave. La reactivación del virus varicela zóster (VZV) es la primera causa, seguida de la infección por virus herpes simple (VHS) tipo 1 y 2. Puede presentarse en personas de todas las edades, pero el VZV es más frecuente en pacientes adultos mayores. La importancia del diagnóstico y el inicio rápido de la terapéutica de forma empírica, como en el caso de nuestra paciente, son esenciales para lograr un buen resultado visual, aunque el pronóstico suele ser reservado debido a la naturaleza agresiva de la enfermedad.

**22339 - LUMBALGIA EN PACIENTE PORTADOR DE VIH Y LINFOMA DE BURKITT CON COMPROMISO NEUROLÓGICO**

PODESTA, C.; REGINA, B.; GARCIA GIESER, J.; CAMPERI, F.; VAS-QUEZ, J.; SALAMANCA, M. - Hospital San Juan de Dios

Introducción: La lumbalgia es una causa común de consulta en emergencias, a menudo atribuida a patologías musculoesqueléticas benignas. Sin embargo, en pacientes con VIH, puede ser indicativa de una patología subyacente grave. Se describe a un paciente con diagnóstico VIH, que presentó lumbalgia y fiebre de origen desconocido. La detección de un Linfoma de Burkitt con compromiso neurológico resalta la importancia de una evaluación integral y la consideración de diagnósticos diferenciales en este contexto.

Caso Clínico: Paciente masculino de 43 años con antecedentes de consumo de exotóxicos y reciente diagnóstico de HIV, que consulta por presentar fiebre de un mes de evolución sin identificación del foco, asociado a sudoración nocturna y pérdida de peso de 10 kg. Concomitantemente realizó varias consultas por lumbalgia con irradiación hacia región glútea de ambos miembros inferiores que fueron tratados con antiinflamatorios no esteroideos y corticoides logrando solo mejoría parcial y temporal del dolor. Al momento de la evaluación inicial en nuestro servicio, como datos positivos presentaba leve palidez cutáneamucosa y una tumoración axilar derecha de 5 cm de diámetro, indolora y de consistencia duro elástica, sin adherencia a planos profundos. En el laboratorio se destaca la anemia normocítica normocrómica y LDH de 1291. Población linfocitaria CD4 396 células y recuento de copias de 9761/ml. Cultivos de sangre y orina negativos, y el examen fiscoquímico del LCR normal, cultivos negativos y tinta china negativa. Durante la internación intercurrió con retención aguda de orina asociado a paresia y parestesias en ambos miembros inferiores. Se realizó RMN de columna lumbosacra que informa en el espacio epidural T12-S1 tejido de apariencia sólida con reducción de las dimensiones del conducto raquídeo que impresiona compromiso primario o secundario de la médula ósea y del espacio epidural. Con este resultado se decide realizar la punción aspiración de la médula ósea y biopsia de la cresta ilíaca derecha que en el estudio anatomopatológico evidenció células atípicas (75%) de aspecto linfocítico. Impresiona linfoma de alto grado con compromiso de canal medular. La citometría de flujo confirma diagnóstico Linfoma de Burkitt.

Conclusiones: La lumbalgia es uno de los motivos de consulta más frecuente en guardias externas, que suele ser subestimado o interpretado aislado del contexto clínico general del paciente. Por ello, es fundamental tener presente las alertas de lumbalgia, para correlacionarlos con el paciente que nos consulta. Por otra parte la asociación del HIV con los síndromes linfoproliferativos debe ser un punto de alerta en la atención médica de pacientes con estos antecedentes.

22255 - "ASOCIACIÓN INFRECUENTE DE ESCLEROSIS SISTÉMICA DIFUSA Y VASCULITIS ANCA CON AFECTACIÓN RENAL; DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE UNA FORMA DE PRESENTACIÓN GRAVE"

MERCE, L.; MOINE, G.; SANTOLAYA, I.; BLANDO, N.; GALLO, C.; ABDA-LA, M. - Hospital Centenario

Introducción: La coexistencia entre esclerosis sistémica y vasculitis ANCA es un evento muy inusual. Ambas pueden desarrollar compromiso renal, con distinta base fisiopatológica, por lo cual es importante discernir entre daño vasculítico inflamatorio y vasculopatía esclerodérmica, debido a que difieren ampliamente en su terapéutica.

Caso Clínico: Mujer de 31 años con diagnóstico de esclerosis sistémica cutánea difusa (dcSSc) a los 11 años (anticuerpo anti Scl-70 positivo) y enfermedad pulmonar intersticial difusa sin tratamiento específico, seguimiento irregular, internación reciente en otro efector por insuficiencia renal interpretada secundaria a crisis esclerodérmica por lo cual se instaura enalapril. Consulta por cuadro de náuseas y dolor epigástrico de 48 horas de evolución, asociado a diarrea acuosa y disminución del ritmo diurético, con empeoramiento de su injuria renal. Laboratorio: hematócrito 31%, leucocitos 7160/mm³, plaquetas 241000/mm³, eritrosedimentación 120 mm/h, urea 56 mg/dl, creatinina 2,13 mg/dl, PCR 24,1 mg/l, ANCA-P 1/640, antimieloperoxidasa 200 UI/ml. Proteinuria en orina aislada 5,48 gr/lt. Campo cubierto de hemafes dismórficos. Se realiza punción biopsia renal, cuya anatomía patológica informa "glomerulonefritis pauci-inmune extracapilar con lesión necrotizante segmentaria y semilunas fibrocélulares y fibrosas, atrofia tubular mayor al 50%". Se arriba al diagnóstico de vasculitis asociada a ANCA (AAV) e inicia tratamiento con ciclofosfamida. Intercurre al mes con hemoptisis y desaturación, interpretándose como hemorragia alveolar difusa con progresión de la insuficiencia renal (creatinina 5.04 mg/dl). Se indica pulso de corticoides, plasmaféresis y rituximab.

Conclusiones: Se enfatiza la dificultad en el abordaje terapéutico considerando que el tratamiento de inducción con alta dosis de corticoides para la AAV puede ser perjudicial por el riesgo de desencadenar crisis renal esclerodérmica (prevalencia reportada de 5-7% en dcSSc). Sin embargo, su omisión aumenta la morbimortalidad en las vasculitis asociadas a ANCA.

22259 - GOMERULONEFRÍTIS PAUCIINMUNE SERO NEGATIVA

PEREIRA, A.; BOGARIN ENCINA, A.; SARMIENTO, M.; PRATES, R.; ARANDA, M.; ANTUNEZ, B. - HEA Dr. Ramón Madariaga

Introducción: La glomerulonefritis pauciinmune es una vasculitis de pequeños vasos poco frecuente asociada a glomerulonefritis rápidamente progresiva que puede llevar a una insuficiencia renal en días o semanas. Presenta una incidencia de 3.1 por millón de habitantes siendo más frecuente en caucásicos, varones y personas mayores de 65 años. Se describen dos tipos según la presencia o ausencia de anticuerpos ANCA. Siendo las ANCA positivas las más frecuentes alrededor del 90% de los casos. Clínicamente se presenta como una vasculitis renal limitada con hematuria, proteinuria, HTA, insuficiencia renal, o como una vasculitis sistémica con fiebre, astenia, artralgias, pérdida de peso y mialgias. El diagnóstico se realiza detectando la presencia de anticuerpos ANCA en suero y la biopsia renal. El tratamiento consiste en corticoides asociados a inmunosupresores.

Caso Clínico: Femenina de 30 años sin antecedentes patológicos, cursando puerperio mediato de parto vaginal a término complicado con preeclampsia, que inicia 1 semana posterior al parto con equivalentes febriles, dolor abdominal en hipogastrio que irradia hacia fosa lumbar. El cual progresa con astenia, disnea clase funcional IV. Al laboratorio Hto 30%, Hb 9,8 g/dl, (VCM 88 fl, HCM 29 pg, ADE 14,5%), leucocitos 5810 /mm³, plaquetas 88000 /mm³, uremia 116 mg/dl, creatinina 5,76 mg/dl IFG 9,1 ml/min. Ph 7,35 mmHg, COH3 19,8 mmol/l. Se decide iniciar diálisis de urgencia. Se realiza ecografía abdominal que evidencia dilatación pielocalicial izquierda. Se tomaron hemocultivos y urocultivo resultando positivos para E coli, se asume cuadro como sepsis a foco urinario y cumple 14 días con antibiótico dirigido. Ante la persistencia de registros febriles con foco resuelto y falta de mejoría de la función renal pasado el cuadro infeccioso. Se realiza orina 24 hs con proteinuria de 1.67g/dl, perfil autoinmune resultando negativo para todas las determinaciones. Biopsia renal que informo glomerulonefritis pauciinmune asociada a pielonefritis crónica. Por lo que en conjunto con nefrología se decidió el inicio de terapia inmunosupresora con buena respuesta, actualmente continua con falla renal sin necesidad de diálisis.

Conclusiones: Se presenta este caso debido a la baja incidencia y prevalencia de esta patología. Siendo las glomerulonefritis pauciinmunes ANCA negativas menos frecuentes que las ANCA positivas y que tienen peor pronóstico renal debido al retraso en el diagnóstico y por presentar mayor daño a nivel glomerular (esclerosis y fibrosis glomerular), afectando en menor medida a nivel sistémico respecto a las ANCA positivas.

22289 - NEFRITIS INMUNOLÉRGICA SECUNDARIA A DRESS EN PACIENTE CON SEPSIS

SCHMIDT, P. - Hospital Jose Maria Cullen

Introducción: El síndrome de DRESS (Drug Reaction with Eosinophilia and Systemic Symptoms) es una reacción de hipersensibilidad grave inducida por fármacos, caracterizada por fiebre, rash cutáneo, eosinofilia y compromiso multiorgánico. Es una entidad poco frecuente pero potencialmente mortal, con una incidencia estimada de 1 a 10 casos por cada 100,000 exposiciones a fármacos a nivel mundial. El compromiso renal, en forma de nefritis intersticial aguda (NIA), es una complicación infrecuente que puede evolucionar con insuficiencia renal aguda, motivo por el cual se decide reportar este caso.

Caso Clínico: Paciente femenina de 43 años, con antecedente de hipotiroidismo, ingresa a nuestro nosocomio en contexto de shock séptico secundario a enfermedad inflamatoria pélvica grado IV. Se realiza laparotomía exploradora con anexectomía derecha y, en el postoperatorio, pasa a la unidad de cuidados intensivos, iniciando antibioticoterapia empírica con ceftriaxona, metronidazol y doxiciclina. Durante su evolución, presenta persistencia del absceso tubo-ovárico, por lo que se realiza una relaparotomía exploradora (RELE) y se decide modificar el esquema antibiótico a vancomicina, piperacilina-tazobactam y doxiciclina. Posteriormente, desarrolla insuficiencia renal aguda, eosinofilia, rash cutáneo e hipertransaminasemia, por lo que se arriba al diagnóstico de síndrome de DRESS con NIA. Se inicia tratamiento con corticoterapia sistémica, logrando una mejoría clínica progresiva y una normalización gradual de los parámetros de laboratorio.

Conclusiones: Este caso destaca la importancia de la sospecha temprana de nefritis intersticial aguda en el contexto del síndrome de DRESS, especialmente en pacientes con deterioro multiorgánico y exposición a múltiples esquemas antibióticos, ya que el diagnóstico y tratamiento oportunos pueden mejorar el pronóstico y reducir la morbilidad asociada.



22318 - LO QUE OCULTA LA FALLA RENAL: UN RETO DIAGNOSTICO

MARTINEZ, J.; VOGEL OLIVER, I.; GALLO, J.; PIZURNO, C.; COULLERI, M.; SANTANA, S. - Policlínico PAMI 1

Introducción: La leucemia de células plasmáticas (LCP) es una neoplasia muy infrecuente y agresiva, caracterizada por la presencia de altos recuentos de plasmocitos circulantes en sangre periférica. Representa el 1-2% de todas las gammopatías monoclonales clasificándose en dos formas: 1) LCP primaria: se presenta "de novo" en fase leucémica, sin evidencia de mieloma múltiple (MM); representando el 60-70% de los casos. 2) LCP secundaria: cuando aparece como consecuencia de la transformación leucémica de un MM previo, representando el 30-40% de los casos. Suele seguir un curso fulminante con una sobrevida entre 8 y 12 semanas a pesar de tratamiento oportuno.

Caso Clínico: Presentamos el caso de una paciente de 78 años con antecedentes de HTA, DBT tipo 2 no insulino requiriente, ex tabaquista y depresión. Ingresa por cuadro de 48 hs de evolución caracterizado por disnea progresiva, niega fiebre, tos y otros síntomas acompañantes. Al examen físico se encontraba con mal estado general, regular mecánica respiratoria, hipoventilación bibasal y roncus bilaterales. En el laboratorio: anemia normocítica normocrómica (hto: 20.3 % y hb 7.2 g/dl), leucocitosis 36200/mm3 (N: 50%, L: 47%), plaquetopenia (55000/mm3), uremia 251 y creatinina de 16 mg/dl, pH 7,19 y bicarbonato 12, 2 meq/L. Se interpretó inicialmente como una acidosis metabólica por falla renal aguda oligúrica asociada a insuficiencia respiratoria. Se decide su pase a terapia intensiva con vinculación a ARM y hemodiálisis diaria. Intercurrió con neumonía asociada a ventilador para lo cual completó tratamiento con meropenem, vancomicina y colistin. Por bicitopenia y leucocitosis se realizó FSP con presencia de células plasmáticas mayor a 20% e inmunofenotipo por citometría de flujo con resultado compatible con LCP, iniciándose corticoides a la espera de tratamiento oncológico específico. Por estabilidad clínica pasa a sala general, evolucionando afebril, persistencia de oligoanuria, en diálisis trisemanal, con requerimiento de oxígeno a bajo flujo. Presentó mala evolución, con insuficiencia respiratoria y depresión del sensorio y finalmente falleció.

Conclusiones: La insuficiencia renal aguda como forma de presentación de la LCP es muy frecuente, como en este caso. Interesa la presentación ya que nuestra paciente mostró similares características a las descritas en la literatura; tratándose de una entidad inusual y altamente agresiva, con un pronóstico ominoso a pesar de tratamiento específico oportuno.

22337 - VASCULITIS ANCA P EN CONTEXTO DE UN PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL AGUDA

GARCIA GIESER, J.; PENNINI, M.; REGINA, B.; PODESTA, C.; RANIERI, A.; CRESPI, C. - Hospital San Juan de Dios

Introducción: La vasculitis ANCA P es una enfermedad inflamatoria compleja que afecta los vasos sanguíneos de pequeño y mediano calibre. Se caracteriza por la presencia de autoanticuerpos llamados ANCA P. Es una condición rara, con una incidencia estimada de 2 a 5 casos por millón de habitantes al año.

Caso Clínico: Paciente femenina de 63 años de edad con antecedentes de tabaquismo severo y en estudio por adenopatías mediastinales, ingresa por presentar polineuropatía de 6 meses de evolución asociado a insuficiencia renal aguda. Durante la internación y desconociendo la causa de la insuficiencia renal aguda, se amplía el panel diagnóstico solicitando estudios inmunológicos que incluyeron la determinación de ANCA C, ANCA P y biopsia renal. El informe de la biopsia renal fue un cuadro morfológico con perfil de inmunofluorescencia correspondiente a glomerulonefritis pauci-inmune de tipo mixta asociada a ANCA - MPO. Se realizó tratamiento con 3 ciclos de pulsos de metilprednisolona 500 mg y ciclofosfamida 1 gramo cada 21 días con respuesta favorable.

Conclusiones: La identificación de ANCA-MPO positivo y el hallazgo de glomerulonefritis pauci-inmune en la biopsia renal subrayan el papel clave de los autoanticuerpos en la fisiopatología de la insuficiencia renal aguda en el contexto de vasculitis ANCA-P. Este caso resalta la importancia de sospechar este diagnóstico en pacientes con insuficiencia renal aguda de causa no filiada, especialmente cuando existen manifestaciones sistémicas como la polineuropatía. La detección temprana y el tratamiento inmunosupresor adecuado, como los pulsos de metilprednisolona y ciclofosfamida, son fundamentales para mejorar el pronóstico y prevenir el daño renal irreversible.

22319 - DE LA SED A LA CRISIS: UN CASO DE HIPERNATREMIA HIPODÍPSICA Y SU VÍNCULO CON LA RABDOMIOLISIS

ROSALES SAGGIORO, E.; ROJO, L.; RECIO, M.; CAMPETELLA, C.; DI RADO, M.; PASCUAL, P. - Argerich

Introducción: La hipernatremia hipodipsica (HH) es un trastorno del sodio que produce un aumento patológico debido a la ausencia del mecanismo de la sed y al defecto de los osmorreceptores hipotalámicos. Las causas son neoplásicas (50%), granulomatosas (20%) o vasculares (15%). La hipernatremia afecta a niños, adultos mayores y pacientes con patologías que les impide ingerir líquidos. Los trastornos hidroelectrolíticos son causa de miopatía con rabdomiolisis, siendo la hipernatremia una causa poco frecuente.

Caso Clínico: Varón de 53 años con antecedentes de hemorragia subaracnoidea aneurismática en 2018 con requerimiento de clip endovascular con infarto frontotemporal, secuela motora y en la memoria a corto plazo. Cursó internación previa por hipernatremia idiopática. Acude a servicio de emergencias por somnolencia, desorientación temporoespacial y negativismo a la ingesta de 72 hs de evolución. Se constata paciente hemodinámicamente estable y afebril, sin progresión del foco motor secuelar. Se realiza laboratorio que evidencia policitemia (HTO 51.4%, Hb 15.7 g/dl), injuria renal aguda (Urea 188 mg/dl, Cr 3.73 mg/dl), aumento de las transaminasas (GOT 273 UI/l y GPT 255 UI/L), CPK elevada (1693 UI/L) e hipernatremia severa (179 mmol/l). Osmolaridad plasmática elevada (397.17 mOsm/kg), en ausencia de mecanismo de la sed, diuresis conservada, sin poliuria (Ritmo Diurético 1,5 diario). Tomografía de cerebro sin hallazgos agudos. Se interpreta cuadro como hipernatremia hipodipsica secundario a antecedente vascular, por lo que realiza descenso progresivo del sodio con hidratación con mejoría de la clínica y los parámetros de laboratorio.

Conclusiones: La hemorragia subaracnoidea secundaria a rotura de un aneurisma representa el 85% de los casos. Si éste se ubica en la arteria comunicante anterior del polígono de Willis, puede generar secuelas mnésicas y trastornos hipotalámicos, como alteración en el mecanismo de la sed. Los osmorreceptores ubicados en el hipotálamo anterior son los responsables de controlar este proceso para mantener la osmolaridad plasmática (Osmp). Los trastornos mnésicos provocan hipodipsia que profundizan la deshidratación y la hipernatremia. En el adulto consciente, la ausencia de sed asociado a valores de Osm_p >305 mOsm/kg y sodio >150 mEq/L, es diagnóstico de HH. Por otro lado, la hipernatremia es causa infrecuente de rabdomiolisis. Al intentar expulsar el sodio mediante las bombas Na/K-ATPasa y Ca-ATPasa, produce un agotamiento energético que activa proteincinasas y consecuente daño muscular. Esto explicaría el aumento de la CPK y alteración de las transaminasas en nuestro paciente. **CONCLUSIÓN:** La ausencia de sed, la hipernatremia y la historia de hemorragia subaracnoidea por aneurisma de arteria comunicante anterior, con mecanismos de reabsorción renal conservados, ayudan a identificar la HH. Al ser una entidad poco frecuente, conlleva un desafío diagnóstico y seguimiento estricto para evitar complicaciones como daño muscular e injuria renal por rabdomiolisis.

22355 - NEFROPATÍA LÚPICA. LA CONSTRUCCIÓN DE UN DIAGNÓSTICO.

BOTTARELLI, A.; CABALLINI, P.; CESCHINI, G.; CASTRICINI, J.; ZANAR-DI, L.; IVANCICH, G. - Hospital de Emergencias "Dr Clemente Alvarez"

Introducción: La afectación renal por el lupus eritematoso sistémico (LES) se conoce como nefritis lúpica (NL) y constituye la afectación orgánica grave más frecuente, hasta el 60% de los pacientes con LES pueden llegar a tener NL durante el curso de su vida. Su presencia aumenta la mortalidad y la morbilidad, entre otros motivos por el riesgo de enfermedad renal crónica con necesidad de tratamiento sustitutivo en alrededor de un 25% de los pacientes. La insuficiencia renal aguda (IRA) en contexto de NL como presentación inicial de LES es una situación conocida pero infrecuente.

Caso Clínico: Paciente femenina de 18 años sin antecedentes conocidos es derivada a nuestro efector por cuadro caracterizado por petequias, náuseas, vómitos de 48hs de evolución asociado a un episodio de melena interpretado en un primer momento como púrpura trombocitopénica inmune. Constatando anuria en las primeras 24 hs de internación. Al examen físico: TA 125/70 mmHg, FC 60 lat/min, FR 16 ciclos/min, T° 36,7, Sat O2 98 % (al 0,21), Tilt test positivo. Petequias en cara, fauces, tronco, abdomen y miembros inferiores que no desaparecen a la vitropresión. Abdomen: blando, depresible, indoloro, ruidos hidroaéreos conservados. Bazo palpable dos traveses de dedo por debajo de reborde costal, indoloro. Edema facial e infrapatelar godet+. Laboratorio: Hto 34, Hb 12, GB 8670, plaquetas 11000 mm3, glucemia 124mg/dl, urea 104 mg/dl, creatinina 3,4 mg/dl, Na 131 mEq/L, K4,6 mEq/L. Orina completa: color marrón, turbio con sedimento alterado: proteinuria, hematuria, hemoglobinuria y reacción inflamatoria. FENA <1. Serologías enfermedades de transmisión sexual: negativas. FAN 1/640 patente moteado. C3 91 mg/dl; C4 17 mg/dl. ENA 46 U y Orina 24hs: Diuresis 6100 ml/24hs proteinuria 6.53 gr/24hs Ecografía abdominal: sin visceromegalías, riñones en situación, tamaño normal y espesor córtico medular normal, sin líquido libre. A su ingreso se sospecha glomerulonefritis rápidamente progresiva en contexto de función renal normal 24hs previas asociado a anuria y sedimento urinario patológico sin respuesta a fluidoterapia vigorosa por lo que se inició tratamiento inmunosupresor con pulsos de corticoides, inmunoglobulina, ciclofosfamida y terapia de reemplazo renal por ausencia de respuesta clínica inicial. Se realiza biopsia renal que informa necrosis tubular aguda. Por lo que ante paciente joven mujer y panel inmunológico compatible se externa, pudiendo desvincularse de hemodiálisis y normalizando función renal en tratamiento con prednisona e hidroxycloquinina con control pautado con reumatología y nefrología; quienes deciden realizar segunda punción biopsia que arroja como resultado: nefritis lúpica mesangial tipo II.

Conclusiones: Presentamos el caso para destacar la significancia del comportamiento clínico de esta entidad y la importancia de instaurar tratamiento oportuno ante la sospecha de nefropatía lúpica a pesar de tener una biopsia no concluyente. Pudiendo así evitar en una paciente joven la vinculación definitiva a terapia de reemplazo renal.





22343 - SÍNDROME DE ACORTAMIENTO TELOMÉRICO EN PACIENTE FIBROSIS PULMONAR ASOCIADO A SÍNDROME HEPATOPULMONAR: REPORTE DE CASO.

GONZALEZ, K.; USSHER, P. - Italiano de Buenos Aires

Introducción: La fibrosis pulmonar idiopática es una enfermedad progresiva que resulta de la activación anómala de células epiteliales tras una lesión, causando proliferación de fibroblastos y alteración del parénquima, lo que lleva a pérdida de función pulmonar. Diversas etiologías genéticas, incluido el síndrome de acortamiento telomérico (STS), están implicadas. Estos síndromes se heredan de manera autosómica dominante, provocando pérdida de la longitud de los telómeros, acelerando la muerte celular y afectando a órganos con alta tasa de recambio celular

Caso Clínico: Paciente masculino de 51 años con cuadro de 2 meses de evolución de tos progresiva y disnea de moderados esfuerzos. Sus antecedentes incluían encañecimiento temprano desde los 17 años, obesidad grado 1, hiperuricemia, no tóxicos, ni antecedentes familiares. Al examen físico evidencia acropaquia e hiperpigmentación de la piel. Laboratorios con alteración del hepatograma con patrón mixto y Hallazgos en Tomografía de tórax compatibles con Neumonía intersticial fibrótica, por tanto se solicitan pruebas de función pulmonar con DLCO disminuida 48% y pletismografía normal. Los estudios para enfermedad del tejido conectivo evidenciaron anticuerpo Antimúsculo liso 1/40 compatible con anti actina. Subclases de Inmunoglobulina G con aumento de IgG1 e IgG4 dos veces el valor de referencia. Resto de perfil inmunológico incluyendo perfil para miopatías negativo. Se realiza doppler hepático con hallazgo de hígado de aspecto cirrótico, con biopsia compatible con Hepatopatía crónica criptogénica, asociado a Hipertensión portal significativa evidenciado en manometría; constituyendo Síndrome hepatopulmonar asociado. Por todo lo anterior se sospechó EPID secundaria a síndrome de acortamiento telomérico, se solicitó toma de criobiopsia pulmonar y Panel genético para Enfermedad Pulmonar Intersticial con detección de la variante TERC n.79C>T, confirmando el diagnóstico

Conclusiones: El STS es una causa poco común de enfermedades terminales en diversos órganos, presenta un desafío significativo por la baja sensibilidad de las pruebas diagnósticas actuales. Esta deficiencia en la detección temprana y precisa complica el diagnóstico y manejo adecuado. Comprender la abre la puerta a la investigación y desarrollo de futuras opciones terapéuticas, mejorando así la calidad de vida y los resultados a largo plazo

22348 - LA VISIÓN DEL PULMÓN EN LA ADICCIÓN POR COCAÍNA.

HERNANDEZ, R.; COMACCHIO, F.; PASSINI, M. - Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: El consumo de cocaína en la actualidad se considera frecuente, especialmente a nivel de Latinoamérica, es una de las sustancias psicoactivas más utilizadas. La forma inhalada es la principal, esto aumenta el riesgo de afecciones en la vía aérea. Presentándose desde un evento agudo como neumonitis hasta hipertensión pulmonar. La identificación correcta de los síntomas y la sospecha diagnóstica de la afección respiratoria secundaria al uso de cocaína, permite un manejo temprano y oportuno previniendo las complicaciones.

Caso Clínico: Paciente masculino de 21 años, con antecedente de tabaquismo y uso de marihuana y cocaína; con incremento de consumo de estas en la última semana. Ingresa a emergencias por cuadro clínico de 24 horas de evolución consistente en tos, disnea y fiebre, además pérdida de peso de aproximadamente 2 Kg en el último mes. Al examen físico taquípnea, estertores e hipoventilación generalizada. Se realiza tomografía de tórax que evidencia infiltrados bilaterales diseminados de distribución central, iniciamos ampicilina sulbactam + claritromicina + trimetoprim sulfametoxazol de manera empírica cubriendo gérmenes atípicos, se realizan serologías para hepatitis B y C, HIV y sífilis las cuales fueron no reactivas. Lavado broncoalveolar, con reporte de cultivos de líquido para hongos y bacterias con reporte negativo; PCR para COVID 19, Influenza y Pneumocystis jirovecii no reactivas. En reporte citológico muestra macrófagos pigmentados, por sintomatología de ingreso, presencia de patrón de vidrio esmerilado peribronquial, hallazgos citológicos y consumo de cocaína en forma de pasta base previamente en tiempo no mayor a 48 horas, se asocia cuadro clínico a Pulmón de crack, se suspende antibioticoterapia, se optimiza manejo para prevención de abstinencia con parches de nicotina y Lorazepam, posteriormente presenta adecuada evolución y se da egreso para continuidad de seguimiento integral de manera ambulatoria.

Conclusiones: El pilar terapéutico de esta patología se basa en manejo sintomático por la abstinencia que genera el cese de consumo, en caso de ser necesario complementar con corticoterapia y oxígeno suplementario según sea el daño estructural generado, o en el peor de los casos la intubación orotraqueal. El manejo de estos pacientes se debe realizar de manera integral con el fin de lograr abarcar los campos comprometidos cuando a áreas de la medicina se refiere. Pensar esta patología nos permite tener presentes el diagnóstico evitando inicio de manejos erróneos y complicaciones.

22374 - HIPERTIROIDISMO COMO ETIOLOGÍA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR: FISIOPATOLOGÍA Y DIAGNOSTICO TEMPRANO

SOLIS, G.; GIL FOLGAR, M.; DI RADO, M.; STALTARI, P.; PASCUAL, P. – Argerich

Introducción: El hipertiroidismo (HT) es una patología que se caracteriza por la producción y secreción de hormonas tiroideas en exceso, lo que a su vez produce hipermetabolismo y estimulación del sistema nervioso simpático, afectando la función cardiovascular. Se ha reportado una alta prevalencia de hipertensión pulmonar (HTP) en pacientes con hipertiroidismo (35%-65%). La mayoría de los pacientes no requiere tratamiento específico para HTP sino que suelen mejorar con el tratamiento antitiroideo.

Caso Clínico: Paciente de 42 años con antecedentes de tabaquismo, consulta por cuadro de disnea CF II/III, palpitations, temblores y edemas en MML de 2 meses de evolución. Al examen físico presenta taquicardia, un soplo sistólico 2/6 en foco aórtico y pulmonar, ingurgitación yugular 2/3 con colapso inspiratorio, edemas infrapatelares 1/6. Bocio tiroideo palpable, con soplo y exoftalmos leve. Se realiza laboratorio que evidencia TSH 0.01 µU/mL, T4L 3.45 ng/dL, T3 5.68 ng/mL, ATPO >1000 UI/ml; centellograma tiroideo con aumento de la captación en forma difusa a predominio de lóbulo izquierdo y un ecocardiograma con PSAP 51 mmHg. Se interpreta como Enfermedad de Graves y se inicia tratamiento con metimazol 30 mg/día y propranolol 40mg c/8 hs. Intercurre con paraparesia en contexto de hipokalemia severa la cual revierte con la reposición de potasio. Presenta mejoría del perfil tiroideo (TSH <0.01 µU/mL y T4 libre 2.30 ng/dL) luego de 2 semanas de tratamiento anti-tiroideo.

Conclusiones: La fisiopatología de la HTP en el HT es discutida, se propone un mecanismo multifactorial que involucra efectos directos de las hormonas tiroideas sobre la proliferación vascular pulmonar, sobre el sistema cardio-vascular y disfunción endotelial mediada por autoinmunidad. Los niveles elevados de hormona tiroidea pueden conducir a insuficiencia cardíaca de alto gasto y la circulación hiperdinámica podría causar disfunción endotelial en la vasculatura pulmonar, con proliferación intimal, remodelación y vasoconstricción aumentando las presiones vasculares pulmonares. Suele presentarse como disnea de esfuerzo, fatiga, dolor torácico y edema en miembros inferiores y el diagnóstico se establece mediante ecocardiograma en casi todos los casos. La mayoría de los pacientes no requieren tratamiento específico para la HTP observándose reducción de la PSAP con la mejoría de la función tiroidea mediante el uso de drogas antitiroideas. Es importante tener en cuenta la HTP asociada al hipertiroidismo de cualquier etiología como causa tratable y reversible de disnea. Su diagnóstico en etapa temprana de la enfermedad mejora el pronóstico.

22226 - UN DESAFÍO DIAGNOSTICO: SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ CON PRESENTACIÓN ATÍPICA EN PACIENTE FEMENINA DE 58 AÑOS

WILLIMAN, N.; LATTANZI, M.; UEHARA, R.; NASAZZI DODDI, P.; TRE-PAT, A.; GALIANO, A. - Sanatorio de la Mujer

Introducción: El síndrome de Guillain Barré es una neuritis autoinmune inflamatoria aguda cuyo tipo más común, en el 90% de los casos, es la polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda. El antecedente de enfermedad infecciosa está presente en un porcentaje de los pacientes, siendo los síntomas más frecuentes los gastrointestinales o respiratorios. El diagnóstico se establece con base en la evaluación clínica, complementada con punción lumbar y estudios electrofisiológicos.

Caso Clínico: Paciente de 58 años de edad con antecedentes de hipotiroidismo y dislipemia consulta por cuadro de 24 horas de evolución caracterizado por cuadriparesia progresiva que comenzó en miembros superiores, progresando a miembros inferiores acompañándose de disartria y disfagia. Laboratorio de ingreso sin alteraciones. Tomografía y resonancia de cráneo sin lesiones agudas. Se realiza punción lumbar: LCR cristal de roca, glucosa 76 proteínas 0.3 ácido láctico 19 elementos 3. Paciente intercorre con Paro Cardiorespiratorio, con ritmo de Fibrilación Auricular, por lo que se realizó maniobras de RCP avanzado con Cardioversión Eléctrica y asistencia ventilatoria mecánica, recuperando ritmo sinusal, con evidencia en ecocardiograma fey 20%. Posteriormente presenta Hemorragia Digestiva Alta, requiriendo inotrópicos, sin conducta activa por gastroenterología. Se realiza dosis de Gammaglobulina y se repite PL por alta sospecha de Guillain Barré, no modificando el curso clínico del cuadro. Se realizó laboratorio inmunológico y serologías virales que resultaron negativas: Anca C - Anca P - AC lúpico - Anti B2 glicoproteína - Anticuerpo Anti ENA - ATPO - Cardiolipinas- CMV - C3 - C4 - CH50 - ECHOVIRUS - VEB - FAN 1/40 moteado fino - VHC - VHB - AR látex - Rose Ragan - Coxsackie - Botulismo. Se solicitó Electromiografía: que arrojó hallazgos compatibles con polirradiculoneuropatía axonomielínica de los cuatro miembros, grado severo, con signos de denervación y sin signos de reinervación actual. En la actualidad la paciente presenta cuadriparesia, afasia de expresión, lúcida, vigil, comprende, no ejecuta, pir moe completos. Cursa internación en UTI a la espera de derivación a centro de rehabilitación, con asistencia mecánica ventilatoria por medio de traqueostomía, sin sedación.

Conclusiones: Consideramos oportuna la presentación de este caso clínico debido a la presentación atípica por la afectación temprana y severa a nivel axonal que manifestó nuestra paciente. Podría considerarse una AMAN (neuropatía axonal motora). En conclusión, el Síndrome de Guillain Barré es una enfermedad neurológica grave y potencialmente mortal, que requiere un diagnóstico oportuno y tratamiento multidisciplinario para evitar complicaciones y mejorar la calidad de vida de los pacientes.





22240 - ¿QUIEN DIJO QUE TODO ESTÁ PERDIDO?: TRATAMIENTO TARDÍO EN EL SÍNDROME DE GUILLAIN BARRÉ

PALLERO, R.; MARTINEZ AMEZAGA, I.; KILSTEIN, J.; D RICCO, A.; PERALTA, S. - Hospital Escuela Eva Perón

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polirradiculoneuropatía subaguda autoinmune. Hasta dos tercios de los pacientes presentan antecedentes de una infección gastrointestinal o respiratoria superior. Su incidencia mundial es de 1 a 2 casos por cada 100.000 personas por año. Si bien afecta a todos los grupos de edad, la incidencia aumenta aproximadamente un 20% con cada aumento de 10 años en la edad después de la prime-ra década de vida, a predominio de sexo masculino.

Caso Clínico: Varón de 49 años, sin antecedentes, ingresa por cuadro de 3 semanas de evolución, caracterizado por cuadriparesia flácida de instalación progresiva de distal a proximal. Niega antecedentes infecciosos recientes y traumatismos. Examen físico: PA 150/90 mmHg, FR 16 cpm. Plejía en ambos miembros superiores y paresia 2/5 en ambos miembros inferiores. Sensibili-dad táctil y al dolor conservados. Hiporreflexia generalizada. Babinski negati-vo. Reflejo nauseoso positivo. Control de esfínteres conservado. Escala de severidad de Hughes >2. Hemograma, función renal normales VES 6 mm/1^ohr PCR 1.6 mg/dl, sodio 139 mEq/l potasio 3.9 mEq/L Calcio 9.4 mg% fósforo 3.5 mg% magnesio 2 mg%. Líquido cefalorraquídeo: Cristal de Roca. Protei-nas 0.8g/l glucosa 0.73 g/l (Hemogluco-test 100mg%) Leucocitos 4 xmm3 (MMN 75%) Lactato 1.6 mmol/l . Electromiografía (EMG): Prolongación de latencias distales en cuatro miembros, compatible con polineuropatía desmielinizante crónica. Se realiza tratamiento con inmunoterapia intravenosa (IgIV) por 5 días con escasa respuesta. Por intercurrir con mala mecánica respiratoria y sospecha de afectación bulbar se deriva a terapia intensiva, requiere asistencia mecánica ventilatoria, y realiza nuevo ciclo de IgIV. El paciente no muestra cambios significativos en la evolución, por lo que se decide realizar 6 sesiones de plasmaféresis (PLEX). Se realiza nueva EMG que informa mejoría con respecto a la previa y evolución clínica favorable, recuperación ad integrum luego de 40 días de internación y es dado de alta.

Conclusiones: El SGB representa un desafío diagnóstico y terapéutico debido a su variabilidad clínica y pronóstico. La evidencia científica respalda fuertemente el inicio temprano del tratamiento, ya que los ensayos clínicos han demostrado que la administración de IgIV dentro de las primeras dos semanas del inicio de los síntomas mejora significativamente la evolución clínica y reduce la necesidad de asistencia ventilatoria. Asimismo, en pacientes con respuestas parciales o fluctuantes, la PLEX ha demostrado ser una opción eficaz. En este caso, el retraso en la instauración del tratamiento, por la demora en la consulta del paciente, pudo haber influido en la evolución prolongada del cuadro, destacando la importancia de la sospecha precoz y el abordaje terapéutico oportuno para optimizar los desenlaces clínicos.

22292 - SÍNDROME HIPOTALÁMICO POSTERIOR A RESECCIÓN DE MENINGIOMA.

SANCHEZ, R.; SEGURADO, M.; DONNOLA, L.; AGOSTINI, F.; CABRERA, L. - Hospital Italiano de Rosario

Introducción: El hipopituitarismo implica la pérdida de la función hormonal hipofisaria, en la cual pueden estar afectados uno, varios o todos los ejes hormonales. Este último caso se conoce como panhipopituitarismo. Sus manifestaciones clínicas son inespecíficas y dependen de la edad del paciente y del eje afectado. El hipopituitarismo es la consecuencia de enfermedades que reducen o destruyen la función secretora o interfieren con la secreción hipotalámica de hormonas hipofisarias. Puede ser el resultado de una disfunción hipofisaria (trastorno secundario) o hipotalámica (trastorno terciario), dicha disfunción puede ser transitoria o permanente.

Caso Clínico: Paciente femenina de 65 años ingresa por cuadro de una semana de evolución caracterizado por deterioro del sensorio, y astenia, asociados a registros de hipoglucemia. Niega fiebre, cefalea y alteraciones visuales. La paciente presentaba como antecedente de jerarquía exéresis de meningioma 3 semanas previas al ingreso. Por sospecha de hipopituitarismo secundario se solicitan cortisol (0,30 ug/dL), ACTH (<1,5 pg/mL), TSH (0,004 UI/mL), T4 (0,75 ng/dL), FSH (0,76 mUI/mL), LH (0,04 mUI/mL), somatomedina (11,34 ng/mL) y PRL (26,41 ng/mL). Por diagnóstico de panhipopituitarismo, se realiza tratamiento con hidrocortisona 50 mg cada 8 horas, y levotiroxina 100 mcg/día. Paciente intercorre con poliuria e hiponatremia, con osmolaridad plasmática aumentada, junto con osmolaridad urinaria disminuida, por este hallazgo, sospechando DBT insípida, se inicia prueba de desmopresina con buena respuesta clínica y de laboratorio. Se documentó además, notoria labilidad glucémica. Como examen complementario se solicita resonancia de cráneo, que informa en topografía de núcleos paraventricular y supraóptico alteración en brillo, con hipofísis indemne. Se interpreta este cuadro como síndrome hipotalámico secundario posterior a resección de meningioma. Luego de 3 semanas de estadía hospitalaria, paciente evoluciona favorablemente, por lo que se indica alta sanatorial con hidrocortisona 10 mg 8hs y 5 mg 18hs, levotiroxina 100 mcg/día, desmopresina 0,1 mg cada 12 horas, insulina 8UI pre cena, y seguimiento ambulatorio con servicio de endocrinología.

Conclusiones: Se estima, según los pocos estudios que hay en la literatura, una prevalencia de hipopituitarismo de 45,5 casos/100.000 habitantes y una incidencia de panhipopituitarismo de 4,2 casos/100.000 habitantes, siendo su causa más frecuente, de índole hipofisaria. Al momento, hay escasa bibliografía de panhipopituitarismo hipotalámico, no encontramos casos descriptos de esta causa. Presentamos este caso debido a la baja incidencia del panhipopituitarismo de causa hipotalámica, y con el fin de hacer hincapié en su manejo complejo y multidisciplinario.

22268 - UN ENIGMA NEUROLÓGICO EN EL SÍNDROME CONFUSIONAL

FAMULARO, M.; TRABACHINO, F.; PEDEMONTE, P.; BUFFARINI, G.; ANTUNEZ, L.; FINUCCI CURI, B. - Policlínico PAMI 1

Introducción: El síndrome confusional agudo (SCA) es una causa frecuente de consulta en los servicios de emergencia, especialmente en adultos mayores. Su abordaje diagnóstico debe ser amplio, ya que puede estar asociado a diversas etiologías, incluidas las infecciosas, metabólicas, tóxicas, neurológicas y paraneoplásicas.

Caso Clínico: Mujer de 59 años con antecedentes de HTA, tabaquista y etilista de jerarquía y trastorno psiquiátrico no filiado, sin adherencia a los tratamientos, que consulta por episodio de convulsiones tónico-clónicas generalizadas. Se realiza TAC de cráneo sin contraste que descarta lesiones agudas. Se indica tratamiento antiépiléptico y se otorga alta sanatorial. Reingresa a los cinco días por un nuevo episodio de convulsiones de iguales características y alteración del sensorio. Al examen físico presenta: SV: T = 37,4°C, FC = 70 lpm, saturación de oxígeno 96% (FiO2 0.21), FR 16 rpm. Se encuentra vigíl, orientada en persona, desorientada en tiempo y espacio, con lenguaje fluido, discurso incoherente, sin signos meníngeos ni focalidad neurológica. A la auscultación pulmonar presenta hipoventilación generalizada. La analítica sanguínea evidencia hiponatremia (Na 121 mEq/L). La radiografía de tórax muestra leve infiltrado bilateral. Se realiza punción lumbar que evidencia leve pleocitosis con FilmArray, cultivos y serologías negativos. La RMI cerebral informa hiperintensidad en T2/FLAIR en la región temporal profunda bilateral. La TAC de tórax detecta adenopatías mediastinales y una lesión nodular pulmonar. Se solicitan anticuerpos onconeuronales, resultando positivos anti-SOX1 (débil) y anti-GABAR B1/B2. La biopsia ganglionar mediastinal confirmó carcinoma neuroendocrino de células pequeñas. Tras descartar otras causas de síndrome confusional agudo, por cumplir los criterios para encefalitis autoinmune y en trabajo interdisciplinario con servicio de neurología, se establece el diagnóstico de encefalitis límbica paraneoplásica y se inician pulsos de corticoides con mejoría clínica. Actualmente se encuentra en proceso de tratamiento oncoespecífico.

Conclusiones: El síndrome confusional agudo (SCA) representa un desafío diagnóstico debido a su amplia gama de causas subyacentes. Interesa la presentación de este Caso Clínico, dada la baja frecuencia con la que se presenta la Encefalitis Límbica de origen paraneoplásico, y la dificultad diagnóstica, destacando la importancia del abordaje interdisciplinario para arribar al diagnóstico. La detección temprana de anticuerpos onconeuronales y la búsqueda de neoplasias subyacentes permiten un abordaje oportuno que mejora el pronóstico y la sobrevida del paciente.

22321 - CUANDO LA REVERSIBILIDAD NO OCURRE: CASO DE ENCEFALOPATÍA REVERSIBLE LEVE DEL ESPLENIO

AZCONA, M.; RUIZ, D.; BUASSO, P.; DI RADO, M.; STALTARI, P.; PAS-CUAL, P. - Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich

Introducción: La encefalopatía leve con lesión reversible del esplenio del cuerpo calloso (MERS) es una entidad clínico-radiológica infrecuente en adultos. Se distinguen dos tipos según la extensión radiológica: MERS tipo 1 en el cual la lesión se limita al esplenio del cuerpo calloso (ECC), y MERS tipo 2 donde la lesión se extiende a estructuras subcorticales. La fisiopatología exacta se desconoce y su presentación clínica es variable. El diagnóstico se realiza mediante resonancia magnética y no cuenta con un tratamiento específico.

Caso Clínico: Varón de 39 años con antecedentes de consumo de sustancias (alcohol, marihuana, cocaína) consulta por cuadro de cefalea holocraneana de 6 días de evolución, asociado a conductas aberrantes en las últimas 24 horas. Al examen físico se constata paciente desorientado y con excitación psicomotoriz, sin foco motor ni signos meníngeos. Se solicita laboratorio sin particularidades. Serologías para HIV, sífilis, hepatitis B y C negativas. Complemento y B12 normales. Tomografía de cerebro sin hallazgos patológicos. Se realiza punción lumbar que evidencia hiperproteínoorraquia. Se indica empíricamente aciclovir por 48 hs que suspende tras resultados negativos de PCR para panel viral, bacteriano, fúngico y tuberculosis. Anticuerpos anti mog y anti aquaporina 4 negativos. EEG sin actividad comicial. En ausencia de diagnóstico evidente, se solicita resonancia magnética con gadolinio: imágenes hiperintensas en T2 y FLAIR e hipointensas en T1 que restringen en difusión y no captan gadolinio en el esplenio del cuerpo calloso, sustancia blanca periventricular, coronas radiadas, centros semioviales y la sustancia blanca subcortical bifrontoparietal. Se indica metilprednisolona 1 gr ev por 3 días y tiamina parenteral en altas dosis, sin respuesta clínica. Se interpretó el cuadro como MERS atípico. Habiendo pasado un mes del inicio del cuadro el paciente continúa con signos de encefalopatía y sin mejoría en imágenes.

Conclusiones: El síndrome de MERS se caracteriza por un pródromo de fiebre, cefalea y vómitos, seguido por alteraciones del comportamiento y de la conciencia. Su fisiopatología no está completamente aclarada, se asocia a edema citotóxico secundario a drogas, toxinas, infecciones y vasculopatías entre otros. La RMN es la prueba de elección para su estudio. Se identifican lesiones hipointensas en T1, hiperintensas en T2 y FLAIR, con presencia de restricción a la difusión y sin realce con contraste. Pueden ser únicas en el ECC (92%) o extracallosas (8%). Su tratamiento es inespecífico, sin respuesta a corticoides e inmunoglobulinas. Si bien se considera de buen pronóstico y suele resolver en semanas, se describen casos donde el cuadro persiste por meses. Conclusión. Si bien el MERS es una entidad inicialmente descrita como autolimitada y reversible clínica y radiológicamente en semanas, existen casos como el expuesto donde la resolución es más tórpida. El compromiso del ECC evidenciado por RMN hace el diagnóstico.

**22322 - INFARTO DE LA ARTERIA DE PERCHERON: VARIANTE ANATÓMICA Y DESAFÍO DIAGNÓSTICO.**

PICARDI, M.; SOLIS, G.; RODRIGUEZ, C.; TORRES, V.; MADDALENA, N.; SANCHEZ, C. - Hospital Argerich

Introducción: La arteria de Percheron (AP) es una variante anatómica de la circulación cerebral, en la que una rama de la arteria cerebral posterior (ACP) irriga a ambos tálamos y en forma variable al mesencéfalo. El infarto de la arteria de Percheron (IAP) es una entidad infrecuente y constituye un desafío diagnóstico. Representa el 0,1-0,2% de todos los infartos cerebrales.

Caso Clínico: Varón de 55 años de edad, con antecedentes de HTA, DBT tipo 2, enolismo y tabaquismo, que ingresa al hospital por deterioro del senso-rio y alteraciones visuales de 24 hs de evolución. Al examen físico se observa deterioro del sensorio (Glasgow 9/15), midriasis fija bilateral, sin foco motor ni signos meníngeos, asociado a emergencia hipertensiva, lo que requirió IOT/ARM y drogas titulables para manejo de la TA. Se realiza TC de encéfalo sin hallazgos patológicos. Inició tratamiento empírico con tiamina, AAS, atorvastatina y alimentación enteral. En RMN de cerebro se constata restricción de la difusión a nivel bitalámico, por lo que se interpreta como ACV isquémico secundario a IAP. Se realiza ecocardiograma que evidencia miocardiopatía hipertrófica con obstrucción del tracto de salida del ventrículo izquierdo, por lo que se agregan betabloqueantes al tratamiento. La angioRMN de cerebro informa imágenes de aspecto secular vascular lacunar en el sector medial bitalámico y mesencéfalo, reducción global del calibre de la ACP derecha y de arteria vertebral derecha. El paciente evoluciona favorablemente con tratamiento médico y rehabilitación kinesiomotora. Se otorga el alta luego de 45 días de internación, con seguimiento ambulatorio multidisciplinario.

Discusión: La AP es una variante poco común de la arteria paramediana, en la que una única rama de la ACP irriga la región paramediana de ambos tálamos, con irrigación variable del mesencéfalo rostral. Clínicamente, la triada clásica del IAP incluye trastornos del nivel de conciencia (somnia, confusión, coma), con fluctuación en el período agudo, trastornos oculomotores (parálisis de la mirada vertical), y trastornos cognitivo-conductuales. La TC de cerebro puede ser normal inicialmente. Los criterios para el diagnóstico de IAP se basan en las imágenes y consisten en infarto sincrónico de ambos tálamos en la región paramediana, con o sin afectación mesencefálica rostral, documentado por RMN de cerebro con difusión. Conclusión: El IAP es una causa infrecuente de ACV caracterizado por infarto bilateral del tálamo, tiene una presentación variada e inespecífica. Las manifestaciones clínicas más frecuentes son alteración del nivel de conciencia, trastornos oculomotores y alteraciones cognitivo-conductuales. Es esencial un alto nivel de sospecha para un diagnóstico y tratamiento oportunos. Ante un cuadro clínico compatible, los estudios por imagen, principalmente la RMN de cerebro con difusión, resultan fundamentales para su correcto diagnóstico. El infarto bitalámico es el hallazgo más característico.

22342 - PARÁLISIS DEL VI PAR: UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO

ZANOTTI, F.; CROGNOLETTI, L.; CACCHIARELLI, A.; GENTILE, M. - PAMI 2

Introducción: El nervio craneal ocular más comúnmente afectado de forma aislada es el VI par. Generalmente surge de una lesión adquirida en cualquier lugar a lo largo de su recorrido, entre la protuberancia y el músculo recto externo. Las causas más frecuentes son las neoplasias, la enfermedad vascular y el trauma. En pacientes diabéticos la mononeuropatía craneal suele afectar a los nervios III, IV y VI, siendo más frecuente en adultos con diabetes de larga evolución, con mal control glucémico, hipertensión arterial y dislipidemia.

Caso Clínico: Hombre de 66 años de edad con antecedentes de diabetes tipo II no insulino-requiere de 10 años de evolución sin controles, hipertensión arterial sistémica (HTA), parálisis facial periférica 5 años previos al ingreso, dislipidemia y obesidad grado I. Tratamiento farmacológico diario: enalapril 20 mg, metformina 1g, sitagliptina 100 mg hidrocortizida 12.5 y atorvastatina 10 mg. Consulta a guardia por cuadro de 12 h de evolución caracterizado por diplopía súbita asociado a crisis hipertensiva (220/110 mmHg) acompañado de dolor ocular izquierdo no irradiado. Al examen físico se constata diplopía monocular ipsilateral con imposibilidad para la abducción. Pupilas isocóricas, reactivas y simétricas. Sin ptosis palpebral. Desviación de comisura labial ipsilateral secular. Laboratorio: glucemia 347 mg/dl; Vitamina B12 263 pg/ml; hemoglobina glicosilada 12%; microalbuminuria 65 mg/l; TSH 0.6 U/ml. Se inicia tratamiento antihipertensivo, se solicita tomografía axial computada (TAC) de cráneo sin contraste endovenoso que informa lesiones crónicas vinculadas a microvasculatura, descartando lesiones isquémicas agudas, y angiografía magnética nuclear cerebral (RMN) que informa lesiones hiperintensas en FLAIR- y T2 en sustancia blanca de probable origen isquémico crónico. Se realiza fondo de ojo que evidencia: pequeñas hemorragias nasales en papila izquierda. Se interpreta como mononeuropatía diabética del VI par craneal. Se instaura tratamiento antiagregante, estatinas, vitaminas complejo B e insulínización. Así mismo se optimiza el tratamiento antihipertensivo. Se indica al alta seguimiento por oftalmología, neurología y diabetología.

Conclusiones: El diagnóstico de las mononeuropatías diabéticas es de exclusión. El mal control glucémico y la diabetes de larga duración, así como la presencia de hipertensión arterial y dislipidemia, aumentan el riesgo de desarrollar neuropatía diabética y empeoran su evolución. El principal tratamiento incluye el control de los niveles de glucemia y hemoglobina glicosilada así como optimizar el tratamiento de la presión arterial y de la dislipidemia.

22323 - SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ: DIAGNÓSTICO Y EVOLUCIÓN DE LA VARIANTE AMSAN EN UN CASO CLÍNICO, IMPORTANCIA DE LA TERAPÉUTICA TEMPRANA.

HUAMAN QUISPE, L.; GAGLIARDO, A.; PISANO RIGGIO, L.; BOUZAT, J.; PASCUAL, F. - Argerich

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es una polineuropatía aguda inmunomediada desmielinizante. Su variante axonal motora-sensitiva aguda (AMSAN) es poco frecuente y grave. Implica la degeneración axonal de las fibras nerviosas. Se caracteriza por debilidad motora rápidamente progresiva, dolor, arreflexia y pérdida de la sensibilidad. Su diagnóstico clínico representa un desafío.

Caso Clínico: Paciente masculino de 78 años sin antecedentes de relevancia consulta por dolor dorso lumbar asociado a debilidad progresiva ascendente de cuatro miembros e incontinencia urinaria de 20 días de evolución. Al examen físico lúcido, pares craneales conservados, debilidad motora a predominio de grupos musculares distales con hiporreflexia y parestesias con distribución en bota y guante e hiperalgesia en cara dorsal de mano y pie. Evoluciona rápidamente con cuadríparecia severa y episodio de retención aguda de orina. Se realiza laboratorio que presenta plaquetopenia 79000/mm³ y serologías que resultaron negativas. Resonancia magnética de columna y cerebro sin hallazgos relevantes. Se realiza punción lumbar que evidencia disociación albúmino-citológica con proteínas 0.84 g/L y células <5/mm³, directo y FilmA-r ray negativo. Por sospecha de SGB se indica tratamiento con infusión de gammaglobulinas; se realiza electromiograma (EMG) que informa inexcitabilidad sensitiva de todos los nervios estimulados, inexcitabilidad motora y reducción de la amplitud motora, severa neuropatía sensitivo-motora axonal con signos de denervación y reinervación actual, se interpreta cuadro como SGB variante AMSAN. Evolución con leve mejoría de los síntomas motores y sensitivos, se deriva centro de rehabilitación.

Conclusiones: La variante axonal AMSAN es una forma de presentación atípica del SGB. La infección por *Campylobacter* Jejuni está asociada con más frecuencia en las variantes axonales. Presenta una evolución desfavorable debido a la dificultad en el diagnóstico temprano. El EMG y estudios de conducción nerviosa que confirman el diagnóstico, son fundamentales para diferenciar las distintas variantes de esta patología, y adecuar la elección de tratamiento y planificar la rehabilitación. Las variantes axonales que se presentan con fenotipo grave, según la escala de discapacidad del SGB, establecen iniciar terapéutica con serie de plasmáferesis y corticoterapia o corticoterapia asociado a gammaglobulinas; en el estadio inicial de la enfermedad se recomienda el uso de corticoides lo que mejora el pronóstico. La variante AMSAN presenta un desafío diagnóstico por la variabilidad de presentación clínica; cursa con una peor evolución cuando el tratamiento es tardío. La recuperación del daño axonal puede demorar meses a años e incluso ser incompleta. Los estudios complementarios son necesarios para un diagnóstico certero.

22354 - "CIDP, CON PARTICULARIDADES COMO PANEL DE ANTICUERPOS ANTIGANGLIOSIDOS NEGATIVOS E HIPOPROTEINORRAQUIA"

SCALA, M. - Centro de Neurología de Rosario

Introducción: El Caso Clínico expone la evolución diagnóstica y terapéutica de una paciente con debilidad progresiva en miembros superiores, inicialmente atribuida a un síndrome del túnel carpiano, posteriormente llevó al hallazgo de un tumor carotídeo y finalmente, al diagnóstico de polirradiculoneuropatía desmielinizante inflamatoria crónica (CIDP). Este caso destaca la importancia de la reevaluación diagnóstica en cuadros neuromusculares progresivos.

Caso Clínico: Paciente femenina, de 42 años, con antecedentes de Tumor de glomus carotídeo y cirugía post. Antecedentes familiares: Madre viva, padre fallecido, 2 hermanos con discapacidad (1 con afectación motora desde el nacimiento y otro con trast. Postraumático). Motivo de consulta: Debilidad progresiva y deformación de miembros superiores, con evolución de 3 años. Inicialmente diagnosticada con síndrome del túnel carpiano y tratada quirúrgicamente sin mejoría, lo que motivó su derivación a neurología. En la evaluación, se identificó una MOE en región cervical compatible con un Glomus carotídeo, priorizó su cirugía. Evolución y hallazgos clínicos: Tras la cirugía carotídea, la paciente persistía y progresaba con debilidad en miembros superiores, añadió disfagia para líquidos y alteraciones en la voz. En mayo de 2024, reconsulta y se realizan estudios complementarios en el nuestra Clínica, donde se inicia una nueva evaluación. Examen físico: Hemiatrofia lingual izquierda con fasciculaciones, voz bitonal y disfagia para líquidos. Flacidez y paresia bilateral (Grado 2) en ambos miembros superiores. Cambios tróficos en manos y disminución de fuerza en miembros inferiores (paresia distal y medial Grado 2). Marcha inestable y reflejos abolidos. Exámenes complementarios: Electromiografía (EMG): Latencias motoras prolongadas en nervios medianos, con signos de trastorno de conducción. Deficit severo y crónico de unidades motoras a nivel de todos los miotomas explorados en los 4 miembros, sin denervación y con escasa compensación. Videodeglución: Alteración en la fase inicial con residuos en recesos. Panel de anticuerpos gangliosidos: Negativo. Punción lumbar: Proteínas en límite inferior, sin celularidad significativa. Diagnóstico y tratamiento: Tras los hallazgos, el equipo estableció un diagnóstico probable de CIDP, se indicó un tratamiento con terapia inmunomoduladora para mejorar la función neuromuscular, el cual todavía no fue aceptado hasta el día de la fecha por la obra social.

Conclusiones: Caso que destaca la importancia de reevaluación clínica y diagnóstica en cuadros neuromusculares progresivos. Al inicio vista como una neuropatía periférica aislada que post. evolucionó a un cuadro más complejo que requirió estudios para un diagnóstico preciso. La CIDP es una patología tratable con terapia inmunomoduladora, su reconocimiento temprano es clave para mejorar el pronóstico y calidad de vida. Este caso aporta información valiosa sobre los desafíos en el diagnóstico diferencial de las neuropatías crónicas y su manejo multidisciplinario.





22234 - EN BÚSQUEDA DE LOS PULSOS PERDIDOS: ARTERITIS DE TAKAYASU

PALLERO, R.; MARTINEZ AMEZAGA, I.; KILSTEIN, J.; PERALTA, S.; BRAVO, L. - Hospital Escuela Eva Perón

Introducción: La arteritis de Takayasu es una vasculitis granulomatosa crónica de etiología desconocida que afecta a la aorta y sus ramas principales. Su incidencia es mayor en mujeres jóvenes y su prevalencia varía en diferentes regiones. En su forma aguda se manifiesta con síntomas inespecíficos, mientras que en la crónica aparecen signos y síntomas de repercusión sistémica con afectación de algunos órganos: riñón, pulmón y extremidades. Si bien su diagnóstico es complejo, el estándar de oro es la angiografía, utilizando la resonancia magnética en algunas oportunidades. El tratamiento se encuentra dirigido a controlar la inflamación endarterial y mejorar los síntomas y complicaciones, siendo los corticoides el tratamiento para la fase activa de la enfermedad.

Caso Clínico: Mujer de 45 años ex-tabaquista, sin otros antecedentes, consultó por cuadro de 3 meses de evolución de comienzo posterior a episodio de gastroenteritis, caracterizado por poliartralgias de distribución simétrica en los 4 miembros, pérdida de peso y dificultad para deambular. Estos síntomas no mejoraron con anti-inflamatorios. Examen físico: asimetría de pulsos en miembros inferiores (MMII) con cianosis del pie izquierdo, asociado a diferentes registros de tensión arterial (MSD 128/94 mmHg - MSI 110/70 mmHg - MMII 80/50 mmHg). Laboratorio: Hto 39.1%, Hb 13.3 g/dl, VES 2 mm x hora, GB 11.500 x mm3, Plag 317.000 x mm3, Gli 142 mg%, Ur 17 mg%, Cr 0.73 mg%, Na+ 41 mEq/L, K+ 3.3 mEq/L, Cl- 104 mEq/L, FAN (-), FR 3 U/ml, ACCP 7 U/ml, PXE: Alfa 1 globulina 0.28 g/dl, Alfa 2 globulina 0.92 g/dl, Beta globulina 0.81 g/dl, Gamma Globulina 1.5 g/dl, anticuerpos anti lúpico 1.12. Doppler arterial y venoso MMII: ondas monofásicas de alta resistencia a nivel poplíteo; ondas monofásicas de baja resistencia a nivel periférico bilateral. Angiotomografía de grandes vasos: engrosamiento mural circunferencial de la aorta infrarenal, que se extiende a ambas ilíacas primitivas internas, externas y la porción visualizada de las arterias femorales. Arteriografía de miembro inferior izquierdo: enfermedad arterial obstructiva severa. Se arriba al diagnóstico de Arteritis de Takayasu e inicia tratamiento con Meprednisona 20 mg/día, metotrexato 15 mg/semana, con mejoría del cuadro.

Conclusiones: La Arteritis de Takayasu representa un desafío diagnóstico por su amplia variabilidad de síntomas y manifestaciones inusuales, por lo cual requiere una evaluación minuciosa y un abordaje clínico inmediato. El diagnóstico precoz y el comienzo del tratamiento oportuno puede evitar su progresión y la aparición de complicaciones. Su manejo seguirá siendo un desafío, ya que no se cuenta con un estándar protocolizado para su terapéutica y los esquemas se basan en recomendación de expertos.

22237 - EL DESTINO ESCRITO EN LA PIEL: DERMATOMIOSITIS INFANTOJUVENIL CON MARCADORES DE MAL PRONÓSTICO

PALLERO, R.; MARQUEZ, M.; MARTINEZ AMEZAGA, L. I.; KILSTEIN, J.; DIAZ, P.; LOPEZ CRESPO, M. - Hospital Escuela Eva Perón

Introducción: La dermatomiositis (DM) es una miopatía inflamatoria inmunomediada que se caracteriza por lesiones cutáneas distintivas, tales como las pápulas de Gottron y el eritema en heliotropo. Esta enfermedad puede presentarse de manera primaria o secundaria, siendo en aproximadamente el 30% de los casos asociada a neoplasias. La presencia de anticuerpos específicos de miositis constituye una herramienta diagnóstica clave. La forma juvenil de la dermatomiositis se asocia con un pronóstico más severo, especialmente cuando la edad de presentación es temprana y cuando se detectan anticuerpos positivos asociados con manifestaciones sistémicas más graves.

Caso Clínico: Varón de 13 años, con antecedentes de hipotiroidismo, que consulta por un cuadro de 5 días de evolución caracterizado por debilidad generalizada progresiva y distagia. A la exploración, el paciente presenta taicardía, fiebre y eritema en heliotropo, además de eritema violáceo en áreas expuestas al sol y en la región retroauricular. La orofaringe y el pilar posterior muestran eritema. Se observa debilidad muscular tanto en la cintura escapular como en la pelviana, sin capacidad para sostener el tronco, junto con pápulas de Gottron. Los estudios de laboratorio muestran LDH 423, CPK 650 mU/l, y FAN (+) 1/160 con patrón moteado. Los anticuerpos Anti-CCP 21 U/ml, FR 7 U/ml. Sin embargo, los anticuerpos específicos de miositis son positivos, destacando Anti-TNF-1 (++), MDA5 (+), Ku (+), SRP (+), y PL-7 (++). La electromiografía muestra un compromiso miopático de tipo proximal y distal, siendo más significativo a nivel proximal. La ecografía testicular y la tomografía computarizada de tórax, abdomen y pelvis no muestran hallazgos relevantes. El diagnóstico final fue dermatomiositis juvenil. El tratamiento iniciado fue con gammaglobulina endovenosa y rituximab, con evolución favorable del paciente.

Conclusiones: En la dermatomiositis juvenil, la presencia de ciertos anticuerpos específicos está directamente asociada con un pronóstico peor. Los anticuerpos anti-MDA5, anti-SRP y anti-PL-7 son especialmente relevantes, ya que su presencia se asocia con formas más agresivas de la enfermedad, un mayor riesgo de insuficiencia respiratoria y un aumento de la mortalidad, así como con una mayor probabilidad de desarrollo de cánceres en el futuro. Los anticuerpos anti-SRP, en particular, se han relacionado con la miopatía más severa, y los anticuerpos anti-MDA5 son indicativos de un curso clínico rápidamente progresivo, a menudo con manifestaciones pulmonares graves. Estos anticuerpos no solo proporcionan información valiosa sobre la gravedad de la enfermedad, sino que también subrayan la importancia de un seguimiento riguroso para detectar complicaciones potenciales y garantizar un tratamiento adecuado. La identificación precoz de estos anticuerpos permite un manejo más intensivo y, posiblemente, una mejora en el pronóstico de los pacientes afectados.

22239 - LUPUS ASOCIADO A DENGUE: EL DESPERTAR DEL LOBO

PALLERO, R.; ROSSI, L.; MATINEZ AMEZAGA, L.; KILSTEIN, J. - Hospital Escuela Eva Perón

Introducción: Existe evidencia científica que asocia la infección por el virus del dengue con enfermedades inmunológicas, como el lupus eritematoso sistémico. Se han propuesto mecanismos para esta asociación, como el mimetismo molecular, difusión del epítipo, estimulación policlonal por superantígenos.

Caso Clínico: Una adolescente de 14 años, sin antecedentes médicos se presentó con fiebre de dos semanas de evolución asociada a diarrea acuosa, cefalea retroocular, mialgias generalizadas, petequias en ambos miembros inferiores y metrorragia escasa. Examen físico: enanema en pared posterior de orofaringe. Adenomegalias cervicales palpables bilaterales. Petequias en cara anterior de ambos miembros inferiores. Laboratorio: Hto 26.1%, Hemo-globina 9.1 grs/dl (VCM 79), Plaquetas 122.000/mm3, Leucocitos 2500/mm3 (PMN 65%), VES 13 (mm x h), PCR 0.1 (mg/dl), función renal normal, LDH 354 (UI/l) TGO 64 (UI/L), TGP 61 (UI/L), Haptoglobina < 10 mg%, Test de coombs directo e indirecto negativos. Orina completa: eritrocitos dismórficos 30%, proteínas 8.7 grs/l, hemoglobina 2+. Factor reumatoideo 15 (UI/ml), Anti-CCP 10 (UI/ml), FAN 1/1280 patrón homogéneo, Anti-DNA positivo ENA negativo. Ecografía abdominal: riñones aumento de la ecogenicidad del parénquima. Moderado líquido libre en fondo de saco de Douglas, laminar en espacio de morrison y periesplénico. Fondo de ojo: infiltrados algodonosos retinianos bilaterales. Microbiología: Hemocultivos y urocultivo negativos. Dengue: PCR negativo IgM reactiva. Se realiza diagnóstico de Lupus eritematoso sistémico (nefritis + uveítis lúpica) asociada a dengue. Inició tratamiento con metilprednisolona (pulso) luego continuó con meprednisona, hidroxiquina y micofenolato.

Conclusiones: El caso presentado ilustra la coexistencia de una infección por virus del dengue y un debut de lupus eritematoso sistémico (LES), lo que plantea la interrogante sobre si ambas condiciones ocurrieron de manera sincrónica o si la infección viral actuó como un desencadenante del LES. La presencia de una serología IgM reactiva para dengue sugiere una infección reciente, aunque la PCR negativa impide confirmar una viremia activa al momento de la evaluación. En conclusión, si bien no se puede establecer con certeza una relación causal entre el dengue y el LES en este caso, la evidencia sugiere que la infección viral pudo haber actuado como un desencadenante de la autoinmunidad en una paciente genéticamente predispuesta.

22256 - POLIMIALGIA REUMÁTICA EN EL CONTEXTO DE FIEBRE PROLONGADA Y ANTECEDENTE DE DENGUE: UN RETO CLÍNICO

RIBEIRO FONSECA, M.; PARENTI, P.; MIAN, M.; FRIONI, S. - UNR

Introducción: La polimialgia reumática (PMR) es una enfermedad reumatológica inflamatoria caracterizada por dolor y rigidez en el cuello y cinturas escapulares y pélvicas, afectando principalmente a mayores de 50 años, con predominio en hombres. Su diagnóstico es clínico y debe diferenciarse de artritis reumatoide, lupus y fibromialgia. Se asocia con elevación de VES y PCR, y en un 10% de los casos puede progresar a arteritis de células gigantes (ACG), una vasculitis que, sin tratamiento, puede causar ceguera y claudicación mandibular. El manejo requiere un enfoque interdisciplinario, considerando los efectos de la corticoterapia prolongada, como obesidad, diabetes e hipertensión. Asimismo, infecciones virales como el dengue pueden actuar como desencadenantes de enfermedades autoinmunes en individuos predispuestos. La clínica del dengue, con fiebre y mialgias severas, puede evolucionar hacia un síndrome posviral que simula enfermedades inflamatorias como la PMR, dificultando el diagnóstico y la importancia de evaluar los antecedentes virales.

Caso Clínico: Paciente masculino de 62 años consulta por fiebre y mialgias de dos semanas. Refiere odinofagia leve, tratada con aminopenicilinas. Ante la persistencia de febrícula y síntomas, se realiza prueba para dengue con resultado positivo. Sin mejoría y con aparición de mialgias severas, leucocitosis y neutrofilia, se inicia tratamiento antibiótico empírico por sospecha de infección sistémica. Tras un mes, persiste con fiebre, astenia, fatiga y dolor en cinturas escapular y pélvica. Se evidencia debilidad muscular en miembros superiores e inferiores e hepatomegalia, confirmada por ecografía. Se solicitan estudios complementarios (TAC toracoabdominal con contraste, ecocardiograma y pruebas de laboratorio) para descartar etiologías infecciosas, autoinmunes y neoplásicas. Dado el cuadro de fiebre de origen desconocido y dolor en cinturas, tras descartar otras etiologías, se establece con alta sospecha clínica el diagnóstico de PMR, iniciando terapia con prednisona 5 mg/día asociada a naproxeno, junto con la recomendación de actividad física regular. En ausencia de estudios complementarios específicos, el diagnóstico se basa en la evaluación clínica y en el criterio de exclusión de otras enfermedades autoinmunes, infecciosas y oncológicas.

Conclusiones: El caso subraya la importancia de considerar diagnósticos reumatológicos, como la PMR, en pacientes con síntomas inespecíficos y persistentes, especialmente en varones mayores de 50 años con manifestaciones musculoesqueléticas prominentes. Además, enfatiza la relevancia de antecedentes virales como el dengue, que pueden complicar el diagnóstico diferencial y requerir un enfoque interdisciplinario. La respuesta favorable al tratamiento con corticosteroides confirma su eficacia, pero también resalta la necesidad de un seguimiento cuidadoso y manejo de los efectos adversos a largo plazo, como obesidad e hipertensión, con el objetivo de optimizar los Resultados terapéuticos y reducir los riesgos futuros.



22257 - ESCLEROSIS SISTÉMICA CON COMPROMISO BUCAL COMO ÚNICA MANIFESTACIÓN

RAU, M.; CICHILLITTI, L.; NICOLA, M.; KLAUS MACKELLAR, K.; CARBO-NE, D.; ABDALA, M. – CENTENARIO

Introducción: La esclerosis sistémica (ES), es una enfermedad caracterizada por engrosamiento e induración progresiva de la piel. Los síntomas incluyen el fenómeno de Raynaud y la esclerodactilia. Presenta compromiso de órganos viscerales, siendo el tracto gastrointestinal uno de los más frecuentes, hasta el 90% de los pacientes. Dentro de las manifestaciones orales, la microstomía, xerostomía, caries, telangiectasias, retracción gingival y periodontitis, son las más comunes. Las manifestaciones orofaríngeas en ES no han sido bien estudiadas y se estima que suceden en un 20 a 80% de los pacientes. La esclerosis de la mucosa orofaríngea, de los músculos asociados con la masticación y de las glándulas salivales puede conducir a dificultades en el habla, la masticación y la deglución. Los problemas reportados incluyen fibrosis de la lengua y el paladar, daño de la mucosa oral, daño cutáneo perioral, engrosamiento fibroso ligamentario periodontal, reabsorción ósea, telangiectasias orales, neuropatía del trigémino, aumento significativo de caries, microstomía y xerostomía, siendo estos dos últimos los más frecuentes.

Caso Clínico: Caso: Paciente femenina de 27 años, hipotiroides derivada por Odontología por úlceras bucales a repetición, localizadas en paladar duro y blando, con engrosamiento de la mucosa yugal y xerostomía. Niega síntomas constitucionales, poliartalgias, fenómeno de Raynaud, y otro tipo de lesiones. Se indicó tratamiento en reiteradas ocasiones con nistatina y fluconazol, interpretado como candidiasis orofaríngea. Examen físico: limitación de la apertura bucal, placa blanquecina en paladar duro, escaso lago salival, caries dental. Por persistencia de los síntomas se realiza biopsia de mucosa yugal que informa extensa esclerosis, principalmente a nivel perivascular con infiltrado linfocitario dispersos, siendo estos hallazgos compatibles con esclerodermia. Laboratorio sin anemia, reactantes de inflamación bajos, sin alteración del hepatograma y función renal normal. Inmunológico con ANA 1/40 patrón moteado, complemento normal, anti-ENA, anticentrómero y anti-Scl-70 negativos. Videocapilaroscopia del lecho ungueal: capilares arboríficos, megacapilares y disminución generalizada de la densidad capilar, compatible con patrón SD activo. Rx tórax, abdomen, ecocardiograma doppler y videoendoscopias digestivas sin hallazgos patológicos. Inicia tratamiento con metotrexato 15mg/semana y ácido fólico 5mg/semana, con mejoría de la sintomatología.

Conclusiones: Presentamos este caso de ES sin esclerodactilia ni fenómeno de Raynaud, donde la biopsia de mucosa yugal y la videocapilaroscopia fueron determinantes para arribar al diagnóstico. Las manifestaciones orofaríngeas son muy frecuentes en los pacientes con ES, sin embargo no encontramos reportes en la literatura de compromiso exclusivo de cavidad oral sin otra sintomatología típica de ES. Los ejercicios, la buena higiene oral y el trabajo en conjunto con odontología permiten prevenir las complicaciones.

22278 - CUANDO LOS MÚSCULOS HABLAN: UN ENIGMA EN MIOPATÍA INFLAMATORIA.

UTGE CARROBE, C.; LAMMERTYN, P.; CONTI, S.; GALLO, C.; GASTIN, G.; MARTINEL LAMAS, J. - Hospital Privado de Rosario

Introducción: Las miopatías inflamatorias idiopáticas deben incluirse dentro de los diagnósticos diferenciales en debilidad muscular. Grupo heterogéneo de enfermedades, que generan inflamación crónica del tejido muscular; afectan órganos internos con frecuencia, siendo enfermedades sistémicas, pueden asociarse a neoplasias. Diversos estudios epidemiológicos establecen una incidencia anual media de 2,1-7,7 casos nuevos por millón de habitantes, considerándose dentro del grupo de enfermedades raras.

Caso Clínico: Varón de 56 años, ingresa por cuadro de tres días caracterizado por astenia, poliartalgias y mialgias generalizadas. Agregó debilidad proximal de los cuatro miembros a predominio de los inferiores, progresivamente incapacitante e hiporreflexia, conservando sensibilidad y simetría, parestias de ambos miembros superiores con edemas y descamación fina en palmas y dedos. En el laboratorio presentó leucocitosis, GOT, CPK, LDH y VES elevadas. RMN de columna y de cuatro miembros sin hallazgos patológicos. Se realizó punción lumbar, para estudiar etiología infecciosa; solicitando PCR VHS I/II, VVZ, CMV, VEB, Enterovirus y cultivo de LCR, negativos. Serolo-gías sanguíneas: VIH, sífilis, VHB, Toxoplasmosis, Chagas, Trichinella Spira-lis, VEB. CMV, negativas. EMG de los cuatro miembros: trazados electromiográficos de tipo miopáticos, de curso agudo, compromiso de cuatro miembros, a nivel proximal y distal de grado moderado-severo a predominio derecho. Aldolasa sérica, perfil inmunológico (FAN, ENa, C3, C4 y FR), PPD, negativos. Agregó disfagia, disfonía y compromiso en flexión cervical, por considerarse riesgo inminente de progresión, se inició con pulsos de metilprednisolona, por alta sospecha clínica de origen inflamatorio. Por empeoramiento de los síntomas, inició tratamiento con inmunoglobulina. Una vez instaurado el tratamiento, se obtuvo el resultado de positividad en anticuerpo Anti Mi-2 alfa y anticuerpo anti Tif1 gamma. Se interpretó como dermatomiositis, con un inicio agudo, remarcando la rareza del cuadro. Externado con azatioprina y tapering de prednisona, con mejoría clínica.

Conclusiones: La dermatomiositis comprende un subtipo de miopatías. Con inicio agudo, subagudo o crónico. El pronóstico se relaciona con el tiempo de evolución, y la afectación muscular. Los pacientes no tratados evolucionan a la atrofia y discapacidad severa; con una mortalidad mayor al 50%, a los 5 años. Los pacientes con anti TIF1 suelen presentar frecuentemente disfagia y compromiso cutáneo más extenso y agresivo. Por ser una enfermedad de etiología desconocida, de síntomas inespecíficos y variables, su diagnóstico es un desafío. Teniendo en cuenta la severidad es imprescindible un tratamiento precoz y eficaz, con controles periódicos una vez instaurado.

22258 - SÍNDROME ANTISINTETASA: EN LA BÚSQUEDA DE UN CÁNCER LATENTE.

VALENCIA, M.; CASTRO, P.; BARRI, G.; SANTOS, P.; SONG, J.; TORDE-CILLA PACHECO, P. - Sanatorio Julio Mendez

Introducción: El síndrome antisintetasa (SAS) se encuentra dentro de las miopatías inflamatorias idiopáticas infrecuentes, en ocasiones relacionada a enfermedad oncológica y cuyo compromiso pulmonar es el principal determinante del pronóstico. Presentamos el caso de un paciente que debuta con neumonía organizativa refractaria a antibióticoterapia la que asociada a su semiología gatilla la sospecha de colagenopatía y su confirmación. Con buena respuesta al tratamiento, evoluciona posteriormente con malignidad. Aunque en general el riesgo de cáncer puede ser menor que el de otros subconjuntos de autoanticuerpos, su búsqueda activa está justificada por casos asociados a mal pronóstico.

Caso Clínico: Paciente masculino de 55 años con antecedente de hipertensión arterial. Consulta por cuadro de 3 semanas de evolución caracterizado por fiebre intermitente, tos no productiva, artralgias, mialgias, rigidez articular y fenómeno de Raynaud. Se realizan estudios complementarios con reactantes de fase aguda y enzimas musculares elevadas (ESD: 58 mm/L, PCR: 3.8 mg/dl GOT: 478 U/L, GPT:275 U/L, CK:12745 U/L), tomografía de tórax con hallazgo de neumonía bilateral iniciando antibióticoterapia sin mejoría clínica. Ante sospecha de proceso autoinmune subyacente, se solicita perfil reuma-toídeo con anticuerpos anti Jo, anti Ro y anca C positivos, compatible con SAS. Se indica tratamiento inmunosupresor con buena respuesta. Evolución con trombosis venosa profunda extensa de miembros inferiores y seis meses después presenta tromboembolismo pulmonar derecho. En angiotomografía de tórax se evidencian lesiones osteoblásticas, ampliando estudio por imágenes se observan lesiones focales en ambos lóbulos hepáticos, bazo, encéfalo y derrame pleural derecho unilateral. Se realiza citológico e inmunohistoquímica de líquido pleural compatible con adenocarcinoma de pulmón interpretándose imágenes sugestivas de secundarismo. Se inicia quimioterapia complicando con anafilaxia mayor, posterior evolución tórpida y deceso.

Conclusiones: En el SAS la miositis suele preceder la aparición de enfermedad pulmonar. Nuestro paciente debuta con una neumonía organizativa que no responde a antibióticoterapia, esto nos obliga a considerar diagnósticos diferenciales acorde a la clínica del paciente, entre ellos los inmunológicos. La presencia de Ac. antisintetasa tiene un efecto protector de malignidad, sin embargo, se han descrito casos en los que se vincula el SAS con cáncer, siendo los más frecuentes los de origen pulmonar y colónico, asociándose a su vez a mal pronóstico. Por tanto se justifica realizar una pesquisa para neoplasias acorde a la edad y sexo en pacientes con diagnóstico de SAS. Estos datos emergentes respaldan que, aunque en general el riesgo de cáncer puede ser menor que el de otros subconjuntos de autoanticuerpos, sigue siendo un reto diagnóstico en la clínica médica

22298 - ARTERITIS DE TAKAYASU A PROPÓSITO DE UN CASO

HUHN, V.; DETORRE, C.; GENTILETTI, M.; LAGRUTTA, M.; PARODI, R.; PALATNIK, M. - Hospital Centenario

Introducción: La Arteritis de Takayasu es una vasculitis de gran vaso infrecuente, que afecta de forma preferente a la aorta y sus ramas principales. Predomina en el sexo femenino en 8:1 y suele presentarse en menores de 40 años, con preferencia en la segunda y tercera década de la vida. Si bien se han descrito casos en todas las razas presenta mayor incidencia en la población asiática. El curso clínico se caracteriza por fases de actividad preclusiva o con pulso y una fase estenosante o sin pulso, lo que determinará la presentación clínica y la terapéutica a instaurar.

Caso Clínico: Paciente masculino de 22 años con sobrepeso. Presenta desde hace un año aproximadamente astenia y fatiga marcadas asociado a sensación febril intermitente y, desde hace un mes coloración azulada-violácea de segundo y tercer dedo de la mano derecha asociado a dolor y frialdad distal de dicho miembro. En la exploración presentaba pulso radial derecho débil, tensión arterial en MMSS con diferencial de 10 mmHg y ten-diente a la hipertensión. Analítica con leucocitosis leve, discreto aumento de reactantes de fase aguda, anticuerpos anti B2 glicoproteína I positivos, resto de inmunología y serologías virales negativas. En angioTC de tórax y miembros superiores, engrosamiento parietal subclavio derecho proximal de 5 cm de extensión con obstrucción total, arteria radial derecha reducida de calibre distalmente y aorta abdominal con engrosamiento parietal circunferencial y reducción parcial de luz. Se interpreta cuadro como probable arteritis de takayasu e inicia corticoterapia sistémica a 60 mg día, por presentar ligero empeoramiento clínico a las 24 horas realiza pulso de metilprednisolona de 500 mg/día durante 3 días con buena respuesta. Posteriormente continua corticoterapia a 60 mg/día e inmunosupresión con metotrexate 15 mg/semana

Conclusiones: Esta entidad infrecuente y de presentación heterogénea, conlleva muchas veces a retraso en su diagnóstico e instauración terapéutica y a un aumento en el riesgo de complicaciones potencialmente mortales. Por no presentar marcadores analíticos específicos, es un reto diagnóstico y depende de un alto grado de sospecha clínica por las características de la presentación. Los glucocorticoides siguen siendo la terapéutica de elección y el metotrexate o azatioprina como ahorradores de corticoides. Se debe monitorizar la evolución mediante clínica e imágenes, siendo de preferencia la angioRMI para el seguimiento.





22356 - OLIGOARTRITIS EN PACIENTE CON RESCATE URETRAL DE UREAPLASMA ¿ASOCIACIÓN O COINCIDENCIA?

AREVALO, V.; MACAZZAGA, F.; BORDON, M.; AVILA, M.; SAVARECIO, N.; FINUCCI CURI, B. - PAMI 2

Introducción: La artritis reactiva (ARe) es una oligoartritis seronegativa desencadenada por una infección extraarticular previa. El ureaplasma urealyticum puede desencadenar la ARe posuretrítica. Puede asociarse o no a HLA-B27. Habitualmente afecta a adultos jóvenes en la 3ª década de la vida en 30 casos/100.000 hab. Hasta el 50% de los pacientes con ARe de reciente comienzo pueden presentarse sin antecedente claro de infección, por lo que es obligatorio una búsqueda exhaustiva del foco infeccioso. El cultivo de frotis urogenital es un método sensible para identificar la infección desencadenante en la artritis reactiva pero no se ha determinado la sensibilidad en pacientes sin síntomas de infección. La clínica se caracteriza por una oligoartritis asimétrica de articulaciones periféricas de las extremidades inferiores, generalmente con recuperación sin secuelas en semanas o meses. Puede presentarse con talalgia o dactilitis. En algunos, la artritis puede recaer y cronificarse o presentar afectación del esqueleto axial (espondilitis y/o sacroileitis). Frecuente asociación con manifestaciones extraarticulares típicas, como uveítis y lesiones mucocutáneas.

Caso Clínico: Hombre de 70 años con conducta sexual de riesgo. Cuadro de 48 hs de evolución de dolor y tumefacción en muñeca y codo izquierdo, sin respuesta a AINES, y sensación subjetiva de fiebre. Presentó episodio similar en tobillo 7 días atrás que cedió espontáneamente. Niega disuria, secreción uretral u otro síntoma. TA 130/70 mmhg, T° 36,6 °C, FC 72 lpm, sat O2 97% al 0,21%. Leve inyección conjuntival bilateral, muñeca y codo con eritema, tumefacción local, asociado a dolor a la movilización activa y pasiva. Analítica: leucocitosis con predominio neutrofilico, reactantes de fase aguda aumentados, función renal y uricemia dentro de parámetros normales, serologías (VDRL, HIV, VHB y VHC) no reactivas. Hisopado uretral con PCR para gonococo y chlamydia negativos; Cultivo positivo a Ureaplasma spp UFC mayor a 10000. Hemocultivos por dos negativos. Radiografía de tórax sin alteraciones. Se interpreta el cuadro como una Artritis Reactiva por ureaplasma spp. de tipo oligoartritis (3 articulaciones), aguda (menor a 6 semanas), migratoria, periférica (niega dolor axial) y de grandes articulaciones. Se realizó tratamiento empírico con Azitromicina y Ceftriaxona presentando notable mejoría de los síntomas en 24 hs.

Conclusiones: La ARe por Ureaplasma spp. es un desafío clínico debido a su naturaleza insidiosa y dificultad en su diagnóstico microbiológico, además de ser una entidad infrecuente en adultos mayores. Siendo importante el diagnóstico diferencial con otros tipos de artritis. Si bien se trata de un cuadro de curso benigno, en algunos casos puede presentar una evolución crónica incapacitante, por lo que es necesario el tratamiento dirigido tempranamente. Resulta difícil interpretar el rol del microorganismo en pacientes sin síntomas de infección previa.

22376 - HEPATITIS AUTOINMUNE, COLANGITIS BILIAR PRIMARIA Y ESCLEROSIS SISTÉMICA

TALLEDO SAKUMOTO, J E; PIÑA FUENTES, O. M.; UGAZ MONTENEGRO, C. D., RODRÍGUEZ CORONADO; K. E.; MENDOZA PALACIOS, R. E., M. - Hospital de Chulucanas

Introducción: Se habla de "Síndrome de sobreposición" cuando se encuentran simultáneamente manifestaciones clínicas, histológicas y/o serológicas de dos o más enfermedades autoinmunes sistémicas. En relación a las características de ciertas enfermedades hepáticas, con lesión hepatocelular y colestásicas como la Hepatitis autoinmune, la Colangitis Biliar Primaria (CBP) y la Colangitis Esclerosante Primaria (CEP), puede presentarse en dos o menos frecuente en tres de estas entidades. La aparición de algunas de estas entidades asociada con otra enfermedad autoinmune está descrita como síndrome de autoinmunidad múltiple (SAM) de la que ya se han descrito agrupadas según sean las enfermedades asociadas.

Objetivo: La asociación de varias enfermedades autoinmunes convierte el reconocimiento temprano de estas variantes en un reto que reviste gran importancia desde el punto de vista del tratamiento sobre todo para mejorar el pronóstico de estos pacientes. **Metodología:** Se expone un caso, correspondiente a una paciente de sexo femenino de 27 años de edad, con cuadro crónico de ictericia y prurito generalizado, con lesiones dermatológicas hiperqueratósicas de aparición periarticular distal, con hipertransaminasemia y patrón colestásico, positividad para anticuerpos antinucleares y antimitocondriales con elevación de las concentraciones de inmunoglobulina G (IgG). Al examen físico se evidencia hepatomegalia y hallazgos en piel de nódulos sugestivos de calcinosis, así como despigmentación en sal y pimienta.

Conclusiones: El estudio histopatológico reportó actividad necroinflamatoria en algunos hepatocitos con cambios regenerativos con aparición de algunos focos necroinflamatorios y colestasis, con Score Ishack modificado estadio 2. Se realiza biopsia hepática compatible con hepatitis autoinmune overlap Colangitis Biliar Primaria, lo que supone pronóstico a partir del cual es posible brindar tratamiento y evaluar la reversibilidad de fibrosis hepática, con instauración de medidas terapéuticas que incluyen corticosteroides sistémicos e inmunosupresores, con respuesta clínica favorable. La esclerosis sistémica (ES) es una de las enfermedades autoinmunes que pueden presentarse en un paciente con estas condiciones, haciendo más complejo su diagnóstico, su sospecha, diagnóstico y seguimiento son clave en su abordaje integral.

SPONSORS

XI CONGRESO INTERNACIONAL de MEDICINA INTERNA



Sponsors ORO



Sponsors PLATA



Otros Sponsors



XI CONGRESO INTERNACIONAL de **MEDICINA INTERNA**

Declarado:

de **INTERÉS MUNICIPAL**: Por el CONCEJO MUNICIPAL de la Ciudad de Rosario.

de **INTERÉS TURÍSTICO MUNICIPAL**: Por el Ente Turístico de la Ciudad de Rosario.

de **INTERÉS PROVINCIAL**: Por la CÁMARA DE SENADORES de la Provincia de SANTA FE. de

INTERÉS PROVINCIAL: Por la CÁMARA DE DIPUTADOS de la Provincia de SANTA FE.