

C001

2001

## FACTORES DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA EN ASMA

Nannini. L.J.; Flores, D.M.

Neumonología, Hospital de G. Baigorria. UNR ROSARIO.

Los cuestionarios de calidad de vida cubren la necesidad de medir circunstancias subjetivas que el FEV<sub>1</sub> no refleja. Sin embargo, el GINA (Iniciativa global para el asma) no los contempla. Se prefieren FEV<sub>1</sub> variación del PEF, frecuencia de síntomas y demanda de beta2. En protocolos de nuevas drogas se insiste en el valor de las planillas de control diario de los síntomas. Con el objetivo de evaluar que variable es la que mejor refleja la calidad de vida en asma medida con el cuestionario de Juniper (cJ) se estudiaron 47 pacientes (11 hombres) de edad: (media ± ES) 38,96±16,1 años; con diagnóstico de asma según ATS. Se incluyeron 7 sujetos con asma persistente leve, 25 con asma moderada y 15 severa. Se entrenaron en el llenado de la planilla diaria y a los 28 ± 4 días se realizó el cJ y la espirometría pre y post salbutamol. Mediante coeficiente de correlación se evaluó la asociación entre las siguientes 6 variables: cJ, FEV<sub>1</sub> litros, % teórico, uso de beta2 rescate (PRN), síntomas matinales y puntaje de síntomas de la planilla. La media de FEV<sub>1</sub> fue = 1,97±0,66 L; 69,6±18,7% y post salbutamol= 2,30±0,67 L. De la planilla se tomaron los últimos 14 días para el análisis. Tuvieron 3,6±3,96 días con síntomas matinales y requirieron 20,4±18,8 dosis de beta2 PRN. El cJ dio una media de 129±33 para un total de 224 en el ideal asintomático. El puntaje de síntomas de la planilla= 105±78 para un total de 336 (a mayor puntaje; peor los síntomas). El registro diario de síntomas y de dosis de broncodilatador a demanda resultaron ser las variables que mostraron más correlaciones. El registro de la demanda diaria de broncodilatadores sería quizás la pregunta más simple y valiosa para evaluar la calidad de vida y control del asma. (Tabla de los coeficientes de correlación, subrayados los significativos; p< 0.04).

	CJ	FEV <sub>1</sub> L	FEV <sub>1</sub> %	bd-PRN	Puntos-pl	Smatinal
CJ		<u>0,375</u>	-0,096	-0,22	<u>-0,44</u>	<u>-0,33</u>
FEV <sub>1</sub>	<u>0,375</u>			<u>-0,53*</u>	<u>-0,418</u>	-0,272
FEV <sub>1</sub> %	-0,096			<u>-0,46</u>	<u>-0,3895</u>	-0,078
Bd-PRN	-0,22	<u>-0,53</u>	<u>-0,46</u>		<u>0,385</u>	<u>0,4</u>
Ptos-pl-04	<u>-0,4</u>	<u>-0,418</u>	<u>-0,3895</u>	<u>0,385</u>		<u>0,25</u>
s-matinal	<u>-0,33</u>	-0,272	-0,078	<u>0,4</u>	0,25	

"La mayor r<sup>-</sup> -0.53; p<sup>-</sup> 0.0002.

C002

## EFFECTO DE LA INHALACIÓN SECUENCIAL DEL FORMOTEROL Y DEL SALBUTAMOL EN ASMA

Nannini L.J.; Flores, D.M.

Neumonología, Hospital de G. Baigorria. UNR ROSARIO.

El uso del formoterol a demanda en el asma se sustenta en su rápido comienzo de acción y en su potencia. Al ser un agonista casi total de los receptores  $13_2$  se conjetura que no admite mayor broncodilatación por parte de un agonista más débil después de su inhalación. Para evaluar esta hipótesis, se estudiaron 70 pacientes con asma. A 34 pacientes (11 hombres) de edad: (media  $\pm$  ES)  $46 \pm 3$  años; se les administró luego de una espirometría basal una dosis de  $9 \mu\text{g}$  de formoterol (Oxis) y se registró la respuesta broncodilatadora a los 15 minutos. Luego se administró  $200 \mu\text{g}$  de salbutamol aerosol (Ventolín) y se midió la respuesta a los 5 y 20 minutos. A otros 36 pacientes (9 hombres) de  $42 \pm 3$  años edad se les administró primero salbutamol y luego formoterol con idénticos intervalos entre espirometrías. El grupo Form-salb tenía un FEV<sub>1</sub> basal:  $62.7 \pm 3$  teórico y el grupo salb-form - FEV, basal:  $66.9 \pm 3.5\%$  teórico. Otros datos basales y las características generales eran similares entre ambos grupos.

	Formoterol	Salbutamol.
FEV1 basal	$1.67 \pm 0.11$	$1.79 \pm 0.12$
FEV <sub>1</sub> a 15 min	$1.91 \pm 0.12$	$2.08 \pm 0.12$
	Salbutamol.	Formoterol
FEV, a 20 min	$2.00 \pm 0.12$	$2.11 \pm 0.12$
FEV, a 35 min	$2.05 \pm 0.12$	$2.15 \pm 0.15$
Aumento en ml	$145.59 \pm 33$	$45.71 \pm 28$ p=0.02

La respuesta al form en 15 min. fue  $235 \pm 30$  ml ( $16 \pm 2\%$ ); y al salbutamol  $289 \pm 31$  ml ( $19.7 \pm 3\%$ ). Ambos valores absolutos de FEV<sub>1</sub> post-salb en el grupo que recibió primero form, fueron estadísticamente más altos que el FEV<sub>1</sub> 15 min post formoterol ( $2.05 \pm 0.12$  y  $2.00 \pm 0.12$  vs  $1.91 \pm 0.12$ ;  $p < 0.0001$ ). En cambio los pacientes que primero recibieron salbutamol no tuvieron un aumento significativo en el FEV, luego del formoterol. Puede especularse que el formoterol no satura ni bloquea los receptores beta2 y que el salbutamol sería más eficaz al adicionar un efecto broncodilatador al formoterol; fenómeno no hallado en el grupo con administración inversa (salbutamol-formoterol).

**C003**

## **BRONCOCONSTRICCIÓN DURANTE LA ESPIROMETRÍA Y ASMA SÚBITA SEVERA**

del Olmo. R.; Martelli, N.A.

Hospital "María Ferrer", Buenos Aires.

Crisis severas de asma o muerte por asma pueden ocurrir en forma súbita e inesperada. Episodios de broncoconstricción súbita desencadenados por una inspiración rápida y profunda pueden ser responsables de un evento asfíctico. Nosotros investigamos un grupo de pacientes que mostraron broncoconstricción provocada por la inspiración profunda durante la espirometría. Consideramos a este fenómeno una expresión de extrema inestabilidad de la vía aérea y un posible marcador de pacientes en riesgo de sufrir crisis súbitas severas de asma y aún muerte súbita e inesperada.

Fueron estudiados 19 sujetos asmáticos con broncoconstricción severa durante el test espirométrico. 17 pacientes tenían una historia de episodios de broncoconstricción súbita luego de la risa o la tos. 14 tuvieron admisiones

hospitalarias previas, 1 por asma aguda severa y 13 por episodios de asma casi fatal. En la visita inicial el volumen espiratorio forzado en el 1° segundo (VEF<sub>1</sub>) fue 2.11 L ± 0.64 (media ± DS) y luego de 2 a 6 maniobras de capacidad vital forzada (CVF) disminuyó a 1.31 L ± 0.66 (p < 0.00001). Durante el seguimiento 1 paciente desarrolló un ataque súbito de asma casi fatal luego de un acceso de tos, otro murió luego de un ataque de risa, y 1 sufrió 2 accesos de asma casi fatal. El tratamiento con altas dosis de esteroides inhalatorios hizo posible el control de los síntomas, y abolir la broncoconstricción durante la espirometría.

La detección de broncoconstricción severa durante la espirometría y/o desencadenada por accesos de tos o risa debería alertar al médico sobre el hecho que su paciente es un candidato potencial a sufrir una crisis súbita y severa de asma, independiente de la severidad de la enfermedad al momento de la consulta. La broncoconstricción provocada por una inspiración profunda podría causar muerte súbita e inesperada en pacientes asmáticos.

**C004**

### **FLUJOS SUPRAMÁXIMOS EN PACIENTES ASMÁTICOS**

Sala, H.\*; Fernandez, A.\*; Guardia, S.\*; Gonzalez, A.\*; Rodenstein, D.

Hospital Nacional "Prof. Dr. Alejandro Posadas", Haedo, Argentina. \*\*Pneumology Unit, Cliniques Universitaires Saint Luc, Université Catholiques de Louvain, Brussels, Belgium.

En sujetos normales los flujos supramáximos (FS) se correlacionan con parámetros indicativos de limitación incrementada del flujo aéreo. Para un mejor entendimiento de los mecanismos implicados en la génesis de los FS, se ha investigado su correlación, en sujetos asmáticos, con índices de limitación del flujo aéreo y la respuesta de los FS luego de la administración de salbutamol o metacolina. Protocolo A: 36 pacientes asmáticos realizaron curvas MEFV basales y curvas interrumpidas mediante una válvula. Fue comparado el incremento del Vmax<sub>50</sub> entre la curva basal y la curva envolvente que pasaba por los picos de FS obtenidos inmediatamente después de cada oclusión (DVmax<sub>50</sub>). Protocolo B: 33 pacientes asmáticos fueron estudiados después de la administración de salbutamol, y 12 pacientes después de una provocación con metacolina. Se analizó el incremento del flujo al 50% de la FVC basales entre las curvas no interrumpidas y las curvas interrumpidas (DVmax<sub>50</sub> B). Se realizó similar procedimiento luego de la administración de salbutamol (DVmax<sub>50</sub> S) y luego de metacolina (DVmax<sub>50</sub> M). Se observó una correlación negativa significativa entre FEV<sub>1</sub> en % del valor de predicción y el DVmax<sub>50</sub> (r = 0,683). El FS disminuyó significativamente luego del salbutamol (p = .002478) y aumentó significativamente después de la metacolina (p = .0149). Estos resultados demuestran que, en pacientes asmáticos, la participación del "pendelluft" en la generación del FS, aumenta en la medida que aumenta la limitación al flujo aéreo.

**C005**

### **DISMINUCIÓN EN LAS TASAS DE MORTALIDAD POR ASMA Y VENTAS DE CORTICOIDES INHALADOS (CI) EN ARGENTINA (1990-1999)**

Neffen, H.E.\*; Baena-Cagnani, C.E.\*\*; Rocco, D.\*\*\*

\*Unidad de Medicina Respiratoria. Hospital de Niños "Orlando Alassia", Santa Fe, Argentina , \*\*División de Alergia, Pneumonología e Inmunología del Hospital Infantil Municipal de Córdoba, Argentina, \*\*\*Instituto Nacional de Epidemiología "Emilio Coni", Santa Fe, Argentina

Evaluamos las tasas de mortalidad por asma en las décadas del '80 y del '90 y su correlación con las modificaciones en los fármacos utilizados para su control. Los datos sobre mortalidad fueron provistos por el Instituto Nacional de Epidemiología "Emilio Coni" de acuerdo ICD9 y las ventas de drogas antiasmáticas por IMS. La mortalidad por asma global y específica en el grupo etéreo (5-34) en Argentina en el período 1980/1989 fue de 3.38 y 0.72 respectivamente. Los valores promedios del período 1990-99 fueron: 2.58 ( $p < 0.05$ ) y 0.38 ( $p < 0.01$ ) respectivamente. Durante el período 1990-99, las tasas de mortalidad por asma evidenciaron una gradual tendencia decreciente, especialmente desde 1992 en adelante y en 1997 alcanzó los valores mínimos: 1.76 y 0.20. En 1990, los beta 2 agonistas representaron el 33.79% de las ventas totales de drogas antiasmáticas, los beta 2 agonistas orales el 16.6%, las xantinas el 30.30%, cromonas 1.23%, corticoides inhalados 1.94% y corticoides sistémicos 2.28%. En 1999, los beta 2 agonistas inhalados representaron el 44.7% , los beta 2 agonistas orales el 6.1%, xantinas 11.9%, cromonas 0.8%, corticoides inhalados 11.5% y corticoides sistémicos 1%. Las diferencias más importantes entre 1990 y 1999 son: reducción del 64% de las xantinas ( $p < 0.02$ ), incremento del 21% en los beta 2 agonistas inhalados ( $p = NS$ ), reducción del 66% de los beta 2 agonistas orales ( $p < 0.02$ ) y un incremento del 441% en los corticoides inhalados ( $p < 0.001$ ) La correlación entre la venta de CI y la tasa de mortalidad específica (5-34) fue - 0.80 ( $p = 0.05$ ), lo mismo ocurrió con la tasa global de mortalidad: -0.77 ( $p = 0.08$ ). Las ventas de los Beta 2 agonistas inhalados durante el mismo periodo no cambió significativamente. En conclusión, el presente estudio evidencia que el incremento en las ventas de corticoides inhalados es uno de los factores implicados en la disminución de las tasas de mortalidad por asma en Argentina durante la década del 90.

C006

## PRUEBA DE CAMINATA DE CARGA PROGRESIVA ("SHUTTLE TEST") EN EPOC SEVERA

Sívorí, M., Sáenz, C.

Unidad de Neumotisiología. Hospital Ramos Mejía. Buenos Aires.

No hay experiencia local con las Pruebas de Caminata de Carga Progresiva (PCCP)

**Objetivo:** Correlacionar en pacientes con EPOC severa, la PCCP con las pruebas de caminata de 6 minutos y consumo de oxígeno ( $VO_2max$ ), y con otros parámetros función pulmonar y cuestionarios de calidad de vida específicos.

**Métodos:** Se evaluaron 21 pacientes con EPOC (criterios ATS), estables, a los que se le realizó espirometría, prueba de caminata de 6 minutos (PC6M) y  $VO_2max$ . Se realizó la PCCP según protocolo de Singh y col. (Thorax 1992) con descansos entre cada una. Se usó el cuestionario de calidad de vida de Guyatt y col. Se utilizó técnicas estadísticas convencionales, correlación (Spearman) y fórmulas de regresión. siendo significativa  $p < 0.05$ .

**Resultados:** Edad: 65.27 + 12.72 años; FEV<sub>1</sub>: 33.23 ± 4.94 %.

Prueba de ejercicio	Media + DS
VO <sub>2</sub> pico (L/min)	1.04 ± 0.14
VO <sub>2</sub> pico (ml/kg/min)	14.70 ± 5.44
Prueba de caminata de 6 minutos (metros)	297.85 ± 173.24
PCCP (metros)	318.8 ± 42.42

Correlación y fórmula de regresión entre

**PPC6M vs. PCCP:**

$$y=0.9815x + 26.451$$

$$r=0.73 (p< 0.001), R^2=0.533$$

**PCCP vs. VO<sub>2</sub> (L /min) y=0.003x - 0.1353**

$$r=0.88 (p< 0.001), R^2=0.7896$$

**PCCP vs. VO<sub>2</sub> (ml/kg/min)**

$$y=0.0438x + 0.8569$$

$$r=0.90 (p< 0.001), R^2=0.8135$$

No se observó correlación significativa entre la PCCP y los índices espirométricos, y con el cuestionario de calidad de vida.

**Conclusiones:** La PCCP presenta alta correlación con el VO<sub>2</sub>máx en pacientes con EPOC severa por lo que demuestra además una gran utilidad clínica por su facilidad y bajo costo.

C007

**EVALUACIÓN DEL ENFISEMA PULMONAR CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA HELICOIDAL VOLUMÉTRICA Y DENSITOMETRÍA DEL PARENQUIMA PULMONAR EN INSPIRACIÓN Y ESPIRACIÓN Y SU CORRELACIÓN CON LOS TEST DE FUNCIÓN PULMONAR**

Svetliza, G.; Seehaus, A.; Eleta, M.; Poletti, V.; Ocantos, J.; de la Canal, A.; Precerutti, J.; Rodriguez Jiménez, J.; Dubra, C.

Hospital Italiano de Buenos Aires

**Objetivo:** Comparar la densidad y el volumen pulmonar obtenidos por tomografía computada helicoidal (TCH) con 3D y 2D con los tests de función respiratoria

**Material y Métodos:** Se trata de un estudio prospectivo en curso, habiéndose evaluado hasta el momento 16 pacientes con sospecha clínica de enfisema pulmonar. Los pulmones fueron reconstruidos con técnicas 3D para la valoración de volumen pulmonar y registros axiales en 2D con medición de densidad pulmonar en unidades Housfield (LJH) clasificándolos en leve, moderado y grave. Estos datos fueron correlacionados con medición de la función pulmonar siguiendo normas de la ATS.

**Resultados:** La cuantificación del enfisema con reconstrucción volumétrica, medición densitométrica del parénquima pulmonar, y el score visual fue útil. Hallamos correlación de los datos obtenidos con los test de funcionalidad respiratoria: CPT, VR y DLCO.

**Conclusión:** La TCH volumétrica y la densitometría constituyen un método rápido y útil para la valoración y cuantificación del enfisema.

C008

## SÍNDROME HEPATOPULMONAR:

### PREVALENCIA, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESPUESTA AL TRASPLANTE HEPÁTICO EN ARGENTINA

Cánova J.; Ossés, J.; Gómez, F.; Barro, A.; Mazzei, M.; Torino, A.; Guevara, M.; Villamil, F. Secciones Neumonología, Ecocardiografía y Unidad de Hígado. ICyCC, Fundación Favalaro. Capital Federal

El síndrome hepatopulmonar (SHP) se define como un trastorno de la circulación pulmonar que se caracteriza por una tríada clínica que incluye: enfermedad hepática avanzada, alteraciones en el intercambio de gases y dilataciones vasculares intrapulmonares difusas (DVIP). No se conoce en nuestro medio su prevalencia, evolución y respuesta al trasplante hepático (TH).

**Objetivo:** Estudiar la prevalencia y alteraciones funcionales respiratorias del SHP asimismo como evaluar su evolución.

**Métodos:** Entre 5/95 y 4/99, se evaluaron consecutivamente 218 pacientes que ingresaron al programa de TH de la institución. Se incluyeron en el análisis 175 pacientes los cuales ingresaron a lista de espera de TH. Se definió al SHP por la presencia de un  $AaPO_2 > 15$  mmHg y DVIP por ecocardiografía de contraste (ECC) positiva luego del 3° latido cardíaco. El seguimiento se extendió hasta agosto de 2000.

**Resultados:** La prevalencia del SHP fue del 14.3 % (25/175), siendo más frecuentemente observado en hombres (20/25 vs 70/150,  $p < 0.05$ ). Los pacientes con SHP presentaron un  $AaPO_2$  mayor ( $36.1 \pm 14.6$  vs  $18 \pm 11$  mmHg,  $p < 0.001$ ) y una DLCOc menor ( $66.1 \pm 16.2$  vs  $84.1 \pm 19$  % pred) comparados con los pacientes sin SHP ( $p < 0.001$ ). Se observó ortodeoxia en 33% (8/24) de los pacientes con SHP y en 9% (13/149) sin SHP ( $p < 0.001$ ). De los 25 pacientes con SHP, 8 fallecieron en lista de espera de TH, 9 fueron exitosamente trasplantados, 1 falleció durante el trasplante, 6 permanecen en lista de espera y 1 paciente rehusó ser trasplantado. Cinco pacientes con SHP fueron seguidos por un lapso de  $25 \pm 4$  meses. No se observaron cambios significativos en el  $AaPO_2$  ( $29.6 \pm 6.7$  vs  $23.1 \pm 7.1$ , NS) ni en la DLCOc ( $77 \pm$  vs  $64 \pm 7$ , NS) durante el seguimiento. Cuatro de los pacientes trasplantados fueron revaluados tras un promedio de  $16 \pm 3$  meses. Todos los pacientes normalizaron la alteración del intercambio gaseoso ( $AaPaO_2$   $43.5 \pm 9.1$  vs  $3.0 \pm 1.7$ ,  $p < 0.01$ ) mientras que sólo 1 normalizó la DLCO.

**Conclusiones:** La prevalencia del SHP en nuestro medio es de un 14.3%. Si bien la presencia ortodeoxia es indicativo del SHP no es un hallazgo frecuente. Las alteraciones del intercambio de gases del SHP son reversibles con el trasplante hepático.

C009

## NEUMONIA AGUDA DE LA COMUNIDAD EVALUACION PROSPECTIVA EN DOS HOSPITALES DEL CONOUBANO BONAERENSE

Caberloto, O.J.; Garay. J.E., Cadario, M.E.2; Copacastro, C.A.3; Savy, V.L.2. 'Hospital del Tórax Dr. A. Cetrángolo. <sup>2</sup> I.N.E.I. A.n.L.I.S. Dr. Carlos Malbrán. <sup>3</sup> Hospital Gral. Manuel Belgrano.

**Introducción:** La neumonía aguda de la comunidad es la infección del parénquima pulmonar producida por la invasión de gérmenes al tracto respiratorio de adquisición extra nosocomial. Es causa frecuente de morbimortalidad en todos los países del mundo en forma variable. En Argentina existen datos aislados y dispares en la actualidad.

**Objetivo:** Evaluar en forma prospectiva en pacientes con diagnóstico de neumonía aguda de la comunidad que requirieron internación la distribución por sexo y edad, comorbilidades asociadas y organismos causales así como su relación porcentual. Se analiza a su vez el índice de mortalidad de esta patología y además la relación existente con los patógenos aislados y comorbilidades halladas.

**Materiales y Métodos:** Se analizaron pacientes divididos en dos grupos: Grupo 1 evaluado durante el periodo de 12 meses (Marzo 1998, Marzo 1999) en el Hospital general de Agudos Manuel Belgrano San Martín provincia de Buenos Aires Grupo 2 evaluado durante el periodo de 12 meses (Junio2000, junio2001) en el Hospital del Tórax Dr. A. Cetrángolo Vicente López provincia de Buenos Aires. Se incluyeron pacientes que cumplieron criterios de internación para neumonía aguda de la comunidad (según Guía practica clínica para Argentina, *Medicina* 1997,57.343-355). Se excluyeron pacientes con diagnóstico de tuberculosis pulmonar, micosis pulmonar, neoplasia de pulmón y con serología positiva para HIV. En dichos pacientes se realizo historia clínica, se tomaron muestras para diagnóstico de infección por gérmenes comunes, virus respiratorios, bacterias atípicas (*Mycoplasma p.*, *Clamidia spp.*, *Legionella p.*, *Coxiella b.*), hongos y microbacterias .

**Resultados:** Se incluyeron 78 pacientes divididos en grupo 1 53 pacientes y grupo2 25 pacientes. Los agentes aislados fueron *Mycoplasma p.*, *Streptococo pneumoniae*, *Pseudomonas a.*, *Moraxella c.*, *Klebsiella p .*, *Haemofilus i*, *Estafilococo a.* *Acinetobacter s.*, *Clamidia p.*, *Influenza AyB*, *Parainfluenza 1* y *Virus sicicial respiratorio*.

**Conclusión:** Los resultados coinciden con las publicaciones mundiales. El análisis de los datos nos permite recabar premisas que son aplicables a tareas de normatización de manejo de la neumonía aguda de la comunidad en Argentina.

C010

## NEUMONIA SEVERA DE LA COMUNIDAD VALIDACION DE UNA CLASIFICACION

Aguirre M., Petrlík E., Ferro ML., Colazo M., Rodríguez J., Zylberman M. Clínica Médica. Clínica Bazterrica. Buenos Aires.

**Objetivo:** validar los criterios de Ewig et al. para neumonía severa de la comunidad (NACS).

**Material y Métodos:** se estudiaron en forma prospectiva 67 pacientes. Se definió como NACS a aquella que requirió internación en Unidad de Terapia Intensiva (UTI). Para predecir el requerimiento de UTI se utilizó la siguiente regla de Ewig: uno de dos

criterios mayores (requerimiento de ARM o shock séptico) al ingreso o en la evolución, o dos o tres criterios menores (compromiso multilobar, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> menor de 250 tensión arterial sistólica menor de 90 mmHg) al ingreso.

Se analizó la significación estadística de los parámetros incluidos en los criterios de Ewig.

**Resultados:** De los 67 casos 20 fueron severos o sea que ingresaron a UTI. La mortalidad general fue de 12% (8/67), siendo de 40% (8/20) en las NACS y 0% en las no severas. Los parámetros estadísticamente significativos ( $p < 0.05$ ) resultaron: el uso previo de antibióticos, F.R.>30', F.C.>125', T.S.<90mmHg, PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub><250, confusión, ARM, shock e infiltrados radiológicos multilobares. Los criterios de Ewig tuvieron una sensibilidad (S) del 90%, una especificidad (E) del 93%, un valor predictivo positivo (VPP) del 85% y negativo (VPN) del 95% para predecir NACS.

Estos resultados son similares a los que publicara Ewig en su serie: S 78%, E 94%, VPP 75% y VPN 95%,

**Conclusión:** Creemos que debido a la facilidad de su utilización y a la coincidencia de resultados obtenidos, el de Ewig es un método aplicable en las Salas de Emergencias y de Internación para predecir las NACS.

C011

## **POSITIVIDAD DEL LAVADO BRONCOALVEOLAR Y MORTALIDAD EN NEUMONÍA ASOCIADA A VENTILADOR**

Fenoglietto, D.; Estrin, M.; Fernández, J.; Chiachiarra, D.; Arienti, R.; Firpo, D.

Hospital donación Francisco Santojanni, Departamento de urgencias, servicio de Terapia Intensiva.

**Objetivo:** Establecer el riesgo relativo de mortalidad, en relación a presencia de Lavado broncoalveolar positivo, en presencia de neumonía asociada a ventilación mecánica.

**Materiales y Métodos:** Fueron estudiados 66 pacientes en forma prospectiva, ingresados a nuestra unidad de terapia intensiva en el término de 6 meses, siendo los criterios de inclusión al estudio.

Pacientes de cualquier edad y sexo, clínicos o quirúrgicos que fueron sometidos a asistencia respiratoria por más de 48 horas.

Se les realizó fibrobroncoscopía con lavado broncoalveolar a los pacientes que presentaron criterios clínicos de neumonía nosocomial a saber:

Aparición de infiltrados pulmonares nuevos o progresión de los observados previamente. Fiebre, leucocitosis, secreciones respiratorias purulentas. Se analizaron los datos obtenidos, calculando el riesgo relativo de mortalidad de acuerdo a la positividad de los cultivos mediante el paquete estadístico Epi-info 5.01.

Se consideró BAL positivo a aquel con más de 100.000 colonias.



## Resultados:

BAL N=36

BAL Positivo: 22 (61%), Negativo: 14 (38%)

Fallecen con BAL positivo:15 (41%), con BAL negativo:6 (16%)

Riesgo relativo de mortalidad (RR) en presencia de BAL positivo=1,59

**Conclusiones:** El riesgo de mortalidad en pacientes con neumonía asociada a ventilación mecánica es más marcada en presencia de BAL positivo.

C012

## PREDICTORES CLINICOS TEMPRANOS DE LA EVOLUCION EN NEUMONIA ASOCIADA AL RESPIRADOR (NAR), ESTUDIO PROSPECTIVO

Luna, C.M.; Blanzaco, D.; Rios, F.; Baredes, N.; Matarucco, W.; Desmery, P.; Pálizas, F.; Menga, G.; Apezteguía, C.; Grupo Arg. de estudio de NAR.

Hospitales de Clínicas, María Ferrer y Alejandro Posadas; Sanatorios Otamendi-Miroli, Mitre y Bazterriica.

El "clinical pulmonary infection score" (CPIS) fue descripto como ayuda para el diagnóstico clínico de la NAR en terapia intensiva (UTI). Nuestra hipótesis fue que mediciones seriadas del CPIS podrían ser usadas para predecir el pronóstico.

**Métodos:** Estudio multicéntrico, observacional, de cohorte (pacientes en UTI ventilados). Inclusión: > de 18 años, estimación de ARM 272 lis. Exclusión:

SIDA, neumonía nosocomial al ingreso, neutropenia  $<1000/\text{mm}^3$ . Datos: demográficos, antecedentes, signos vitales y laboratorio para elaborar el CPIS. El CPIS según Pugin et al incluye scores para temperatura, rto. de leucocitos, secreciones, PaO<sub>2</sub>/FI<sub>O</sub>2 y Rx. de tórax. Evolución: Seguimiento diario de los datos, frente a un diagnóstico clínico de NAR se realizaron broncoscopía con LBA y hemocultivos; se registró los antibióticos (ATB) usados desde 10 días previos a la NAR y se continuó seguimiento clínico y microbiológico hasta el retiro del respirador o muerte. CPIS en función al tiempo: en pacientes con NAR, considerando 3 días antes de la NAR (NAR-3); día de la NAR (NAR) y 3, 5 y 7 días después de la NAR (NAR+3, NAR+S y NAR + 7). La muerte y la evolución del CPIS fueron los criterios pronósticos.

**Resultados:** Durante 24 meses se incluyeron 307 pacientes; 62 desarrollaron criterios clínicos de NAR (20,2%); 40/62 presentaban también criterios microbiológicos (13,0%). Mortalidad hospitalaria 41,9%; el 79,0% de los pacientes habían recibido ATB antes de la NAR. Luego del diagnóstico todos recibieron ATBs. El tiempo de ATB para los sobrevivientes fue de  $13,5 \pm 5,6$  días.

El CPIS mostró peoría hacia el día NAR y luego sostenida mejoría durante los días subsiguientes ( $p < 0.01$ ). La mejoría fue evidente en sobrevivientes pero no en no-sobrevivientes. Se identificó un grupo de CPIS empeoradores cuya mortalidad fue del 66.7% ( $p=0.02$ )

Se verificó una correlación negativa entre el nivel del CPIS y la adecuación del tratamiento ATB administrado antes o después del diagnóstico de NAR ( $p= NS$ ).

**Conclusiones:** Nuestro estudio basado en la comparación de la evolución de factores relacionados con la presencia de NAR, demostró que la evolución del CPIS y en especial de algunos de los factores que componen dicho score, puede estar relacionada con el pronóstico y la adecuación del tratamiento ATB.

**C013**

## **ESTUDIO COMPARATIVO SIMULTANEO ENTRE DOS REACTIVOS PPD APLICADOS EN PACIENTES CON TUBERCULOSIS Y EN PERSONAL DE LA SALUD**

Gonzalez C<sup>1</sup>; Jankilevich, S<sup>2</sup>; Saenz, C<sup>1</sup>; Debanne, S<sup>3</sup>; Pilheu; J<sup>4</sup>; Araujo, G<sup>5</sup>. <sup>1</sup>Unidad Neumotisiología, Hospital LM Ramos Mejía. <sup>2</sup>Departamento de Docencia y Graduados, Universidad de Belgrano. <sup>3</sup>Department of Epidemiology and Biostatistics, Case Western Reserve University, Cleveland, USA. <sup>4</sup>Liga Argentina de Lucha Antituberculosa. <sup>5</sup> Departamento de Enfermería, Hospital J.M. Ramos Mejía, Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

**Objetivos:** evaluar las respuestas a dos reactivos PPD aplicados en pacientes con Tuberculosis (TB) - HIV negativos y en personal de la salud.

**Material y Métodos:** entre abril de 1999 y diciembre del 2000, 60 pacientes con TB confirmada (GrupoTB) y 86 trabajadores de la salud (Grupo TS), fueron evaluados a través de la aplicación simultánea en ambos antebrazos, mediante diseño randomizado y doble ciego, de una dosis de 2 UT de PPD RT23 (Staten Serum Institut de Copenhagen) vs. PPD 194 (Inst. Carlos Malbrán). Se tomó un valor de corte de  $k_j$  0mm. para considerar las reacciones como positivas, leídas tras un período de 48 hrs. Se utilizó análisis estadístico ANOVA, Chi cuadrado, Test de Wilcoxon para muestras apareadas, Test de Proporciones Binomiales y Test T para Muestras Dependientes.

**Resultados:** para el GrupoTB la media de edad fue de 36.7 años (DS±15.6), de los cuales un 55% fueron varones. Un 53% presentó una o más comorbilidades. Tanto la media como la mediana de las reacciones al PPD RT23 fueron mayores que el PPD 194: 11.40 mm. (DS±5.3) vs. 8.38 mm. (DS±5.8) ( $p=0.000$ ), y 12 mm. vs. 10 mm. ( $p=0.000$ ), respectivamente. Las reacciones iguales a 0 predominaron en el reactivo 194: 23.3% contra 11 % del RT23 ( $p=0.02$ ), en tanto que las reacciones  $\geq 10$  mm. alcanzaron para el RT23 80% (48/60) vs. 55% del 194 (33/60) ( $p=0.004$ ). Para el Grupo TS, la media de edad fue de 32.9 años (DS±12.2), de los cuales 31.6% fueron varones. La media de las reacciones al RT23 fueron mayores al 194: 5.90 mm. (DS±5.2) vs. 4.34 (DS=6.3) ( $P=0.001$ ), al igual que las reacciones  $\geq 10$  mm: RT23: 34.1% vs. 194, 20.9% ( $p=0.06$ ). En 77% de los casos el PPD RT23 produjo reacciones mayores al PPD 194 ( $p=0.00$ )

**Conclusiones:** este estudio demuestra respuestas y sensibilidad mayores del reactivo PPD RT23 frente al PPD 194 de uso actual, lo que debería considerarse antes de iniciar nuevos relevamientos con nuestro reactivo entre las poblaciones con mayor riesgo de enfermar.

**C014**

## **TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE EN MENDOZA.**

Alchapar, R.A.; Torres, G.A.

**Objetivo:** Analizar la evolución de los pacientes con T.B.C.M.R. inmunocompetentes asistidos en el Hospital Lencinas entre Julio de 1995 y Febrero de 2001.

**Material y Métodos:** Se evaluaron 11 pacientes, 9 mujeres y 2 hombres de 33,7 años de promedio de edad.

Se analizan las Historias Clínicas confeccionadas en el Servicio, en lo referente a resistencia bacteriana, medicación administrada, efectos farmacológicos adversos, abandonos de tratamiento y evolución actual.

**Resultados:** los 11 pacientes analizados han completado el tratamiento 6 y continúan con el mismo 5, sin deserciones ni fallecimientos, todos ambulatorios. Los efectos secundarios más severos fueron hipoacusia permanente en 2 pacientes e intento de suicidio en 1 paciente. Se utilizaron promedio 5 drogas.

Debemos tener en cuenta que en los años mencionados 5 años se asistieron 11 pacientes con T.B.C.M.R., teniendo nuestra provincia una incidencia relativamente baja en relación al país, que para el año 2000 se notificaron 213 casos nuevos.

Del análisis realizado surge como imprescindible planificar tratamientos no inferiores a los 18 meses utilizar como mínimo 5 drogas a las cuales sean sensibles los bacilos, mantener una estricta vigilancia y contención de los pacientes para evitar el abandono del tratamiento, mantener el aislamiento estricto hasta la negativización del esputo y del B.A.L. en lo referente a baciloscopia.

**C015**

## **EMERGENCIA DE TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE INICIAL ENTRE PACIENTES HIV NEGATIVOS ASISTIDOS EN EL HOSPITAL DR. F. J. MUÑIZ**

Natiello, M.; Ritacco, V.; Palmero, D.; Ambroggi, M.; Barrera, L.; Capone, L.; Dambrosi, A.; Di Lonardo, M.; Poggi, S; Vescovo, M.; Abate, E.. Hospital F. J. Muñiz, Cátedra de Tisioneumonología UBA, INEI ANLIS "C.G. Malbrán", CONICET, Buenos Aires

La transmisión de tuberculosis multirresistente (TBMR) de casos de SIDA a individuos inmunocompetentes (personal de la salud, otros pacientes y contactos extra-hospitalarios) ha sido demostrada durante brotes nosocomiales ocurridos en Nueva York y Florida. En el Hospital "F. J. Muñiz" fueron asistidos 736 pacientes con TBMR-SIDA entre 1991 y 2000 y la cepa denominada "M" fue identificada en la mayoría de los casos analizados por RFLP. Con el objeto de determinar el posible impacto de esta epidemia en la población inmunocompetente, se investigó la frecuencia de TBMR inicial en pacientes sin riesgo de infección HIV asistidos en el hospital durante el decenio 1991-2000 y los aislamientos disponibles fueron sometidos a *fingerprinting* del ADN según RFLP IS6110.

En cada año consecutivo del período estudiado se registraron 2, 4, 2, 4, 2, 9, 15, 15, 12 y 15 casos de TBMR inicial entre pacientes HIV negativos (total: 80). El 58% era de sexo femenino, el 72% de nacionalidad argentina, el 62% residía en el Conurbano, la edad media fue 35 años. El 16% presentó asociación morbosa (diabetes, alcoholismo, colagenopatía, asma, silicosis). El factor de exposición para TBMR no pudo ser identificado en el 40% de los pacientes, el 30% era conviviente o contacto extra-hospitalario de un caso

índice, el 21% era personal de salud de 12 instituciones diferentes y el 9% registraba internación previa. Los aislamientos del 43% resultaron resistentes a 5 o más drogas de primera o segunda línea. De 47 pacientes cuyos aislamientos pudieron ser caracterizados por RFLP, 23 resultaron afectados por la cepa "M", incluidos 11 de los 17 trabajadores de la salud.

Se destaca el marcado incremento desde 1996 en la incidencia de casos de TBMR inicial entre pacientes 111V negativos asistidos en el hospital. Su pico apareció demorado alrededor de dos años con respecto al de la epidemia asociada a SIDA. Uno de cada cinco casos ocurrió entre trabajadores de la salud, lo que refleja el riesgo a que está expuesto el personal dedicado a la atención de estos pacientes. Asimismo, resulta alarmante la alta proporción de casos sin factor identificado de exposición. La cepa "M", que inició su expansión clonal entre pacientes inmunosuprimidos internados en este hospital, demuestra ahora su capacidad para diseminarse en la comunidad y se proyecta como una cepa persistente.

C016

## **INFECCIOSIDAD Y VIRULENCIA COMPARADAS EN CONTACTOS DE TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE Y PANSENSIBLE.**

Palmero, D.; Cusmano, L.; Bucci, Z.; Romano, M.; Waisman, J.; Ruano, S. División Promoción y Protección de la Salud y Sala 19, Hospital Dr. F. J. Muñiz.

**Objetivos:** Clásicamente se consideraron las cepas multirresistentes de *M. tuberculosis* como de menor virulencia que las sensibles. A través del estudio de contactos de pacientes con tuberculosis multirresistente (TBMR) y tuberculosis pansensible (TBS) se compararon la infecciosidad y virulencia de ambas.

**Métodos:** Se compararon 97 contactos estrechos de 37 casos de TBMR asistidos en el trienio 1998-2000 con 356 contactos de 100 casos de TBS seleccionados al azar. Se determinó infección mediante reacción tuberculínica con PPD 2UT >10 mm y enfermedad por Rx y/o baciloscopia y cultivo de esputo positivos. Para el análisis estadístico se empleó InStat, GraphPad, USA, 1993.

**Resultados:** Se evaluaron 97 contactos (65,9% mujeres; edad promedio 37,3 ± 10,9 años) de 37 casos índice de TBMR (67,5% varones; edad promedio 31,3 ± 9,3 años; 56,7% HIV-) hallándose 17 infectados (17,5%) y 2 enfermos con TBMR confirmada bacteriológicamente (2,1%). Como grupo control fueron estudiados 356 contactos (61,8% mujeres; edad promedio 35,2 ± 11,5 años) de 100 casos índice de TBS (76% varones; edad promedio 29,6 ± 8,6 años; 38% HIV+) encontrándose 43 infectados (12,1%) y 8 enfermos con TBCS (2,24%). La significación estadística para infección (test exacto de Fisher) fue: p=0,1768; OR=1,54 (95% IC=0,83-2,85); para enfermedad fue: p<1,00; OR= 0,91 (95%IC=0,19-4,38).

**Conclusiones:** Fueron analizados 97 contactos de 37 casos índice de TBMR asistidos en el trienio 1998-2000, comparados con 356 contactos de 100 casos índice de TBS seleccionados al azar determinándose la infección por tuberculosis a través de la positividad del PPD 2 UT y la aparición de enfermedad diagnosticada por Rx y bacteriología positiva. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la infección y progresión a enfermedad entre los contactos estrechos (domiciliarios o laborales) de TBMR y TBS. Se concluye que, para la población estudiada, las cepas de

*M. tuberculosis* multirresistentes y sensibles tuvieron la misma infecciosidad y virulencia. Se destaca en ambos grupos de contactos (TBMR y TBS) la mayor frecuencia del sexo femenino.

**C017**

## UTILIDAD DE LA CLÍNICA EN EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE PACIENTES HIV + CON INFECCIÓN PULMONAR

del Valle, E.; García, A.; Pino, A.; Piedrabuena, A.; Monteverde, A. Sección Neumonología - Hospital Posadas.

**Objetivo:** Validar la experiencia previa y medir su impacto en el diagnóstico y terapéutica

**Material y Métodos:** Se estudiaron prospectivamente, enero 1999 a diciembre 2000 (EXPERIENCIA 2) 79 pacientes con diagnóstico clínico de infección pulmonar, baciloscopia de esputo (-) y lavado broncoalveolar (BAL) 0. Se analizaron las variables: edad, sexo, evolución HIV, SIDA, enfermedades pulmonares, extrapulmonares, duración de infección actual, tos, expectoración, fiebre, disnea, leucocitos, gasometría, Rx, antibióticos, diagnóstico presuntivo, tratamiento empírico, tiempo de realización fibrobroncoscopia. Se compararon con EXPERIENCIA 1 (110 pacientes, de enero 1994 a diciembre 1998). Método estadístico: test de t, de Mann Whitney, Chi cuadrado, test de Fischer.

**Resultados:** BAL: Pneumocystis Carinii (PC) 38, Gérmenes comunes (G (D) 22, Tuberculosis (TBC) 18 y Hongos 9. Ocho (9%) infección mixta. Variables Significativas: En Pneumocystis Carinii: expectoración nula /mucosa 27 (71%), radiografía normal o intersticial 24 (63%) y P02 < 70 mmHg 29 (77%). La suma de las tres variables da una especificidad (E) del 85%, y sensibilidad (S) 27%. En cuanto a los Gérmenes comunes fueron esputo purulento 10 (45%), S 45% y E 78%, y enfermedad pulmonar previa 11 (50%), S 50% y E 74%, y tiempo de HIV previo mayor, con una media 39, mediana 94, vs. Otros con una media 26 mediana 10 meses. P- 0.02. En Tuberculosis la media del tiempo de evolución de la infección fue 39 días, mediana 30 días vs. Otros: media 24.5 mediana 20 días, P0.0000.

Estas mismas variables significativas fueron encontradas en la Experiencia 1

Diagnóstico Presuntivo Correcto	Experiencia 1	Experiencia 2	P
PC	38(64%)	32(91%)	0.003
G +	21(58%)	14(87%)	0.05
Otros	8(29%)	13(65%)	0.02
<b>Tratamiento Empírico Correcto</b>			
PC	39(66%)	31(94%)	0.002
G +	13(36%)	11(79%)	0.01
Otros	7(26%)	9(50%)	NS

**Conclusiones:** Las variables diagnósticas significativas de la EXPERIENCIA I Fueron validadas por la EXPERIENCIA II. El impacto en el Diagnóstico y tratamiento fue significativamente positivo.

**C018**

## TRATAMIENTO DEL EMPIEMA LOCULADO PARANEUMÓNICO (FASE II) MEDIANTE VIDEOTORACOSCOPIA. A PROPÓSITO DE 53 CASOS

Angelillo Mackinlay, T., Lyons, G., Angelillo Mackinlay, D., Sanchez, V. Y Barboza Piedras, M.

Hospital Británico de Buenos Aires y Thorax Group

**Objetivo:** Evaluar los resultados obtenidos con debridamiento videotoracoscópico en 53 casos consecutivos de empiema pleural paraneumónico (Grupo II) y comparación con los de una serie original de 31 casos publicada en 1996 (Grupo I).

**Pacientes y Métodos:** 53 pacientes (14 hombres y 39 mujeres) fueron operados entre mayo de 1994 y julio del 2001 por videotoracoscopia bajo anestesia general con intubación orotraqueal de doble luz. Los mismos parámetros evaluados en la serie original fueron los computados prospectivamente en la misma base de datos (Resolución del empiema, estadía hospitalaria, duración del drenaje, bacteriologías, recidivas, morbilidad, mortalidad, índice de conversiones) y comparados estadísticamente.

**Resultados:** Los datos se expresan como grupo I vs Grupo II y su significación estadística:

	GRUPO I	GRUPO II	P
RESOLUCION	100%	99%	0.1 NS
ESTADIA HOSPITALARIA. Media en días	6.7	7.1	0.1 NS
DURACION DE DRENAJE	4.2 días	5.5 días	0.2 NS
IDENTIFICACION DE GERMEN	9/31(29%)	15/53(28.3%)	0.99 NS
RECIDIVAS	0/31(0%)	2/53(3.7%)	0.52 NS
MORBILIDAD	5/31(16.1%)	5/53(9.4%)	0.71 NS
MORTALIDAD	1/31(3.2%)	3/53(5.6%)	0.44 NS
CONVERSIONES	1/31(3.22%)	8/54(15.05%)	0.20 NS

**Conclusiones:** El análisis comparativo de ambas series demuestra la consistencia de los buenos resultados obtenidos en la serie original y confirman al debridamiento videotoracoscópico como la técnica de elección para tratar el empiema loculado paraneumónico en Fase II

C019

## INDICACIONES DE LA CIRUGIA TORÁCICA VIDEO ASISTIDA EN LA PATOLOGÍA PLEUROPULMONAR

Fiore, C.A.; Santarelli, J.A.; Araujo, S. Htal. Municipal de Agudos "Dr. L. Lucero". Htal. Regional Español. Bahía Blanca

**Objetivo:** Evaluar las indicaciones y contraindicaciones de la cirugía torácica video asistida (CTVA) en las enfermedades pleuropulmonares en base a nuestros resultados y los publicados por otros autores, compararla y tratar de establecer el lugar que ocupa con otros procedimientos invasivos en el diagnóstico y tratamiento de estas patologías.

**Método:** Desde el año 1995 que se introdujo en nuestro medio la CTVA hemos protocolizado su uso en las diferentes afectaciones torácicas, en muchos casos los algoritmos fueron tomados de otros autores con pequeñas variantes que nos imponían las necesidades del medio. A diciembre del 2000 se realizaron 103 CTVA: Biopsias en enfermedad pulmonar intersticial difusa: 28; Derrames pleurales: 30; Nódulos Pulmonares: 13; Empiema: 11; Neumotórax: 12; Patología mediastinal: 4; Traumatismo torácico: 3; Cáncer de Pulmón: 1; Enfermedad pericárdica: 1.

**Resultados:** En biopsias en intersticiopatías se obtuvo 100% de diagnóstico con 2 (7%) complicaciones (fistula y hemorragia) con diferencia estadística con la cirugía convencional en tiempo de internación ( $p=0.006$ ); en derrames pleurales en diagnóstico la positividad fue de 94% (15/16) y en las sínfisis de los recurrentes en 10 de 14 (71%) no hubo recidivas, los otros 4 (19%) las tuvieron pero asintomáticas, las complicaciones fueron 2 implantes neoplásicos en pared y 1 cavidad pleural residual (3/14 21%), comparado con un trabajo anterior de sínfisis pleural por avenamiento e instilación de tetraciclina no encontramos diferencia estadística en la eficacia; en nódulos pulmonares se obtuvo diagnóstico en todos los casos, hubo 1 complicación por lo que se realizó conversión; en neumotórax hubo 1 recidiva (8%) y tres complicaciones (25%) (3 faltas de expansión); se realizó diagnóstico en los tres casos de tumores mediastinales sin morbilidad; lo mismo ocurrió en los traumatismos de tórax, cáncer de pulmón y empiemas; en el derrame pericardico se produjo implante tumoral en pared.

**Conclusiones:** La CTVA ocupa un importante lugar en el diagnóstico y tratamiento de la patología torácica y creemos que es el procedimiento quirúrgico de elección en: patología intersticial, derrames pleurales, empiema, neumotórax y patología mediastinal sin acceso a mediastinoscopia. Es importante el rol en estadificación del cáncer de pulmón, nódulo pulmonar periférico y se están incrementando las comunicaciones en cuanto al uso en lobectomías, neumonectomías, cirugía de reducción volumétrica y otros procedimientos intratorácicos en los cuales no tenemos experiencia.

**C020**

## **EXPERIENCIA SOBRE 100 CASOS DE RESECCIONES EXTENDIDAS EN CÁNCER DE PULMÓN**

Angelillo Mackinlav, T.; Lyons, G.; Angelillo Mackinlay, D.; Sanchez, V.; Barboza Piedras, M.

Hospital Británico de Buenos Aires y Thorax Group

**Objetivo:** Evaluar la sobrevida obtenida en 100 casos de cáncer de pulmón extendido a otras estructuras anatómicas y analizar los factores condicionantes de sus resultados.

**Pacientes y Método:** Sobre un total de 519 resecciones pulmonares por cáncer de pulmón, 100 (19,2%) debieron extenderse a pared (34 casos), mediastino (42 casos), ápice (9 casos), diafragma (3 casos) y 12 a otra estructura. Fueron 72 hombres y 18 mujeres. Edad media 58 años (Rango 36-79). Todos fueron estadificados clínica, quirúrgica y post-quirúrgicamente. Se correlacionó la sobrevida según estadio, estructura invadida, histología del tumor, magnitud de la resección y tipo de operación (oncológica/no oncológica).

**Resultados:** Las resecciones se catalogaron como oncológicas en 77 pacientes y en 33 como no oncológicas. La sobrevida global fue 22% a los 5 años correspondiendo según estadio 37% a IIB, 6.7% a IIIA, 13% IIIB y 0% a IV. La morbilidad 46% y la mortalidad 11 %.

**Conclusiones:** La sobrevida de las resecciones extendidas en cáncer de pulmón guarda relación entre el estadio post-quirúrgico de la enfermedad y con la ausencia de residuo tumoral macro y microscópico y no esta asociada al tipo histológico del tumor ni a la estructura comprometida, ni a la magnitud de la resección.

C021

## MORTALIDAD POR CANCER DE PULMON EN LA ARGENTINA.PERIODO 1980-1999

Pascansky D, Sivori M, Saenz C. Unidad de Neumotisiología . Hospital de Agudos Dr. J.M Ramos Mejía. Buenos Aires.

Se realizó estudio de prevalencia de muertes por cáncer de pulmón en la Argentina en un período de 20 años.

**Objetivo:** Analizar la tasa de mortalidad anual país entre 1980-1999 por cáncer de pulmón.

**Material y Métodos:** Se revisaron 2.120.303 certificados de defunción de la Secretaria de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y el Ministerio de Salud de la Nación. Entre 1980 y 1996 se buscó con el código 162 (CIE-9) y en el año 1997 en adelante por el código C 34 (CIE-10). Se calculó la tasa de mortalidad global por 100000 hab. para el total país, analizando según sexo y provincias

### Resultados

Año	1980	1985	1990	1995	1996	1997	1998	1999
<b>Tasa Global</b>	24,76	24,08	23,08	23,25	23,6	23,6	23,5	23,45
<b>Masculino</b>	43,6	41,98	39,27	38,3	38,65	37,68	37,58	38,09
<b>Femenino</b>	6,23	6,62	7,28	8,29	8,53	8,52	9,51	9,34

De acuerdo a los resultados se observó que en estos 20 años: 1) En el total país no se modificó.

2) La provincia de Buenos Aires mantuvo la media país. 3) Ciudad de Buenos Aires, Córdoba, Santa Fe y Entre Ríos presentó valores por arriba de la media. 4) Mendoza y Tucumán están por debajo de la media.

5) El crecimiento del sexo femenino 49,91 % (p=0,012), y disminución en el sexo masculino 12,63 % (p=0,014).

**Conclusión:** Con estos resultados se comprobó que la mortalidad por cáncer de pulmón en la Argentina prácticamente no se modificó en estos 20 años a pesar de los adelantos tecnológicos y terapéuticos.

Se observó aumento significativo del sexo femenino con respecto al masculino.



Así como variaciones entre provincias quizás asociadas con mayor industrialización.

**C022**

## **EL SPECT CON SESTAMIBI TC 99 EN LA EVALUACION DE TUMORES TORÁDICOS**

Barrionuevo, J.<sup>2</sup>; Díaz, O.A.; Noguera, M.A.<sup>1</sup>; Sale, H.A.<sup>2</sup>, Servicio de Cirugía, Hospital Nicolás Avellaneda, S. M de Tucumán, Tucumán, Argentina; y <sup>2</sup> Servicio de Neumonología, Hospital Nicolás Avellaneda, S. M. de Tucumán, Tucumán, Argentina.

**Propósito:** El propósito de este estudio es evaluar la efectividad del Spect con Sestamibi Te 99 en el estudio de tumores torácicos.

**Método:** El presente es un estudio prospectivo en un periodo de 6 meses (septiembre de 2000 hasta marzo del 2001 inclusive en un hospital de la comunidad. Todos los pacientes consecutivos con confirmación histológica de su lesión y con un protocolo de diagnóstico completo fueron incluidos.

**Resultados:** Durante este periodo un total de 28 pacientes con tumores torácicos visitaron nuestra institución, se descartó un paciente por perdida del protocolo por negativa a someterse a tratamiento quirúrgico. Los 27 pacientes restantes fueron 16 hombres y 11 mujeres, con una edad media de 57.95 años (rango entre 24 y 82 años). En todos los casos, luego de una radiografía sospechosa se realizó una TAC para la confirmación de la lesión y un SPECT con Scstamibi Te 99. Luego los pacientes entraron en un protocolo de estudio que incluía: FBC, citología de esputo seriada, y algún procedimiento quirúrgico para el diagnostico definitivo y/o tratamiento definitivo tales como PTF (9 casos), CTVA (2 casos), FBC con biopsia (6 casos), mediastinoscopia (2) o toracotomía (8 casos). El diagnóstico histológico fue hecho en todos los casos. El SPECT halló lesiones con actividad metabólica acelerada en 16 casos (resultado positivo) y sin metabolismo acelerado en 11 casos. El diagnostico fue 10 neoplasias malignas y 17 lesiones benignas. El SPECT mostró 9 verdaderos positivos, 7 falsos positivos, 10 verdaderos negativos y 1 falso negativo. La sensibilidad del método fue de 90.00%, la especificidad de 58.82%, el valor predictivo positivo fue de 56.25%, el valor predictivo negativo fue de 90.90%, con una precisión general de 70.37%.

**Conclusión:** El uso del Spect con Sestamibi Te 99 en la evaluación de tumores torácicos mostró una alta sensibilidad además de un alto valor predictivo negativo. Este resultado es menor en relación con otros métodos como el PET con FDG, pero el SPECT método se encuentra disponible fácilmente en el medio y tiene un costo relativamente bajo.

**Implicaciones Clínicas:** Concluimos que este método puede tener lugar en la evaluación de tumores torácicos en pacientes seleccionados, debido fundamentalmente a que es un método simple, relativamente barato, disponible en el medio y con una alta sensibilidad y valor predictivo positivo.

**C023**

## **SINDROME DE BRONQUIOLITIS OBLITERANTE EN TRANSPLANTE PULMONAR EXPERIENCIA EN LA FUNDACION FAVALORO**

Favaloro RR; Bertolotti, A.; Presa, C.; Peradejordi, M.; Macchia, A.

Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Fundación Favaloro. Bs. As.

**Objetivo:** Reportar la incidencia y el impacto en la mortalidad del síndrome de bronquiolitis obliterante (SBO) en pacientes (p.) sometidos a trasplante unipulmonar (TxUP), bipulmonar (TxBP) y cardiopulmonar (TxCP).

**Material y Métodos:** Desde 1/93 hasta 4/01, 43 p consecutivos fueron incluidos para el análisis. Se definió SBO a una caída en el volumen espiratorio forzado en el 1°segundo (VEF1) y/o del flujo espiratorio forzado 25-75% (FEF25-75) de más del 20% respecto a los valores basales (promedio de las dos mejores determinaciones en los primeros tres meses post trasplante en ausencia de infección respiratoria concomitante). La probabilidad de encontrarse libre de SBO se calculó mediante la curva de Kaplan-Meier. El análisis de predicción de SBO se realizó a través del test de Cox-Mantel y/o de la regresión de Cox, según corresponda.

**Resultados:** La edad media fue de  $41 \pm 14$  años con 67.4% de hombres (29 p.). Las principales indicaciones fueron: Enfisema 13 p (30.2%), fibrosis pulmonar en 10 (23.2%), síndrome de Eisenmenger en 6 (13.9%), fibrosis quística y bronquiectasias (5 p. cada uno =11.6%), hipertensión pulmonar primaria 4 p. (9.3%). Se realizaron 21 TxUP (48.8%), 10 TxBP (23.2%) y 12 TxCP (27.9%). Once p. (25.6%) desarrollaron SBO. El tiempo medio transcurrido hasta el desarrollo de SBO fue de  $24.7 \pm 23.5$  meses. La probabilidad calculada (% e IC 95%) de estar libre de SBO a 1, 2 y 3 años fue de 88.5 % (78.4%-99.8%), 81.6% (69.2-96.2) y 68.5 (50.9-92.2). Desde el desarrollo de SBO el riesgo de muerte se duplicó (OR 2.2 IC 95%:0.7-6.8). Este hallazgo no resultó estadísticamente significativo ( $p=0.16$ ). No se identificaron variables predictoras de SBO; aunque a nivel de la histocompatibilidad, solo se analizó el mismatch serológico, sin tener en cuenta el "cross reaction group".

**Conclusión:** La incidencia hallada de SBO fue relativamente baja. La aparición de esta complicación se asoció a un aumento de la mortalidad, aunque no resultó estadísticamente significativo. El bajo número de eventos o las características inherentes al tipo de población o a los protocolos de diagnóstico o tratamiento serán motivos de estudio como eventuales factores responsables de este hallazgo.

C024

## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR SECUNDARIA A ENFERMEDAD PULMONAR TROMBOEMBOLICA CRÓNICA

Favaloro, R.R.; Gómez, C.B.; Pombo, G.

Cirugía Cardiovascular - Fundación Favaloro- Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** La mortalidad en pacientes (pts) con hipertensión pulmonar secundaria a tromboembolismo pulmonar crónico (TEPc) es del 90% a cinco años cuando la presión media de la arteria pulmonar (APTm) es mayor de 50 mmHg. La única posibilidad terapéutica para esta patología la constituye el trasplante pulmonar o cardiopulmonar o la tromboendarterectomía pulmonar (TE).

**Objetivo:** Presentar la experiencia de TE de la Fundación Favaloro.

**Material y Métodos:** Población: catorce pts portadores TEPe, edad media 44 t 14 años, 8 hombres (57%); clase funcional NYHA (CF) 3.8 ± 0.4; 4 pts (28.5%) se presentaron con ascitis y 4 pts (28.5%) con anasarca. APTm 58 ± 13 mmHg; resistencia arteriolar pulmonar dina/seg/cm<sup>-5</sup> (RAP) 1011 ± 455; índice cardíaco l/min/m<sub>2</sub> (IC) 2.2 ± 0.7. Todos con antecedentes de trombosis venosa profunda y en 12 pts (86%) colocación de filtro en vena cava inferior previo a la TE; 11 pts (78.5%) presentaban trombofilia. Técnica quirúrgica: Se realizó TE con hipertermia profunda (17°C) y parada circulatoria (63 ± 18 min). Tiempo de circulación extracorpórea 197 ± 37 min. Tiempo de isquemia cardíaca 118 ± 23 min. Seguimiento alejado: todos los pts fueron anticoagulados.

**Resultados:** Mortalidad hospitalaria: 3 pts (21.4%) que fallecen a las 70 hs por distress respiratorio y al 32° y 35° día por falla multiorgánica. Los 11 pts externados presentaron caída de la APTm a 29 ± 7.3 mmHg (p=0.004), de la RAP a 223 t 92 (p=0.001) y mejoría del IC 3.5 t 0.8 (p=0.004); encontrándose al aflo en CF 1.1 ± 0.3. (p=0.004) (para comparar los valores basales con los postTE se empleó el test del signo para CF y el de Wilcoxon para IC y APT). En el seguimiento de 1026 ± 861 días (75-2565) un pt fallece a los 21 meses post TE por ICD. La probabilidad estimada por el método de Kaplan Meier de estar vivo a 642 días es de 85.7± 13.2% excluida la mortalidad hospitalaria.

**Conclusiones:** En nuestra experiencia la TE mejora significativamente todos los parámetros hemodinámicos y clínicos con una satisfactoria sobrevida y CF a 8 años de seguimiento.

**C025**

## **COMPARACIÓN DE LOS EFECTOS HEMODINÁMICOS AGUDOS DEL O2 100% vs ILOPROST INHALADO EN HIPERTENSIÓN PULMONAR SEVERA**

Cáneva, J.; Osses, J.; Roura, P.; Visentini, D.; Gómez, F.; Mazzei, M. Secciones Neumonología y Cuidados Intermedios. ICYCC. Fundación Favaloro. Capital Federal.

**Introducción:** La hipertensión pulmonar (HTP) se caracteriza por vasoconstricción, trombosis y remodelación vascular. La reversibilidad de la vasoconstricción es de magnitud desconocida y debe ser identificada a través de una prueba de vasoreactividad pulmonar (PVRP). El O2 100% ha sido usado históricamente en este sentido. El iloprost es un derivado prostanóide que puede administrarse por vía inhalatoria con efectos vasodilatadores.

**Objetivo:** comparar efectos hemodinámicos agudos del O2 100% vs. iloprost por vía inhalatoria en pacientes (pts) con HTP severa y refractaria a tratamiento convencional.

**Métodos:** Entre 07/99 y 01/01 se incluyeron 22 pts (18M/4H, 45±3 años, SE) con HTP severa y refractaria (14 HTP primarias, 8 HTP secundarias). Presentaban disnea CF 11I-IV (NYHA), con PAPm 56.8 ± 3.3 mmHg (media ± ES) sin mejoría clínica bajo tratamiento con anticoagulación y calcibloqueantes. Se colocaron catéteres de Swan Ganz y arterial para la medición de parámetros hemodinámicos y de intercambio de gases. Se realizaron mediciones en condiciones basales, respirando O2 100% y durante la administración de iloprost inhalado (10 g/ml, 5 ml por 12 minutos) a los 3, 6, 9 y 12 minutos. La respuesta se clasificó por la reducción de la resistencia vascular pulmonar (RVP) en:

mayor ( $\geq 30\%$ ) moderada (20-29%) y pobre ( $<20\%$ ). Se analizó por t de Student y ANOVA de medidas repetidas.

**Resultados:** Con  $O_2$  100%, la respuesta (rta) fue 1 pie (4%) mayor, 4 (18%) moderada y 17 (78%) pobre. Con iloprost 12 ptes (54%) presentaron una rta mayor, 3 (13%) moderada y 7 (31%) pobre. La rta global con  $O_2$  100% para RVP fue de  $-7\% \pm 3$  mientras que con iloprost fue de  $-30\% \pm 4$  ( $p < 0.001$ ); para VM con  $O_2$  100% fue de 2.6% y con iloprost de 25.6% ( $p < 0.001$ ); y para la PAPm con  $O_2$  100% fue de -3.7% y con iloprost de -10%. (NS). Conclusión: El iloprost nebulizado durante una PVRP demostró tener mayor potencia vasodilatadora que el  $O_2$  100%. Se aconseja no considerar el  $O_2$  100% para tal prueba.

C026

## EFFECTO DEL ALPRAZOLAM EN EL SINDROME APNEA/HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS)

Gallego C, Nigro C, García M, Rhodius EE., Di Bartolo G

Laboratorio Pulmonar, Políclínico Bancario, Buenos Aires.

**Objetivo:** Determinar el efecto del alprazolam sobre el patrón respiratorio y la oxigenación durante el sueño en un grupo de pacientes con SAHS.

**Métodos:** Se estudiaron 10 pacientes con diagnóstico de SAHS de grado moderado a severo (edad  $60 \pm 9$  años, índice masa corporal  $33.2 \pm 6$  kg/m<sup>2</sup>,

EPWORTH  $15 \pm 5$ , índice apnea/hipopnea  $39 \pm 22$ ). Se utilizó un polígrafo respiratorio marca AUTOSSET II PLUS que mide flujo aéreo con cánula nasal mediante transductor de presión, movimientos abdominales, posición corporal, saturación pulsada de oxígeno (SpO<sub>2</sub>), frecuencia cardíaca, e índice de aplanamiento de la curva inspiratoria flujo/tiempo (IAI). El análisis del patrón respiratorio fue manual. Diseño del estudio: Prospectivo, doble ciego, randomizado, placebo controlado.

### Definiciones:

Hipopnea: caída del flujo nasal (FN)  $\geq 10$  seg. con disminución de SpO<sub>2</sub>  $\geq 3\%$  o descenso del FN  $\geq 50\%$ . Apnea: ausencia de FN  $\geq 10$  seg. Índice apnea/hipopnea: número de apneas e hipopneas/tiempo total de registro (TTR). Protocolo de estudio: Los pacientes fueron estudiados 2 noches separadas por un intervalo de 7 días. Los mismos recibieron placebo o droga (1 mg alprazolam) en forma randomizada 30 a 60 minutos antes de iniciado el registro.

**Resultados:** Las siguientes variables fueron comparadas mediante una prueba para muestras apareadas (paired t Test): Índice apnea/hipopnea, número total de apneas e hipopneas en ambos decúbitos, duración promedio de las apneas/hipopneas, apnea de mayor duración, % del tiempo total de registro con una SpO<sub>2</sub>  $<$  de 90%, SpO<sub>2</sub> mínima y el IAI. No se observó diferencias significativas en ninguna de las variables medidas comparando placebo y alprazolam ( $p < 0.05$ ).

**Conclusiones:** Estos hallazgos indicarían que la administración de 1 mg de alprazolam en pacientes con SAHS moderado a severo no modifica el patrón respiratorio ni el grado de desaturación de  $O_2$  durante el sueño.

C027

## ACCESIBILIDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO CON PRESIÓN POSITIVA CONTINUA EN LA VÍA AEREA EN PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEAS/HIPOPNEAS DEL SUEÑO

Smurra, M.; Guardia, S.; Fernández, A.; Fraiman, D.; Sala, H.

Laboratorio de Función Pulmonar y Sueño. Hospital A. Posadas. Buenos Aires.

La realización de polisomnografía (PSG) diagnóstica insume recursos significativos. No hay estudios que establezcan si a los pacientes a los cuales se les prescribe presión positiva continua en la vía aérea (CPAP) tienen acceso al equipo, tampoco existen estudios en nuestro país sobre adherencia al tratamiento.

**Objetivo:** Valorar la accesibilidad a los equipos de CPAP nasal (n) en nuestra población y el grado de adherencia al tratamiento en pacientes con Síndrome de Apneas/Hipopneas del sueño (SAHS).

**Material y Métodos:** Se estudiaron 63 pacientes, 49 hombres y 14 mujeres a los cuales se les indicó CPAPn entre julio de 1999 y junio de 2000. Se les realizó un cuestionario que incluyó datos antropométricos, cobertura social, nivel de instrucción, escala de somnolencia de Epworth, pre y post tratamiento; se evaluaron parámetros polisomnográficos: índice de apneas por hora (IAH), saturación mínima de O<sub>2</sub> (SaO<sub>2</sub>), presión de CPAPn requerida, reacciones adversas al uso del equipo, referencia de horas semanales de uso.

**Resultados:** El 33% de los pacientes a los que se les prescribió CPAPn no tuvo acceso al equipo. De los que tuvieron acceso sólo el 16% lo compró. Los pacientes fueron divididos en tres grupos de acuerdo a las horas semanales de uso. La cantidad de horas de uso fue directamente proporcional al nivel de presión de CPAPn y la severidad de la somnolencia. Sólo 5 de 16 pacientes del grupo de más de 42 hs. semanales y 5 de 22 pacientes entre 20 y 42 hs. semanales no presentaron reacciones adversas a la máscara.

**Conclusión:** La accesibilidad a los equipos de CPAPn en nuestro medio es marcadamente baja. La adherencia está relacionada al nivel de los síntomas y al requerimiento de presión para revertir el cuadro, a pesar que altos niveles de presión generan más efectos adversos.

C028

## FRAGMENTACION DEL SUEÑO VALORADA A PARTIR DEL ANALISIS DEL PATRON RESPIRATORIO

Nigro C., Rhodius, E.; Giavedoni, E.

Laboratorio de Sueño, Hospital Alemán, Bs. As.

**Objetivo:** Evaluar la exactitud diagnóstica del análisis del patrón respiratorio (PR) para la identificación de microdespertares o despertares electroencefalográficos (MDEEG o DEEG).

**Material y método:** Se seleccionaron 8 a 16 minutos de registro del patrón respiratorio (flujo aéreo buconasal-FA-, movimientos abdominales-MA- y saturación pulsada de O<sub>2</sub> -SpO<sub>2</sub>-) de 45 trazados polisomnográficos (PSG) de pacientes con diagnóstico de síndrome de apnea/hipopnea del sueño. Las páginas seleccionadas incluyeron sueño no REM y REM. Un observador determinó la presencia de reacciones de despertar respiratorio (RDR). Las RDR fueron definidas de acuerdo al tipo de patrón respiratorio como: 1) Patrón respiratorio regular (sin apneas/hipopneas): Incremento en la señal de FA o MA  $\geq$  al 30% con una duración igual o mayor a un ciclo respiratorio 2) Patrón respiratorio irregular con hipopneas (Hipopneas: disminución  $\geq$  30% del FA o  $\geq$  50% del MA): Aumento del FA  $\geq$  al 30% o del MA  $\geq$  50% de  $\geq$  1 ciclo respiratorio 3) Patrón respiratorio irregular con apneas (Apneas: ausencia de FA o reducción a menos del 20% respecto al basal): Incremento de cualquier magnitud en la señal de FA o MA de  $\geq$  1 ciclo respiratorio. Un segundo observador identificó la presencia de MDEEG o DEEG en el mismo sector del patrón respiratorio que analizó el primer observador. Se usaron los criterios de la Asociación Americana de Desórdenes del Sueño y Rechtschaffen/Kales para los MDEEG y DEEG.

**Resultados:** La sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo negativo (VPN) y valor predictivo positivo (VPP) de las RDR fueron: 89% (IC95%: 85%-92%), 23% (IC95%: 17%-29%), 58% (IC95%: 46%-68%) y 63% (IC95%: 58%-67%) respectivamente.

**Conclusiones:** La estimación de la fragmentación del sueño a partir de la identificación de las RDR del PR fue de baja exactitud diagnóstica (S = 89%, E = 23%).

**C029**

## **SITUACIÓN EN LA ARGENTINA DE LA OXIGENOTERAPIA EN VUELOS NACIONALES E INTERNACIONALES**

Méndez. J.; Sívori, M.; Sáenz, C.

Unidad de Neumotisiología. Hospital Ramos Mejía. Buenos Aires.

No existe estudio que evalúe el estado de la Oxigenoterapia en Vuelo (OV) en nuestro país.

**Objetivo:** Evaluar los requisitos, dificultades, sistemas y costos de la OV de las compañías aéreas nacionales (N) e internacionales (I) en nuestro país.

**Métodos:** Se utilizó la misma encuesta telefónica y metodología que el estudio de Stoller J. y col.. (Chest 1999). Uno de los autores se comunicó telefónicamente con 31 aerolíneas que operan en los dos aeropuertos de Buenos Aires, e interrogó sobre los requisitos necesarios para viajar, sistemas y costos. Se usaron técnicas estadísticas convencionales siendo significativa  $p < 0.05$ .

**Resultados:** De 31 aerolíneas, se descartaron dos (6.4%) por falta de información (1 N y 1 I). El 100% de las compañías exigen un certificado médico (2 compañías de médicos propios).

	Aviso previo (rango 1-30 días)	Número llamados (rango 1-5)	Minutos telef. (rango 3-25 min.)
--	-----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

N	1 ± 0.82	1.57 ± 1.13	5.29 ± 1.8
I	9.7 ± 8.91	2.24 ± 1.09	7.95 ± 4.54
P	0.01	NS	NS

En el 100% de las aerolíneas, los pacientes podrían usar cánula nasal o máscara, sin embargo 8 no las proveerían (27.28% del total) (N: 71% vs. I: 14%,  $p < 0.05$ ). El 100 % N y 28.5 % I disponían del oxígeno sin cargo ( $p < 0.05$ ). El resto el costo oscilaba entre 50 y 500 dólares.

**Conclusiones:** Se observó una marcada dificultad en la provisión de información de las compañías aéreas, y restricciones de su uso. El costo es muy variable y se da principalmente en las compañías aéreas N. Consideramos necesario implementar acciones que faciliten el acceso de los pacientes y médicos a la información pertinente de cada compañía aérea sobre OV.

C030

### EXACTITUD DIAGNOSTICA DEL ANALISIS DE PARAMETROS RESPIRATORIOS EN EL DIAGNOSTICO DEL SINDROME APNEA/HIPOPNEA DEL SUEÑO (SAHS)

Nigro, C. \*; Smurra, M. \*\*; Rhodius, E. \*

\*Laboratorio de Sueño, Hospital Alemán. \*\*Hospital Muñiz-Bs. As.

**Objetivo:** Evaluar la exactitud del análisis del flujo aéreo (FA), movimientos abdominales (MA) y saturación pulsada de oxígeno (SpO<sub>2</sub>) en el diagnóstico del SAHS.

**Material y método:** Dos observadores analizaron las polisomnografías (PSG) de 52 pacientes (edad media 52 años) con sospecha de SAHS. Definiciones PSG: Apnea (A): ausencia de FA buconasal  $\geq 10$  seg.; Hipopnea (H): caída del FA buconasal  $\geq 30\%$  o del MA  $\geq 50\%$  asociada a un descenso de la SpO<sub>2</sub>  $\geq 3\%$  o microdespertar electroencefalográfico según los criterios de la Asociación Americana de Desórdenes del Sueño (AADS); Índice apnea/hipopnea (IAH): A + H / tiempo total de sueño; SAHS se definió como un IAH  $\geq 10$ . Uno de los observadores evaluó los trazados de compresión respiratoria (CR) (FA, MA y SpO<sub>2</sub>). Definiciones CR: Hipopnea: caída del FA buconasal  $\geq 30\%$  o del MA  $\geq 50\%$  asociado a un descenso de la SpO<sub>2</sub>  $\geq 3\%$ ; IAH: A + H / tiempo total de registro; se consideró SAHS a un IAH  $\geq 10$ .

**Resultados:** La sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN) del análisis de la CR para el grupo total fue de 90% (IC95%: 78%- 97%), 100% (IC95%: 29%-100%), 100% (IC95%: 92%-100%) y 37.5% (IC95: 8.5%- 75.5%) respectivamente. La sensibilidad fue de un 43% (IC95: 12% - 80%) en pacientes con SAHS leve (IAH  $\leq 10$  y S 15), 93% (IC95%: 64%-99%) en aquellos con SAHS moderado (IAH  $> 15$  y S 30) y 100% en el SAHS severo (IAH  $\geq 30$ ).

**Conclusiones:** Estos hallazgos indicarían que la exactitud diagnóstica del análisis de variables respiratorias (FA, MA, SpO<sub>2</sub>) fue alta en el SAHS moderado a severo (S = 93% - 100%, E = 100%) y baja en la patología leve (S = 43%).

C031

## PREVALENCIA DE RONQUIDO EN UNA POBLACIÓN DE CONDUCTORES EN LA CIUDAD DE ROSARIO

Pérez-Chada, D.; Khoury, M.; Rondelli, M.; Sarchi, M.; Gardéñez, W.; Nogueira, J.F.; Figueroa Casas, M.; Massola, F.; Oyola, R.; Lazzarini, G.; Lezcano, F., Figueroa Casas, J.C.

Grupo de Estudio de las Alteraciones del Sueño

El ronquido (R) es un signo característico que acompaña al Síndrome de Apneas/Hipoapneas del Sueño (SAHS) y se lo ha vinculado con Excesiva Somnolencia Diurna (ESD) e Hipertensión Arterial (HTA). Con el objeto evaluar la relación entre R y ESD 1175 conductores (98% de los invitados a participar) contestaron una encuesta al renovar su licencia en la Dirección General de Tránsito. La presencia de ESD fue evaluada con preguntas directas e indirectas que conforman una escala de somnolencia (ES). Se consideró sexo, edad, Índice de Masa Corporal (IMC), circunferencia de cuello (CC), fumar habitualmente (TBQ) e hipertensión arterial (HTA). La Tabla 1 resume los resultados e indica la significación estadística de las diferencias entre roncadores y no roncadores.

Variable	Roncadores	No Roncadores	Valor p
N: 1175	716 (60.94%)	459 (39.06%)	
Edad *	52.06 ± 14.5	48.38 ± 14.11	<0.0001
Hombres (79.32%)	628/932 (67.38%)	304/932 (32.62%)	
Mujeres (20.68%)	88/243 (36.21%)	155/243 (63.79%)	
LMC (kg/m <sup>2</sup> )*	27.96 ± 4.54	25.74 ± 3.90	<0.0001
CC (cm)*	41.41 ± 3.69	39.00 ± 4.13	< 0.0001
HTA	173/716 (24.16%)	63/459 (13.73%)	<0.0001
TBQ	227/716 (31.70%)	112/459 (24.40%)	0.007
ES *	2.28 ± 2.61	1.65 ± 2.11	<0.0001

\*Media

La presencia de ronquido aumentó el riesgo de HTA 1.63 veces según OR ajustado por edad, sexo, IMC y tabaquismo (IC95% = 1.21-2.37; p<0.01)

Los roncadores experimentaron 2.6 veces más riesgo de somnolencia en situaciones pasivas (IC= 1.59-4.33) En los roncadores habituales dicho riesgo fue 5.2 (IC= 2.57-10.43) El mayor riesgo de somnolencia en roncadores fue significativo luego de ajustar por probables confundidores.

C032

### ¿ES EL RONQUIDO UN FACTOR DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN Y SOMNOLENCIA EN CONDUCTORES PROFESIONALES?

Pérez-Chada D.; Sarchi, M.; Caro, G.; Langer, M.; Cravero, C., Nogueira, J.F.; Khoury, M.

Grupo de Estudio de las Alteraciones del Sueño



El ronquido (R) es un signo característico que acompaña al Síndrome de Apneas/Hipoapneas del Sueño (SAHS); publicaciones recientes asocian al R con Excesiva Somnolencia Diurna (ESD) La ESD es causa frecuente de accidentes automovilísticos.

Con el objeto de evaluar la relación entre R y ESD, 575 conductores profesionales (95% de los invitados a participar) contestaron una encuesta al renovar su licencia en la Dirección de Medicina Preventiva de la ciudad de Córdoba. La presencia de ESD fue evaluada con preguntas directas e indirectas que conforman una escala de somnolencia (ES) Se consideró sexo, edad, IMC, circunferencia cuello (CC), fumar habitualmente (TBQ) e hipertensión arterial (HTA) La Tabla 1 resume los resultados y la significación estadística de las diferencias entre roncadores y no roncadores:

Variable	Total	Roncadores	No Roncadores	Valor p
N	575	341 (59.3%)	234(40.7%)	
Edad*	39.2 ± 11.1	41.3 ± 11.1	36.3 ± 10.6	0.001
Hombres	549(95.5%)	328(59.7%)	221(40.3%)	
Mujeres	26(4.5%)	13(50%)	13(50%)	
IMC (kg/m <sup>2</sup> )*	27.42 ± 4.46	28.01 ± 4.41	26.55 ± 4.40	<0.001
CC (cm)*	41.77 ± 3.63	42.23 ± 3.61	41.11 ± 3.56	<-0-01
HTA	119/409(29.1%)	88/249(35.4%)	31/160(19.4 <sup>1</sup> %)	<0.001
TBQ	237(41.2%)	156(45.7%)	81(34.6%)	<0.01
ES*	1.5 ± 2.36	1.82 ± 2.61	1.04 ± 1.84	<0.01

\* *Media ±DS*

La regresión logística múltiple (IC 95%) mostró que la edad, el IMC y el hábito de fumar aumentan el riesgo de ronquido. Los roncadores experimentaron 2.4 veces (IC: 1.090; 5.372) más riesgo de somnolencia en situaciones pasivas. En los roncadores habituales este riesgo fue 7.6 (IC: 2.493; 23.103) veces superior. El riesgo de sufrir HTA fue 2.4 veces mayor en roncadores (IC 1.514; 3.937) Los autores agradecen a G. Ferrari y A. Ponce por su valiosa colaboración.

**C033**

### **EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE ARM PROLONGADA.**

Planells, F.; Delgado, G.; Díaz Nielsen, E. Clínica Basilea. Buenos Aires.

**Objetivo:** Analizar la experiencia de una unidad de ventilación mecánica prolongada en una clínica de rehabilitación.

**Pacientes y Métodos:** Se analizan retrospectivamente todos los pacientes internados entre octubre de 1997 y julio de 2001 que fueron sometidos a ventilación mecánica invasiva y no invasiva. Todos los pacientes en ARM invasiva ingresaron traqueostomizados.

**Resultados:** En el periodo descrito ingresaron 62 pacientes. La edad promedio fue de 65 años (15 a 87), 58% sexo masculino y 42% sexo femenino. La incidencia de acuerdo a patología fue: EPOC 25,81%; Enf. del SNC 35,48%; neuromusculares (NM) 17,74%; lesionados medulares 6,45%; postoperatorios 4,84%; otros 9,67%. El tiempo medio de ARM previo al ingreso a la Unidad fue de 64 días (9 a 150). De acuerdo con la patología de base se dividieron los pacientes en tres grupos: Grupo A (43

ptes.) candidatos a weaning, Grupo B (8 ptes.) pacientes no destetables (NM terminales, ACV de tronco, etc.) y Grupo C (11 ptes.) en ventilación no invasiva. En el 65% de los pacientes del Grupo A fue posible el cese de la ventilación mecánica, siendo la duración promedio de ARM en la Unidad de 37 días. La incidencia de neumonías en pacientes en ARM invasiva fue de 22 episodios/1000 pacientes día en todo el periodo analizado. La sobrevida en este grupo fue del 65%.

**Conclusiones:** La necesidad de mejorar la calidad de vida, disminuir costos y optimizar el proceso de weaning en pacientes ventilados dio lugar al desarrollo de centros de ventilación mecánica fuera de la UTI. En concordancia con experiencias previas, la sobrevida y el destete exitoso en esta unidad ha sido importante. La obtención de estos resultados, sumados a la menor incidencia de complicaciones y el mayor contacto del paciente con sus familiares debería promover, en pacientes clínicamente estables, un traslado más precoz desde UTI a este tipo de Unidades.

P001

## **ANALISIS DE LA TERAPIA ADITIVA DE MONTELUKAST MAS BUDESONIDA EN PACIENTES CON ASMA BRONQUIAL PERSISTENTE**

Bocca. X

Servicio de Neumonología; Clínica Monte Grande; M.Grande. Bs. As.

Las guías actuales (GINA) recomiendan los corticoides inhalatorios como terapia de primera línea en el control del asma bronquial persistente por su acción sobre la inflamación de las vías aéreas, aunque recientemente se ha demostrado que los corticoides no tienen efecto sobre la síntesis de leukotrienos sustancias que contribuyen a la inflamación en el asma bronquial, lo que sugiere que los antagonista de los receptores de leukotrienos operan por vías independiente de los corticoides.

**Objetivo:** Comparar los efectos de la terapia aditiva montelukast más budesonida Inhalatoria versus budesonida inhalatoria sola.

**Material y Método:** Se analizaron en forma de cohorte retrospectivo, entre 1/00 - 3/01, 57 pacientes, con criterios de Asma Bronquial Persistente Moderada (FEV<sub>1</sub><80% del valor predictivo y variabilidad >30%). Se comparó la información clínica, (síntomas diarios, ataques agudos, síntomas nocturnos), uso de broncodilatadores, FEV<sub>1</sub>, de los pacientes tratados con Montelukast 10 mg más Budesonida Inhalador de polvo seco 400 ug/día, (Grupo I) durante 16 semanas con un grupo de referencia tratado solo con Budesonida Inhalador de polvo seco 1600 ug/día (Grupo II) durante el mismo lapso. Fueron incluidos en el Grupo I 32 pacientes y en el Grupo II 25 pacientes.

**Resultados:** El grupo I presento una disminución de los ataques agudos (43%) mientras que el grupos II fue (45%), y por lo tanto el uso de B<sub>2</sub> en ambos grupo fue menor, cuando, se comparó el control de los síntoma diarios fue muy similar, los valores del FEV<sub>1</sub> fueron (mejoría media en relación al basal) 15%+/- 5% vs 17%+/-5%. Los síntomas nocturnos fueron controlados en forma similar en ambos grupos. En cuanto a efectos adversos solo se encontró intolerancia digestiva 1 caso, dermatitis alérgica 1, mialgias 1, en el Grupos I, aftas bucales 3 casos. irritación frangea 3 el grupo II.

**Conclusión:** En este estudio no se evidencio diferencias significativas en la repuesta terapéutica en ambos grupos. Si se pudo observar que el uso antagonista de los receptores leukotrienos puede permitir disminuir las dosis de los corticoides inhalatorios en este grupo de pacientes con Asma Persistente Moderada logrando control clínico, estabilizar la función pulmonar, disminuir el uso de broncodilatadores de rescate y prácticamente sin reacciones farmacológicas adversas.

**P002**

### **CORRELACION ENTRE EL VEFI, RESERVA RESPIRATORIA Y EL CONSUMO MAXIMO DE OXIGENO EN PACIENTES EPOC**

Gamberale.A.; Leston, JM; Nudelman, L.

Sanatorio Otamendi y Miroli. BUENOS AIRES. ARGENTINA.

**Objetivo:** Evaluar si existe una variación concomitante cuando se analizan los valores de VEF1 - Reserva respiratoria (RR) y VEF1 - consumo máximo de oxígeno(VO2 MÁX).

**Material y Métodos:** Se estudiaron 30 pacientes EPOC.Sc evaluó su VEFI en reposo. Se realizo una prueba de ejercicio en treadmill siguiendo un protocolo incremental hasta el máximo esfuerzo tolerado por el paciente. Durante el mismo se calculo el consumo de O2 máximo alcanzado (VO2max.), la reserva respiratoria y la ventilación voluntaria máxima (esta última medida en forma indirecta=VEF1x 37,4).Para la evaluación estadística se utilizó el método de comparación de dos regresiones, se calculó el coeficiente de correlación, el de regresión (slope) y el de determinación como medidas de asociación entre variables cuantitativas con distribución normal.Todos los pacientes firmaron un consentimiento informado.

**Resultados:** El VEF1 promedio fue 35% del teórico (<lt.). Se obtuvieron valores de P estadísticamente significativos para el análisis de los valores de VEF1 en función de la BR (P=0,023) y para los valores del VEF1 en función de la VO2max. (P=0.030), asimismo el valor de la pendiente para estos dos grupos fue respectivamente = 2,62 y 20,40. El coeficiente de correlación fue de 0,41 y 0,39 respectivamente.

**Conclusiones:** La variación concomitante estadísticamente significativa sugiere que el VEF1 (<50%) podría ser utilizado como predictor de la disminución de la RR y del V02 max en el grupo de pacientes estudiado.

**P003**

### **LIMITACION AL FLUJO AEREO EN SUJETOS FUMADORES CON Un CONSUMO DE CIGARRILLOS DE POR LO MENOS 10 PACK/AÑO**

Vanoni S., Fernández Bordas, M.; Duran, R.; Macchi, H.; Pastorino, R.; Casarúa, O.

Sanatorio Francés. Córdoba. Argentina

Los sujetos fueron seleccionados del total de voluntarios que concurrieron a nuestra institución para participar de una campaña gratuita de diagnóstico de EPOC. Los criterios de selección fueron consumo de cigarrillos de por lo menos 10 pack/año y ausencia de

enfermedades concomitantes o secuelas que pudieran modificar la función pulmonar. Todos los pacientes fueron evaluados con un cuestionario en búsqueda de síntomas de EPOC (incluyendo escala de disnea), examen físico, telerradiografía de tórax y medición de C.V.F., V.E.F. 1 y V.E.F./C.V.F. para reconocer la limitación al flujo aéreo.

Los 100 pacientes tuvieron la siguiente distribución por sexo: 52 hombres y 48 mujeres entre 36 y 69 años, con una edad media de 48.86. El consumo de tabaco osciló entre 10 y 120 pack/año con una media de 32.99. La muestra fue analizada en conjunto y se sospechó la presencia de EPOC en 13 sujetos. El criterio en el cual se fundamentó el diagnóstico fue: VEF 1 < 80% y VEF 1/CVF < 75%, asociado o no a criterios radiológicos compatibles o sugestivos de enfisema pulmonar o de bronquitis crónica. De los 13 pacientes con obstrucción al flujo aéreo sólo 2 (15.37%) presentaban radiología normal. Los hallazgos radiológicos sugestivos de enfisema estuvieron presentes en los 3 pacientes que tenían obstrucción severa, así como en 5 de los que presentaban obstrucción moderada (61.53%) Los 3 restantes exhibían criterios de bronquitis crónica (23.0%) Sólo 19 pacientes no tenían ninguna manifestación clínica, radiológica o funcional respiratorias. En consideración al consumo de tabaco, no se pudo establecer relación directa con la presencia de obstrucción al flujo aéreo. De hecho el paciente con mayor consumo presentaba radiología y espirometría normales. Nuestras conclusiones son comparables a las de la literatura mundial: sólo un 5 a 15% de los sujetos expuestos al cigarrillo desarrolla EPOC, pues existen otros factores predisponentes que deben estar asociados para que la enfermedad se manifieste.

P004

## REVERSIBILIDAD DE LA OBSTRUCCIÓN CRÓNICA DE LAS VÍAS AEREAS EN PACIENTES DE EDAD AVANZADA

De Salvo, M.C.; Frúhwald, G.; Ovando, M.; Lenge, L.; Trespach Lopes, M.; Delgado, G.

Hospital Dr. E. Tornú. División Neumotisiología. Buenos Aires

**Objetivo:** Evaluación de pacientes mayores de 60 años de edad con EPOC y Asma bronquial.

**Pacientes y Métodos:** Se evaluaron 100 pacientes. De ellos, 50 tenían diagnóstico de EPOC con edad media de  $73 \pm 5$  años y 50 con diagnóstico de Asma bronquial con edad media de  $68 \pm 6$  años. Todos presentaban obstrucción crónica de las vías aéreas de grado moderado (FEV 1 entre 40 - 60% del valor predictivo). Se efectuó en todos los pacientes el test broncodilatador administrando 400 tg de salbutamol. La reversibilidad bronquial se consideró positiva con un incremento del valor absoluto de FEV 1 por lo menos 200 ml. La obstrucción de la vía aérea se consideró totalmente reversible con una modificación del FEV1 del 15 % y parcialmente, con el 12%.

**Resultados:** El 60 % de los pacientes asmáticos presentaron reversibilidad total, fue parcialmente reversible en el 24 % y un 16 % no presentó reversibilidad. En los pacientes EPOC, el 13 % evidenció reversibilidad, 22 % fueron parcialmente reversibles y un 65 % no presentó reversibilidad.

**Conclusiones:** La obstrucción bronquial, aún en el paciente de edad avanzada, puede ser total o parcialmente reversible, beneficiándose de la terapia broncodilatadora.

## EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA DE VOLUMENES PULMONARES (VP) A LA INHALACIÓN DE BRONCODILADORES (BD)

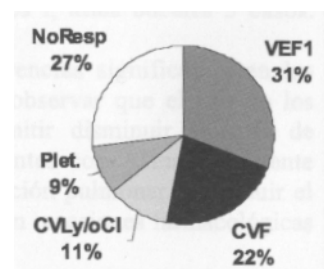
Figuroa Casas, J.B., Diez, A.; Rondelli, M.; Figuroa Casas, M.; Figuroa Casas, J.C.  
Instituto Cardiovascular de Rosario - Rosario

**Objetivo:** El aumento en el VEF, es el criterio habitual para determinar la respuesta a los BD a pesar de su pobre correlación con mejoría clínica en pacientes con obstrucción crónica al flujo aéreo. Se ha sugerido que dicha mejoría guardaría mayor correlación con cambios en los VP post BD. Fue objeto del presente estudio evaluar la respuesta de distintos VP a la inhalación de BD y su contribución, adicional al VEF,, en la detección de respuesta funcional inmediata.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de pruebas de función pulmonar (PFP) en pacientes con obstrucción al flujo aéreo ( $VEF_1/CVF < 70\%$ ) en quienes se realizó espirometría y pletismografía antes y después de BD (salbutamol 200 mcg). El criterio de respuesta para VEF, y CVF fue un aumento  $> 12\%$  y 200 ml sobre el basal. Para los demás parámetros (CVL, CI, CRF, VR, CPT) se aplicaron 3 posibles criterios de respuesta: cambios  $> 5, 10$  y  $15\%$  con relación al basal. Se analizó la respuesta a BD de cada parámetro y la contribución adicional al VEF, en la detección de respuesta a los BD provista por los cambios en: 1) CVF. 2) CVL y/o CI 3) CRF y/o VR y/o CPT (Plet.).

**Resultados:** Se evaluaron PFP de 98 pacientes. Se observó respuesta a los BD por VEF, en 31%, CVF 43%, CVL y/o CI 56% y CRF y/o VR y/o CPT 55% (criterio de 10% en los dos últimos). La CVF mostró respuesta en un 22% adicional al hallado por VEF,. La CVL y/o CI sumaron un 34, 11 y 3% de respondedores adicionales a los detectados por VEF, y CVF aplicando los criterios de 5, 10 y 15% respectivamente. La CRF y/o VR y/o CPT agregaron a los anteriores un 6, 9 y 7% de respondedores con iguales criterios. La figura ilustra la proporción de respuestas positivas adicionales logradas utilizando el criterio de respuesta del 10%.

**Conclusiones:** La medición de la respuesta de los volúmenes pulmonares a los BD agrega una importante proporción de respondedores a aquellos detectados sólo por la respuesta del VEF,. Debe confirmarse el significado clínico de estas variaciones a fin de considerar el uso habitual de aquellas prácticas de sencilla ejecución (CI, CVL).



## VOLUMENES PULMONARES NORMALES EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA (FPI) Y ENFISEMA SEVEROS

Casas, J.P.; Robles, A.M.; Mercado, J.A.; Abona, H.; López, A.M. Hospital Privado Córdoba.

La FPI es una enfermedad que se caracteriza por mostrar función pulmonar tipo restrictiva, resultante de una reducción en la complacencia pulmonar secundaria a fibrosis difusa. En el enfisema, la pérdida de elasticidad pulmonar y el colapso de las vías aéreas periféricas producen un patrón obstructivo. Presentamos 3 pacientes con enfermedad clínica y radiológica atribuida a fibrosis pulmonar más enfisema, que mostraron volúmenes pulmonares normales. Una menor afectación de los volúmenes pulmonares ya fue descrita en fumadores con FPI, su posible explicación sería que algunas unidades alveolares de alta complacencia por enfisema se hiperinflen y se vacíen lentamente, compensando el rápido vaciamiento de las unidades poco complacientes por fibrosis.

**Casos:** Describimos 3 pacientes de sexo masculino de 64, 60 y 73 años, con antecedentes de tabaquismo severo e historia de disnea progresiva, dos de ellos tenían severa limitación en su calidad de vida al momento de la consulta. Tomográficamente los tres pacientes presentaban enfermedad intersticial pulmonar avanzada con cambios de tipo fibróticos a predominio basal y subpleural, que coexistían con enfisema centroacinar a predominio apical. La función pulmonar fue la siguiente:

	<b>Paciente 1</b>	<b>Paciente 2</b>	<b>Paciente 3</b>
CVF	4,45L 108%	3 66L 84%	4,11L 114%
VEF1	3,60L 115%	2,73L 89%	2,88L 119%
CPT	6,16L 94%	5,36L 87%	6,62L 124%
VR	1,26L 62%	1,67L 90%	2,21L 128%
SaO2 basal	92% (O2 big. 51/m)	87% aire	98% aire
SaO2 po	73% (O2 big. 51/m)	69% aire	91% aire
Distancia	262,5 mts.	345 mts.	460 mts.

**Evolución:** El paciente 1 falleció al año de seguimiento, el 2 está en lista de espera de trasplante pulmonar y el 3 se encuentra estable tratado con Colchicina.

**Conclusiones:** 1) La presencia de volúmenes pulmonares normales no excluye el diagnóstico de fibrosis pulmonar idiopática en pacientes fumadores. 2) La alteración funcional, determinada por la reducción de volúmenes no debe ser considerada en la evaluación de la severidad del compromiso pulmonar.

**P007**

## **ASMA INDUCIDO POR EJERCICIO FALSOS POSITIVOS**

Ruiz J.; Fernández, J.; Margalejo, P.; Dousset, L.; Ruiz, M.

Sector Neumotisiología Infantil HIGA Lanús.

**Objetivo:** Demostrar que el A.I.E. no supera el 5% de la población total de pacientes asmáticos leves, moderados o graves y que la estadística actual es tan elevada por la inclusión de falsos positivos.

**Material y Métodos:** Se realizó una evaluación de campo en natatorio climatizado sobre 81 pacientes, 48 de ellos con diagnóstico clínico y espirométrico de asma y 33

como grupo control. Se realizó el PEF a la entrada y a los 10 min. de la salida del natatorio.

**Resultados:** Al compararse el valor tórico del PEF del nomograma de flujo máximo con la media personal se halló que el 69% presentaron un ascenso del PEF; el 6% permanecieron estables; el 21% tuvieron un descenso menor del 15%; sólo en 2 pacientes que representan el 4% tienen un descenso mayor del 15%. Conclusión: Respetando las bases fisiológicas de la adaptación cardiorrespiratoria y manteniendo la actividad física en la banda fisiológica aeróbica entre los 2 y 4 Mmoles de lactato no se observó en ningún niño un descenso mayor del 15 % del FMF. Con la correcta periodicidad de la actividad física (3 estímulos semanales), con una intensidad adecuada (banda fisiológica aeróbica), un volumen de la actividad adecuado no se observaron cuadros de crisis asmáticas post ejercicios.

P008

### **CAMBIOS EN EL UMBRAL ANAEROBICO PRE Y POST ENTRENAMIENTO EN PACIENTES EPOC.**

Gamberale.A.; Leston, J.M.; Nudelman, L.

Sanatorio Otamendi y Mirolí. BUENOS AIRES. ARGENTINA.

**Objetivo:** Evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas en el comienzo de la acidosis láctica (umbral anaerobico:UA) antes y después de un entrenamiento de resistencia en un programa de rehabilitación pulmonar (PRP) en pacientes EPOC.

**Material y Métodos:** Se estudiaron 30 pacientes EPOC con enfermedad estable. Cada uno de los pacientes realizó un test de ejercicio cardiopulmonar en treadmill limitado por síntomas. Se utilizó el método del V-slope para determinar el UA. Durante el PRP (dos meses de duración con tres sesiones semanales) se realizó un entrenamiento de resistencia de miembros inferiores, en treadmill y bicicleta al 80 consumo máximo de O<sub>2</sub> (V<sub>O2</sub> max.) alcanzado durante 40 minutos. Se completaron las sesiones con ejercicios de fuerza para miembros superiores e inferiores. La frecuencia cardíaca, saturación arterial y escala de Borg fueron controladas. Para el análisis estadístico se utilizó el test de Wilcoxon (variables no paramétricas en muestras apareadas). Todos los pacientes firmaron consentimiento informado.

**Resultados:** la media del UA pre-entrenamiento fue de 46% y post-entrenamiento 51% (P=0.002)

**Conclusiones:** El entrenamiento de resistencia en miembros inferiores induce cambios enzimáticos y ultra estructurales a nivel muscular periférico, que provocan una reducción de la concentración del ácido láctico y del requerimiento de la ventilación lo que se traduce en un retraso en el inicio del UA.

P009

### **TESTS DE 6 MINUTOS: TREADMILL vs. PASILLO EN PACIENTES EPOC**

Gamberale,A.; Leston, J.M.; Nudelman, L.

Sanatorio Otamendi y Miroli.BUENOS AIRES.ARGENTINA.

**Objetivo:** Evaluar si existen diferencias objetivas (con significación estadística) y/o diferencias subjetivas entre el test de 6 minutos (6WT) realizado en pasillo (P) y en el treadmill (TM).

**Material y Métodos:** Se estudiaron 24 pacientes, 18 hombres y 6 mujeres, con una media de edad 65 años. Todos los pacientes realizaron una práctica previa con ambos métodos. Se realizaron tres pruebas con cada método con un reposo de 30 minutos entre cada una. Se tomó para el análisis la mayor distancia recorrida con cada modalidad. Se registró en cada minuto la saturación arterial, frecuencia cardíaca y escala de Borg. Para evaluar las variables subjetivas se utilizó una encuesta de preferencia. Para el análisis de los datos objetivos se utilizó el Test de Mann Whitney (variables cuantitativas independientes, con distribución no normal). Los pacientes firmaron un consentimiento informado.

**Resultados:** La media de recorrido en TM fue de 350mts. (ES: 102,7), con un rango entre 210-560 mts. y en el P 456,9 mts. (ES:124,2) con un rango 310-720 mts. Coeficiente de variación:29% (P=0,004). De los 24,11 prefirieron el TM, 10 el P y a 3 les dió igual.

**Conclusiones:** El recorrido obtenido fue significativamente mayor en el pasillo lo que podría estar determinado por la familiaridad con esta modalidad. Queda por determinar si dicha diferencia en metros es clínicamente significativa.

P010

## **CORRELACION ENTRE CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA,TEST DE 6 MINUTOS Y FUNCION PULMONAR EN PACIENTES EPOC.**

Gamberale. A.; Leston, J.M.; Nudelman, L. Sanatorio Otamendi y Miroli,.BUE NOS AIRES.

**Objetivo:** Evaluar si alguno de los test mencionados presenta correlación estadísticamente significativa con el cuestionario de calidad de vida (QL)

**Material y Métodos:** Se estudiaron 33 pacientes con limitación crónica al flujo aéreo.Los test de función pulmonar fueron realizados con un equipo MG 1085.Para el test de 6 minutos (WT) se utilizó el protocolo de Cockcroft. Se utilizó el cuestionario de St. George para evaluar QL. El método estadístico utilizado fue el Test de Spearman para variables no paramétricas. Todos los pacientes firmaron consentimiento informado.

**Resultados:** La media para el score total de QL fue de 38%, para el VEF1 de 0,87 Lt., para la DLCO de 42% y para el WT de 310 mts. La única variable que presento una correlación estadísticamente significativa con el QL fue el WT (P=0.033).

**Conclusiones:** La correlación entre el WT y el QL permite obtener información de la capacidad funcional en EPOC severo y el impacto que provoca la enfermedad sobre la calidad de vida y actividades de la vida diaria

P011



## RASGOS DE PERSONALIDAD EN UN GRUPO DE REHABILITACION DE PACIENTES CON EPOC.

Estudio Preliminar

Páramo, M.; Barimboim, E.\*; Diaz, V.; De Agostini, C.; Fachinelli, C.

Instituto de Investigaciones Psicológicas. Facultad de Psicología. Universidad del Aconcagua. Mendoza. \*Cátedra de Clínica Médica. FCM. UNC

**Objetivo General:** Investigar el predominio de rasgos de personalidad, su relación con calidad de vida de pacientes en rehabilitación respiratoria y su implicancia en adherencia al tratamiento.

**Metodología:** Sujetos: N=10 hombres pertenecientes a un grupo de rehabilitación respiratoria. Edad X 71.2 (rango 59-79 años). 7 EPOC, 2 asmáticos crónicos persistentes severos y 1 HTP 2° a TEP.

**Datos funcionales:** FVC X2.56 (DS +1-0.30), FEV1 X1.15 (DS+/-0.43), FEV1/FVC X42.65 (DS+/-9.66), FEF25-75% X0.63 (DS+/-0.50), MVV X49.22 (DS+/-13.81), Sat.O2 en reposo X92.44 (DS+/-2.70). Test 6' X373.72mts. (DS +/-54.32). 2 pacientes realizaron ejercicios con O2. Nivel socioeconómico medio.

**Materiales:** 1) Entrevista estructurada, elaborada especialmente para examinar adherencia al tratamiento y soporte social. 2) MIPS Inventario Millon de Estilos de Personalidad (Millon, 1997), consta de 180 ítems agrupados en 12 pares de rasgos referentes a metas motivacionales, modos cognitivos y conductas interpersonales. 3) SGRQ Cuestionario Respiratorio de Saint George (Jones et al, 1.991. Traducción al español) contiene 50 ítems divididos en 3 subescalas: Síntomas, Actividad e Impacto.

**Criterio estadístico:** Mips: se hace referencia sólo a resultados que superan el 75% de los sujetos, ya sea como predominio de presencia o ausencia. 2 pacientes no incluidos por consistencia cero. SGRQ: arbitrariamente se dividió cada subescala y el total en 3 niveles: bajo (0-32%), medio (33-65%) y alto (66-100%). Procedimiento: Se administró en forma personal 1) Entrevista estructurada según variables a investigar; 2) MIPS y 3) SGRQ.

**Resultados:** 1) Entrevistas: la mayoría (9/10) cuenta con soporte social en su enfermedad (familia), presentan en general un nivel medio y bajo de adherencia al tratamiento. 2) Mips: Metas motivacionales: presentan rasgos modificación (6/8) e individuación (8/8). Modos Cognitivos: presentan rasgos sensación (7/8) y reflexión (7/8); ausencia del rasgo innovación(7/8). Conductas interpersonales: presentan rasgos conformismo (7/8), control (7/8), concordancia (6/8); ausencia de rasgos discrepancia (6/8), sometimiento (8/8) e insatisfacción (6/8). 3) SGRH: Síntoma: 20% alto, 60% medio y 20% bajo. Actividad 60% medio, 40% alto. Impacto: 80% medio, 20% bajo. Total: 90% medio, 10% bajo. **Conclusiones:** MIPS podría ser útil para comprender la adherencia al tratamiento instituido, en pacientes en rehabilitación respiratoria.

P012

REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES EPOC

Boim C.; Bollorino, M.; Cortinas, M.; Guida, R. Hospital del Tórax "Dr. A. Cetrángolo"

**Objetivo:** Desarrollar y evaluar la intervención de un programa multidisciplinario de Rehabilitación Respiratoria en pacientes EPOC.

**Materiales y Método:** El programa multidisciplinario de Rehabilitación Respiratoria se implementó desde marzo de 1998 hasta diciembre de 2000, incluyó 3 etapas. Etapa 1: evaluación inicial (test de marcha de 6 M, EFR, laboratorio, ergometría, evaluaciones kinésica, nutricional y psicológica, test de calidad de vida de Guyatt CRQ), gimnasia kinésica, educación, transferencia a las AVD. Etapa 2: resistencia aeróbica general y muscular periférica, trabajos de fuerza global. Etapa 3: reevaluación. Se entrevistaron 117 pacientes, de los cuales 32 (27%) completaron la etapa 1; de ellos 23 (19%) finalizaron la etapa 2 y pasaron a la 3. De los 23 pacientes, 18 (78%) eran varones y 5 (21%) mujeres, tenían antecedentes de tabaquismo 21 (91%) y de asma crónico persistente 2 (8%). La edad promedio fue de 64,45 (SD 7,05); la media del VEF pre 1,121t (menor del 30% teórico según ATS)(SD 0,41); la media del test de 6 M pre 255,42 m (SD 77,05); el CQR medio fue de 82,77 (SD 17,85).

**Resultados:** Al finalizar las 12 semanas los 23 pacientes fueron reevaluados, obteniéndose los siguientes resultados: VEF post 1,03 lt.(SD 0,43); test de 6 M post: 362,13 (SD 105,60), representando una mejoría del 18% (comparado estos valores con los publicados por Rikli y Jones, 1999); el test de Guyatt fue de 99,08 (SD 12,06), representando una mejoría del 15%.

**Conclusiones:** La no adherencia al programa reconoce las siguientes causas: 1) Económica, que implica no disponer de recursos suficientes para medicamentos y alimentación. 2) Distancia. 3) Falta de comprensión. 4) Hábito de fumar. 5) Falta de contención familiar. 6) Desinterés. Los pacientes que cumplieron el plan de rehabilitación reconocieron mejoría de su calidad de vida y mejor tolerancia al ejercicio.

**Agradecimientos:** Servicio de Fisiopatología Respiratoria y al Dr. López Jové

P013

## **BENEFICIO DE UN PROGRAMA DE CAMINATAS EN PACIENTES CON E.P.O.C.**

Análisis Preliminar.

Conti E.; Carlés, D.; Saucedo, M.; Viota, L.

Rehabilitación Pulmonar, Hospital Dr. Julio C. Perrando. Resistencia - Chaco.

Se llevó a cabo un estudio prospectivo de pacientes con criterios de EPOC severa definidos por la A.T.S., con el objetivo de evaluar si el entrenamiento de miembros inferiores con caminatas programadas individualmente, otorga un beneficio suplementario en pacientes con esta enfermedad, en relación a los test de caminatas, índice de disnea y calidad de vida medidos en el pre-entrenamiento (PE) y post-entrenamiento (PO-E).

Se incluyeron pacientes ambulatorios desde el 01-04-2000 hasta el 31-03-2001, derivados del Servicio de Neumonología del mismo hospital, considerándose ciertos criterios de inclusión y exclusión.

En el P-E los pacientes fueron evaluados con Test de Caminata (6MWT), escala de Borg para disnea y Cuestionario de Calidad de Vida (CCV: St. George Respiratory Questionnaire-SGRQ).

Realizaron 32 sesiones, dos veces por semana, de 1,5 horas cada una.

Las sesiones consistían en caminatas programadas individualmente, divididas en entrada en calor y pausa, y tres caminatas incentivas con tres períodos intercalados de pausa. Realizaron también otros ejercicios. En cada sesión se tomaba la Saturación de oxígeno (SpO<sub>2</sub>), Pulso (Nonin. 8500- USA) y TA. Los pacientes que presentaban hipoxemia determinada por SpO<sub>2</sub> en los 6MWT, se les proveía O<sub>2</sub> suplementario a través de cánulas nasales.

Los 6MWT, se evaluaron en el P-E, en las sesiones 12; 24 y 32. En las sesiones 2, 12, 24 y 32 se le proveía de un plan de ejercicios domiciliarios.

Ingresaron 15 pacientes. Completaron el programa 5 (33%). La edad promedio fue 65 años ( $\pm 4,94$ ).

Los promedios de los 6MWT en el P-E y PO-E de los 5 pacientes (100%) mostró un aumento de 105 m.. Los test estadísticos no fueron significativos, aduciéndose al tamaño muestral.

Los índices de disnea disminuyeron 18% y el CCV presentó cambios significativos ( $p=0,0001$ ).

Se concluye en este análisis preliminar, que las caminatas constituyen un método de bajo costo económico, reproducibles y no requieren aprendizaje, permitiendo un incremento de metros en los 6MWT medidos antes y después del entrenamiento, mejorando la disnea y la Calidad de Vida de los pacientes con EPOC.

**P014**

## **NEUMONITIS INTERSTICIAL LINFOCITICA COMO CAUSA DE SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO**

Martínez Corozas, M.A.

H.I.G.A. "Pedro Fiorito"- Buenos Aires

Se presenta un paciente de sexo masculino, de 70 años, que concurre a la consulta por presentar síndrome febril de tres meses de evolución, a predominio vespertino y poliartralgias generalizadas, sin pérdida de peso. Concurre con Rx. de Tórax: Con patrón intersticial. Antecedentes personales y/o heredofamiliares: s/p.

**Clínica:** No presentaba adenopatías. Hipoventilación en base de hemitórax derecho, sin ruidos agregados y matidez de columna.

Los estudios complementarios mostraron: Rx. de tórax: Patrón intersti y pequeño derrame pleural derecho. TAC de Tx. Infiltrado intersticial reticulonodulillar bilateral, derrame pleural derecho. Sin compromiso mediastinal. ERS. 30 mm. Hemograma s/p. ECA aumentada. PPD: 7 mm. Espirometria: insuficiencia respiratoria leve de patrón restrictivo. Gasometría en sangre arterial y la prueba de DCO fueron inicialmente normales. Colagenograma: s/p. Punción biopsia pleural: Exudado (con linfocitosis).

**Biopsia:** Infiltrados inflamatorios inespecíficos. Fibrobroncoscopía: BTB No significativa. BAL: linfocitosis. Bacteriología y citología: s/p. Se efectua biopsia pulmonar a cielo abierto, diagnosticándose una neumonitis intersticial linfocítica. Se inicia tratamiento con corticoides, obteniéndose la remisión del cuadro clínico sin variaciones de la radiología de tórax durante 3 años. Luego progresa la insuficiencia respiratoria, complicándose con insuficiencia cardíaca derecha, que le causa la muerte en el curso del cuarto año posterior al diagnóstico.

**Conclusión:** La neumonitis intersticial linfocítica, intersticiopatía pulmonar poco frecuente, puede manifestarse inicialmente con síntomas extra-respiratorios, siendo el síndrome febril prolongado, asociado a poliartralgias uno de sus modos de Presentación en ausencia de un reumatograma alterado.

P015

## ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL SÍNDROME ANTISINTETASA AMIOPÁTICO

Rossi C.; Cabezas, C.; Gamallo, S.; Sierra, A.; Urbina, R.

H.I.G.A. y C. San Juan de Dios de La Plata.

**Objetivo:** Presentar el caso de una paciente con Enfermedad Pulmonar Intersticial y Acs. Antisintetasa, sin compromiso muscular.

**Introducción:** Los Acs. contra Aminoacyl tARN sintetasa, han sido descriptos en un 25 al 40 % de los pacientes adultos con DM o PM. El primero y más frecuente descrito es el Anti Jol(o Anti hitidyl sint.) A su vez existe una elevada correlación con la presencia de afección pulmonar de tipo intersticial (68 al 89%), Fenómeno de Raynaud, artritis y afección hiperqueratósica en los dedos. Han sido descriptos algunos casos con estas características sin afección inflamatoria muscular.

**Caso Clínico:** Paciente femenino, de 68 años de edad, que fue asistida en nuestro Servicio, por un cuadro, clínico, funcional radiológico, tomográfico e histológico de Enf. Pulmonar Intersticial. Acompañaba al cuadro, una poliartritis de pequeñas y grandes articulaciones con rigidez matinal. Durante la internación agrega un Síndrome de Raynaud y cuadro cutáneo de hiperqueratosis periungueal con lesiones eritemotodescamativas en las superficies de extensión de PIF y DIF (manos de mecánico). De los estudios inmunológicos presentó Ac. Anti Jol positivo. La Paciente no presentó síntomas clínicos de compromiso muscular ni tampoco compromiso enzimático muscular.

**Comentarios:** Consideramos que este es un caso más de Síndrome Antisintetasa sin compromiso muscular y debido a la baja frecuencia de su presentación, sugerimos la

búsqueda del mismo, ante un paciente con una Intersticiopatía Pulmonar aparentemente ideopático.

P016

## ENFERMEDADES INTERSTICIALES DEL PULMÓN (EIP): INCIDENCIA, ETIOLOGÍA Y ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA EN UN CENTRO ESPECIALIZADO

Castagnino, J.P.; Musella, R.M.; Martínez, D.; Mosca, C.; Abbate, E.H.

División Neumotisiología, Hospital Muñiz. Instituto de Tisioneumonología "Prof. Raúl Vaccarezza". U.B.A. Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** Las EIP son un grupo muy amplio y heterogéneo de enfermedades que comprometen difusamente el parénquima pulmonar afectando predominantemente al intersticio.

**Objetivo:** 1-Determinar la incidencia y etiologías de las EIP. 2- Conocer la estrategia empleada para llegar al diagnóstico.

**Material y Métodos:** Se revisaron retrospectivamente las historias clínicas (HC) de los pacientes que consultaron por primera vez durante el período 2/1/99 al 30/12/00. Se seleccionaron las que cumplían con uno o más de los siguientes criterios: disnea de causa inexplicada, infiltrado intersticial difuso, patrón restrictivo e hipoxemia en reposo y/o ejercicio. Se evaluó cada método de diagnóstico empleado, clasificándolos en métodos no invasivos (MNI): HC, Rx, TAC de tórax, pruebas de laboratorio y de función pulmonar; y métodos invasivos (MI): lavado broncoalveolar (LBA), biopsia transbronquial (BTB) y biopsia quirúrgica (BQ). Se clasificaron en EIP con diagnóstico específico (DE): definidas como aquellas que por MI y/o MNI se pudo llegar a DE y EIP sin DE: el análisis de los procedimientos realizados no permitió llegar a DE.

**Resultados:** Se revisaron 4518 HC de pacientes que consultaron por primera vez. 88 (1,94%) presentaron EIP. En 67 pacientes (76%), se pudo llegar a DE, y en 21 (24%) no. Las etiologías más frecuentes fueron: TB 16 (18%), silicosis 14 (16%), sarcoidosis 8 (9%) y FPI 6 (7%). Utilizando solamente MNI se obtuvo el diagnóstico en 31 de los 67 pacientes (46%). En el resto, 36 pacientes (54%), el diagnóstico se hizo por MNI y MI. El LBA se realizó en la mitad de los casos (44 pacientes). En 13 (30%) permitió hacer DE y en 31 (70%) no contribuyó al diagnóstico. La BTB fue realizada en 32 pacientes (36%). En 9 (28%) permitió hacer el diagnóstico y en 23 (72%) no fue útil para el mismo. La BQ se practicó en 5 pacientes (6%), obteniéndose diagnóstico en 4 (80%). De los 21 pacientes sin DE, a 10 se le realizaron MI y a pesar de ello, no se pudo obtener el diagnóstico.

**Conclusiones:** La incidencia de EIP fue baja (2%) si se la compara con otras enfermedades del aparato respiratorio. Las causas más frecuentes fueron: TB y silicosis. Esto podría deberse a que en nuestro hospital se derivan pacientes con estas patologías. En casi la mitad de los pacientes, el DE se realizó sólo por MNI. El rendimiento del LBA y la BTB fue de alrededor de 30%. En cambio, el de la BQ fue 80%. En 24% de los pacientes no pudo obtenerse DE. Esto podría deberse a que la BQ se realizó en sólo 5 pacientes. Recomendamos realizar la BQ con más frecuencia.

P017

## **NEUMOTORAX BILATERAL COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LEIOMIOMATOSIS PULMONAR METASTATIZANTE BENIGNA.**

Schottlender, J.; Morero, J.; Lombardi, D.; Olmedo, G.

Hospital María Ferrer. Buenos Aires.

Se presenta una paciente de 46 años, de sexo femenino que comenzó en julio de 1992 con disnea y dolor torácico luego de una cesárea programada. En la radiografía de tórax se evidenció neumotórax bilateral y en la TAC de tórax se confirmó el hallazgo de neumotórax y se observaron imágenes retículonodulillares simétricas bilaterales. Se colocaron tubos de drenaje pleural bilaterales. Se realizó una fibrobroncoscopía con BTB cuyo diagnóstico histopatológico fue de parénquima pulmonar con nódulo intersticial de características compatibles con proliferación de tejido de músculo liso.

Antecedentes de cirugía por leiomioma uterino voluminoso en 1984.

La paciente evolucionó en forma favorable, manteniéndose asintomática hasta mayo del 2001 en que refiere disnea a esfuerzos moderados.

Los estudios actuales evidencian gases en sangre dentro de valores normales y volúmenes pulmonares con compromiso restrictivo leve con DLCO del 72%. En la ecografía ginecológica se observan miomas uterinos múltiples.

En la radiografía y TAC de tórax se observa incremento del tamaño de los nódulos pulmonares con algunas imágenes quísticas características de la leiomiomatosis pulmonar metastatizante benigna. Esta es una enfermedad infrecuente, de la cual se hallan publicados solo 40 casos en el mundo hasta 1999 y cuyo tratamiento no está estandarizado, recomendándose la anexohisterectomía total.

**P018**

## **LEIOMIOMA METASTÁSICO BENIGNO**

Casas, J.P.; Robles, A.M.; López, A.M.; Caeiro, T.; Palazzo, E.; Navarro, R.; Sánchez, C.

Hospital Privado Córdoba.

El leiomioma metastásico benigno es una entidad rara con aproximadamente 75 casos documentados en la literatura. Se trata de un tumor benigno derivado del tejido muscular liso, asociado a una historia previa de mioma uterino. La presencia de receptores hormonales y características inmunogenéticas similares al comparar ambos tumores favorecen al diagnóstico de enfermedad metastásica. Las lesiones pulmonares suelen ser múltiples, sin afectación sistémica y su tiempo de aparición, luego de la histerectomía, varía entre 3 meses y 20 años.

**Caso:** Mujer de 46 años con antecedentes de cirugía de mioma uterino de 10 cm de diámetro 16 años antes e histerectomía 3 años después por nuevos miomas uno de 11 cm de diámetro.

Mientras le realizaban urograma de excreción debido a infecciones urinarias recurrentes, se visualizó por radioscopia múltiples nódulos pulmonares. La radiografía y TAC de tórax mostraron múltiples nódulos de límites netos, de entre 2 y 30 mm de diámetro, con predominio basal y subpleural. Se realizaron 2 punciones-biopsias pulmonares dirigidas que resultaron no diagnósticas. Se realiza biopsia pulmonar a cielo abierto con anatomía patológica compatible con el diagnóstico de leiomioma metastásico benigno, con características histológicas idénticas al de los miomas uterinos resecados previamente. Inmunohistoquímica: DESMINA +, ASMA.+ focal, receptores de estrógeno + 50%, receptores progesterona + 90%, Ki67 1 a 2 % de núcleos teñidos.

**Conclusiones:** El leiomioma metastásico benigno es una entidad rara que debe ser tomada en cuenta en el diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares múltiples, en mujeres de edad media con antecedentes de mioma uterino.

**P019**

## **SINDROME RENOPULMONAR**

Maniago, E., Marchisio, S.; Ponce, J.; Puga, M.; Sánchez, R.; Sarli, A.

HZGAD-Evita Pueblo-Servicio de Terapia Intensiva Berazategui

Femenina de 28 años, sin antecedentes patológicos, que consulta el 17/01/00 por disnea y hemoptisis de 48 horas de evolución, precedido de repercusión general el último mes. Rx de tórax muestra infiltrados bilaterales heterogéneos se interpreta como TBC. pulmonar y comienza con tuberculostáticos previa toma de hemocultivos. El 18/01/00 progresa a Insuficiencia Respiratoria por lo que ingresa al Servicio de Terapia Intensiva, requiriendo AVIM desde el ingreso. Se constata disfunción respiratoria ( PAFI 130 ), disfunción renal oligoanúrica ( creat. 10 Mg., urea de 179 Mg %), disfunción hematológica ( plaquetas 85,000 ), coagulopatía (T.P. 43%, K.P.T.T. 48"). Se realiza B.A.L, rescatándose líquido hemorrágico, enviándose muestras para anatomopatológico, cultivo para tuberculosis, gérmenes comunes, aerología para Hanta virus y HIV, suero para autoanticuerpos. Se inicia hemodiálisis.

Con diagnósticos presuntivos de 1-neumonía bilateral-MODS. 2- Vasculitis Sistémica, se inicia tratamiento con Ceftriaxona- Eritromicina - Tuberculostáticos -metilprednisolona. Se inicia alimentación enteral. El 19/01/ se coloca catéter de Termodilusión, TAM:111, I.C:8,3 RVS 632, PAOP 15, PVC 10. Se rota el 20/01/ a ceftazidime por pseudomona 10000 UFC en BAL. El 21/01 termina con pulsos de corticoides y continúa con ciclofosfamida. El 22/01/ se suspenden tuberculostáticos por elevación de enzimas hepáticas. El 28/01 Enterobacter en Mini-BAL se cambia a Piperazilina-Tazobactam. El 29/01 H.D.A. con diagnóstico endoscópico de úlcera duodenal y gastritis erosiva, evolución tórpida, laparotomía 1/02 con cierre de úlcera, piloroplastia y vagotomía. La paciente es intervenida en tres oportunidades con diagnóstico de hemoperitoneo sin diagnóstico etiológico en las cuales cursó con descompensación hemodinámica.

Pasa a Clínica Médica donde posteriormente presenta episodio convulsivo y foco neurológico se realizó R.M.N que evidencia hemorragia en hemisferio izquierdo. Se recibe informe de serología ANCA-C positivo. Se da el alta del hospital con seguimiento por servicio de Reumatología del - H.1.G.A. San Martín de La Plata. Continúa en hemodiálisis.

**INTERSTICIOPATIA PULMONAR Y SÍNDROME ANTISINTETASAS**

Samolski, D; Rodriguez Arias, J

Htal.Tornu, Bs. As ; Htal. Sant Creu i Sant Pau, Barcelona.

Los anticuerpos (Atc) anti tRNA sintetasa han sido hallados en pacientes con Polimiositis-Dermatomiositis (PM/DM), ppalmente. en aquellos con Enfermedad pulmonar intersticial difusa (EPID) asociada. Pocos pacientes con EPID y tales Atc, en ausencia de miositis clínica, han sido descriptos en la literatura. Los Ate: antisintetasa están en 25-40 % de las miopatías inflamatorias. El más frecuente es JO 1 (histidil tRNA sintetasa). Otros son el EJ (glicil), OJ (isoleucil), PL 7 (treonil) y PL 12 (alanil). Pacientes con tales Ate presentan más frecuente el denominado "Síndrome Antisintetasa", que incluye artritis, fiebre, Raynaud y "manos de mecánico", asociado a la intersticiopatía pulmonar. La histopatología pulmonar describe infiltrados intersticiales, fibrosis o patrón de bronquiolitis obliterante y neumonía organizada (BOOP).

Describimos en este reporte una paciente de mujer, de 51 años, que se interna para estudio de un síndrome febril de 8 meses de evolución y tos seca.

Antecedentes de neumonía, pielonefritis, leucopenia autolimitada, prolapso valvular mitra], disfagia episódica y cambios de coloración de las manos ante frío. Al examen físico como único hallazgo positivo la auscultación de rales velcro bibasales. Múltiples estudios habían sido realizados previo a esta internación : Hb 12 g %, GB 12300, VSG 29, discreta elevación de alfa2 y gamaglobulinas, pCr elevada, ECA normal, TSH normal, FR 27, química normal, Serologías virales y bacterianas negativas. Ausencia de rescates microbiológicos en hemo, uro, coprocultivos, así como en la búsqueda de hongos y parásitos. Desde su ingreso se realizaron las siguientes evaluaciones: Rx Tórax: infiltrado intersticial bilateral bibasal. TEGD: normal. Ecocardiograma: leve HVI septal, IM leve, IT leve sin HTAP, no vegetaciones. EFR: leve alteración restrictiva, con descenso de la DLCO, descenso de PIM y PEM, test BD (-), incremento de CVF y VEFI en sedestación respecto a decúbito. GSA normoxemia y normocapnia. Radioscopia diafragmática normal. Pulsioximetría nocturna normal. TAC Tórax: compromiso reticular fibrotico bibasal TAC Abdomen normal. FBC sin alteraciones estructurales. LBA (-) para células neoplásicas. Rto celular: 10% pmn, resto normal; inversión CD4/CD8,NK 8%. Bacteriología, BAAR, parásitos y virología respiratoria negativos. Capilaroscopia compatibles con Raynaud. AutoAtc: positivo para Ate anti tRNA para Aminoácido no tipificado. Biopsia pulmonar por FBC informo cuerpos de Masson (hallazgo de BOOP). Todos estos resultados caracterizan la paciente como Síndrome Antisintetasa, con manifestacion pulmonar de BOOP e intersticiopatía, aguardandose al momento la caracterización química del Aminoácido participante del Ate anti tRNA sintetasa. Inicio corticoterapia con desaparición inmediata de la tos y fiebre.

**SARCOIDOSIS PULMONAR: PRESENTACIÓN RADIOLÓGICA POCO FRECUENTE.**



Leston J.M.; Rolleri, J.C.; Diez, E.; Olmedo, G. Sanatorio Otamendi. Buenos Aires. Argentina.

**Objetivo:** reconocer formas radiológicas de presentación poco frecuentes en sarcoidosis.

**Material y métodos:** paciente de 21 años, sexo masculino, derivado en consulta por hallazgo radiológico anormal, en examen de rutina. Asintomático respiratorio. Antecedentes: tabaco 1 atado /día. Hiv -. Rx. tórax: densidades multifocales mal definidas. Ante la sospecha diagnóstica de probables etiologías como linfoma, amiloidosis, metástasis, sarcoidosis o tumor embrionario, se realizaron los siguientes estudios: laboratorio, test de función pulmonar, TAC de tórax, FBC con BAL y BTB.

**Resultados:** hallazgos positivos: ESD 75 mm. PPD negativa. Enzima convertidora de angiotensina 550nmol/l. Dosaje de gonadotropina coriónica sub beta 0.0 mUI/ml. Alfa feto proteína 2.12 ng/ml. FVC 4.02L (75%. TLC 5.17 (80%. DLCO 82%. TAC de tórax: lesiones nodulares en ambos pulmones, adenopatías intertraqueobrónquicas, subcarinales e hiliares bilaterales. BAL: histiocitos, células epiteloides y gigantes multinucleadas. BTB: granulomas gigantocelulares no caseosos tipo sarcoidal. Se inicia tratamiento con corticoides.

**Conclusiones:** ante la presencia de nódulos bilaterales con distorsión del parénquima pulmonar adyacente se debe pensar en sarcoidosis como diagnóstico diferencial si bien dicha presentación es poco frecuente.

**P022**

## **SARCOIDOSIS- CASOS DIAGNOSTICADOS EN LA PROVINCIA DE LA PAMPA (RA)**

López J.C.; Silio J.

La Sarcoidosis es una enfermedad crónica, sistémica que se caracteriza por presentar granulomas no caseificantes en los órganos afectados. La enfermedad se encuentra a nivel mundial pero son sobresalientes las diferencias geográficas, raciales y de género, todavía no existe unidad de criterios para su estudio epidemiológico.

Se presentan cuatro pacientes de sexo femenino, de 45 a 59 años, diagnosticados desde 1993 a 1995.

Se intenta señalar criterios diagnósticos, de tratamiento y seguimiento teniendo en cuenta las problemáticas zonales.

Se concluye, luego de una extensa revisión bibliográfica, que existen diferencias en cuanto a raza, cultura, ambiente laboral y sector socioeconómico de los casos presentados con respecto a otros estudios consultados. La prevalencia en la Provincia de La Pampa para el grupo etáreo estudiado es del 4/22.000. Los pacientes diagnosticados de sarcoidosis presentan variaciones clínicoradiológicas entre sí.

**P023**

## **ASBESTOSIS PULMONAR POR CAUSA NO PROFESIONAL**

Rey, D.R.; Pino, A.; Cristofoli, R.; Ricardi, D.; Ambrosino, N.; De Salvo, M. C.

Buenos Aires. República Argentina

La Asbestosis no profesional es poco frecuente y se halla relacionada a la exposición prolongada por uso de estopa de amianto, o al manipuleo de ropa de trabajo o material contaminado sin la protección adecuada.

**Enfermedad actual:** Damiana G. 52 Años. Consulta por tos productiva con expectoración mucopurulenta de 5-6 días de evolución y disnea CF I -II. Tabaquismo 30 paquetes/año hasta la actualidad. Dedos con "uñas en vidrio de reloj". Cumple criterios de Bronquitis Crónica.

**Aparato respiratorio:** V.Vocales conservadas en ambas playas pulmonares. Sonoridad percutoria normal en ambos hemitórax. A la auscultación, hipoventilación moderada en ambas playas, con roncus escasos y , rales"velcro" en bases pulmonares.

**Rx de Tórax:** Patrón intersticial en campos inferiores pulmonares. Múltiples *calcificaciones en hoja de muérdago" en ambos hemitórax*, tal como se observa en la Asbestosis. TAC de Tórax: *Adenopatía subcarinal calcificada. Parches de paquipleura calcificados en ambos hemitórax y diafragma. Compromiso intersticial basal bilateral.*

Entro 19 mm Gr 4.200.00 mm<sup>3</sup> GB 6.100 mm<sup>3</sup> Espirometría: CVF 2430 y 2530 (78 y 81 %) FEV1 2000 y 2190 (79 y 80 %) % 82 FEF 25/75 2350 y 3690 (84 y 131 %).  
INSUFICIENCIA VENTILATORIA OBSTRUCTIVA LEVE.

**Diagnóstico:** La anamnesis estableció que el padre de la paciente, de profesión electricista, llevaba estopa de amianto al hogar que fue utilizado por la misma, durante 10 - 12 años para limpiar el calzado y los utensilios hogareños. *Además lavaba la ropa de trabajo del mismo.* CALCIFICACIÓN PLEURAL + FIBROSIS PULMONAR INTERSTICIAL BASAL.POR ASBESTOSIS

Los controles radiológicos y espirométricos, desde 1995 hasta la fecha, mantienen registros similares al expuesto. La Asbestosis es una afección pulmonar asociada al depósito y retención de cuerpos asbestósicos detectados con microscopía óptica o electrónica., que constituye el estado terminal de un proceso inflamatorio crónico. Si bien las medidas de prevención del riesgo han disminuido su incidencia, las consecuencias a largo plazo se verán incrementados hasta el año 2020, en razón del efecto carcinogénico a largo plazo del asbestos.

**P024**

## **NEUMOCONIOSIS DE EXPOSICIÓN LABORAL NO HABITUAL**

Rey, D.R.; Pino, A.; Cristofoli, R.; Parpaglione, C.; Setoain, L.; De Salvo, M.C.

Hospital Dr. E. Tornú. División Neumotisiología. Buenos Aires

Si bien la Neumoconiosis por Sílice es una afección laboral pulmonar predominante en obreros de minas, canteras y excavaciones, existen otras profesiones que involucra dicho riesgo. Se observan aisladamente Neumoconiosis a polvos mixtos

por Cromo, Molibdeno, Níquel y resina acrílica, en mecánicos dentales que pulen sin protección personal, con discos abrasivos de sílice.

**H.C.225420.** H. V. 54 años Mecánico dental. Consulta por tos con expectoración mucopurulenta y hemoptoica de 45 días de evolución y progresión de su disnea habitual de 20 días de CF II a CF III). Tabaquismo 40 pack/year. Diagnóstico de silicosis pulmonar y "quiste renal?" en el año 1992. Pulido de prótesis dentarias con exposición a sílice, cromo y níquel durante 30 años sin protección.

**Examen físico:** FC 120/min TA 110-60 FR 16/min. Severa hipoventilación generalizada. Escasas sibilancias espiratorias bilaterales. Ap CV. 2R 4F. Edema 2/6 en miembros inferiores.

Hto 35 %. GB 8500 / mm<sup>3</sup> Urea 0.29 Creatinina 0.67. Myc. Koch en esputos x 3: Directo negativo. Gasometría arterial (FiO<sub>2</sub> 0.21): pH 7.43 pO<sub>2</sub> 47.5 pCO<sub>2</sub> 28.8 EB -3.4 C031-1 18.8 Sat O<sub>2</sub> 84.2%

**TAC Tórax y abdomen superior:** Extensas lesiones de consolidación pulmonar con calcificaciones extensivas a ganglios mediastinales. Severa afectación intersticial con patrón micronodulillar en bases y múltiples bullas en lóbulos superiores. Gran masa expansiva renal derecha, con signos indirectos de afectación de la vena renal que comprime Vena Cava Inferior.

**Espirometría:** Patrón obstructivo de grado severo, de carácter fijo. DLCO: descenso severo. Volúmenes pulmonares: TLC en el límite normal superior, RV aumentado con relación RV /TLC elevada.

**Fibrobroncoseopía:** En bronquio inferior derecho, masa endoluminal que ocupa la luz por debajo del segmento apical. Citología de esputo: células atípicas de origen dudoso. Biopsia endoscópica de masa pulmonar: Carcinoma de células claras (origen renal).

Se presenta el caso por la baja incidencia del mismo y la escasa bibliografía existente en la literatura médica.

**P025**

## **HEMOPTISIS MASIVA: SU ENFOQUE ACTUAL**

Ferreira. R., Belotti, M.; Fernández Lugea, I?.\*; Olivé, G.J; Risau, G.\*\*

\*Hospital Militar Central, Cir. Mayor Dr. Cosme Argerich, Servicio de Neumonología.

\*\*Hospital Militar Central, Cir. Mayor Dr. Cosme Argerich, Sección Hemodinamia-Angioradiología.

Siendo la hemoptisis la expulsión de sangre de procedencia subglótica con la tos; su expresión más grave la constituye la hemoptisis masiva, situación que acontece en el 1 al 4 % del total de la casuística y produce una mortalidad superior al 80 %.

El presente trabajo refleja la actividad e interrelación entre los Servicios de Intervencionismo Vascular, Neumonología y Cirugía Torácica en las etapas diagnóstica

y terapéutica frente al cuadro clínico de hemoptisis masiva. Las formas de presentación en relación al origen broncopulmonar, pleural, iatrogénico, cardiovascular o criptogénico, condicionan las conductas intervencionistas a seguir.

Desde enero de 1990 hasta enero de 2000 fueron estudiados 26 pacientes con patología respiratoria en relación con este diagnóstico. Se evaluó secuencialmente la fisiopatología y clínica de presentación de la casuística aportada, estableciéndose el grado de compromiso en relación a la situación hemodinámica por la hemoptisis y el tratamiento implementado. La comparación de la metodología diagnóstica temprana y tardía por fibrobroncoscopía y angiografía persiguió la localización del lugar de sangrado y detención de hemorragia en curso.

**P026**

## **HIPERTENSIÓN PULMONAR Y TROMBOCITOPENIA SEVERAS EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO - CONSIDERACIONES TERAPEUTICAS**

Uribe M.; Uribe, E.; Babini, A; Minoldo, D; Salguero, M.; Ferreira, A. Hospital Italiano de Córdoba.

La Hipertensión pulmonar es una grave complicación en algunas patologías autoinmunes y su tratamiento a menudo frustrante, la trombocitopenia severa también dificulta el manejo de estos pacientes.

Presentamos una paciente de sexo femenino, 25 años, quien consulta por trombocitopenia severa (13000) asociada a púrpura, epistaxis y hematomas en miembros. De la historia resulta: plaquetopenia de 2 años de evolución tratada con prednisona a altas dosis con pobre respuesta. En esa época le diagnostican hipotiroidismo, se la trata con T4. También refiere desde entonces mialgias, artralgias, alopecia, y raynaud. Al examen constatamos Cushing exógeno, raynaud severo, vasculitis periungueal y disnea G° II con notable refuerzo de R2 y auscultación pulmonar normal. La RX tórax normal, ECG con signos de sobrecarga VD (eje + 90-100 gr). Se solicita ecodopler cardíaco que muestra insuficiencia tricuspidea moderada e hipertensión pulmonar severa con PSVD:125 mm Hg. Anti DNAO, ANA (+) 1>800 patrón homogéneo, Rnp (+), ACL (-) y LAC (-),C3 58, C4 22. Ecografía abdominal sin visceromegalias ni adenopatías.

Se realiza evaluación de respuesta a iloprost inhalado con mejoría de la PSVD del 24% a la prueba, con espirometría normal, test de la caminata con índice de Borg de 6 a los 280 metros.

Se inició tratamiento con iloprost inhalado 100 ug día, con lo que a los 3 meses su PSVD fue de 37 mm de Hg y mejora su tolerancia al ejercicio, sin presentar complicaciones por el tratamiento. Al mismo tiempo recibió tratamiento con diversos inmunosupresores, presentando dificultad en el manejo de su Plaquetopenia siendo su tratamiento definitivo micofenolato 2g/día.

### **Conclusiones:**

- Destacamos la dificultad del manejo de ambas complicaciones que requirieron terapéuticas y seguimientos distintos.

- Se documenta la respuesta a prostaciclina inhalada, evitando las complicaciones de su uso endovenoso.

P027

## **SEGURIDAD, REPRODUCIBILIDAD Y VALIDACIÓN DE LA TÉCNICA DEL ESPUTO INDUCIDO. RESULTADOS PRELIMINARES.**

Uribe E.; Perez, P.; Bonaterra, M.; Maldonado, C.; Uribe, A.; Aoki, A.

El análisis del esputo inducido es el método de elección para determinar parámetros cuantitativos de la inflamación bronquial. Esta técnica con ventajas apreciables sobre los métodos invasivos, no se ha difundido aun en Argentina. Nuestro objetivo es mostrar la seguridad, reproducibilidad y validación del esputo inducido concordante con resultados descriptos en otros centros especializados.

**Métodos:** En esta investigación se estudió el esputo inducido en grupos de sujetos sanos, fumadores y asmáticos. El esputo fue inducido con nebulizaciones de soluciones hipertónicas en concentraciones crecientes. En todos los casos se midió el pico flujo espiratorio (PFE) antes y después de cada nebulización. Porciones seleccionadas de esputo, libres de saliva, fueron disueltas con ditiotreitól, diluidas con PBS y sus células concentradas en una citocentrífuga para su recuento.

**Resultados:** Los tres grupos estudiados presentaron valores comparables del PFE previo (484,4 l/m) y posterior a la nebulización (467,5 Um p=0.2). Entre los sujetos sanos todas características del esputo fueron reproducibles en muestras obtenidas con intervalos de 5 días. Los cambios más importantes fueron registrados en los pacientes asmáticos en relación a sujetos sanos. Los incrementos más significativos fueron los números totales de células ( $1,14 \times 10^6$  /ml vs.  $3,02 \times 10^6$  /ml, p<0,05), macrófagos ( $2,15 \times 10^6$  /ml vs.  $0,9 \times 10^6$  /ml, p<0,05), linfocitos ( $0,08 \times 10^6$  /ml vs.  $0,02 \times 10^6$  /ml p<0,05), y el porcentaje de eosinófilos (4.8% vs. 0.5%, p<0,05) respectivamente.

**Conclusiones:** La técnica de esputo inducido fue reproducible y validada en diferentes grupos de pacientes. Se puede concluir que este procedimiento es seguro y constituye un aporte de gran valor para la clínica neumonológica.

P028

## **¿SE PUEDEN DISMINUIR LAS INTERNACIONES POR ASMA?**

García. G.; Deleo, C.; Granero, N.

Servicio de Neumonología- Hospital R. Rossi - La Plata

El siguiente estudio analiza retrospectivamente el impacto que generaron la Normalización del Asma Aguda y la entrega de medicamentos gratuitos en un Servicio de Neumonología sobre las internaciones debidas a asma en un hospital general.

El Servicio de Neumonología del Hospital Rossi ha confeccionado y supervisado el Protocolo de Asma Aguda para el Servicio de Emergencias a partir de 1994, este

incluyó numerosas reuniones con el personal de salud, realización de folletos, cartillas y posters como así también la difusión a otros hospitales. Desde el año 1990 el Servicio de Neumonología entrega medicamentos para el asma en forma gratuita para aquellos pacientes que por razones socioeconómicas no pueden acceder a ellos (Budesonide 400ug y Salbutamol 100ug desde 1994).

**Resultados:** Se registró un descenso de las internaciones debidas a asma en los últimos diez años pues de 0.87% en 1991, descendieron a 0.42% en 1995 y a 0.22% en el año 2000. (Tendencia R=0.77). Similares resultados se obtuvieron en las internaciones del Servicio de Neumonología de 0.41% en 1991, 0.12% en 1995 y 0.03% en 2000 (tendencia R=0.68)

Con respecto a la entrega de medicamentos, 289 pacientes recibieron en algún momento del año 2000, 782 unidades de Budesonide y 752 unidades de Salbutamol, ninguno de ellos se internó y el costo total de dicha entrega fue de 12.528\$. Los ocho pacientes internados durante dicho período, cuatro eran derivados, cuatro requirieron ARM y el costo total en medicamentos fue de 2.068\$. Se concluye que la implementación de un protocolo de asma aguda y la entrega supervisada de medicamentos representan dos herramientas útiles en nuestro hospital para reducir las internaciones por asma y evitar los altos costos que estas generan.

P029

## **CAVITACIÓN PULMONAR: MANIFESTACION INUSUAL DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR CRÓNICO (TEPC).**

Mercado, J.A.; Robles, A.; Casas, J.P.; López, A.M.

Hospital Privado Córdoba.

El infarto pulmonar cavitado, no se considera con frecuencia en el diagnóstico diferencial de la enfermedad pulmonar cavitada. Este se presenta en el 10 % de los TEP y la cavitación es un hallazgo de autopsia en el 4 a 5 % del total.

**Caso 1:** Mujer, de 24 años, con antecedentes de trombosis venosa profunda recurrente en MMII y síndrome antifosfolípido primario. Hospitalizada por disnea grado III, febrícula, tos seca, pleurodinia dorsal derecha. Leucocitosis, hipoxemia e infiltrados radiológicos pulmonares. Tres reinternaciones por recurrencia del cuadro. La TAC de tórax mostró infiltrados alveolares bilaterales en parches, posteriormente uno cavitó. Broncofibroscopia: bacteriología negativa, biopsia transbronquial mostró trombosis microvascular. Centellografía pulmonar V/Q de alta probabilidad para TEP. Angiografía pulmonar: obstrucción de la arteria de lóbulo superior e inferior derechos; lóbulo inferior, llingula y segmento anterior y apical del lóbulo superior izquierdos. Presión arterial pulmonar (PAP) 40/20 mmHg. Se diagnostica TEP. Tratamiento: anticoagulantes orales, filtro en vena cava inferior, esteroides, ciclofosfamida y gamma globulinas. Evolución clínico radiológica satisfactoria.

**Caso 2:** Varón de 60 años, con antecedentes de HTA, tabaquismo y EPOC severo. Controlado por progresión de disnea grado III. Rx tórax hilió prominentes y aplanamiento diafragmático. Hipoxemia, ecocardiografía con cavidades derechas agrandadas. Tratado con broncodilatadores y esteroides. A la semana consulta por pleurodinia subescapular izquierda, fiebre, tos y disnea. Leucocitosis, hipoxemia. Infiltrado

radiológico apical izquierdo cavitado. Rp/ ATB con mejoría parcial. Repetidos episodios febriles en 3 meses, el último con hemoptisis y nuevo infiltrado cavitado en vértice y base pulmonar derecha. Broncofibroscopia no diagnóstica. Centellografía pulmonar V/Q: alta probabilidad para TEP. Angiografía pulmonar: Falta de perfusión en ambos lóbulos inferiores y segmento apical y posterior del superior derecho. Hipertensión pulmonar severa (PAP 78/25 mmHg). Se diagnostica TEP. Tratamiento anticoagulación y filtro en la vena cava inferior.

**Comentarios:** 1- El TEPC debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las cavitaciones pulmonares. 2- La centellografía V/Q tiene valor diagnóstico aún en la EPOC.

P030

## BRONQUIECTASIAS ASOCIADO A SINDROME DE SJOGREV. PRESENTACION DE UN CASO

Carbonari M., Ortiz M.

Serv. de clínica médica. Hosp. Regional Río IV, Córdoba.

Se entiende por bronquiectasias a la dilatación de los bronquios asociada con inflamación aguda y crónica, y posterior fibrosis. Es una enf. frecuente en pacientes adultos de clínica médica con problemas respiratorios crónicos, pero ocasional asociado a síndrome de Sjogren.

**Presentación:** Se trata de una paciente de 55 años de edad con diagnóstico presuntivo de enf. de Sjogren la cual presenta en el último año 4 neumonías basal derecha con buena respuesta al tratamiento con antibióticos.

Al examen físico presentaba: fiebre, tos, expectoración mucopurulenta con episodios de hemoptisis leve y pérdida de peso.

### Exámenes Complementarios:

- Rx de tórax compatible con neumonía basal derecha.
- TAC de tórax, mostró imágenes compatibles con bronquiectasias saculares bilaterales a predominio der.
- Esputo: BAAR negativo.
- LBA: positivo para pseudomonas y candidas.
- Eco parotídea bilateral: aumento de tamaño con asimetría predominio izq. y dilatación leve de los conductillos.
- Análisis de sangre: AC ANTI RO positivo
- AC ANTI LA positivo
- FAN positivo (moteado 1/1000)

La paciente continúa bajo tratamiento con ATB y antimicóticos asociado a kinesioterapia y nebulizaciones con B2 y anticolinérgicos, con buena evolución.

P031

## A PROPÓSITO DE UN CASO DE DISQUINESIA CILIAR PRIMARIA

Berra, L.; Ahumada, R.; Castillo, L.; Garay, J.; Jáuregui, R.; Valenzuela, E.

Hospital Dr. Antonio A Cetrángolo; Vicente López, Buenos Aires.

Paciente de sexo masculino, 47 años, con historia de disnea CF I-II, rinorrea crónica, toilette matinal e infecciones respiratorias a repetición. Antecedentes de bronquiectasias, infertilidad por inmovilidad de espermatozoides e hipoacusia.

Consulta en Junio 2001 por progresión de su disnea habitual a CF III y aumento de la expectoración. Se constata al ingreso leucocitosis, hipoxia e hipercapnia. Presenta en la radiografía de tórax un infiltrado intersticial con patrón destructivo. Se interpreta el cuadro como una sobreinfección bacteriana en un pulmón bronquiectásico, iniciando antibioticoterapia empírica. Se realiza radiografía de senos paranasales, que evidencia agenesia de senos frontales y senos maxilares velados. Espirometría con un patrón obstructivo muy severo (VEF1 420 m1) con respuesta a broncodilatadores (13%). Volúmenes Pulmonares con una capacidad pulmonar total aumentada, volumen residual aumentado, y resistencia de la vía aérea aumentada. Ecocardiograma: con dilatación de ventrículo derecho. Tomografía de tórax y senos paranasales de alta resolución con neumonitis, bronquiectasias, infiltrado micronodular bilateral, sinusopatía maxilar bilateral crónica y agenesia de senos frontales. Dados los hallazgos clínico-radiológicos y contemplando los antecedentes personales, se realiza diagnóstico presuntivo de Síndrome de Disquinesia Ciliar Primaria. Con el fin de confirmar el diagnóstico se realiza test de sacarina, que fue negativo y evaluación por microscopía electrónica de biopsia de mucosa nasal, que evidenció anormalidad ultraestructural microtubular en más del 10 de las cilias.

Motivo de la presentación: La baja incidencia del Síndrome en forma completa.

**P032**

## **SÍNDROME DE MOUNIER-KUHN**

Jáuregui R.; Fanelli, V.; Bergna, M.; Scarinci, M.; Bracco, R.; López Araoz, A.

Hospital Zonal Especializado en Enfermedades Agudas y Crónicas del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo - Vicente López.

Paciente de sexo masculino, de 62 años, que consultó en julio/01, por disnea clase funcional IV, tos persistente que se acentuaba con el decúbito dorsal, expectoración mucopurulenta, e hipertermia de 72 horas de evolución. Antecedentes: tos crónica incoercible, desde los 20 años de edad, hernia hiatal con reflujo gastroesofágico, y dos infartos agudos de miocardio previos. Examen físico: disnea, intolerancia al decúbito por tos, estridor audible; con entrada de aire, murmullo vesicular y vibraciones vocales disminuidas a la auscultación bilateralmente. Matidez en base de hemitórax derecho.

Exámenes complementarios: leucocitosis, radiografía de tórax frente con velamiento del seno costodiafragmático derecho, por radiopacidad homogénea de borde difuso superior; con tráquea desviada hacia el mismo lado, y aumentada de diámetro, confirmada por Rx de Tx de perfil derecho.

Fibroscopía laríngea (realizada 30 días antes de la consulta): lesión exofítica en pie de epiglotis.



Se interpretó el cuadro como neumonía aguda de la comunidad derecha, con derrame pleural; iniciándose tratamiento empírico (por sexo y edad), y estudios para investigar probable patología traqueal.

Espirometrías:

- Sentado: FVC: 1.92 (53%); FEV1: 1.25 (43%); FEV1/FVC: 65.
- Decúbito dorsal: FVC: 1.42 (39%); FEV1: 1.04 (36%); FEV1/FVC:73.

Tomografía axial computada de tórax: imagen compatible con neumonía de base derecha. Tráquea y ambos bronquios fuentes aumentados de diámetro. Fibrobroncoscopía: tráquea aumentada de calibre, con divertículo posterior, bronquios dilatados.

Diagnóstico: Traqueobronquiomegalia, con traqueomalacia.

Motivo de la presentación: se presenta este caso por la escasa prevalencia de su patología

P033

## TOS CRÓNICA

de la Canal. A.; Viudos, J.; Svetliza, G.; Precerutti, J.; Dubra, C.; Rodríguez Jiménez, J.

Hospital Italiano de Buenos Aires

La tos crónica es un síntoma frecuente e inespecífico en la práctica neumonológica y consecuencia de diferentes etiologías. Representa, según las serie, entre el 10 al 20% de las consultas especializadas.

**Objetivo:** Evaluación retrospectiva de un protocolo de diagnóstico de tos crónica en consultorios externos de Neumonología en un hospital general.

**Materiales y Métodos:** Se estudiaron 60 pacientes adultos con tos de más de dos meses de evolución. Se aplicaron los siguientes niveles diagnósticos: 1° Nivel: Historia clínica

2° Nivel: Rx de tórax

3° Nivel: Rx de senos paranasales. Espirometría. Tránsito esofágico

4° Nivel: Test de metacolina. Phmetría esofágica

5° Nivel: Tomografía computada de tórax. Fibrobroncoscopía

**Resultados:** De los 60 pacientes que fueron incluidos en el estudio el 60% era de sexo femenino. Con una edad mediana general de 60 años( 17-82 años).

El 92% consultó por tos seca, con una duración promedio de la misma de 29 meses. El 82% no fumadores, atópicos: 30%, antecedentes familiares de atopía: 16%, síntomas de reflujo GE: 25%, goteo postnasal: 17%. Rx de tórax normal:83%, anomalías en Rx de senos paranasales: 23%. Componente obstructivo en espirometría: 12%. Tránsito esofágico se efectuó en el 70% de los pacientes con la presencia de hernia hiatal -RGE en 67% Test de metacolina fue realizado en el 41% de

los casos con una positividad del 40%. TAC de tórax efectuada en 13 pacientes encontrándose lesión tumoral en una de ellas; y el resto mostró cambios inespecíficos. En tres enfermos se practicó fibrobroncoscopia cuyos datos no fueron significativos.

Se obtuvo diagnóstico en el 90% de los casos; siendo los más frecuentes: 33% hernia hiatal-RGE, 17% asma bronquial, 13% atopía. La tos mejoró en el 75% de los pacientes con el tratamiento específico. En relación con la edad encontramos que los enfermos de menos de 30 años el diagnóstico más frecuente fue: asma bronquial e infección por *Mycoplasma*. Y en los de más de 30 años: RGE- hernia hiatal y atopía. Los hombres presentaron en el 54% de los casos RGE y la mejoría fue del 83%.

**Conclusión:** Sugerimos el uso de diferentes niveles diagnósticos de la tos crónica, ya que como hemos podido demostrar se puede llegar al diagnóstico en el 90% de los pacientes, mejorando la sintomatología en el 75% de los mismos, con una correcta utilización de fármacos.

P034

## GRADO DE UNIFORMIDAD EN LA DIFERENCIA DE PESO DE LOS INHALADORES DE DOSIS MEDIDA (IDM) LUEGO DE CADA DISPARO

Reyes M.S.; De Gennaro, M.; Dabove, F.; Boueri, C; Máspero, JF.

Fundación CIDEA. Buenos Aires

**Objetivo:** 1) comparar el grado de uniformidad en la diferencia de peso después de cada disparo entre los distintos IDM, 2) determinar el número total de dosis que libera cada IDM.

**Materiales y métodos:** Se realizaron mediciones del peso de IDM llenos y luego de cada disparo hasta agotarse completamente la formulación. Se utilizó una balanza electrónica de precisión (ACCULAB), con una sensibilidad de 1 mg, en un ambiente cerrado, a temperatura constante. Se evaluaron 1DM originales y muestras médicas de distintos laboratorios.

### Resultados:

Lab 1.IDM	A1: Budesonide 200mcg/d, mm, 25 d → dosis 1 a 25 → 0,008 - 0,072 g A2: Budesonide 200mcg/d, orig,100 d → dosis 1 a 100 →0,008-0,072 g B1 : Budesonide 400mcg/d, mm, 25 d → dosis 1 a 25 → 0,009 - 0,069 g B2: Budesonide 400mcg/d, mm, 25 d → dosis 2 a 25 → 0,006 - 0,068 g
Lab 2.IDM	C1: Budesonide 200mcg/d, mm, CR → dosis 1 a 51 → 0,063 - 0,072 g dosis 52 a 65 → 0,016 - 0,071 g C2: Budesonide 200mcg/d, mm, 60 d → dosis 1 a 60 → 0,058 - 0,075 g
Lab 4.IDM	E1: Salbutamol 100mcg/d, mm, 200 d → dosis 2 a 171 →0,075 -0,095g dosis 172 a 200 → 0,035 - 0,093g E2: Salbutamol 100mcg/d, mm, 200 d → dosis 2 a 170→0,057 - 0,092 g dosis 171 a 200 → 0,045 - 0,089g E3: Salbutamol 100mcg/d, orig, 200 d → dosis 2 a 129 →0,086 - 0,115g dosis 130 a 200 → 0,046 - 0,092g

F 1: Fluticasona 125mcg/d, mm, 60 d → dosis 1 a 60 → 0,068 - 0,086 g  
F2: Fluticasona 125mcg/d, orig, 120 d → dosis 1 a 105 → 0,071 - 0,088g  
dosis 106 a 120 → 0,033 - 0,082g

Lab 7.IDM K1 : Budesonide 200mcg/d, orig, 100 d → dosis 1 a 100→0,01- 0,071 g  
K2: Budesonide 200mcg/d, orig, 100 d → dosis 1 a 100 →0,012-0,069g

Lab: laboratorio. d: dosis, mm: muestra médica, orig: original, CR: contenido reducido, g: gramos

Todos los IDM dispararon mayor cantidad de dosis que las establecidas en la etiqueta del producto.

**Conclusiones:** Hemos encontrado que la disminución del peso del aerosol luego de cada dosis no es uniforme y el grado de uniformidad varía entre los distintos tipos de aerosoles afectando su eficacia terapéutica.

P035

## EPISODIO AGUDO DE ASMA: SU ANALISIS EN UNA GUARDIA DE HOSPITAL UNIVERSITARIO

Gené, R.; Valiente, L.; Aruj, P.; Apelbaum, G.; Scorzo, G. Hospital de Clínicas UNBA. Buenos Aires.

**Objetivo:** Analizar por medio de un estudio observacional los pacientes que concurren por episodio agudo de asma a la guardia de un Hospital Universitario.

**Métodos:** Durante el periodo de junio 2000 a mayo 2001 se registraron por medio de un historia clínica preestablecida datos de pacientes que ingresaron a la guardia por episodio agudo de asma: sobre sus antecedentes de episodios previos, tratamiento domiciliario, control médico periódico, crisis actual y manejo en guardia.

**Resultados:** Se analizaron 52 pacientes, hombres 16(31%), mujeres 36(69%), edad media 48 años. Nunca habían fumado el 59%, fumadores pasivos 19%.

Tenían antecedentes de episodio agudo con concurrencia a guardia en el último año 32/52 (62%) pacientes, con internación en UTI 9(17%) y con ARM 4 (7,5%). Recibían corticoides inhalados 22(42%), sistémicos 18(34,5%) y B2 46(88,5%). La duración del episodio fue < de 3 hs en 3/52(5,7%), de 3 a 24 hs 11/52(22%) y > de 24 hs 35/52 (67%).

Los factores desencadenantes más comunes fueron infecciones 38,5%, cambios climáticos 64,5%, abandono de tratamiento 42% y alteraciones psicosociales 36,5%. Reconocían su empeoramiento por los síntomas el 91%, ninguno por medición del PEF.

Refirieron control médico previo 23/52 (44%), 20/52(36%) con neumonólogo.

El tratamiento recibido en guardia fue O2 el 88%, B2 el 100%, corticoides sistémicos 71% e inhalados 36%.

Se internaron 6/52 (11,5%), 4 en sala, y 2 en UTI.

**Conclusiones:** Más de la mitad de los pacientes tenían antecedentes de concurrencia a guardia en el último año, como tratamiento previo la mayoría utilizaba B2 y solo recibía corticoides inhalados el 42%. Consultaban tardíamente. El tratamiento en guardia fue O2, B2 y corticoides sistémicos. Todos estos parámetros indican la necesidad de educación de los pacientes sobre pautas de automanejo y aplicación del tratamiento preventivo del asma según normas internacionales en vigencia

**P036**

### **ALTERNATIVA TERAPEUTICA CONTROLADORA DEL ASMA MONTELUKAST - SALMETEROLIFLUTICASONA**

Petrillo G.

Se practicó un estudio a los fines de evaluar la respuesta Clínica terapéutica y las posibilidades de mejoría en la calidad de vida utilizando tres drogas "controladoras" en pacientes con diagnóstico confirmado de "asma bronquial" de distintos grados de severidad. La selección realizada fue de veintisiete pacientes de diferentes edades. Las drogas y las formas farmacéuticas utilizadas fueron: Montelukast sódico (Singulair®), Fluticasona y Salmeterol combinadas en dispositivo inhalador administrador de polvo (Seretide® - Diskus®). Montelukast fue utilizado en forma permanente. La asociación Salmeterol más Fluticasona se utilizó según indicación médica y sentido de necesidad del paciente considerando situaciones de: 1) Riesgo epidemiológico 2) Pacientes en crisis y 3) Pacientes en estadio de post-crisis. El estudio se extendió desde el 1 de abril de 2000 al 30 de marzo de 2001 lográndose establecer adecuados objetivos de concurrencia con excelentes grados de recepción de datos previamente establecidos. Los parámetros iniciales determinantes de identificación, clasificación y severidad fueron de significación relevante en la consignación de datos en la historia clínica, detallados como antecedentes del último año anterior al comienzo del estudio. La evaluación de los participantes se realizó considerando la situación clínica general y de la función pulmonar. Se establecieron controles periódicos de control clínico, realizándose en todos los casos, espirometría computada. La mayoría de los pacientes utilizó dispositivo de medición de pico flujo aspiratorio, lo que permitió incorporar la información obtenida en el protocolo del estudio. No se observaron crisis severas, a pesar de las consideraciones previas de severidad. Ninguno de los integrantes del grupo tratado requirió asistencia médica de emergencia así como tampoco se plantearon causales que motivaran la necesidad de hospitalización. Sólo en algunos casos puntuales fue necesario utilizar medicación de rescate (salbutamol-Ventolin®), pero siempre en pequeñas dosis durante un tiempo reducido. Otras drogas antiasmáticas no fueron utilizadas ni hubo que reemplazar las empleadas en el estudio por falla terapéutica. En ningún caso hubo que suspender o alternar la medicación por intolerancia o por la presentación de efectos adversos. El estudio demostró la absoluta eficacia y confiabilidad del planteo terapéutico propuesto. En todos los casos se apreció una notable y significativa mejoría en la calidad de vida. En algunos, la remisión sintomática (clínica funcional) fue total y en otros la mejoría fue altamente satisfactoria permitiendo a través de la evaluación realizada mejorar las pautas de identificación clasificatoria.

**P037**

### **MORTALIDAD POR ASMA EN LA ARGENTINA AÑO 1999. ¿SE INCREMENTO?**

Pascansky, D.; Sívori, M.; Sáenz, C.

Unidad de Neumotisiología. Hospital de Agudos Dr. M.J Ramos Mejía. Buenos Aires.

**Objetivo:** Determinar la tasa de mortalidad por asma en la Argentina en 1999.

**Material y Métodos:** Se revisaron 291.000 certificados de defunción de la Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires y el Ministerio de Salud de la Nación durante el período 1999. Se buscó con el código J45-J46 (CIE-10). Se calculó la tasa de mortalidad global del país y la de 5-34 años (más específica para Asma) para total país y Ciudad de Buenos Aires. Se tomaron datos poblacionales del INDEC.

**Resultados:** Para 1999 la mortalidad global en todo el país fue de 2,04/ 100000 hab. y la específica 5-34 Años 0,312/100000 hab. No se observaron diferencias en las tacas por sexo (p-NS).

En la Ciudad de Buenos Aires la tasa de mortalidad global fue de 2,24/100000 hab. y la específicas 5-34 años 0,019/100000.

**Conclusiones:** La mortalidad global en todo el país no se ha modificado en forma significativa con respecto al año anterior. Luego del descenso marcado en el año 1997 (1,78/100000), la curva ascendió lentamente a (2,18/100000) en el año 1998(+22%, p=NS). En el año 1999 existe una leve tendencia a la baja (2,04/100000) con respecto a 1998 (-6.4%, p=NS), aunque aún está por arriba de la de 1997. Se observó el mismo comportamiento con la tasa de mortalidad específica. Estas modificaciones en el comportamiento de las tasas es posible determinarla debido al sistema de vigilancia epidemiológica instituido por nuestro grupo.

P038

### **FIBROBRONCOSCOPIA FLEXIBLE (FB) EN UN SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA INFANTIL: EXPERIENCIA PRELIMINAR.**

Maffey, A., Berlinski, A.; Guagnini, M.; Procopio, A.; Fernandez, S.; Vidaurreta, S.; Teper, A.

Centro Respiratorio, Hospital de Niños R. Gutiérrez, Bs. As., Argentina.

La FB es una herramienta clínica y de investigación utilizada por los neumonólogos infantiles en todo el mundo. Sin embargo, en nuestro país este procedimiento ha sido tradicionalmente realizado por otros especialistas. Nosotros comenzamos a realizar FB en nuestro servicio en 06/99. El objetivo del presente estudio es describir nuestra experiencia preliminar con FB en un servicio de neumonología de un hospital de niños urbano asociado a la Universidad. Se revisaron todos los procedimientos de FB realizados entre 06/99 y 06/01. Se utilizaron broncoscopios Olympus® (diámetro externo 2.8, 3.5 y 4.8 mm) conectados a una cámara y a un sistema de grabación. Se extrajo información de las historias clínicas y de los laboratorios de microbiología y patología. El lavado broncoalveolar (BAL) se realizó utilizando 3 alícuotas de 1 ml/kg de solución salina. La sedación consciente (SC) se realizó con midazolam + fentanilo siguiendo las recomendaciones de la Academia Americana de Pediatría. Se realizaron 56 FB (28 varones, 36 pacientes ambulatorios), y en 44 casos se realizó BAL. El rango de edad fue 1-18 años. 50 y 3 FB fueron realizadas bajo SC en la sala de procedimientos del servicio y en UTIP respectivamente. En 6 pacientes no se alcanzó una SC adecuada a pesar de utilizar dosis máximas recomendadas y los estudios se

realizaron en quirófano. Los diagnósticos de los pacientes fueron: enfermedad pulmonar crónica (neumonía recurrente / persistente y bronquiectasias) 62% (35); huésped inmunocomprometido 18% (10); FQ 11% (6); y respiración ruidosa 9% (5). 6 pacientes tuvieron complicaciones que respondieron al tratamiento médico (4 hipoxemia y 2 obstrucción laríngea). 93% (41/44) muestras de BAL fueron adecuadas. El rendimiento de cultivos bacteriológicos y micológicos fue bajo (18%, 8/44), excepto en FQ (83%, 5/6). En 82% (46/56) de los pacientes se cambió la conducta después del estudio.

La FB bajo SC puede ser realizada en forma segura en una sala de

Procedimientos en pacientes pediátricos siempre que se realice una cuidadosa selección de los mismos. Los resultados de FB y BAL fueron útiles para el diagnóstico y el tratamiento de los pacientes estudiados.

### P039

## BRONQUIOLITIS: NIÑOS INTERNADOS EN UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD EN ARGENTINA

Berlinski A.; Navarra, F.; Ivancic, M.; Fernandez, S.; Zaragoza, S.; Castiñeiras, A.; Teper, A.

Centro Respiratorio, Hospital de Niños R. Gutiérrez, Bs. As., Argentina.

La bronquiolitis (BQL) es la enfermedad del tracto respiratorio inferior más frecuente en niños < de 2 años. Aunque los pacientes internados representan un pequeño porcentaje del total de casos, consumen una elevada cantidad de recursos. El objetivo del estudio fue describir la evolución y las características de niños con BQL internados en un hospital pediátrico urbano de alta complejidad. También quisimos identificar a los grupos con riesgo de evolución tórpida (ET). Se realizó una revisión retrospectiva de historias clínicas de los niños internados durante 1999 en nuestro hospital con diagnóstico de BQL. Criterios de inclusión: previamente sanos, nacidos a término, < 24 meses, sin enfermedades comórbidas asociadas (cardíaca, pulmonar, neurológica, ó metabólica), sin historia de sibilancias. Se definió ET como duración de internación (DI) > 10 días, internación en terapia intensiva pediátrica (UTIP), o muerte. [Resultados expresados como mediana (IC 95%) si no se aclara]. 214 niños (135 varones) fueron incluidos. Los meses (m) de internación y nacimiento pico fueron Mayo-Julio y Marzo-Mayo respectivamente. 85% (182) eran < 9 m [4 (3.5-4.5) m]. 7% (15) era desnutrido. 32% (68) tenía historia familiar de asma (HFA). La DI fue 5 (5-6) días. 69% (147) requirió O<sub>2</sub> suplementario por 5 (4-5) días. La correlación entre DI y duración del requerimiento de O<sub>2</sub> (DRO) fue  $r = 0.68$  (0.60-0.75). En 81% (174) se realizó virológico de secreciones nasofaríngeas (VSN) (79 negativo, 85 VSR, y 10 otros). 19% (39/205) tuvo atelectasias. 1 niño murió y 9% (19) requirió UTIP [8 ventilación mecánica por 9 (3-15) días]. 99% (212), 10% (22), 50% (107) y 57% (122) recibieron salbutamol nebulizado, bromuro de ipratropio nebulizado, antibióticos y corticoides respectivamente. 18% (38) tuvo una ET. Los factores de riesgo asociados con ET fueron [Odds ratio (IC 95%)]: < 3 m 3.6 (1.7-7.4), HFA 5.7 (2.6-12.4), presencia de atelectasia 5.7 (2.6-12.4), nacimiento en otoño 3.1 (1.5-6.5), y VSN (+) 4 (1.7-9.3). Los niños internados por BQL eran en su mayoría < de 9 m y eutróficos. La DI correlacionó con la DRO. Los niños < 3 m, nacidos en otoño, con HFA, presencia de atelectasia, y con VSN (+) tuvieron un riesgo aumentado de presentar una ET.

### P040

## **AEROSOLTERAPIA EN PACIENTES AMBULATORIOS DE UN HOSPITAL PEDIÁTRICO DE ALTA COMPLEJIDAD**

Kofman C.; Zaragoza, S.; Berlinski, A.; Muntadas, J.; Vidaurreta, S.; Teper, A.

Centro Respiratorio. Hospital de Niños R. Gutiérrez. Bs. As. Argentina.

La administración inhalatoria de medicación está indicada en la mayoría de las enfermedades respiratorias pediátricas. Frecuentemente, errores en la técnica de administración disminuyen el depósito intrapulmonar de droga afectando la respuesta terapéutica, y/o aumentando la incidencia de efectos colaterales. El objetivo del estudio fue evaluar la prescripción y el uso apropiado de las distintas técnicas de aerosolterapia en pacientes ambulatorios de un hospital pediátrico urbano de alta complejidad.

150 niños tratados con aerosolterapia y atendidos ambulatoriamente en nuestro hospital fueron encuestados entre abril y mayo de 2001. Se evaluó: la técnica de administración de nebulizaciones (NBZ) en forma teórica y la de aerosol presurizado (AP) y polvo seco (PS) en forma teórico-práctica; el mantenimiento de los sistemas y el conocimiento de los padres/pacientes sobre la utilidad de las drogas utilizadas. Aquellos errores de técnica que afectan severamente el depósito intrapulmonar de droga se calificaron como "graves".

La edad de los encuestados (94 varones) fue mediana (1 y 3 cuartilo) 4,5 (3-9) años. Los diagnósticos fueron: obstrucción bronquial (67%, 100); enfermedad pulmonar crónica (6%, 9); otros (9%, 14) y desconocido para el paciente (18%, 27). 52% (78) no conocía la utilidad de la droga recibida. 73% (109) tenía un plan de tratamiento escrito. Los sistemas utilizados fueron: NBZ 85% (124) edad x 4 años; AP 48% (72) edad x 5 años; y PS 13% (19) edad x 11 años. 41% (62) utilizaba más de un sistema. 16% (20) y 34% (42) hacían la NBZ a más de 1 cm de la cara y acostados respectivamente. A 68% (56) de AP y PS no se le revisaba la técnica inhalatoria regularmente. 89% (64) usaban espaciador con el AP. El 47% (9) que usaba PS generaba un flujo inspiratorio < 40 lpm. Se detectaron uno o más errores "graves" para 18% (23) de NBZ, 36% (26) de AP y 58% (11) de PS. Se apreciaron una proporción significativa de errores en las prescripciones y en la realización de las técnicas de administración inhalatoria. La implementación de medidas educativas podría mejorar los resultados de la presente encuesta.

**P041**

## **EFFECTO DE LOS CORTICOIDES INHALADOS SOBRE EL CONTROL DEL ASMA EN PEDIATRÍA**

Molise, C; Teper, A.M.; Vidaurreta, S.M.; Dagnino, D.

Centro Respiratorio. Hospital de Niños "R.Gutiérrez". Buenos Aires, Argentina

**Introducción:** El advenimiento de la terapia con antiinflamatorios ha modificado en los últimos años la evolución de los niños con asma bronquial. De acuerdo a las normas vigentes en la actualidad, se considera a los corticoides inhalados como la terapéutica de elección cuando no se logra controlar adecuadamente la enfermedad con agentes broncodilatadores de rescate.

**Objetivos:** Evaluar el efecto de los corticoides inhalados (100 mcg de fluticasona, bid, vía diskus vs 200 mcg, bid, vía turbuhaler durante 7 meses) sobre el control del asma y los efectos adversos en pacientes pediátricos.

**Diseño:** Luego de un periodo de run-in de 6 meses sin corticoides inhalados se comparó el número de exacerbaciones, número de internaciones, requerimientos de corticoides por vía sistémica, función pulmonar y la incidencia de cataratas o glaucoma, hipertensión arterial y candidiasis orofaríngea.

**Material y Métodos:** Se evaluaron 43 niños de 6 a 9 años de edad (media 7,7 años) con diagnóstico de asma bronquial moderada de 6 meses de evolución o mayor, estables en el último mes, con un FEV<sub>1</sub> al ingreso igual o mayor al 60% y una reversibilidad por PEF igual o mayor al 15%. En el primer período recibieron medicación de rescate con 82 adrenérgicos y/o 132 de acción prolongada y/o teofilina. Se utilizó un score para el uso de 82 de acción corta: 0 - ausencia; 1 - poco frecuente; 2 = frecuente y 3 = muy frecuente.

**Resultados:** El número de exacerbaciones en el periodo de run-in vs el de tratamiento fue de 38 y 24 respectivamente (p=.007). El número de internaciones durante el período de run-in fue de 7 y ninguno durante el tratamiento (p= .012). 33 cursos de corticoides por vía sistémica en el run-in y 14 durante el tratamiento (p= .017). La FVC media al inicio del estudio, al finalizar el run-in y luego de 7 meses de tratamiento fue 102%, 113% y 120.4% respectivamente; el FEV<sub>1</sub> fue de 95 %, 107% y 115% respectivamente y el FMF fue de 80%, 91 % y 105%, respectivamente. Se realizó a todos los pacientes, en 3 oportunidades, examen oftalmológico (tonometría y fondo de ojo), registro de tensión arterial y examen orofaríngeo, no observándose hallazgos patológicos en ningún paciente.

**Conclusiones:** El uso de corticoides inhalados proporciona un control del asma y un aumento de la función pulmonar significativamente mayor que el tratamiento solo con broncodilatadores en pacientes con asma persistente moderada.

P042

## TRATAMIENTO CON MONTELUKAST EN NIÑOS CON ASMA LEVE Y MODERADA

Inwertaz, S.; Cepurbeda, O.D.; Brian, M.C.; Mosca, C.A.; Abate, E.H.

Instituto de Tisiopneumología Prof. Raúl F. Vaccarezza desde el 1 de enero de 2000 hasta el 31 de diciembre de 2000.

**Introducción:** El Montelukast es un potente y selectivo antagonista de los receptores de Cisteinil Leucotrienos Tipo I y actúa revirtiendo los fenómenos inflamatorios de la vía aérea. La dosis en niños mayores de 6 a 12 años de edad es de 5 mg/día. Su eficacia se manifiesta por la rápida mejoría del VEF<sub>1</sub>, posibilitando el menor uso de los  $\beta_2$  agonistas,

**Objetivo:** Demostrar la respuesta clínica del Montelukast en niños mayores de 6 años, que padecen asma leve o moderada, en un estudio prospectivo, vertical y controlado.

**Población:** Niños de ambos sexos mayores de 6 años con sintomatología de asma leve o moderada con VEF<sub>1</sub> >60% a 70 %, s/c respuesta a los  $\beta_2$ , sintomáticos durante el ejercicio y con manifestaciones de rinosinusopatías.



**Muestra:** Se reclutaron 30 pacientes de ambos sexos de 6 a 12 años con peso > 20 kg., todos ellos capaces de realizar las pruebas funcionales respiratorias, 22 pacientes presentaron sintomatología de rinosinusopatías (73.30%), excluyéndose aquellos niños con asma severa, intolerancia a la droga y los que requirieron internación.

**Metodología:** A cada paciente se le realizaron las correspondientes evaluaciones clínicas, exámenes funcionales respiratorios (con espirómetro Vitalograph 2170, Spirotrac IV), con saturometría de pulso. Las espirometrías se realizaron cada 2 semanas durante los 2 primeros meses de tratamiento y luego mensualmente hasta el final de los mismos.

**Resultados:** 1) Desde el punto de vista clínico se constató mejoría de la sintomatología a partir de la primer semana de tratamiento en aquellos pacientes que presentaban tos y/o disnea desencadenada por el ejercicio 96.97%; 2) En todos los Pacientes se constató un aumento del VEF<sub>1</sub> a lo largo del estudio, a medida que se observaba una disminución de la sintomatología; 3) La mejoría de las variables mencionadas persistieron sin modificarse durante todo el año de tratamiento; 4) Se observó empeoramiento de la sintomatología en sólo el 6% (N=2) del total de los Pacientes estudiados, situación que se superó con el tratamiento de rescate habitual Y 5) No se observaron efectos adversos a la medicación.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos sugieren que el Montelukast puede ser utilizado en el tratamiento de pacientes que cumplan con los criterios de inclusión Preestablecidos; siendo bien tolerado a la dosis de 5 mg/día.

P043

## NEUMONECTOMIA EN PEDIATRIA:SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Maffey, A.; Alonso, V.; Acastello, E.; Teper, A.

Centro Respiratorio. Hospital de Niños R. Gutiérrez Bs. As. Argentina.

La neumonectomía en pacientes pediátricos provoca profundas alteraciones en la fisiología respiratoria y en el desarrollo de la caja torácica. El objetivo del presente trabajo fue evaluar la morbi-mortalidad, el examen funcional respiratorio (EFR), el desarrollo de hipertensión pulmonar (HP) y la progresión hacia la escoliosis en una cohorte de pacientes pediátricos neumonectomizados. Se revisaron todas las neumonectomías (25) realizadas en nuestro hospital desde 01/90 al 12/99. El abordaje quirúrgico se realizó por toracotomía posterolateral sin resección muscular. 20% (5) fallecieron (4/5 eran neumonectomías derechas), y 12% (3) no concurrió a control. De los 17 restantes, 71% (12) realizó en cada visita de control EFR (curva de flujo-volumen y volúmenes pulmonares por dilución de N<sub>2</sub>), evaluación cardiológica (ECG y ECO doppler) y 65% (11) evaluación traumatológica (ET) (examen clínico y RX de columna dorsolumbar). (Resultados expresados como *Md* y rango si no se aclara). La edad de los pacientes (10/12 varones) al momento de la cirugía fue de 6.4, 1.4-16.2 años. 92% (11) era previamente sano y 8% (1) presentaba un déficit combinado de IgA e IgG<sub>2</sub>. La neumonectomía fue indicada por lesión irreversible del parénquima pulmonar secundaria a infecciones: neumonías recurrentes por gérmenes inespecíficos 67% (8), supuraciones pleuropulmonares de mala evolución 17% (2), tuberculosis 8% (1) y bronquiolitis necrotizante por Adenovirus 8% (1). EFR realizado 2.9, 1.3-10.9 años post-cirugía mostró (% del predictivo,  $x \pm DS$ ) CVF  $76 \pm 21\%$ , VEF,  $66 = 24.1$ , VEF<sub>1</sub>/CVF  $77 \pm$

13,  $FEF_{25-75} 50 = 27$ , CPT 79 = 16, CRF  $84 \pm 25$ , VR  $99 \pm 39$ , y VR/CPT  $26 \pm 11$ . Solo 1 paciente desarrolló HP (leve, 30 mmHg). La ET realizada 6.1, 1.7-12.2 años post-cirugía mostró que 91% (10/11) desarrolló escoliosis (grados de Cobb: 15, 5-45). 18% (2/11) y 9% (1/11) requirieron el uso de corset de Milwaukee y la fijación quirúrgica de la columna respectivamente.

En esta serie, los pacientes neumonectomizados presentaron incapacidad ventilatoria restrictiva de grado variable, desarrollaron escoliosis toracogénica pero no presentaron HP.

P044

## EVALUACIÓN RESPIRATORIA EN PACIENTES NEUROMUSCULARES INFANTILES.

Martínez de Posadas, M. del C. \*; Liste, H. \* \*

Departamento Clínico, \* Servicio de Neuropediatría,\*\* Servicio de Neurología. Hospital Aeronáutico Central. Buenos Aires. ARGENTINA.

El 75% de los pacientes con Distrofia Muscular tipo Duchenne (DMD) fallecen por falla respiratoria, siendo similares las cifras o mayores, según la fisiopatología de la Enfermedad Neuromuscular que afecte a la población Infantil. La cuidadosa evaluación respiratoria es necesaria desde las primeras etapas de la vida en estos pacientes y mayor aun al presentar la pérdida de la deambulación. Existen estudios comparativos entre la ecografía hemidiafragmática y la fluoroscopia, demostrándose la superioridad cuanti y cualitativa del uso de la ecografía (Houston, cols. Glasgow 1995). Existen diferentes etiologías para la hipoventilación en ellos. Durante el sueño los diferentes mecanismos que interfieren la respiración se ven aumentados con la consiguiente hipoventilación nocturna, diurna y apneas por la inhibición del tono muscular y disminución del estímulo respiratorio.

**Objetivo:** Encontrar una técnica no invasiva que permita evidenciar la funcionalidad respiratoria en pacientes neuromusculares infantiles.

**Material y Métodos:** Se realizaron estos estudios en 16 niños, en edades comprendidas entre 7 meses y 15 años. Se consideraron casos controles a aquellos niños que por otras circunstancias se realizaran estudios ecográficos, sin patología NEUROMUSCULAR u que comprometiera los músculos respiratorios. Se utilizó un ecógrafo ALOKA 260 SI), con transductor sectorial de 3,5mhz. Los pacientes examinados presentaron los diagnósticos de 1. Atrofia muscular espinal (2 pacientes), 2. Distrofia muscular tipo Duchenne (n= 5). Miopatía congénita (n=3), Trauma espinal (n=3), Síndrome de Guillain Barre (n= 3). Para la realización de la ecografía solo se solicitó la permanencia de la madre junto a su niño, no necesitando periodos de sueño, ni medicación adicional.

**Resultados:** El promedio de la excursión diafragmática máxima registrada en pacientes controles fue de 4,5 cm (+1 - 0.5), similares a los estudios publicados. La excursión mínima fue de 1,3 cm en pacientes severamente comprometidos. Esta metodología permitió observar la funcionalidad respiratoria, a través de las excursiones máximas inspiratorias y espiratorias mediante la videoecografía, pudiendo seleccionarse las mayores excursiones diafragmáticas.

**Conclusiones:** Este estudio permitió evidenciar las alteraciones restrictivas respiratorias a temprana edad de pacientes afectados. te, en etapas precoces de la vida, en los niños con enfermedades NEUROMSUCULARES. Demostró ser un método no invasivo, de fácil aplicación y utilización, con equipos de mediana complejidad, sin necesidad de la participación voluntaria del paciente. Esto permite cuantificar su excursión y correlacionarla con la disminución de fuerza muscular (scores de Vignos, Scott y sus variantes).

P045

## ASOCIACION DE DOS INMUNOPARAMETROS EN NO H.I.V CON T.B.C. PULMONAR ACTIVA

Tzívaras, M.; Batista, L.; Visca, M.

Htal. MUÑIZ – G.A.C.B.A.

**Introduction:** En infección humana por bacterias intracelulares (incluyendo, B.K.), las células Natural Killer (NK), 10-15% de los linfocitos T (L.T.) de sangre periférica, están involucradas en la inmunorespuesta "temprana" y responden a las citoquinas que liberan los macrófagos infectados, mediante expansión clonal y activación. Consecuentemente, producen interferón gamma promotor de la activación del macrófago y orientador de la respuesta adaptativa hacia un perfil TCD4 +ti pol. (Cuando ésta respuesta se pone en marcha su actividad se limitaría y si ésta fallase se reiniciaría)

**Objetivo:** Estimar si la prevalencia de Reactividad cutánea (+) utilizando P.PD.2UT, I/D., se asocia con el porcentaje de células NK, en sangre periférica, de varones adultos no H.I.V. con T.B.C. pulmonar activa, no tratada.

**Población:** 183 ingresos al Htal Muñiz 1/1/99 - 1/1/01, varones (18-68 años), T.B.C. pulmonar confirmada por cultivo de esputo, H.I.V(-) por FTJSA y WESTENBLOT. Reactividad cutánea, pápula >10m.m. Determinación de linfocitos (sangre periférica) por citometría de flujo. Se excluye toda causa de inmunodepresión a excepción de alcoholismo/malnutrición.

**Material y Métodos:** Se escoge una muestra de N=80 para la cual los coeficientes de correlación de Spearman, para NK/ edad; NK/ IMC y edad/ Reactividad Cutánea, resultaron no significativos estadísticamente. Para probar la existencia de la covariación de las dos variables en estudio (NK y Reactividad cutánea), se efectuó análisis de regresión. { $y = 0.6186 + (- 1.84). x$ } Descripción de la Muestra: 31% es P.PD.2UT (-); Edad 33+/-13; L.T. 1059 +/-142; TCD3+73% ; TCD4+ 41% y NK 17% (I.C.95% 14 a 18% ). Spearman para las 2 variables en estudio r- -0.45; 1.C.99% -0.20 a -0.68; (<0.01 ).

### Resultados:

SIGNIFICACION del COEFICIENTE de REGRESION para ANALISIS BIVARIADO

VARIABLE(X)	Coef b	t	p	I.C. 95%
NK	-1.84	3.38	0.001	-3.13 a -0.55

N=80

**Conclusiones:** La prevalencia, en la población estudiada, de Reactividad Cutanea, utilizando P.P.D.2UT, I/D, se asocia con el porcentaje de células NK, en sangre periférica, en forma estadísticamente significativa. La correlación entre ambas variables es negativa, indicando que mientras una aumenta la otra disminuye.

**P046**

## LINFOCITOPENIA TCD4+GRAVE (<300cel.m.m. DE SANGRE PERIFÉRICA) Y P.P.D. 2UT (-) EN T.B.C. PULMONAR AVANZADA

Tziavaras. M.; Batista, L; Visca, M

Htal.Muñiz.GACBA.-ARG.

Introducción: No H.I.V. con T.B.C. pulmonar avanzada, activa, no tratada, presentan diferentes alteraciones en la inmunorespuesta, destacándose linfocitopenia T, con modificaciones de sus subpoblaciones, y falta de respuesta cutánea a antígenos de memoria. Constituyen un subgrupo de mayor vulnerabilidad.

**Objetivo:** Estimar si la LTCD4+ Grave, en varones adultos H.I.V. (-), con T.B.C. pulmonar avanzada, activa, no tratada, se asocia, con un riesgo > dei ./D. P.P.D.2UT(-).

**Material y Técnicas:** Población 641 varones:18-68 años, ingresos Htal. Muñiz 1/1/96 a 1/1/00 con T.B.C. pulmonar avanzada (extensión, según clasificación Rx de tórax), cultivos de esputo BAAR (+), H.I.V.(-), ELISA, WESTERNBLOT; P.P.D.2UT (pápula >10m.m.) Determinación de LTCD4+por citometría de flujo, antes de iniciar tratamiento específico. Se excluyó toda otra causa de inmunosupresión con excepción de malnutrición asociada a alcoholismo y diabetes. Se eliminaron 47 incluidos. Aleatoriamente se tomaron 2 muestras de n= 57, c/u (calculadas para < 0.05 y potencia 95%). Las variables cuya asociación estadística se probaría se midieron en escala nominal, se estimó la relación de la asociación y la comparación de los porcentajes (prueba chi<sup>2</sup>, < 0.05=3.84, dfl). Se calculó ODDS, razón de productos cruzados y su I.C. (95%), mediante Exp (ln ODDS). Descripción de las muestras: Las edades de los PPD(-)39+/-14.3 y de los PPD(+) 34+/-14.4. (no se estimó diferencia estadísticamente significativa, t=2.83,p=0.005.) En el primer mes fallecieron 5 PPD(-) CON < 300TCD4+ cel./m.m.

### Resultados:

LTCD4+(GRAVE) L.T.C.D4+	Y REACTIVIDAD P.P.D.2UT		CUTANEA(-)		(RELACION) TOTAL	
	P.P.D.(-) N	%	P.P.D.(+) N	%	N	%
<300cel/m.m.	19	33.3	7	12.3	26	22.8
>300cel/m.m.	38	66.7	50	87.7	88	77.2
TOTAL	57		57		114	
Chit dfl<0.05,3.84						
Factor de riesgo L.T.C.D4+ <300/mm	RIESGO P P.D.211T(-)		Chit dfl(real) ODDS 3.57		6.03 I.C. 95 1.25 a10.5	p=0.014

**Conclusiones:** En este subgrupo de la población estudiada de T.B.C. PULMONARES con LTCD4 + <300/cel/m.m. de sangre periférica, P.P.D.2UT(-) se daría 3.57 veces más, (I.C.95%1.25 a 10.5).

**P047**

## **ESTRATEGIA TAES/DOTS MEJORAMIENTO DE INDICADORES EN LA PROVINCIA DE SANTA FE.**

Salvadores, B.H.; Gilli, M.I. Programas Provinciales de Tuberculosis y Red de Laboratorios - Santa Fe

**Introducción:** La OMS promueve la estrategia TAES/DOTS para controlar la tuberculosis (TB). Las metas propuestas son: identificar el 70% de la incidencia anual de fuentes de contagio y lograr una curación de por lo menos un 85%. La provincia de Santa Fe comenzó a implementarla paulatinamente a partir del año 1994 en todo su territorio. El objetivo del presente trabajo es evaluar el impacto sobre indicadores de proceso, calidad y resultado, de las acciones llevadas a cabo por los Programas Provinciales de TB y Red de Laboratorios, de 1995 a 2000.

**Metodología:** los datos fueron obtenidos de registros y notificaciones que envían los centros de salud al nivel central (aprox. 9(r)). Los resultados obtenidos son:

INDICADORES	AÑOS					
	1995	1996	1997	1998	1999	2000
S.R.E.	6100	8036	8926	9733	10642	9733
BK (+) de los S.R.E.	5.3	4.2	3.4	3.2	3.2	3.5
% de concordancia en las BK.	*	98.0	96.5	97.5	99.4	95.1
N° casos TB pulm. > 14a confirmados	336	354	328	338	363	307
% de casos confirmados por bacteriol.	70.1	76.3	73.0	77.2	81.4	76.9
% de la confirmación por el cultivo.	3.9	5.4	7.9	9.2	6.9	11.4
T.D.O	32	69.4	81.3	83.4	84.8	90.2
% de éxito en los tratamientos.	64.6	73.3	77.7	75.2	79.2	*
% de abandonos de tratamiento.	12.5	7.6	6.9	8.6	7.0	*
% de fallecidos en tratamiento.	12.5	10.0	6.9	8.9	8.2	*
TASA MORBILIDAD POR TB	26.5	25.2	24.1	23.3	22.0	21.2
TASA MORTALIDAD POR TB	3.63	3.18	2.68	2.32	2.49	2.24

S.R.E.: Sintomáticos Respiratorios Estudiados.- BK.: Baciloscopías

T.D.O: Tratamiento Directamente Observado.- \* Sin datos disponibles a la fecha.

**Discusión y conclusión:** el aumento de los SRE, la buena y sostenida calidad en las lecturas de las BK, la creciente utilización del laboratorio con una buena confirmación bacteriológica, el alto porcentaje de TDO con resultados cercanos a las metas propuestas por la OMS, hacen confiables las decrecientes tasas de morbilidad y mortalidad en el período estudiado. Este análisis nos permite inferir que la estrategia propuesta y desarrollada además de factible es efectiva.

**P048**

## **SRIA. PACIENTE: ¿QUÉ SABE UD. DE TUBERCULOSIS?**

Quercia Arias. O.E., Uribe Echevarria, A.

Serv. de Cirugía de Tórax y Cardiovascular. Hosp. Córdoba, Córdoba.

**Objetivo:** 1) Evaluar los conocimientos acerca de la Tuberculosis, 2) Brindar información, 3) Concienciar del problema.

**Material-Método:** Se realizó encuesta anónima, randomizada, individual, en 150 pacientes adultos ambulatorios e internados en nuestro serv. de mayo a julio del 2001. Tras la devolución de la misma contestada, se entregaba un folleto actualizado sobre tuberculosis.

**Resultados:** Se entregó la encuesta a 165 pac., de ellos 15 se abstuvieron de responder, y son excluidos, el resto, 150 son los encuestados reales. De ellos 74 son hombres (49,33%) 76 (50,67%) mujeres. El 63% se encuentra en el grupo etareo de 51 a 70 años.

1) La tuberculosis es una enfermedad que afecta a pobres?

Si: 24 (16%), No: 104 (69,33%), No sabe: 22 (14,67%). Resp. Correctas: 104 (69,33%).

2) Es una enfermedad: hereditaria: 18 (12%), infecciosa: 112 (74,66%), trasmisible: 68 (45,33%), solo del invierno: 12 (8%). Resp. Correctas: 52 (34,66%).

3) ¿Cuáles son los síntomas de la enfermedad? Tos c/flema: 60 (40%), perdida de apetito: 38 (25,33%), Dolores de cuerpo: 34 (22,66%), falta de aire: 38 (25,33%), todos: 34 (22,66%), s/resp.: 20 (13,33%). Resp. Correctas: 138 (92%).

4) Puede diagnosticarse: Análisis de sangre: 60 (40%), est. de la flema: 94 (62,67%), Rx de Tórax: 74 (49,34%), otros medios: 20 (13,33%), no sabe: 20 (13,33%) Resp. Correctas: 94 (62,67%).

5) Es una enfermedad que tiene tratamiento y puede curarse?

Si: 136 (90,67%), No: 2 (1,33%), No sabe: 12 (8%) Resp. Correctas: 136 (90,67%).

**Conclusiones:** 1) El 69,86% de los encuestados respondieron correctamente, en la evaluación global, siendo un buen porcentaje, el 39,46% fueron respuestas incorrectas lo cual es aceptable. 2) En la evaluación puntual: 34,65% (regular) categorizaron la enfermedad, 69,33% (bueno) valoraron el riesgo de la enfermedad, 92% (muy bueno) reconocieron los síntomas que hacen a la consulta, 62,67% (bueno) conocen el diagnóstico de la enfermedad, 90,67% (muy bueno) reconocen que es una enfermedad c/trat. y puede curarse. Subjetivamente: hubo muy buena predisposición gral. para participar, solo el 9,09% se abstuvieron. Hubo por consiguiente buena recepción de la información y motivación sobre la importancia del problema.

**P049**

## **EQUIPO DE SALUD: ¿QUÉ SABE UD. DE TUBERCULOSIS?**

Quercia Arias. O.E., Uribe Echevarria, A.

Servicio Cirugía de Tórax y Cardiovascular. Hospital Córdoba, Cba.

**Objetivo:** 1°) Evaluar el grado de conocimientos generales sobre Tuberculosis. 2°) Brindar información actualizada. 3°) Motivar al equipo de salud, para que participe en la lucha antituberculosa.

**Material-Métodos:** Se realizó encuesta randomizada, individual, anónima, de 4 preguntas con repuestas múltiples choise y opciones de V ó F, en 222 adultos integrantes de diferentes servicios del Hosp..Córdoba, turno mañana. Contra entrega del cuestionario contestado, se entregaba un folleto actualizado sobre tuberculosis. Tiempo de encuesta: de mayo a julio 2001.

**Resultados:** 242 integrantes- 20 (8,26) se abstuvieron de responder. 222 integrantes-encuestados reales.- 34 (15,30 %) enfermeros.- 94 (42,34%) médicos.- 94 (42,34%) técnicos y administrativos.- 96 (43,25%) hombres.- 126 (56,75%) mujeres. En 35,13% estuvo comprendido en el grupo etareo de 41 a 50 años. 1°) La tuberculosis es una enfermedad: hereditaria 10 (4,5%), infecciosa 198 (89,19%), extinguida 2 (0,9%), sin tratamiento 4 (1,8%), de origen desconocido 0, contagiosa 172 (77,47%). Respuestas correctas: 126 (56,75%) 2°) Síntomas más importante de sospecha de tuberculosis: disnea: 26 (11,71%), dolor torácico: 12 (5,4%), perdida de peso: 78 (35,13%), tos c/expectoración por más de 15ds: 110 (49,55%), fiebre: 62 (27,92%), esputo c/sangre: 112 (50,45/%) . Respuesta correcta; 110 (49,55%). 3°) Método diagnóstico de confirmación: TAC de tórax: 22 (9,9%); Rx de tórax: 90 (40,54%), broncofibroscopia: 22(9,9%), baciloscopía de esputo:186 (83,78%), hemograma: 14(6,3%), PPD: 82 (36,93). Repuestas correctas: 86 (38,74%). 4°) La tuberculosis es una enfermedad que no se cura c/reposo, tiene tratamiento de por lo menos 6 meses, gratuito, y puede curarse. No solo reciben tratamiento los niños y ancianos y no se trasmite a través de utensilios. Repuestas correctas 79%.

**Conclusiones:** 1- Globalmente, el 56% de los encuestados respondieron correctamente y el 30% incorrectamente. Esto es un llamado de atención para los jefes de programas y los docentes universitarios, ya que médicos y enfermeras 58% no tuvieron conocimientos adecuados sobre tuberculosis. 2- El 56,75% (regular) calificaron la enfermedad, 49,55% reconocieron síntoma de sospecha; el 38,74% refirieron el método diagnóstico de confirmación, el 79% conocen pautas de tratamiento. 3- Del total solo 8,26% se abstuvieron de responder, por lo que hubo buen nivel de participación. 4- Modestamente se alcanzó los objetivos propuestos. En el futuro resta evaluar el impacto de la información suministrada.

P050

## **TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE Y SIDA: 5 AÑOS DE EXPERIENCIA EN LA UNIDAD DE AISLAMIENTO DEL HOSPITAL Dr. F. J. MUÑIZ.**

Waisman, J.L.; Palmero, D.J.; Alberti, F.A.; Güemes Gurtubay, J.L.; Francos, J.L.; Schvartzapel, C.

Hospital F. J. Muñiz, Sala 19

**Objetivo:** El Hospital F. J. Muñiz ha sido escenario de una importante epidemia nosocomial de tuberculosis multirresistente (TBMR) asociada al SIDA (700 casos entre 1992 y 2000). En 1995 se abrió una sala de aislamiento de 17 camas. Se describen

en este trabajo la presentación clínica y radiológica, la bacteriología y los resultados terapéuticos de los pacientes asistidos en la unidad de aislamiento.

**Métodos:** Estudio prospectivo de los casos confirmados bacteriológicamente de TBMR (resistente al menos a INH y RMP) internados en la unidad de aislamiento.

**Resultados:** Fueron admitidos por primera vez durante el quinquenio 8/95 a 7/00, 355 pacientes (total de internaciones: 663). La edad promedio de los enfermos fue 30,8 años, con una razón varón/mujer de 3,73. Los principales factores de riesgo para la infección por HIV fueron la adicción a drogas endovenosas (64,7%) y la transmisión sexual (31,0%). Como principal factor de riesgo para la adquisición de TBMR figuran las reiteradas internaciones en el hospital, y en menor proporción en otros hospitales, prisiones o asilos. El RFLP-IS6110 fue realizado en 130 casos, mostrando el predominio de la denominada cepa "M" (Ritacco V y col). El patrón de resistencia en el 90% de los aislamientos fue a 6 drogas: INH, RMP, EMB, PZ, SM y KM. Clínicamente, la TBMR diseminada fue diagnosticada en 72.9% de los casos, con compromiso principalmente ganglionar, pulmonar, hepato-esplénico, pleuro-pericárdico y meníngeo. Otras comorbilidades asociadas al SIDA diagnosticadas fueron: candidiasis, hepatitis B y C, PCP, herpes, toxoplasmosis cerebral, citomegalovirus ocular, meningitis por criptococo. El tratamiento de la TBMR fue realizado con drogas de 2<sup>a</sup> línea como cicloserina, etionamida, PAS, ofloxacina y clofazimina en asociaciones de 4 drogas. La evolución de los pacientes mostró una mortalidad inicial de 40.9% en el período 8/95 to 7/96, con un sustancial decrecimiento a lo largo del tiempo (27.2% en el periodo 8/99 to 7/00). Un importante factor en la mejoría de la sobrevida fue el tratamiento precoz (al negativizar el esputo) con terapia antirretroviral de alta eficacia (HAART).

**Conclusiones:** Una importante experiencia clínica y terapéutica ha surgido de la asistencia de los 355 casos internados en la unidad de aislamiento del hospital F. J. Muñiz. A la efectividad de las drogas de 2<sup>a</sup> línea en la negativización de la TBMR asociada al SIDA se ha sumado la prolongación de la sobrevida de aquellos pacientes bajo tratamiento HAART precoz.

P051

## **TUBERCULOSIS EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE CONOCIMIENTOS SOBRE LA ENFERMEDAD EN LA POBLACIÓN ADULTA.**

De Salvo, M.C.; Landriscina, A.J.; García, A.O.; González, J.A.; Fruwhald, G.; Rey, D.R. –

Hospital Tornú. División Neumotisiología. Buenos Aires

La Atención Primaria de la Salud implica tener contacto permanente con la población. Por ello, planteamos objetivos de calidad para mejorar las prestaciones brindadas, para lo que debemos medir problemática, definir problemas, e identificarlos.

**Encuesta:** Se realizó una encuesta de evaluación de conocimientos sobre la enfermedad "Tuberculosis" en la población adulta. Al no realizarse campañas de educación sanitaria, decidimos efectuar un diagnóstico de situación como paso previo a las acciones que emprenderemos en el 2002.



Se encuestaron diferentes puntos del microcentro porteño. Utilizamos una encuesta estructurada, con 7 (siete) preguntas cerradas y 1 (una) semiabierta. Los datos del encuestado fueron: edad, sexo, nacionalidad, escolaridad, ocupación, localidad en que vive, tabaquismo. se realizaron 202 encuestas durante el mes de julio de 2001 con personal previamente entrenado, tomando personas adultas al azar.

**Resultados:** el 55% correspondió a la zona norte de la capital federal; la edad de la población fue entre 20 a 39 años (79%), la localidad donde habitan los encuestados es caba 72%. tienen información sobre la tuberculosis un 66% de la población esto indica que una alta proporción (34%) desconoce la información básica acerca de esta enfermedad. podemos deducir entonces que esta patología precisa ser más difundida si queremos en un futuro lograr su control y erradicación.

De confirmarse esta tendencia debemos no sólo continuar con la educación sanitaria sino también atender a la prevención mediante la detección precoz de los sintomáticos respiratorios, y establecer los canales de atención para un adecuado diagnóstico y provisión de medicamentos en tiempo y forma.

**P052**

## **TUBERCULOSIS LARINGEA**

González, A.; Socolovsky, A.; Kijko D.

Hospital Argerich, Buenos Aires.

Controladas 1408 historias clínicas de pacientes atendidos por TBC desde 1982 a la fecha se encontraron 15 casos de TBC Laringea, del análisis de los mismos se desprende:

Predominio de sexo:           Femenino 5 casos  
  Masculino 10 casos

Edad: Desde lo 27 a los 65 años con un promedio de 40.13 años.

**Ubicación:** En 14 casos fue pulmonar y laríngea, con un solo caso que además comprometía testículos.

**Tratamiento y evolución:** De los 15 pacientes solo 4 cumplieron tratamiento completo y controlado en este servicio dos de ellos durante 13 meses y dos durante 14 meses con alta médica. Dos pacientes abandonaron el tratamiento. Los restantes 9 pacientes fueron derivados a otros Hospitales por área programática.

**Sintomatología:** Ocho pacientes presentaban al diagnóstico disfonía y tos.

**P053**

## **ESTUDIO DE FOCO EN LA POBLACIÓN EXPUESTA A TUBERCULOSIS EN LA COMUNIDAD**

Ruano S.; Romano, M.; Bucci, Z.; Cusmano, L.

**Objetivo:** La Tuberculosis (TBC) es una de las patologías infecciosas que mayor número de muertes causa en el mundo. En la Argentina se notifican aproximadamente 10.000 casos nuevos de TBC por año. Una de las medidas preventivas más eficaces es el estudio de foco del entorno familiar y/o laboral para la detección de personas infectadas. El objetivo del presente estudio ha sido caracterizar el perfil epidemiológico de la población que realizó control de foco en el Hospital Dr. F. J. Muñiz durante el período 1996-2000.

**Métodos:** Se analizaron 5.441 historias clínicas correspondientes a contactos (adultos) de pacientes con diagnóstico de TBC, controlados en la División Promoción y Protección de la Salud del Hospital Dr. F. J. Muñiz durante los años 1996-2000. Se confeccionaron tablas y diseñaron gráficos con el programa Excell 2000.

**Resultados:** De 5285 pacientes que egresaron con diagnóstico de TBC durante el período en estudio, concurren al servicio los contactos de 2473 casos índice (46.8%), correspondiendo al sexo femenino 3.056 y 2385 al masculino.

Respecto al lugar de residencia, la mayoría de ellos (73.1% ), provenía de la provincia de Buenos Aires. El 76.8% de las personas estudiadas, estuvieron en relación directa con el habitat familiar y/o laboral del paciente fuente. De la población controlada, el 43.8% manifestaron no tener ocupación rentable (ama de casa, estudiantes, desocupados) al momento de la entrevista.

En relación con los grupos de edades, el 43% tenían entre 18-29 años, el 32.4% entre 30-44 años, el 18.6% entre 45-60 años y el 6% con más de 60 años.

Con respecto al nivel de instrucción, el 43.5% completaron estudios primarios, el 18.5% secundarios, el 3% terciarios, 1% universitarios y el resto con escolaridad incompleta (12% primaria incompleta, el 19% secundaria incompleta y el 3% terciario incompleto). De todos los contactos estudiados, el 0.9% presentaban enfermedad activa en el momento del estudio, el 54.5% iniciaron quimioprofilaxis y sólo un 22% completaron el tratamiento preventivo.

**Conclusiones:** Durante el período 1996-2000, el número de casos índice cuyos contactos fueron controlados osciló en el 50% de los egresos por TBC. El grupo etáreo predominante fue el de 18-29 años de edad. Solo el 48.2% de las personas que iniciaron los controles clínicos completaron los estudios, esto se debe fundamentalmente a factores socio-económicos, culturales y a la autopercepción de salud.

P054

## **ESTUDIO DE MORBIMORTALIDAD POR TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL F.J.MUÑIZ ENTRE LOS AÑOS 1996-2000**

Ruano, S.M.; Romano, L.; Bucci, Z.; Cusmano, L.

División Promoción y Protección de la Salud. Hospital Dr. F.J. Muñiz

**Objetivo:** A pesar de contar en la actualidad con tratamientos eficaces para el control de la tuberculosis (TBC), esta patología continúa siendo una amenaza grave para la Salud Pública.

En el Hospital Dr. F.J. Muñiz se registran aproximadamente 4.000 egresos por año, de los cuales el 25% corresponden a TBC. El presente estudio caracterizó el perfil epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de TBC, asistido en este hospital durante el período 1996-2000.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, analizando las variables epidemiológicas y evolución clínica de los egresos producidos en el quinquenio 1996-2000. Se utilizó el programa Excell 2000 para la confección de tablas y gráficos.

**Resultados:** Se evaluaron 5042 historias clínicas de pacientes que egresaron con diagnóstico de TBC, en el periodo 1996-2000. Durante este lapso, hubo un total de 3419 varones internados y 1623 mujeres, con una relación hombre/ mujer de 2.1. Con respecto al lugar de residencia, un 69% correspondió a la Provincia de Buenos Aires, 30% a la Ciudad de Buenos Aires y 1% a otras provincias.

El grupo de edad más afectado, fue el comprendido entre los 22 a 30 años, con el 41% de los casos, siguiendo en importancia el de 31 a 39 años (24.9% del total). Al analizar las formas clínicas, se observó que la localización pulmonar resulto ser la más frecuente (70.5%) , continuándole la extrapulmonar en un 12% y la diseminada en un 17.5% . De los pacientes egresados con TBC, el 7.63% presentaron coinfección con HIV-1. Los casos de coinfección con HIV-1 y TBC mantuvieron una relación de 1.6 casos +/- en el año 1996, disminuyendo a 0.8 en el año 2000. La letalidad del quinquenio fue del 13.3% con un máximo del 20.63% en 1996.

**Conclusiones:** El número de pacientes con diagnóstico de TBC, osciló entre 800 y 1000 casos por año. El 66% de los casos de TBC ocurrieron en los grupos etéreos comprendidos entre los 22 y 39 años, correspondiéndose con la edad de mayor incidencia de la enfermedad Sida. Se ha observado un descenso progresivo de la letalidad en este quinquenio desde una tasa de 20.63% en el año 1996 a una de 13.64% en el año 2000.

P055

## FICHA MÉDICA PERSONAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

De Salvo, M.C., Zabala, L.E.; Miranda, A.M.; Gonzalez, J.A.

División Neumotisiología Htal. E. Tornu. Buenos Aires. Argentina.200 1.

La tarea asistencial cotidiana nos lleva a desarrollar herramientas que nos permitan normatizar la labor, en función de lo realmente útil y práctico. En el marco del tratamiento de la tuberculosis se presentan distintos problemas operativos en relación con múltiples factores (institucionales, programáticos, pacientes, agentes de salud) que repercuten en el éxito del programa. Nuestra atención se centra en una problema diario, de fácil solución, que es la creación de un registro de identificación del paciente, donde consten los datos de sus antecedentes fisiológicos. La iniciativa tiene como punto de partida, el habernos enfrentado frecuentemente con un paciente que consulta por patología pulmonar refiriendo haber padecido tuberculosis pero

desconociendo bacteriología, drogas utilizadas, así como la duración del tratamiento. La mayoría de los datos son simples y fáciles de registrar, pero al no estar disponibles, dificultan y retardan el diagnóstico. Para subsanar esta falencia, hemos diseñado una pequeña tarjeta de bolsillo, de cartulina plegable, que puede ser presentada por el paciente en todas sus consultas clínicas y donde cualquier profesional puede ingresar datos, la cual a su vez serviría de historia clínica mínima. Los ítems consignados son: en la carilla frontal: nombre y apellido, tipo y número de documento, fecha de nacimiento, domicilios sucesivos; en la primera carilla interna: datos del tratamiento actual que incluyen hospital, número de historia clínica, fecha de inicio del tratamiento, bacteriología, sensibilidad, a las drogas recibidas, regularidad, efectos adversos, complicaciones, duración, fecha de alta, derivación, notificación, control de convivientes, enfermedades asociadas, otros medicamentos; en la carilla frontal interna se registran los antecedentes de tratamientos previos, con los mismos datos bacteriológicos. El contrafrente externo contiene información de profilaxis para el paciente. El propósito del diseño de esta ficha es lograr que la mayor cantidad de jurisdicciones lo adopten como documento único para el paciente en tratamiento por tuberculosis.

P056

## FICHA MÉDICA PERSONAL PARA EL CONTROL DE LA TUBERCULOSIS

De Salvo, M.C., Zabala, L.E.; Miranda, A.M.; Gonzalez, J.A.

División Neumotisiología Htal. E. Tornu. Buenos Aires. Argentina.200 1.

La tarea asistencial cotidiana nos lleva a desarrollar herramientas que nos permitan normatizar la labor, en función de lo realmente útil y práctico. En el marco del tratamiento de la tuberculosis se presentan distintos problemas operativos en relación con múltiples factores (institucionales, programáticos, pacientes, agentes de salud) que repercuten en el éxito del programa. Nuestra atención se centra en un problema diario, de fácil solución, que es la creación de un registro de identificación del paciente, donde consten los datos de sus antecedentes fisiológicos. La iniciativa tiene como punto de partida, el habernos enfrentado frecuentemente con un paciente que consulta por patología pulmonar refiriendo haber padecido tuberculosis pero desconociendo bacteriología, drogas utilizadas, así como la duración del tratamiento. La mayoría de los datos son simples y fáciles de registrar, pero al no estar disponibles, dificultan y retardan el diagnóstico. Para subsanar esta falencia, hemos diseñado una pequeña tarjeta de bolsillo, de cartulina plegable, que puede ser presentada por el paciente en todas sus consultas clínicas y donde cualquier profesional puede ingresar datos, la cual a su vez serviría de historia clínica mínima. Los ítems consignados son: en la carilla frontal: nombre y apellido, tipo y número de documento, fecha de nacimiento, domicilios sucesivos; en la primera carilla interna: datos del tratamiento actual que incluyen hospital, número de historia clínica, fecha de inicio del tratamiento, bacteriología, sensibilidad, a las drogas recibidas, regularidad, efectos adversos, complicaciones, duración, fecha de alta, derivación, notificación, control de convivientes, enfermedades asociadas, otros medicamentos; en la carilla frontal interna se registran los antecedentes de tratamientos previos, con los mismos datos bacteriológicos. El contrafrente externo contiene información de profilaxis para el paciente. El propósito del diseño de esta ficha es lograr que la mayor cantidad de jurisdicciones lo adopten como documento único para el paciente en tratamiento por tuberculosis.

P057

## CAMBIOS EN LA TUBERCULOSIS DE COMUNIDAD CERRADA

Abritta A.; Pattin, A.; Botte, G.; Martinez, D.; Medin, M.; Pallares, M.; Magno, S.; Pavon, J.; Luppi, L

Servicio de Neumonología CMP.

**Introducción:** Varias comunicaciones dan cuenta del incremento global de la tuberculosis en todo el mundo sin cumplirse las metas de erradicación de la tuberculosis en USA, declarándose emergencia epidemiológica por la OMS en 1993. Varias son las razones que explican la situación, entre las que sobresalen la aparición del SIDA y el aumento de multirresistencia Bacteriana.

**Objetivo:** Se propuso comparar parámetros epidemiológicos y clínicos entre los bienios 1986/ 87 y 1998/99 que permitan medir cambios cualicuantitativos que diferencien la TBC tras más de una década en un Hospital de Comunidad Cerrada.

**Material y Métodos:** Tabulación de todos los parámetros epidemiológicos, Clínicos, y radiológicos según formulario de tratamiento/ control de TBC en los bienios antes mencionados.

**Resultados:** Si bien no hubo aumento del número de TBC, las formas pulmonares se incrementaron un 28,5% y las pleurales un 55,5% manteniéndose estables o disminuyendo otras formas extrapulmonares. Disminuyeron las formas leves de enfermedad, pero las formas avanzadas y extensas se incrementaron en un 33% para formas bilaterales no cavitarias y un alarmante 150% para las cavitarias. Las internaciones crecieron 47,8%. La relación Capital/Provincia cayó de 0.67 a 0.15. Aumentaron 6 veces los fallecidos, 7 veces las TBC con SIDA (no hubo HIV/TBC en 1986) y 10 veces los abandonos. Se duplicaron los casos de toma medicamentosa irregular y la toxicidad por drogas.

**Conclusiones:** 1) Si bien el número total de TBC se mantuvo estable o con leve aumento fluctuando entre 28 y 32 casos anuales, se incrementaron los casos de TBC Pulmonar y Pleural en forma muy significativa, particularmente las formas graves 2) Consecuente con este dato creció la internación, la letalidad, mortalidad y Toxicidad 3) La caída del cociente Cap/Provincia muestra el segmento social más vulnerable a la enfermedad y el gran número de abandonos + toma irregular de tratamiento evidencia códigos culturales de dicho segmento 4) La situación general de la TBC en otros lugares es aplicable, con matices, a nuestra población cerrada

P058

## ESTUDIO COMPARATIVO 1989-1994-1995-2000 DE LOS CASOS DE TUBERCULOSIS EN UN HOSPITAL PEDIATRICO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES

González, N.E.; Pawluk, V.O.

Hospital General de Niños Pedro de Elizalde. Buenos Aires.

La OMS declaró la tuberculosis "emergencia sanitaria global" en 1993, al año siguiente sugirió que todos los países adoptaran su Estrategia de Control para evitar 12 millones de muertes por TBC en los 10 años siguientes. El objetivo del presente trabajo fue comparar el período 1995-2000 con igual lapso inmediato anterior para evaluar los cambios surgidos en la población infantil tratada por TBC en nuestro medio, luego del mencionado reporte de la OMS.

Se realizó la revisión retrospectiva de los casos de TBC registrados en el Hospital Elizalde entre el 01/01/89 y el 31/12/00. El total de pacientes con diagnóstico de TBC fue de 1213 casos. Entre 1989 y 1994 se registraron 447 casos, 100 formas graves (22,37%), 11 casos asociados al HIV (2,46%), y 1 caso con aislamiento de Mycobacterium TBC resistente a fármacos (0,22%). No hubo casos de HIV con TBC resistente. Entre 1995 y 2000 se registraron 766 casos, 172 formas graves (22,16%), 47 casos asociados al HIV (6,13%) y 11 casos con Mycobacterium TBC resistente (1,43%). 3 casos de resistencia correspondieron a niños coinfectados con HIV.

**Conclusiones:** Observamos un aumento persistente del número total de casos, de los casos asociados al HIV y de los aislamientos de Mycobacterium TBC con resistencia a medicamentos.

Estas observaciones coinciden con las puntualizadas por la OMS desde hace 6 años, y determinan la necesidad de replantearse las medidas de control epidemiológico que se están implementando.

P059

## TBC PULMONAR Y OSTEOARTICULAR

Fanelli V.; Ahumada, R.; Gramblika, G.; Caberlotto, O.; Pace, S.; Bianchini, K.

Hospital Zonal Especializado en Enfermedades Agudas y Crónicas del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo - Vicente López.

Paciente de sexo masculino, 24 años, que consulta por síndrome de impregnación de 9 meses de evolución, tos y expectoración mucopurulenta, registros de hipertermia y paraparesia.

Al examen físico: desnutrición severa, deterioro del estado general. Entrada de aire globalmente disminuida, subcrepitantes en ambas bases. Pérdida de fuerza, hipertonía y disminución de la sensibilidad al dolor en miembros inferiores. Exámenes complementarios:

Serología para HIV negativa. Anemia. Eritrosedimentación: 134.

Rx de tórax: infiltrado reticulonodulillar bilateral; imagen redondeada hiperclara, rodeada de pared gruesa en vértice derecho.

Baciloscopía: +++

Se solicita RMN de columna dorsal para estudio de paraplejía espástica, que informa:

-alteración focal de señal en la médula ósea del cuerpo vertebral D 9, que se extiende al arco posterior involucrando pedículo izquierdo, lámina del mismo lado y proceso espinoso. La lesión penetra en el conducto raquídeo ocupando la grasa epidural pero sin producir compresión significativa del saco. Compromiso de partes blandas prevertebrales del lado izquierdo. Cambios erosivos en el muro posterior del cuerpo vertebral y en el hemiarco posterior izquierdo. -en el cuerpo vertebral de D 12 se constata modificación de la señal que involucra al hemiarco posterior de ese lado, en particular al pedículo.

Se interpreta el cuadro como TBC pulmonar y osteoarticular con compromiso de columna dorsal (Mal de Pott).

Se presenta el caso para mostrar el diagnóstico y seguimiento por imágenes de RMN de un paciente con compromiso osteoarticular por TBC.

**P060**

## **NEUMONÍA GRAVE DE COMUNIDAD DE CAUSA VIRAL**

Bernardi, R.; Bravo, A.; Gómez Krivochen, F.; Jacobo, H.; Loayza, J.; Macharé, D.P.

Hospital Zonal General de Agudos Descentralizado- Evita Pueblo-Servicio de Terapia Intensiva Polivalente-Berazategui-Argentina.

Paciente masculino de 28 años sin antecedentes patológicos relevantes que comienza el 3/12/99 con cuadro de lumbalgia y mialgias de los miembros inferiores asociado a fiebre vómitos y diarrea, atendido por externos en tratamiento con AINE y sintomáticos.- El 8/12/99 es admitido por el servicio de urgencias con disnea progresiva de 24 horas de evolución actualmente en CF II. A las 13:00 horas ingresa a Clínica Médica un paciente lúcido, febril, deshidratado, normo tenso, taquipneico. Muestra infiltrados intersticiales bilaterales bibasales en la radiografía de tórax. El laboratorio evidencia insuficiencia renal, disfunción hepática e insuficiencia respiratoria con sedimento patológico y plaquetopenia. Previo pancultivo se inicia esquema antibiótico con ceftriaxona y roxitromicina en dosis plenas por interpretarse el cuadro como una neumonía grave adquirida en la comunidad con disfunción orgánica múltiple Se realiza acceso venoso central y expansión controlada partiendo de una presión venosa central de cero y la Saturometría aumenta a 98% con aporte de oxígeno con máscara de venturi al 40%. A las 17:00 horas el paciente es admitido en terapia intensiva por deterioro respiratorio, se procede a intubación orotraqueal y asistencia ventilatoria mecánica se adapta con drogas, la radiografía de tórax muestra progresión a cuatro cuadrantes, alveolar difuso, la gasometría asocia hipoxemia e hipercapnia refractarias a la presión teleespiratoria positiva y el aumento de la fracción inspirada de oxígeno. Se coloca un catéter de termodilusión que nos permite objetivar hipovolemia relativa, el paciente presenta paro cardiorespiratorio a las 19:00 horas del cual es recuperado pero a las 20:20 nuevamente para y no responde a maniobras de avanzada, A las 24 horas el Instituto Malbrán nos informa IgG e IgM positivo para Hanta Virus Andes.

Se realiza revisión bibliográfica, señales de alerta, conductas actuales y experimentales ante casos sospechosos.

**P061**

## CONTRIBUCIÓN DEL MEDICO CENTINELA A LA VIGILANCIA DE INFLUENZA EN BUENOS AIRES

Savy V.<sup>\*</sup>, Parpaglione, C<sup>\*\*</sup>; Lerose, C<sup>\*\*</sup>; Actlas, J<sup>#</sup>; Pontoriero, A<sup>\*</sup>; Cadario, E<sup>\*</sup>; Baumeister, E.<sup>\*</sup>

\*Servicio Virosis Respiratorias, INEI-ANLIS C.G.Malbrán, \*\*Servicio Fisiopatología Respiratoria Htal. Tomú, # Infectología Sanatorio Mitre.

La vigilancia virológica de influenza en Argentina se realiza mediante una Red Nacional de Laboratorios (RNL) con cabecera en el Centro Nacional de Referencia del INEI (CNR) y por un equipo de médicos centinelas (MC).

**Resultados** previos demostraron que el sistema de MC es más eficiente en la detección de casos de influenza (23,9%vs.6,4% de casos de influenza detectados). Con la finalidad de contar con MC en la ciudad de Bs. As. se realizó un llamado a la AAMR para su contribución al sistema nacional de vigilancia de influenza.

**Materiales y Métodos:** Los MC tomaron muestras de hisopados nasales a pacientes con sintomatología de gripe (definición OMS) entre el 15-5 y 7-8-01. El diagnóstico de influenza (flu) A y B se realizó por inmunofluorescencia en el CNR dentro de las 24 lis. realizando luego aislamiento viral en células MDCK. Se procedió a la caracterización antigénica y molecular de los virus aislados por técnicas habituales (inhibición de hemaglutinación y secuenciación).

**Resultados:** Se obtuvieron 46 muestras: 20 positivas para flu A y 1 para flu B (45.6%). El virus circuló en la ciudad de Bs.As. entre el 13-6 y el 1-8-01. Los virus aislados fueron similares a A/Panamá/2007/99 y B/Sichuan/379/99 componentes de la vacuna utilizada en el año 2001 en el país. Se informaron los resultados al Ministerio de Salud, al Centro de Referencia del CDC (Atlanta) y a la OMS, vía FLUNET.

**Conclusiones:** 1)Se obtuvo información rápida del comienzo y pico de circulación viral. 2)La coordinación con el laboratorio posibilitó el estudio del virus responsable del brote. 3)La información obtenida será utilizada por la OMS para definir la composición de la vacuna a utilizar en el hemisferio sur en la siguiente temporada. 4)La disponibilidad de la información virológica permite al MC tomar medidas preventivas y profilácticas (vacunación, uso de antivirales, aislamiento, etc).

P062

## NEUMOCISTOSIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

Borraio.M.C.(<sup>\*</sup>), Poleri C. (<sup>\*\*</sup>), Tello, A.L. (<sup>\*</sup>)<sup>\*</sup>

(<sup>\*</sup>) Clínica Guemes, Luján, Pcia de Buenos Aires. (<sup>\*\*</sup>) Hospital María Ferrer, Cap.Fed

La infección por *Pneumocystis carinii* es bien conocida en pacientes inmunocomprometidos, pero es excepcional su presentación en inmunocompetentes. Presentamos un caso de neumocistosis en una paciente sin compromiso inmunológico, con cuadro histopatológico de bronquioloarveolitis. Paciente de sexo femenino, de 37 años, fumadora, con antecedentes de rinitis atópica y episodios aislados de bronco espasmo. Consulta luego de 4 meses de disnea evolutiva y escasa tos



seca. La Rx de Tx mostró infiltrados intersticiales bilaterales con conservación de los volúmenes pulmonares. La TAC reveló infiltrado retículo nodulillar con imagen en vidrio esmerilado de predominio en lob. superiores. Se realizó fibrobroncoscopía con BAL y BTB con hallazgos inespecíficos y dado el deterioro progresivo de la paciente se realizó biopsia a cielo abierto que mostró bronquioloalveolitis y pequeños granulomas gigantocelulares no necrotizantes. Se interpretó el cuadro como Alveolitis Alérgica Extrínseca y se comenzó tratamiento con metilprednisona a razón de 1 mg./Kg./día. En un segundo interrogatorio la paciente reveló que se había mudado 2 meses antes del comienzo de los síntomas a una zona que se caracteriza por la cría de palomas y que había varios criaderos aledaños a su domicilio. Por esta razón se supuso que el desencadenante de la alveolitis probablemente fueran proteínas aviarias. Se solicitó serología para Histoplasma y Aspergillus que fueron negativas. La coloración de Grocott reveló la presencia de Pneumocystis Carinii en los espacios alveolares y el intersticio. Se certificó su presencia mediante Inmunomarcación. La paciente tenía serología para VIH (ELISA) negativo, CD-3, CD-4 y CD-8 normales y ninguna otra manifestación clínica de inmunocompromiso. Se realizó tratamiento específico con Trimetoprima-Sulfametoxazol (TMS). La respuesta clínica y radiológica fue excelente. A un año de realizado el diagnóstico la paciente continúa sin evidencias de compromiso inmunológico. El P. Carinii es un microorganismo ubicuo que se trasmite por vía inhalatoria y puede permanecer quiescente durante lapsos prolongados. Se ha sugerido que en personas sin compromiso inmunológico, el daño pulmonar por diferentes causas favorecería la colonización aunque no queda claro si contribuye o es responsable de la enfermedad pulmonar.

P063

## **FRECUENCIA DE APARICION DE CANDIDIASIS OROFARINGEA ASOCIADA AL USO DE CORTICOIDES INHALATORIOS**

Fernández, C.B.; Lerose C.I.; Parpaglione, C.A.; Carabelli; S.; Carabajal, M.T.

Hospital Tornú, Buenos Aires.

Para determinar la frecuencia de aparición de Candidiasis Orofaringea vinculada al uso de esteroides inhalatorios se estudiaron, 71 pacientes con diagnóstico de asma bronquial en tratamiento con esteroides inhalados en aerosol presurizado con aerocámara, integrado por 44 mujeres y 27 varones, edad promedio 50,27 años, dosis diaria promedio de 1066,20 mcg y tiempo promedio de uso 11,15 meses y un grupo control de 12 sujetos sanos sin condiciones predisponentes (8 mujeres y 4 varones) con una edad promedio de 26,6 años. Fueron excluidos del estudio pacientes inmunodeprimidos de cualquier etiología o que hayan estado con tratamientos antibióticos y/o corticoides sistémicos los 30 días previos al estudio. El tratamiento estadístico se hizo con el test de diferencia de proporciones y diferencia de medias con la distribución normal, con valores entre el 95 y 99% de seguridad. Se consideraron la presencia de síntomas, lesiones compatibles y condiciones predisponentes locales (prótesis dentarias y dentadura en mal estado de conservación).

Se confirmó el diagnóstico por la presencia de pseudofilamentos en el examen directo con cultivo positivo para Candida Albicans y Tropicalis en 5 pacientes; 3 mujeres y 2 varones, edad promedio 61, dosis diariapromedio 1420 mcg y tiempo promedio 24,2 meses. Todos los individuos del grupo control fueron negativos. La aparición de

candidiasis entre el grupo de estudio y el grupo control mostró una diferencia estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ).

La frecuencia de aparición fue del 7,94%. No hubo diferencias significativas con el uso de prótesis, edad y tiempo de tratamiento entre los positivos y los negativos, en el grupo de estudio. La variable "dosis" entre ambos grupos reveló una diferencia significativa ( $p < 0.01$ )

**P064**

## **TAPONAMIENTO CARDÍACO COMO PRESENTACIÓN DE PERICARDITIS POR ENTEROCOCOS SPP**

Moreno H F.; Molina Dionigi, M.; Uribe Echeverría, A.; Rusculleda M.

Servicio CCV y Tórax. Hospital Córdoba. Córdoba. Argentina

La baja incidencia del Taponamiento Cardíaco como presentación inicial de pericarditis por Enterococos Spp en adultos jóvenes, en ausencia de estados comórbidos, motiva esta comunicación. Pcte de sexo masculino, de 20 años, sin APP, ingresa con disnea CF IV, tos con expectoración mucopurulenta y dolor en hemitórax inferior derecho,  $T^{\circ} 38^{\circ}C$ , FR 28x', FC 100x', TA 100/60 mmhg, ingurgitación yugular, R; R2 hipofonéticos, hepatomegalia, MV disminuido en base pulmonar izquierda y abolido en base derecha. Rx tórax: mediastino ensanchado, silueta cardíaca aumentada, infiltrado alveolointersticial basal izquierdo, derrame pleural derecho. ECG: complejos de bajo voltaje con ondas T (-) en precordiales (V2 a V6). ETE: derrame pericárdico G 111, tabicado, VI de tamaño normal. Se practica pericardiocentesis y ulterior ventana pericárdica según técnica de Sauerbruch, extrayéndose  $600\text{cm}^3$  de líquido purulento cuyo cultivo fue positivo para enterococos Spp. Se inicia antibioticoterapia iv. El paciente continúa febril con deterioro del estado general, drenaje pericárdico purulento:  $200\text{cm}^3/\text{día}$ , en disminución. TAC de tórax: derrame pericárdico con burbujas en su interior, infiltrado alveolointersticial basal anterior derecho, derrame pleural bilateral a predominio derecho, imagen compatible con absceso pulmonar a nivel de segmento lingular. Pericardiectomía y decorticación pericárdica. Anatomía patológica: pericardio con fibrosis extensa, tejido de granulación e infiltrado inflamatorio crónico. La evolución clínica ulterior fue satisfactoria, quedando el paciente asintomático hasta la actualidad.

El taponamiento cardíaco por pericarditis bacteriana solo se observa en el 5% de los casos. A pesar que ha disminuido la incidencia de pericarditis purulenta bacteriana - desde la introducción de los antimicrobianos- la mortalidad sigue siendo elevada. Las bacterias más frecuentes son neumococos, stafilococos, streptococos, bacilos G (-) y neisserias.

La presencia de enterococos spp -diplococos Gram (t)- en líquido pericárdico en un paciente joven sin antecedentes, resulta un hallazgo excepcional.

**P065**

## **MICETOMA MUCORMICOTICO EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.**

Buñirigo, P.; Malamud, P.; Berra, L.; Garay, J.; Castillo, L.; Valenzuela, E. Hospital Zonal Especializado en Enfermedades Agudas y Crónicas del Tórax Dr. Antonio. A. Cetrángolo - Vicente López.

Paciente de 53 años, sexo masculino, con historia de expectoración hemoptóica de una semana de evolución que ingresa con diagnóstico de hemóptisis moderada.

Presenta como antecedente, tuberculosis pulmonar con tratamiento completo.

Se solicita Rx de tórax que evidenciaba una imagen redondeada intracavitaria en lóbulo superior derecho, no presentaba ninguna alteración en los análisis de laboratorio.

La TAC de tórax informa, 'cavidad ocupada por formación sólida de 30 mm de diámetro con signos de necrobiosis que podría corresponder a micetoma'.

Los cultivos de esputo para gérmenes comunes, BAAR y micológico fueron negativos en reiteradas muestras. Se solicito inmunodifusión para aspergillus fumigatus la cual fue negativa en dos oportunidades.

Se realiza fibrobroncoscopia en la que se evidencia compresión extrínseca en el bronquio fuente derecho, con mucosa normal, se envía material a bacteriología y micología con resultados negativos. Se define conducta quirúrgica, realizándose lobectomía superior derecha. La pieza quirúrgica era compatible con cavidad ocupada con micetoma, el cultivo del material remitido a micología fue negativo, el informe microscópico de la anatomía patológica describe Hifas gruesas no tabicadas, ramificadas en ángulo recto, compatible con mucormicosis. Motiva la presentación del caso la infrecuente presentación de esta patología en pacientes inmunocompetentes.

**P066**

## **SINDROME DE HIPERINFECCIÓN PULMONAR POR STRONGYLOIDES STERCORALIS**

Viudes, J.; Rodriguez Jiménez, J.; Svetliza, G.; Dubra, C.; Precerutti, J.; de la Canal, A.

Hospital Italiano de Buenos Aires

El Síndrome de hiperinfección es provocado por un parásito, el Strongyloides Stercoralis, que habita en suelos de zonas templadas. Parasita al hombre generalmente en forma asintomática.

Este síndrome ocurre en inmunosuprimidos en los cuales se produce un desbalance inmunológico entre el huésped y el parásito, desarrollando un cuadro infeccioso generalizado grave, con una mortalidad superior al 90%.

Se presenta un paciente de sexo masculino de 60 años de edad, oriundo de la provincia de Formosa, portador de Linfoma de Hodgkin, que luego de su primer ciclo de quimioterapia comienza con dolor abdominal agudo acompañado de diarrea. 24 horas más tarde agrega al cuadro, disnea y expectoración asalmonada. Evoluciona en forma tórpida por lo que es internado en Terapia Intensiva con el diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda. La Rx. de tórax mostraba imágenes intersticio alveolares bilaterales. En el BAL se evidencia la presencia de un parásito, Strongyloides Stercolaris en su forma filariforme.

Se inicia tratamiento con Tiabendazol. Veinticuatro horas más tarde se aíslan bacilos Gam negativo en dos muestras de hemocultivos, agregándose tratamiento antibiótico con Imipenem.. El paciente fallece con falla multiorgánica 24 hs. más tarde.

Conclusión: Debería tenerse en cuenta la existencia de esta patología poco frecuente en los pacientes inmunosuprimidos provenientes de zonas endémicas, ya que podría cambiar el pronóstico del paciente.

P067

## ENFERMEDAD PULMONAR POR MICROBACERIAS NO TUBERCULOSAS EN PACIENTES HIV SFRONEGATIVOS

Dambrosi, A.; Isola, N.; DiLonardo, M.; Mite, N.; Bages, G.; Rodriguez Zambrano, S.

Instituto de Tisioneumonología Vacarezza UBA y Hosp.de Infecciosas F. J.Muñiz  
Buenos Aires - Argentina.

**Objetivo:** Analizar antecedentes, características clínico-radiológicas, evolución y pronóstico en pacientes con micobacteriosis pulmonar confirmada bacteriológicamente en pacientes HIV negativos.

**Materiales y Métodos:** Se revisaron historias clínicas de 40 ptes. con Dx. de micobacteriosis pulmonar y serología negativa para HIV, que se atendieron en el Instituto Vacarezza y Hospital Muñiz desde el año 1991 al 2000. Requeríendose dos cultivos de muestras pulmonares (+) para el diagnóstico, descartando aquellos con un solo cultivo (+), por considerarlos contaminantes. Se reviso historia de tabaquismo, enfermedades subyacentes y antecedentes de TBC y la evolución clínica.

**Resultados:** De los 40 pacientes: 16 femenino y 24 masculino con una edad media 48 años. Se encontró M.avium en 27 (67%) M. Kansasii 6 (17%) M.Fortuitum 6 (17%), M. scrofulaceum 1 (3%). Todos presentaron resistencia a las drogas y el 75% a más de 5 drogas. El 57% refería haber sido tratado por TBC. en algún momento y un 48% fumadores. Un 60 % con algún antecedente (neumoniosis, asma, Dbt). La forma radiológica mas frecuente fue bilateral con cavidad 40 %.

### Conclusiones:

- Actualmente las MNT son considerados patógenos que producen enfermedad pulmonar crónica de difícil manejo.
- Factores de riesgo mas comunes: enfermedad pulmonar previa, TBC, enfisema, pneumoconiosis, aspergilosis y tabaquismo.
- El Dx. definitivo se obtiene por cultivo de muestras pulmonares (2). Algunos autores indican la baja sensibilidad del esputo por lo que el BAL es muy útil.
- La falla al tto.se justifica por el alto índice de resistencia a las drogas de primera línea.
- El tratamiento quirúrgico está indicado en pacientes seleccionados.

**P068**

## **PRESENTACIÓN DE UN PACIENTE CON STRONGILOIDOSIS SISTÉMICA**

Solano, N.; Casabonne, R.; Chiesa, H.

Servicios de Neumonología y Anatomía Patológica. Hospital Pcial. de Rosario

Se trata de un paciente de 61 años, oriundo de Corrientes, que ingresa a UTI derivado de sala de guardia donde consulta por un cuadro de horas de evolución caracterizado por mareos, escalofríos, temblores y desorientación témporoespacial.

Refiere cefaleas y cervicalgia los días previos. Se constata depresión del sensorio, hiperreflexia de miembros inferiores, Bahinsky (-), anisocoria y rigidez de nuca.

Se solicita laboratorio que muestra leucocitosis con desviación a la izquierda, ves = 122 y plaquetas 1.200.000.

Se realiza TAC de cráneo donde no se identifican procesos expansivos ni lesión vascular hemorrágica.

Se practica P.L. constatándose 1.150 elementos, glucosa conservada y proteínas elevadas.

Se plantea diagnósticos de meningitis y se comienza con antibióticoterapia.

Es de destacar que el pcte. recibe Prednisona 15 mgr./día desde hace varios años por tratamiento de Artritis Reumatoidea.

Entre sus hábitos manifiesta tabaquismo y etilismo, este último abandonado hace 1 año.

Dada la respuesta favorable al tratamiento pasa a sala general donde presenta 72 hs. después un cuadro de disnea con hipoxemia y rayo X de torax que evidencia infiltrado intersticial reticulonodulillar, se asume como neumonía intrahospitalaria comenzándose tratamiento con triple plan de ATB. Se toman muestras para Baar en esputo que son (-) y se solicita fondo de ojo que solo muestra ingurgitación venosa.

Se efectúa BFC que no muestra lesiones endobronquiales se remite material a anatomía patológica y Baar. Se efectúa punción de M. O. con resultados (-) para bacteriológico, micológico y Baar. Se repite P.L. con exámenes (-) El pcte. agrega vómitos biliosos, melena y dolor y rubor en articulación de tobillo y rodilla.

Se recibe informe anatomopatológico de lavado bronq. que muestra presencia de STRONGYLOIDES STERCOLARIS. El pcte. 24 hs. después instala depresión del sensorio, mala mecánica respiratoria, hipotensión severa y fibrilación auricular de alta respuesta desencadenándose el óbito.

**P069**

## **NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD: EPIDEMIOLOGIA**

Marzoratti, L.; Altieri, H.H.; Stok, A.M.

Hospital Centro de Salud. S.M. de Tucumán

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico de NAC desde julio de 2000 a julio de 2001 con el objetivo de evaluar algunos aspectos epidemiológicos de los mismos.

**Resultados:** de un total de 101 pacientes el 70% eran menores de 60 años y el 30% mayores de 60 años, correspondían al sexo femenino 56% y masculino 44%. Los síntomas por los que consultan son: tos en el 96%, fiebre 90%, esputo purulento 82%, dolor torácico 79%, hemoptisis 13% y disnea el 26%. No se obtuvo muestra de esputo en el 20% de los pacientes, de los que se obtuvieron fue no representativa en el 1%, cultivo negativo en el 60%, positiva para neumococo en 11 %, de los cuales 91 % era penicilinosensible, para haemophilus 5% (80% no productor de betalactamasas), stafilococo metisilinosensible 1%, moraxella productor de betalactamasa 1%, Klebsiella 1%, pseudomona aureuginosa 1% y tuberculosis 1%. Del hemocultivo no se obtuvo muestra en 19%, fue cultivo negativo en 78%, positivo para neumococo en 1% y stafilococo en 1%. Se internaron sólo 6% del total de pacientes. El 83% de los mismos no presentaban comorbilidad, eran diabéticos el 7%, EPOC 6% e insuficientes cardíacos el 4%. En la radiografía de tórax presentaban patología unilateral el 87%, bilateral 12%, derrame 1 %.

**Conclusión:** la mayoría de nuestros pacientes con NAC son menores de 60 años, con predominancia del sexo femenino, la consulta más frecuente es por tos, fiebre, expectoración purulenta y dolor torácico, poco frecuente es la disnea y hemoptisis. Se observa alto índice de cultivos de esputo negativo, con un 11 % de positividad para neumococo (91% penicilinosensible), así mismo es alto el porcentaje de hemocultivos negativos (79%). En la radiografía de tórax predomina la patología unilateral. Se observa bajo índice de internación y comorbilidades.

P070

## VACUNACION ANTI-INFLUENZA (VAI) Y ANTI-NEUMOCOCO (VAN) EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO COMPARACIÓN DE 2 PERIODOS

Rovira, F.; Mosquera, R.; Lucini, O.; Luna, C.

División Neumonología, Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires.

**Introducción:** Influenza y neumonía se asocian a mortalidad y complicaciones en grupos de riesgo. Las VAI y VAN en grupos de riesgo para enfermedad neumocócica e influenza debe alcanzar niveles superiores al 60%.

**Objetivo:** Evaluar la vacunación en los grupos de riesgo y el nivel de información acerca de este tipo de inmunización, comparando con lo ocurrido en 1998.

**Material y Métodos:** Fueron entrevistadas 507 personas 217 años de edad en nuestro hospital, entre estos: pacientes, familiares, médicos y otros profesionales de la salud, estudiantes de medicina, empleados hospitalarios, etc. Ellos fueron interrogados acerca de datos demográficos, historia médica, conocimientos acerca de las vacunas e historia de vacunación. Se consideraron indicaciones de vacunación edad  $\geq$ 65 y afecciones

crónicas (cardiovasculares, pulmonares, inmunocompromiso, diabetes, insuficiencia renal v enfermedad hepática). Otras indicaciones incluyeron ser trabajador de salud v embarazo para la VAI y asplenia para VAN.

**Resultados:** El 57% de los entrevistados con indicación para VAI y el 15% con indicación para VAN la recibieron. Estos porcentajes debajo de lo deseable significan un aumento respecto de 1998 del 41% y el 56% para VAI y VAN respectivamente. El conocimiento de la vacuna por parte de los entrevistados fue del 89% para la VAI (81% en 1998) y del 30% para la VAN (28% en 1998). Al igual que 3 años atrás, el 94% de los pacientes a quienes un médico les indicó VAI y el 80% de aquellos a los que les indicó VAN, la recibieron. La aplicación de VAI se encuentra en niveles > al 60% en enfermedad pulmonar, cardiopatía y >65; su uso aumentó significativamente en los últimos años en trabajadores de la salud, cardiopatas, mayores de 65 e inmunocomprometidos. El uso de VAN continúa en niveles bajos para todas las indicaciones, su uso es mayor en enfermos pulmonares (22%) y aumentó en forma significativa solo en inmunosuprimidos ( $p=0.02$ ).

**Conclusiones:** La vacunación, especialmente la VAN, continúa en niveles muy bajos. La VAN previene la infección invasiva por neumococo y es uno de los medios más efectivos para luchar contra la resistencia bacteriana. Confirmamos que la amplia mayoría de los pacientes cumple con la indicación médica de vacunación y que por lo tanto los médicos son los responsables del deficiente nivel de inmunización.

P071

## ¿DEBERÍA MODIFICARSE EL TRATAMIENTO EMPIRICO DE LA NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD (NAC) EN LA ERA DEL NEUMOCOCO RESISTENTE?

Famiglietti, A.; Vay, C.; Lasala, M.B.; Foccoli, A.; Luna, C.M.

Lab. de Bacteriología Clínica, Facultad de Farmacia y Bioquímica, Div. Infectología y Neumonología Hospital de Clínicas José de San Martín, Universidad de Buenos Aires.

**Introducción:** *Streptococcus pneumoniae* es la causa más frecuente de neumonía adquirida en la comunidad (NAC), sin embargo el impacto del *S. pneumoniae* resistente a penicilina (SPRP) continúa en debate debido en parte a la confusión existente alrededor de la definición de SPRP. Según el criterio poblacional, una cepa de *S. pneumoniae* se considera resistente a penicilina cuando su CIM es mayor o igual a 0.1  $\mu\text{g/ml}$  (en esta situación se encuentran alteradas algunas proteínas ligadoras de penicilina). Esta categoría de resistencia tiene impacto clínico en el tratamiento de meningitis y otitis media pero no en neumonía. Hay evidencias que pacientes hospitalizados con NAC causada por *S. pneumoniae* con sensibilidad intermedia (CIM:0.125-1  $\mu\text{g/ml}$ ), responden satisfactoriamente al tratamiento con dosis adecuadas de penicilina.

**Métodos:** Evaluación retrospectiva de la sensibilidad a penicilina de los neumococos provenientes de infecciones respiratorias aislados en el Hospital de Clínicas entre Julio de 1997 y Diciembre de 2000.

**Resultados:** La resistencia a penicilina en *S. pneumoniae* en pacientes con NAC fue 28% para 1997-1998; 24% en 1999 y 19% en 2000. Considerando el criterio de presencia de resistencia cuando la CIM a penicilina es  $<2 \mu\text{g/ml}$ , la resistencia se reduce

a 9%, 7% y 4% respectivamente. En aislamientos provenientes de pacientes con NAC solamente una cepa presentó una CIM= 4µg/ml y 3 presentaron una CIM de 2 µg /ml.

**Conclusiones:** Teniendo en cuenta las características farmacocinéticas y farmacodinámicas de la penicilina y las aminopenicilinas y que la actividad bactericida de estos antimicrobianos es tiempo-dependiente (es decir, que se logra mayor eficacia terapéutica cuando las concentraciones del antibiótico se mantienen sobre los valores de la CIM durante por lo menos la mitad del tiempo del intervalo entre dosis). Estos resultados parecen avalar el uso de penicilina y las aminopenicilinas en el tratamiento de las NAC internadas en sala general.

P072

## **SENSIBILIDAD ANTIBIOTICA EN NEUMOCOCOS RESISTENTES (NRP) Y SENSIBLES A PENICILINA (NSP)**

Avellaneda, B.; Juárez, J.; de Mier, C.; Rodríguez, H.; Lasala, M.B.; Foccoli, A.; Luna, C.M.; Vay, C.; Famiglietti, A.

Carrera de especialización en Bacteriología, Laboratorio de Bacteriología Clínica, Facultad de Farmacia y Bioquímica; Divisiones Infectología y Neumonología, Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires.

**Objetivo:** *Streptococcus pneumoniae* fue sensible a penicilina hasta el año 1967 en que se aislaron las primeras cepas con sensibilidad intermedia (CIM = 0,1 - 1 µg/ml). La emergencia de NRP y multi-resistentes causa problemas en el tratamiento.

**Objetivo:** Evaluar la actividad "in vitro" de diferentes antibióticos sobre aislamientos de NRP y NSP.

**Material y Métodos:** se determinó la CIM de penicilina y demás antibióticos por dilución en agar según las recomendaciones del NCCLS (tabla).

### **Resultados y conclusiones:**

Antibiótico	% de resistencia	NRP (n=35)
Amoxicilina	NSP (n=33)	11
	0	
Cefuroxima	0	37
Ceftriaxona	0	3
Imipenem	0	20
Meropenem	0	11
Vancomicina	0	0
Eritromicina	12	40
Clindamicina	6	3
Quinupristina/Dalfopristina	21	34
Linezolid	0	0
Tetraciclina	21	31
Co-trimoxazol	54	80
Ciprofloxacina	42	57
Levofloxacina	0	3



Gatifloxacin	0	3
Moxifloxacin	0	3

El 94% de los NRP tenían CIM entre 0.1 y 1 mcg/ml y el 6% restante = 2 mcg/ml. Vancomicina y linezolid fueron los más activos en NRP y en NSP (0% de resistencia). La actividad de las quinolonas fue: moxifloxacin > gatifloxacin > levofloxacin > ciprofloxacina (CIM90 0.125; 0.5; 1 y 2 mcg/ml). La resistencia más asociada a NSP fue cotrimoxazol y ciprofloxacina. En NRP aparte fue importante la resistencia a eritromicina. Solo el 17% de las cepas resistentes a eritromicina presentó CIM > 256 mcg/ml y resistencia cruzada a clindamicina. La resistencia a quinupristina dalfopristina se asoció más con neumococos resistentes a eritromicina (55%) que con cepas sensibles (18%).

**P073**

### **NEUMONÍA NEUMOCOCCICA BACTERIEMICA (NNB) Y NO BACTERIEMICA (NNNB). ESTUDIO EI IDEMIOLÓGICO Y CASO CONTROL**

Mosquera R.; Valiente, L.; de Mier, C.; Famiglietti, A.; Fray, C.; Luna, C.M.

Laboratorio de Bacteriología Clínica, Facultad de Farmacia y Bioquímica; División Neumonología, Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires.

**Materiales y Métodos:** De una base de datos de NAC se identificaron resultados de cultivos de sangre y esputo y antígeno urinario para SP por inmunocromatografía (TAU), positivos de la evaluación inicial. Se consideró como NNB cuando cumplía los criterios: presunción clínico-radiológica de neumonía y 1 o + hemocultivos (+) para SP; y como NNNB cuando cumplía los criterios: presunción clínico-radiológica de NAC, hemocultivo (-) + cultivo de esputo y/o TAU (+). Para el análisis caso-control, un número de NNB e igual número de controles de NNNB fueron pareados de según edad = 15, y score de riesgo (Fine et al) + 20 sin admitir un control estratificado en otro grupo de riesgo (I, II, III, N y V). Se determinó la mortalidad y el tiempo de estadía hospitalaria atribuible a NNB.

**Resultados:** Se seleccionaron 74 pacientes con NAC debida a SP, 24 tenían NNB y 50 NNNB. NNB vs NNNB diferían significativamente en edad (76,0 vs. 65,6); score de Fine (137,4 vs. 90,8), t. art. diastólica (70,2 vs 60,8), urea (79,2 vs. 55,5), creatinina (1,63 vs. 1,05), sodio (134 vs 138); no se hallaron diferencias en temperatura, t. art. sistólica, frec. cardíaca, frec. respiratoria, g. blancos, hematocrito, PaO<sub>2</sub>/FI<sub>02</sub>, PaCO<sub>2</sub>, pH, SaO<sub>2</sub>, bicarbonato, glucemia ni potasio. En el estudio caso-control se aparearon 24 casos con 24 controles, la media de la edad fue de 76,0 ± 11 y 77,1 ± 10 respectivamente. La mediana del Score de Riesgo para los casos fue de 133 y para los controles de 127. Tanto para los casos como para los controles hubieron: 3 pacientes del grupo III, 9 del grupo N y 12 de grupo V. La mortalidad para los casos y controles fue del 29% (7/24) y 25% (6/24) respectivamente (p=NS); RR:1.16 y OR:1.23 (mortalidad atribuible del 4%). La estadía en los sobrevivientes de NNB fue de 8,1 días y en sobrevivientes de NNNB fue de 10,4 días. En el grupo V la mortalidad fue 50% en los casos y 41% en los controles (P=1.000), ingresaron a UTI 8/12 y 5/12 respectivamente. Resistencia (intermedia o alta) a penicilina se presentó en 4 de los casos y 3 de los controles; y no se relacionó con la estadía hospitalaria ni la mortalidad.

**Conclusiones:** La NNB se presenta en pacientes de mayor edad y con un score de Fine más elevado. Sin embargo en el estudio caso-control se muestra que no hay diferencias en la gravedad ni la mortalidad entre NNB y NNNB lo cual induce a pensar que la bacteriemia es más común en pacientes mayores y más graves pero no es causa de la gravedad sino efecto.

P074

## **ENFERMEDAD DE LOS LEGIONARIOSEXPERIENCIA EN EPIDEMIOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.**

Balsebre, C.; Rébora, K.; Rovira, F.; Lucini, O.; Brea, J.; Aruj, P.; Absi, R.; Famiglietti, A.; Rebollo, M.; De Mier, C.; Luna, C.

División Neumonología, Sección Inmunoserología, Sección Microbiología, Hospital de Clínicas, Universidad de Buenos Aires.

La enfermedad de los Legionarios fue descrita en 1977 a raíz de un brote ocurrido en personas que asistieron a una convención de legionarios en Estados Unidos. Su incidencia en Argentina y otros países ha sido motivo de controversia.

**Objetivo:** Analizar en forma retrospectiva los datos de un grupo de pacientes atendidos con neumonía debida a *Legionella pneumophila* entre 1997 y 2001.

**Material y Métodos:** Durante el mencionado periodo de tiempo se estudiaron en forma sistemática 588 pacientes con diagnóstico clínico de NAC, internados o ambulatorios. En todos los casos se realizaron hemocultivos y exámenes serológicos en periodo de estado. En menos del 50% se contó con serología durante la convalecencia y determinación de antígeno urinario para *Legionella pneumophila* serotipo 1. En un porcentaje acotado se realizaron cultivos y/o inmunofluorescencia directa. El 81% de los pacientes fue seguido a largo plazo (1 mes) o la muerte.

**Resultados:** El diagnóstico de enfermedad de los legionarios se realizó en 9 pacientes, 8 internados y ambulatorio, todos fueron seguidos por 1 mes o hasta la muerte. Dicho diagnóstico se consideró definitivo en 6 casos y probable en 3. La edad de los pacientes fue de 68.1 años, 4 casos se presentaron con una neumonía severa requiriendo internación en Terapia Intensiva. Dos pacientes fallecieron durante la internación.

**Conclusiones:** Estudiando en forma sistemática con métodos adecuados para el diagnóstico se mostró la presencia de NAC por *Legionella pneumophila* en nuestro hospital. Su incidencia es baja (aproximadamente 2% de todas las neumonías, 4% de aquellas con etiología confirmada) pero podría llegar a un 8% de las NAC severas con etiología confirmada. Se presenta fundamentalmente en ancianos, fumadores, hospitalizados, portadores de NAC severa y en algunos inmunosuprimidos. El uso extendido de métodos de diagnóstico rápido como el antígeno urinario o la PCR podrían mejorar el conocimiento epidemiológico de este agente en nuestro medio.

P075

## VALORACION DE SOMNOLENCIA MEDIANTE ESCALA DE EPWORTH EN PACIENTES CON SINDROME DE APNEAS /HIPOPNEAS DEL SUEÑO DE GRADO LEVE A MODERADO

Smurra M.\* y \*\*; Guardia, S.\*; Fernández, A.\*; Linares Font, I.\*\*\*; Martínez, R\*\*\*, Sala, H

\*Hospital A Posadas \*\*Fundación Argentina de Estudios del Cerebro (FADEC)\*\*\* Técnicas FADEC.

Esta en discusión si el parámetro guía en el tratamiento de pacientes con Síndrome de Apneas/Hipopneas del sueño (SAHS) debe ser el índice de apneas /hipopneas (IAH) o la referencia de somnolencia diurna. En sujetos con alto IAH se inicia tratamiento con independencia del grado de somnolencia. La discusión planteada adquiere relevancia sobre todo en el planteo terapéutico de pacientes con incremento ligero a moderado del IAH o del índice de microdespertres/hora (MA/h).

**Objetivo:** Evaluar la correlación de hipersomnolencia diurna con Escala de Epworth (EE), el IAH y el grado de fragmentación del sueño (MA/h) en pacientes con SAHS leve a moderado (AHI=5 a 30).

**Materiales y Métodos:** Se incluyeron todos los sujetos con IAH entre 0 y 30 derivados para realizar polisomnografía, en uno de los dos centros (FADEC). Se diagnosticaron: 53 pacientes con SAHS leve, 6 con SAHS moderado y 13 pacientes sin SAHS con edades medias de  $47,9 \pm 10,1$  años en los pacientes con SAHS y  $48 \pm 10$  en los pacientes sin SAHS, con BMI (índice de masa corporal) en pacientes SAHS leve de  $30,5 \pm 8$ , en moderado de  $30,5 = 6,6$  y en pacientes sin SAHS de  $26,7 \pm 4,7$ . Se realizó polisomnografía nocturna, evaluando índice de perturbación respiratorio (IAH) y nivel de fragmentación del sueño (MA/hrmicrodespertares/hora).

**Resultados:** EE fue de  $9 \pm 4,6$  en los pacientes con SANS y  $10,4 \pm 4$  en los pacientes sin SAHS. Se halló correlación positiva entre el IAH y MA/h ( $r=0,62$ ); no se halló correlación entre el resto de las combinaciones comparadas. Considerando 3 niveles de severidad para el IAH (menor de 5, entre 5 y 15 y entre 15 y 30) no se encontraron diferencias significativas en EE ( $p=0,4$ ). El análisis de MA/h con el valor de EE tampoco mostró correlación significativa ( $p=0,6$ ).

**Conclusión:** Hasta que se resuelva la controversia de cual es el patrón fundamental en el tratamiento de los pacientes con SAHS leve a moderado se deben considerar los tres parámetros (IAH, MA/h, EE) evaluados en nuestro trabajo. En función de la adherencia, quizás la hipersomnolencia tenga más peso en la decisión de tratamiento.

P076

## ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE CUESTIONARIOS DE APNEA DEL SUEÑO Y NIVELES DE SEVERIDAD DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Caruso, G.; Sívorí, M.; González, S.; Brescasín, L.; Kaplan, P.; Gioseffi, L.; Sáenz, C.

Grupo de Trabajo de Hipertensión Arterial de Clínica Médica y Unidad de Neumotisiología. Hospital Ramos Mejía. Buenos Aires.

La relación entre hipertensión arterial (HTA) y síndrome de apnea del sueño (SAOS) es conocida. Si bien los cuestionarios que valoran manifestaciones clínicas de SAOS (hipersomnolencia y ronquido) han sido validados, no se ha analizado la prevalencia y severidad de la HTA en los pacientes que se les realizan dichos cuestionarios, ni tampoco se han validado estos cuestionarios en cohortes de pacientes hipertensos conocidos.

**Objetivo:** Valorar la asociación existente entre resultados obtenidos de cuestionarios sobre apnea del sueño en pacientes con HTA.

**Metodos:** Se analizaron prospectivamente 74 pacientes hipertensos, 44 hombres y 30 mujeres (edad promedio  $52 \pm 15$ ) a los cuales se les aplicaron tres cuestionarios: hipersomnolencia (Guilleminault), ronquidos (Bliwise) y desórdenes del sueño (Kump). Se separaron los pacientes en estadios hipertensivos de acuerdo a la clasificación del JNC/97. Se usaron técnicas estadística convencionales y Test de Kruskas-Wallis siendo significativa  $p < 0.05$ .

**Resultados:** 42 pacientes estaban en estadio I de HTA, 19 pacientes en estadio II y 13 pacientes en estadio III. Las medias de las escalas usadas de cada cuestionario para toda la población fueron hipersomnolencia ( $2.24 \pm 3.16$ ), desórdenes de sueño ( $16.1 \pm 9.12$ ) y ronquidos ( $5.32 \pm 3.55$ ). El análisis de los diferentes cuestionarios en las tres categorías de HTA mostró diferencias significativas entre los estadios sólo para la escala de ronquido ( $p < 0.001$ ).

**Conclusiones:** Se observó asociación con significancia estadística entre el reporte espontáneo del paciente de ronquido y la severidad de la HTA. La aplicación de estos cuestionarios a grandes poblaciones podría identificar pacientes con mayor probabilidad de padecer HTA severa.

P077

## TRATAMIENTO DE LAS RONCOPATIAS Y LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO CON APARATOS ORALES

Ezernitchi, N.

El objetivo de este trabajo es considerar las posibilidades de un recurso intraoral para el tratamiento de esta patología.

Se presentan resultados obtenidos en pacientes atendidos y se comparan con otros estadísticos publicados.

**Métodos y Materiales:** Los aparatos utilizados son similares a los aplicados a tratamientos ortodóncicos.

Aparatos como los THERASNORE o SNOREGUARD, construidos en acrílico y resina vinílica y de adaptación directa muy efectivos en la reducción del ronquido, no así en casos con apnea obstructiva.

Otros de resina vinílica y flexibles que provocan un adelantamiento de la mandíbula, se utilizaron en pacientes con un índice de apneas de 25 a 20 episodios, obtuvimos una reducción de 12 a 8 episodios (se presentan fotos colocados dentro y fuera de boca).

Otro recurso utilizado en pacientes con un índice de alrededor de 30 episodios, este aparato de construcción rígida y con un material blando en el contacto dentario y con un tomillo regulador central (TAP) se alcanzaron reducciones entre 10 a 15 episodios (fotos).

Se comparó con datos obtenidos de la ADSM (Academy Dental Sleep Medicine). Sobre 30 estudios diferentes a través de 10 años da una reducción en roncadors de un 87,5%. En los índices de apnea una reducción en un 54,3%.

En un trabajo realizado por el Dr.W.Keith Thornton (USA) con aparatos TAP sobre 35 pacientes con un índice de 40 episodios obtuvo una reducción de un 50,3% y sobre 43 pacientes con un índice de 30 episodios una reducción de 46,2%.

**Conclusión:** Es un método efectivo en roncadors puros, en apneas leves y moderadas; una observación interesante es que la mayor parte de pacientes atendidos presentan distintos grados de macroglosia, algunos de ellos con intervenciones previas de paladar blando.

Es bien tolerado y aceptado, requiere un tiempo en promedio de 2 meses para una optimización.

P078

## **ESTUDIO PROSPECTIVO DE VALORACION DE UN SCORE DE CRITERIOS CLINICOS COMO ORIENTACION DIAGNOSTICA EN EL SINDROME DE APNEAS/HIPOPNEAS DEL SUENO.**

Guardia S; Smurra, M; Fernandez, A; Fraiman, D; Sala, H.

Laboratorio de Función Pulmonar y Sueño del Hospital A. Posadas. Buenos Aires.

**Objetivo:** jerarquizar una serie de criterios clínicos (Score de Criterios Clínicos Posadas) (SCCP) en comparación con la escala de somnolencia de Epworth (ESE).

**Material y Métodos:** se estudiaron 126 pacientes con diagnóstico presuntivo de Síndrome de apneas/hipopneas del sueño (SAIHS); 66 hombres con edad 53 ( $\pm 12$ ) años; y 60 mujeres con edad 51 ( $\pm 12$ ) años, a quienes se realizó cuestionario de SCCP, y ESE previo a Polisomnografía. Se estratificó la sintomatología en 3 grupos de Criterios Clínicos: mayores (ronquidos, referencia de apneas por terceros, ronquidos intensos al salir de apnea), intermedios (cansancio matinal, hipertensión arterial) y menores (cefalea matinal, referencia de ahogos nocturnos, boca seca al levantarse, impotencia sexual, dificultad en concentración y/o falta de memoria, depresión), a los cuales se les asignó un valor numérico de acuerdo a su importancia en función del juicio clínico en el SA/HS. Se agregó como referencia de análisis la edad del paciente.

**Resultados:** el Score de Criterios Clínicos Posadas fue de 59 ( $\pm 17$ ) para el grupo de hombres y 60 ( $\pm 17$ ) para las mujeres. La ESE fue de 9.1 ( $\pm 6.5$ ) para hombres y 7.3 ( $\pm 5.7$ ) para mujeres. El índice de apneas/hipopneas/hora (IA/H/h) de 34 ( $\pm 36$ ) para los hombres y 16 ( $\pm 31$ ) para las mujeres. La sensibilidad en el grupo masculino para el SCCP fue de 0.56 (ESE 0.56), la especificidad 0.78 (ESE 0.69). El valor predictivo positivo 0.73 (ESS 0.66). Valor predictivo negativo 0.68 (ESE 0.59). La prevalencia de IA/H/h > 20 fue de 0.52.

**Conclusión:** 1) la ESE no tiene valor predictivo en el SA/HS, pudiendo quedar reservada para valorar respuesta al tratamiento. 2) un Score de Criterios Clínico (SCCP) elevado es más útil que ESE como pretest en el diagnóstico del paciente sospechado de SA/HS. 3) tanto la ESE como el SCCP tiene bajo valor predictivo, sensibilidad y especificidad en mujeres.

P079

## **IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON CPAP EN LA HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES CON SINDROME DE APNEAS HIPOPNEAS DEL SUEÑO**

Torres, A.; Cazaux, A.; Uribe, M.; Molnar, S.; Alvarez, D., Giovellina, R; Uribe, A.; Uribe E.

El síndrome de apneas hipopneas del sueño (SAHS) es factor de riesgo para hipertensión arterial (HTA) atribuyéndoles mecanismos relacionados con los episodios frecuentes de hipoxemia y microdespertares. Nuestro objetivo es determinar la frecuencia de la HTA en el SAHS, la relación entre HTA y grado de hipoxemia nocturna (GHN) e índice de disturbio respiratorio en el sueño (IDR) y el comportamiento de la HTA en pacientes con SAHS tratados con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP).

**Materiales:** De los pacientes con sospechas de SAHS (n=77) se seleccionaron los que accedieron a la polisomnografía (PSG) y se les confirmó el diagnóstico de SAHS (n=26). Dividimos a este grupo en hipertensos (20)(H) y no hipertensos (6) (NH). A estos grupos se los comparo según el IDR y el GHN. Al grupo de H tratados con CPAP se midió el impacto de dicho tratamiento en la HTA.

**Resultados:** La HTA se presento en el 76% de los pacientes con SAHS (20/26).

No encontramos diferencias significativas en el GHN entre H y NH ( $86.28\% \pm 5.55$  vs.  $82\% \pm 8.09$ ,  $p < 0,2$ ), al igual que el IDR ( $41.6 \pm 27.26$  vs.  $58.47 \pm 16.15$ ,  $p < 0.10$ ). Hubo diferencia significativa en las cifras tensionales antes y después de 1 tratamiento con CAPA (pre-CPAP  $149.37 \text{ mmHg.} \pm 11.78$  vs. Post CPAP  $124.37 \text{ mmHg} \pm 9.03$ ) fue significativa ( $p < 0.001$ )

**Conclusiones:** Nosotros concluimos que la frecuencia de la HTA en el SANS coincide con los estudios publicados. Podríamos atribuir la HTA al SAHS, ya que se logró normalizar las cifras después del tratamiento con CPAP. No podríamos inferir en los mecanismos fisiopatogénicos como GHN e IDR ya que no hubo diferencias entre los H y NH. Los resultados debieran considerarse como provisorios dada la pequeña muestra utilizada.

P080

## **DIAGNOSTICO DE SANOS E INDICACIÓN DE CPAP. MODELO DE PREDICCIÓN CLÍNICA**

Rabec, C.: De la Vega, C.; De Salvo, M.

Centro de Insuficiencia Respiratoria y Patología

El diagnóstico del síndrome de apnea del sueño (SAHOS) implica estudios complejos, poco disponibles, con gran carga horaria y costosos. Nuestro grupo desarrolló un modelo de predicción clínica de SAHOS. Presentamos los resultados preliminares.

**Material y Métodos:** 134 ptes (p) que consultaron entre 2-00 y 8-01 fueron evaluados clínica y polisomnograficamente. Se analizaron 6 variables (vbIs): 1) presencia o no de HTA, 2) índice de masa corporal -BMI->0<30, 3) circunferencia de cuello -CC-<0>42,4) presencia o no de ronquido, 5) presencia o no de apneas señaladas y 6) Escala de Epworth (ESS) <0>12. Según los resultados clínicos y PSG, los p fueron clasificados en 3 grupos: 1) *posibles de CPAP (gCP)*: si el índice de apnea hipopnea -IAH- fue >30 o >5<30 en paciente con síntomas o lesión de órgano blanco, 2) *pasibles de tto posicional (gTP)*: si el IAH en decúbito dorsal (DD)/decúbito lateral (DL) fue >2 siendo el DL <5/hora. 3) *grupo normal (gN)* el resto. Los resultados fueron analizados con test de Student y se evaluó sensibilidad y especificidad para distinto n de vbIs.

**Resultados:** De 134 p 99 fueron hombres. Las medias fueron: edad 54+1-13, IAH 39.9+/-30, BMI 32.3+/-8, CC 42+/-4, ESS 11-7+/-6. No hubo diferencia significativa (DS) en edad y sexo entre los 3 grupos, aunque si en las otras 4 vbIs entre el gCP y los otros 2 grupos, pero no entre el gTP y el gN. La media de vbIs en c/grupo fue: gCP 4.26+/-1.26, gTP 2.82+/-1.38, gN 2.33 +/- 1.1. Existió una diferencia significativa en el número de vbIs entre gCP y gTP o gN pero no entre gTP v gN. El análisis por numero de vbIs mostró:

VbIs	Indicación de CPAP (gCP vs gTP gN)	Presencia de SAHOS (gCP+gTP vs gN)
6	Se 54 Sp 100 Vpp 100 Vpn 38.8	Se 53.5 Sp 100 Vpp 100 Vpn 24.8
>0=5	Se 65.9 Sp 92.1 Vpp 95.6 Vpn 51.1	Se Sp 96.8 Vpp 99 Vpn 33.7 63.8
>0=4	Se 76.3 Sp 83.9 Vpp 90.6 Vpn 63.5	Se 73.2 Sp 90.9 Vpp 97.2 Vpn 44.1
>0=3	Se 90.6 S 68.1 Vpp 79.8 Vpn 83.9	Se 80 Sp 66.7 Vpp 87.3 Vpn 53.5

**Resultados** en %.SE sensibilidad SP especificidad VP valor predictivo P: positivo N:negativo

Por ultimo todos los pacientes con SANOS presentaron al menos 1 variable

**Conclusiones:** 1) En nuestro modelo la presencia de 4 vbIs o más permitió predecir la presencia o ausencia de SANOS y la indicación de CPAP con una Se y Sp aceptables. 2) La presencia de las 6 vbIs tuvo una SP 100% para establecer la indicación de CPAP 3) En presencia de ninguna variable pudo establecerse ausencia de SAHOS (SP 100%). 4) El análisis de vbIs mostró identidad entre el gTP y el gN y una diferencia estadísticamente significativa entre ambos y el gCP.

P081

**DISTRESS: RESPUESTA FAVORABLE A LOS CORTICOESTEROIDES.**

Velázquez. N; Bardi, L; Violi, D; Del Valle, E.

Clínica Modelo. Morón. Provincia de Buenos Aires

El incremento en la incidencia de infección por tuberculosis ha provocado la reaparición de presentaciones atípicas, así como el desarrollo de asociaciones y complicaciones infrecuentes en su evolución. Entre ellas figura el síndrome de distrés respiratorio del adulto (SDRA). Presentamos una paciente con SDRA en la cual el *M tuberculosis* fue el único agente etiológico identificado.

Una mujer de 27 años consulta por disnea, dolor en hemitorax izquierdo e hipertermia. Se encontraba en el 12° día de tratamiento con amoxi/clavulánico por una neumonía bibasal.

Al examen presentaba una FC: 129, FR: 33, TA: 102/64, T°:38°; tiraje supraclavicular crepitantes bibasales a predominio derecho sin expectoración.

A su ingreso presentaba una P02 de 46 mmHg, y compromiso radiológico reticulo nodulillar de base a vértice.

El laboratorio de ingreso mostró EAB: P02 46/ Sat 84,6%- Leucocitos: 14.800 con neutrofilia. HIV: negativo.

Inició tratamiento con vancomicina/ceftazidima/claritromicina. Evoluciona taquipneica y con requerimientos de alta FiO2.

Se realiza miniBAL para estudio de gérmenes comunes, BAAR, micológico y pneumocystis carinii, con resultados negativos.

Desarrolla un derrame pleural con 40% de linfocitos y Adenosindeaminasa de 89U. Por lo anterior, se agrega tratamiento con tuberculostáticos. Las serologías para chlamydia, micoplasma y virus, resultaron negativas.

Al 8° día, y ante la mala evolución, se agrega tratamiento con 300mg de hidrocortisona.

Al 12° día, debido a la mala mecánica respiratoria, se coloca en ARM por seis días.

La paciente evoluciona rápidamente con gran mejoría clínica, radiológica y gasométrica, por lo que se externa al 26° día. Posteriormente se recibe informe de mini BAL y líquido pleural positivo para *Mycobacterium tuberculosis*. Dada la creciente incidencia de la tuberculosis en nuestro medio debe tenerse en cuenta en el diagnóstico etiológico del distrés.

**P082**

## **ARM INVASIVA ELECTIVA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA CRONICA AVANZADA**

Maio, R.; Ossés, J.; Cáneva, J. Favaloro R.

Sección Neumonología y División Transplante Pulmonar. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (ICyCC). Fundación Favaloro. Capital Federal.



**Objetivo:** demostrar que la ARM invasiva por traqueostomía electiva en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica (IRC) avanzada sostiene a los pacientes con IRC avanzada y deterioro progresivo mejorando el intercambio gaseoso, descargando el trabajo respiratorio y brindando la posibilidad de acceder al trasplante pulmonar bajo sostén ventilatorio.

**Material y Métodos:** dos pacientes, uno obstructivo y otro restrictivo.

Caso 1: hombre de 39 años con fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y test de función pulmonar (TFP) con: FVC 2.12 L (40%) FEV 1 1.84 L (43%) FEV 1/FVC 83% TLC 4.40 L (63%) DLCO 6.29 ml/min/mmHg (16%), Gasometría arterial (GSA) con O<sub>2</sub> a 7 L/min: pH 7.40 PaCO<sub>2</sub> 46.8 mmHg. PaO<sub>2</sub> 70.6 mmHg. HCO<sub>3</sub> 28.9 mEq/L; P(A-a)O<sub>2</sub>= 224 mmHg; A 20 días de evaluación ingresa por deterioro con GSA a 7 L/min pH 7.45 pCO<sub>2</sub> 47 mmHg pO<sub>2</sub> 45 mmHg Bic 32 mEq/L P(A-a)O<sub>2</sub>= 254 mmHg; se aplicó BiPAP nasal mejorando la PaO<sub>2</sub>, no así la hipercapnia y con una FR de 50' se decide ARM invasiva por traqueostomía electiva.

Caso 2: hombre de 49 años EPOC severo con TFP: FVC 1.16 L (23%) FEV 1 0.31 L (8%) FEV 1/FVC 27% TLC 19.92 L (282%) RV 18.35 L (908%) RV/TLC 92% DLCO 7.28 ml/min/mmHg (26%), GSA con BiPAP nasal + O<sub>2</sub> a 3 L/min pH 7.44 pCO<sub>2</sub> 45.3 mmHg pO<sub>2</sub> 71.1 mmHg P (A-a) 112 mmHg HCO<sub>3</sub> 31 mEq/L. Ingresa por incremento de su disnea y desadaptación al BiPAP, FR de 24' con GSA pH 7.34 pCO<sub>2</sub> 61 mmHg pO<sub>2</sub> 73 mmHg P(A-a) 94 mmHg Bic 33 mEq/L; ante la ausencia de mejoría se decide ARM invasiva por traqueostomía electiva.

### **Resultados:**

Caso 1: GSA con BiPAP + O<sub>2</sub> a 5 L/min por traqueostomía pH 7.49 pCO<sub>2</sub> 32 mmHg pO<sub>2</sub> 98 mmHg con una FR de 30'. El paciente realizó trasplante unipulmonar al 4to día.

Caso 2: GSA con equipo de BiPAP + O<sub>2</sub> a 3 L/min por traqueotomía pH 7.39 pO<sub>2</sub> 61 mmHg pCO<sub>2</sub> 56 mmHg HCO<sub>3</sub> 33mEq/L con una FR de 17', recibiendo trasplante unipulmonar a los 218 días de dicho procedimiento.

**Conclusiones:** La ARM invasiva bajo traqueostomía electiva en pacientes con IRC con deterioro rápido de su función pulmonar permite sostén ventilatorio, previene el paro respiratorio inminente y brinda la posibilidad de acceder al trasplante en condición ventilatoria adecuada.

**P083**

### **DESTETE DE ASISTENCIA RESPIRATORIA MECANICA PROLONGADA**

Plano F.; Smith, R.; Soto, J.; Ubaldini, J.; Chertcoff, J.

Recuperación Respiratoria. Buenos Aires.

**Objetivo:** Describir la población, la evolución y la mortalidad de un grupo de pacientes derivados a un Centro de Cuidados Respiratorios para su destete de la asistencia respiratoria mecánica (ARM) luego de su estadía en Terapia Intensiva.

**Material y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes (ptes) ingresados al Centro entre el 09/98 y el 03/01. Los mismos se distribuyeron en 4 grupos: Grupo 1 (G1): derivados para destete. Grupo 2: derivados para ARM domiciliaria, Grupo 3: pacientes en ARM con enfermedad terminal y Grupo 4: Pulmonares Crónicos que requieren cuidados no pasibles de ser realizados fuera del ámbito de Terapia Intensiva (TI). Se estudio específicamente el grupo de pacientes sometidos a destete de la ARM Invasiva (G1) analizando: sexo, edad, Apache II de ingreso, motivo de la ARM, tiempo previo de internación y de ARM en TI, destete exitoso, tiempo del mismo, técnicas utilizadas, mortalidad y destino al alta del paciente.

**Resultados:** Sobre un total de 112 pacientes internados al G1 (Destete) correspondieron 50 ptes (44,6%) 32 hombres con edad promedio de 58,5 años, un Apache H de ingreso de 15,6, el tiempo previo de internación en TI y el de ARM fue de 39,9 y 39,1 días respectivamente el destete fue realizado en 27 ptes (54%) de los cuales 15 (52%) fueron satisfactoriamente decanulados, 4 ptes (9%) requirieron ARM parcial y no pudieron dejar la ARM 9 ptes (18%). La sobrevida del grupo fue del 80% (40 ptes). La etiología más frecuente en el G 1 fue: 1) EPOC: con 23ptes (46%) y con 6 ptes destetados (26%), 2)Neuromuscular: 13 ptes (26%) con 12 ptes (96%) de destetes logrados, 3)Postoperatorios: 9 ptes (18%) con 6 ptes. destetados (66%) y finalmente 4) Pulmonares no EPOC: 5 ptes (10%)con 3 ptes ( 66%) con éxito en el destete. El destino final de los integrantes del Grupo 1 reveló un 38% de alta domiciliaria, 26% a un tercer nivel y 12 % que retornaron a UTI. Las modalidades de weaning utilizadas fueron dos: A)Ventilación mandatoria Intermitente Sincronizada + Presión de soporte seguido de Tubo en T en 19 ptes la que demandó un promedio de 47,8 días hasta lograr el destete exitoso y B) Tubo en T solamente en 8 ptes con 9,3 días de tiempo de destete. El tiempo promedio total de destete en el grupo fue de 28,5 días (4 a 215).

**Conclusiones:** 1) la frecuencia de destetes exitosos fue alta, 2) la evolución clínica y la sobrevida fue buena y 3) Creemos que la existencia de este tipo de centros es beneficiosa y costo-efectiva.

P084

## ¿ES LA NEUMONIA ASOCIADA A VENTILACION MECANICA UN FACTOR DE RIESGO INDEPENDIENTE DE MUERTE?

Ríos, F; Mosquera, R.; Luna, C.M.; Baredes, N.; Menga, G.; Mataruco, W.; Lloria, M.; Desmery, P.; Palizas, F.

Grupo Argentino de estudio de la NAR. Hospitales de Clínicas, María Ferrer, Alejandro Posadas; Sanatorios Otamendi-Miroli, Mitre y Bazterrica.

La neumonía asociada a la ventilación mecánica (NAR) es una complicación frecuente en los pacientes críticos, se la considera un factor independiente de muerte. Aunque la literatura reciente ofrece resultados controvertidos, sugiriendo que la mortalidad estaría dada por la gravedad de dichos pacientes. Intentando esclarecer dicha controversia hemos realizado un estudio caso-control para evaluar la mortalidad atribuible a la NAR.

**Metodos:** Los datos se tomaron de un Estudio de cohorte multicéntrico (Hospitales de Clínicas, María Ferrer, Alejandro Posadas, Sanatorio Otamendi, Clínica Bazterrica y Sanatorio Mitre) en marcha incluyendo 295 pacientes ventilados hasta agosto de 2001. Sesenta y tres casos de NAR y se parearon con 63 controles según los

siguientes criterios: 1) APACHE II  $\pm$  5; 2) Edad  $\pm$  10 años; 3) Grupo diagnóstico (se establecieron 8 grupos diagnósticos); 4) días de ventilación mecánica (en el grupo control debía ser igual al menos al día de NAR). Se toleró hasta una discordancia, cuando existía más de un control para cada caso se tomo al mejor de ellos.

**Resultados:** Del total de casos + controles (126 pacientes), 61 (48.8%) eran mujeres y 65 (51.5%) eran hombres; 92 (73.1%) tenían diagnóstico médico, 34 (26.9%) diagnóstico quirúrgico; Apache II:  $16 \pm 6,2$ , edad:  $61 \pm 15$  años; el día de NAV fue  $7.4 \pm 4,1$  días; el total de días de ventilación mecánica fueron de  $16.6 \pm 6.9$  para los casos (NAR), y de  $8 \pm 5.4$  días para el grupo control. La mortalidad global fue del 42% (53 pacientes). La mortalidad del grupo NAR (casos) fue del 46% (n=29), la mortalidad del grupo control fue 38% (n=24) O.R = 1,38, IC 95% (0.98 - 2.4), mortalidad atribuible 8%.

**Conclusiones:** Los resultados obtenidos en este grupo de pacientes nos indican que la NAR prolonga la duración de la ventilación mecánica por ende los costos y estadías hospitalarias. Por otro lado se demuestra la existencia de una mortalidad atribuible del 8%.

P085

## **VENTILACION MECANICA NO INVASIVA POR PRESION POSITIVA EN EL TRATAMIENTO DE LA INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA**

Toledo A.; Venesio, C.; Prados, N.; Otero Vidal, L.; Nardini, S.; Castillo, L.

Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Antonio Cetrángolo, Bs. As.

El uso de la Ventilación Mecánica no invasiva por presión positiva (VMNIPP) en la Unidad de Terapia Intensiva (UTI) es cada vez más frecuente, ya que permite el apoyo ventilatorio, mejorando el intercambio gaseoso sin la necesidad de intubación de la vía aérea.

El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar la eficacia de la VMNIPP en pacientes que ingresaron a nuestro servicio con insuficiencia respiratoria aguda (IRA) que requerían apoyo ventilatorio.

Mostramos nuestra experiencia con 38 casos estudiados desde julio 1999 a agosto de 2001. Los criterios de inclusión fueron: disnea severa, utilización de músculos accesorios o respiración paradójal, frecuencia respiratoria mayor de 25, con acidosis respiratoria (pH menor de 7.30, pCO<sub>2</sub> mayor de 45 mm Hg) o hipoxemia severa (P<sub>O2</sub>/F<sub>I</sub>O<sub>2</sub> menor de 200), hemodinámicamente estables. Las causas de IRA fueron: EPOC reagudizado, neumonía, edema agudo de pulmón, enfermedad neuromuscular, estenosis de tráquea, contusión pulmonar.

Todos los pacientes fueron tratados con VMNIPP mediante BIPAP, en modo asistido - controlado, con máscara nasal o facial. Las presiones requeridas variaron entre 15 a 25 cm H<sub>2</sub>O de IPAP y de 5 a 12 cm de H<sub>2</sub>O de EPAP según necesidad, con suplemento de oxígeno para mantener una saturación mayor de 90 %.

Las horas de VMNIPP requeridas fueron  $54 \pm 37$ , el PH de ingreso fue 7.22 y de egreso 7.36, la PCO<sub>2</sub> de ingreso fue de  $81.6 \pm 34.6$  y de egreso  $51.3 \pm 18$  y la frecuencia respiratoria bajó de  $39 \pm 7$  a  $23 \pm 4$ .

En 7 pacientes se debió discontinuar el uso de VMNIPP y requirieron asistencia respiratoria mecánica convencional (ARMC) dentro de las primeras 24 horas. En los 31 pacientes restantes, se pudo evitar la ARMC y sus complicaciones. Concluimos que la VMNIPP fue exitosa en el 81,5% de nuestros pacientes. La VMNIPP debe ser considerada el primer escalón en el tratamiento de la IRA de diversas etiologías, debido que ha demostrado ser eficaz, segura, más confortable y evita la sedación del paciente.

**P086**

## USO DE VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA EN PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE DE PULMÓN

Cáneva, J.; Osses, J.; Mazzei, M., Gómez, F.; Visentini, D.; Klein, F.; Gómez, C.; Favalaro, R.

Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Fundación Favalaro.

**Introducción:** Los pacientes en lista de espera para trasplante de pulmón (PLETxP) son una población inestable, en insuficiencia respiratoria crónica. El manejo de la insuficiencia respiratoria aguda sobreimpuesta y el trasplante de pulmón durante la crisis han sido el punto de nuestro análisis.

**Métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo de los PLETxP internados durante en período comprendido entre Julio de 1998 a julio 2001 por insuficiencia respiratoria aguda sobreimpuesta.

**Resultados:** Se internaron 14 pacientes que requirieron VNIPP. Las causas del ingreso a PLETxP, su evolución posterior y la causa del deterioro fueron:

	TOTAL	Vivos	Vivos sin TX	Vivos con TX	Fallecidos con TX	Fallecidos sin TX	A R M I
	5	2	0	2	1	2	3
EPOC	3	2	1	1	1	0	0
Bronquiectasias no FQ	2	2	1	1	0	0	0
UIP	3	2	0	2	1	0	1
Displasia broncopulmonar	1	1	0	1	0	0	0
Total	14	9	2	7	3	2	4

**Conclusión:** Los PLETxP son una población en la que la VNIPP tiene utilidad (éxito en el 71%). Las causas de exacerbación más frecuentes fueron neumonía en el 43% de los casos e infección canalicular en el 38%. Durante la internación se trasplantaron 10 pacientes (71%), dos de los cuales se encontraba en ARMI, 7 fueron dados de alta. Las causas de fallecimiento en los trasplantados fueron neumonía en dos casos y en el restante injuria de reperfusión.

**P087**

## PREDICTORES DE NECESIDAD DE CPAP EN EL POSTOPERATORIO (POP) DE CIRUGÍA CARDÍACA (CC).

Romero, M., Quiroz, L.; Piacenza, A.

Instituto de Cardiología de Corrientes. Argentina.

**Objetivo:** Evaluar los factores perioperatorios asociados a la necesidad de CPAP en el postoperatorio de cirugía cardiovascular.

**Material y Métodos:** Estudio caso-control. Análisis de datos prospectivos de pacientes sometidos a cirugía cardíaca entre enero y julio de 2001. Se analizaron variables: a) Preoperatorias (sexo, edad, obesidad, EPOC). b) Intraoperatorias (tiempo de CEC, relación PaO<sub>2</sub>/FiO<sub>2</sub> (PAFI) pre CEC) c) Postoperatorias: 1. PAFI al ingreso, pre y post extubación. 2. Resistencia en la vía aérea y compliance tóraco-pulmonar. 3-Frecuencia respiratoria pre y postextubación. 4-Índice de Tobin (f/vt). Los pacientes fueron divididos en dos grupos según requirieran o no CPAP en el período postextubación. La CPAP fue indicada cuando el paciente presentaba: Hipoxemia (PaO<sub>2</sub> <60 mmHg) atribuible a trastorno V/Q y/o Taquipnea (FR>30).

**Análisis Estadístico:** análisis univariado mediante el test de Chi cuadrado para las variables nominales y test de Student mediante ANOVA o Kruskal-Wallis para las variables continuas. Estadística: p <0.05.

**Resultados:** Un total de 73 pacientes fueron incluidos, 24 (32,9%) de los cuales requirieron CPAP durante el manejo postextubación, constituyendo el grupo de estudio. Los 49 restantes constituyeron el grupo control. La edad media fue de 61,2(±12) años (rango 19-83 años). El 79.5% de la población fue de sexo masculino

**Factores postoperatorios:** los mas relevantes se muestran en la tabla 1.

Factor de riesgo	CPAP (%)	Odds Ratio	IC 95%	Valor de p
PAFI<200 preextubación	77.8	8.6	1.5-93	0.006
PAFI<200 postextubación	60	3.9	1.04-15	0.01
Hipoxemia	78.6	8.2	1.6-58	0.002
Tobin >50	72.7	6.8	1.4-45	0.005

**Conclusiones:** la hipoxemia preextubación (PAFI<200) y el índice de Tobin >50 se asociaron en forma estadísticamente significativa a la mayor necesidad de CPAP en el manejo postextubación. La frecuencia respiratoria pre y postextubación y el índice de Tobin estuvieron mas elevados en los pacientes que requirieron CPAP. Estos parámetros de intercambio gaseoso y de mecánica respiratoria, medidos durante el destete y la extubación pueden ser útiles para utilizar precozmente la CPA? en el manejo postextubación en el POP inmediato de CC.

**P088**

## **CÁNCER DE PULMÓN DE CRECIMIENTO LENTO EN MUJER NO FUMADORA**

Küko, D.

Hospital Argerich Bs. As.

Paciente de sexo femenino, de 51 años de edad que es derivada al servicio de Neumonología por una RX. de tórax patológica.

Refería tos seca desde hacia 3 meses, con buen estado general, sin presentar fiebre, ni pérdida de peso ni de apetito. Tampoco refirió dorsalgia.

#### ANTECEDENTES PATOLOGICOS

- Tabaco: No          Asma: no          TBC: no

- Quistes de mama con biopsias (-) para cél. neoplásicas desde 1995.

ANTECEDENTES LABORALES: Trabajó en industria textil

EXAMEN FISICO: M.V. conservado bilateral sin ruidos agregados. No se palpan adenomegalias.

Rx de tórax: Opacidad redondeada de bordes irregulares en campo superior derecho, en la periferia que se observa en Rx de 3 años atrás.

TAC de Tórax: Opacidad nodular parenquimatosa densa, de aprox. 3 cm de bordes irregulares en LSD. No se observa adenomegalias mediastinales. Fibrobroncoscopía: Sin lesiones endobronquiales. BAL en LSD segmento apical y anterior. Resultados: citológico (-) para cel. neoplásicas. BAAR Directo y Cultivo (-). PPD 2 UT(-)

Laboratorio: Hto 42% GB 5800/mm<sup>3</sup> Eritrosedimentación 5mm

Punción transtorácica de nódulo: Carcinoma de células grandes.

TAC de cerebro y abdomen : Normal. Centellograma óseo corporal normal. Se decide conducta quirúrgica; se le practicó lobectomía superior derecha. Anatomía patológica: ADENOCARCINOMA BIEN DIFERENCIADO de 3 cm de diámetro, infiltrante que esta en contacto con pleura visceral. Limite de resección libre de tumor; ganglios linfáticos hiliares y medias-tinales sin afectación tumoral. Estadificación postquirúrgica: T2 NO MO.

La paciente es dada de alta y controlada por oncología y neumonología.

Se le realizo radioterapia 33 sesiones durante 2 meses. Al mes de haber terminado con la RT presento tos seca persistente, con examen físico normal. TAC de tórax: Opacidad heterogénea en campo medio y superior derecho no adenomegalias.

Lab: Hto 47% GB 6200 Eritro 22mm. Citologico de esputo (-). Se sospecha neumonitis actinica. Tratamiento sintomático. En los controles posteriores se evidenció mejoría radiológica y clínica.

**P089**

**ASOCIACIÓN DE CÁNCER DE PULMÓN EN UN PACIENTE CON TBC PULMONAR ACTIVA.**

KijkoD

Hospital Argerich, Bs. As.

Paciente masculino de 38 años con antecedentes de tabaquista de 60 cig. día durante 15 años que consultó por tos c/ expectoración hemoptoica, fiebre y sudoración nocturna de 2 meses de evolución. Al ex. Físico: M.V. conservado sin ruidos agregados.

Rx. de tórax: Opacidad nodular de bordes difusos en campo superior derecho rodeada de una opacidad heterogénea.

BAAR de esputo (-). PPD 2 UT (-). Citológico de esputo (-). Se realiza punción transtorácica de nódulo que dio (-).

Broncoscopía: Sin lesiones endobronquiales. BAL: BAAR directo (-) Citológico (-). Se realizó tratamiento antibiótico de amplio espectro sin cambios clínicos ni radiológicos; persistiendo febril y con sudoración nocturna. Se inició tratamiento antifímico con buena respuesta clínica pero persistiendo el nódulo pulmonar. Se plantea la conducta quirúrgica. Cultivo de esputo p/ Koch: (+).

Se realizó toracotomía con lobectomía superior derecha con evolución postoperatoria satisfactoria.

Anatomía patológica: Granulomas tuberculosos diseminados en todo el lóbulo superior derecho dentro del cual se encontró un nódulo subpleural que dio adenocarcinoma de pulmón.

Continuó con el tratamiento para TBC con buena evolución completando 8 meses de tratamiento.

Se le realizó Radioterapia en la región operatoria.

A los 2 meses de concluida la radioterapia presentó opacidad apical derecha en casquete. BAAR y citológico de esputo (-). Punción Transtorácica (-). Fibrobroncoscopía: sin lesiones endobronquiales. BAL: BAAR y citológico (-). Se interpreta la opacidad como neumonitis actínica. Laboratorio: Eritrosedimentación 27mm. G.B. 5200. Tuvo buena evolución.

<b>P090</b>
-------------

## **CÁNCER DE PULMÓN: NUESTRA EXPERIENCIA EN EL PERÍODO 1993-2000.**

Welker, G.A.; Mahuad. R.D.

Hospital Italiano. Rosario.

Se estudiaron 203 pacientes portadores de Cáncer de pulmón, durante el período 1993-2000, diagnosticados positivamente por Broncofibroscopía 90 (49%), Punción aspirativa 87 (42,8%), esputo 16 (7,8 %), Biopsia pleural 15 (7,4%), mediastinoscopía 4 (1.8 %), biopsia de ganglio supraclav 5 (2,4%), biopsia pulmonar a cielo abierto 8 (3,94%). Correspondieron 171 casos (84,2%) al sexo masculino y 32 al femenino (15,8%), con un rango de 31-84 años y una media de 62 años.

Con respecto al hábito de fumar 93.5 % fueron fumadores y 6,5 % no fumadores, de los cuáles sólo 2 casos correspondieron al sexo masculino y 11 al femenino.

Los diagnósticos histopatológicos demostraron que el Adenocarcinoma fue el más frecuente 82 casos (40,4%). Carc. Epidermoide 56 (27,6%), Pequeñas Células 17 (8,37%), Adenoescamoso 8 (3.94%), Bronquiolo alveolar 4 (1,97%), Grandes células 20 (9,85%).

Con respecto a la estadiación tumoral es notable el predominio de los estadios avanzados, en etapa de metástasis (III a IIIb, IV), sobre los casos con diagnóstico loco regional Ia,Ib,IIa, IIb.

Sus resultados son: Ia: 12 casos (6,45 %), Ib 30 (16,10%), IIa: 4 (2,15%) II b: 12 (6,45 %), III a: 21 (11,30%), III b: 36 (19.35 %), IV: 70 (37,63%). Hubieron 35 casos (17,24%) asintomáticos y 168 (2,3%) sintomáticos.

El 33% de los casos (67), recibió como tratamiento, cirugía, siendo el resto pasible de tratamientos con poliquimioterapia, radioterapia o paliativos.

P091

## COEXISTENCIA DE CA DE PULMON ENFISEMA BULLOSO

Neuman, M.; Valladares, C.; Belotti, M.; Cortese, P.; Farroni, M.; Bogue C.

Hospital I. Carrasco.

**Introducción:** Las bullas representan una forma especial de enfisema y se asocian a distintos tipos de lesiones pulm., la más común es con EPOC, también a enfisema paraseptal, paracicatrizal (neumoconiosis). La enfermedad bullosa del pulmón podría predisponer al desarrollo de Ca. Pulmón en fumadores.

**Objetivo:** A pesar de la escasa frecuencia de enfisema bulloso asociado a Ca. de Pulmón resulta indispensable su sospecha para poder instrumentar la metodología diag. correspondiente.

**Material y Métodos:** Entrevista primaria y fuente secundaria: H.C., BFC con biop. endobronq., lavado bronquial y cepillado, TAC de tórax con contraste.

**Resultados:** Hombre, 67 años, ex-tabaq. ing. por tos, expect. mucopurulenta, disnea, fiebre y dolor torácico de 72 lis. de evolución. Ingresa con diag. de neumonía de lenta resolución medicado con amoxicilina. Ex. fis. expansión base derecha disminuida, VV disminuidas submatidez en dicha zona no desplaz. Desniv. neg. lab: Htco 45 - Hb 14.7 - Gb 10800 (0/83/1/0/14/2) - Gl 153 - Ves 12. Rx tórax: imágenes hiperclaras cpo. sup. e inf. de Ht derecho con infiltrado paracardíaco derecho heterogéneo de límites mal definidos con broncog. aéreo. Comienza Tto con Ceftriaxona 1g. cada 12 lis. - Doxiciclina 100mg cada 12 lis., interpretándose el cuadro como neumonía aguda. Ante persistencia de C.C. y aparición de esputos hemoptoicos con falta de resolución Rx. se realiza Bfc con biopsia endobronq. lav. bronq. y cepillado que informa "carc. broncogeno inflt. poco diferenciado". Se realiza Tac.: enfisema bulloso en ambos lóbulos sup. y campo infl de Ht der.. Cons. no homog. con broncog. aéreo. Lesión



orgánica en región paramediast. en contacto con B.F. der. Se comienza tratamiento con carboplatino 450 ng y ectoposido 150ng en ciclos trisemanales, ambulatorios.

**Conclusión:** el enfisema bulloso asociado a neumonía de lenta resolución motiva la búsqueda de otras etiologías y así lograr finalmente un diagnostico correcto y tratamiento correspondiente.

**P092**

## **PSEUDOTUMOR INFLAMATORIO**

Buñirigo, P.; Bracco, R.; Scarinci, M.; López Araoz, A.; Bergna, M.; Falcoff, N.

Hospital Zonal Especializado en Enfermedades Agudas y Crónicas del Tórax Dr. Antonio A. Cetrángolo- Vicente López.

Presentamos dos (2) casos de pacientes masculinos de 36 y 55 años con diagnóstico de pseudotumor inflamatorio.

Motiva la presentación, lo infrecuente de esta patología que ocupa menos del 1% de los tumores pulmonares; con cuadros clínicos similares a un cáncer avanzado de pulmón. Los pacientes fueron derivados para tratamiento paliativo, con diagnóstico presuntivo de cáncer avanzado de pulmón.

Presentaban atelectasia pulmonar, disnea y lesión endoluminal en bronquio fuente con biopsias negativas.

Se realizó desobstrucción endoscópica de la vía aérea, con recuperación clínica y obtención del diagnóstico histológico y la resolución definitiva fue quirúrgica en ambos casos.

**P093**

## **TUMORES DE LA PARED TORÁCICA**

Spector, C.; Salariato, O.; Thompson, L.; Gorodner, A.; Colombatti, A.

Instituto de Oncología "Angel H. Roffo".

**Antecedentes:** Son las neoplasias que afectan las estructuras costo-condro-musculares de la jaula torácica, tanto aquéllas originadas en sus tejidos, como así también las metastastásicas de tumores distantes y las propagadas desde la vecindad. Esta patología es de infrecuente presentación y además, pocas publicaciones comunican resultados terapéuticos en series de pacientes. Por el contrario, suelen describirse casos aislados de lesiones excepcionales por su tamaño o por el inusual recurso aplicado en un enfermo en particular.

**Objetivo:** Comunicar observaciones y resultados de una serie de 54 pacientes operados.

**Lugar de aplicación:** Centro oncológico universitario público, dotado de recursos para tratamiento multidisciplinario de neoplasias parietales del tórax.

**Diseño:** Retrospectivo

**Población:** Entre marzo de 1988 y abril de 2001 se asistieron 108 pacientes, de los cuales se operaron 54 y se resecaron 53.

**Método:** Se consignaron datos del examen clínico, Rx simples, TC, RNM, centellografía ósea y estudios vasculares contrastados. Se agruparon los casos por patologías y procedimientos empleados. Se registraron las complicaciones operatorias y las sobrevidas.

**Resultados:** *Técnica de reparación de la brecha:* con tejidos propios 19, con prótesis (metilmetacrilato y/o polipropileno y/o politetrafluoroetileno y/o metal) 34. *Complicaciones:* Hemotórax 1, neumopatía 3, atelectasia 2, derrames 4, rechazo de prótesis 3, hematomas 2, seromas 4. *Recurrencias:* metástasis distantes 7. *Seguimiento y sobrevida:* abandono de control 15, fallecidos 13 (2-96 meses), sobrevida media 24.7 meses (2 meses a 8 años).

**Conclusiones:** La cirugía puede ser curativa, en algunos casos con complemento de quimio o radioterapia. El tamaño tumoral por sí mismo no es contraindicación operatoria. La reparación con tejidos propios o mediante prótesis elaboradas con distintos materiales, debe restituir la integridad estructural y la función respiratoria. Mediante colgajos se cubren prótesis y se logran efectos cosméticos aceptables. La morbilidad operatoria suele superarse y se pueden lograr sobrevidas prolongadas.

P094

## HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELOIDE: TUMOR PULMONAR INFRECLENTE

Canavese, H.A.; Revel Chion, P.J.; Gomez, O.N.; Rodriguez, M.

Hospital Aeronáutico Central. Servicio de Neumonología. Bs. As.

**Objetivo:** Presentar neoplasia multicéntrica de localización pulmonar poco frecuente, descrita en 1976 por Liebow, tal como lo muestra la literatura internacional, donde los casos publicados no llegan a una veintena.

**Métodos:** Presentamos el caso de un paciente varón de 69 años de edad, fumador de 40 cigarrillos/día durante 40 años. Técnico en inspección de tanques de hidrocarburos. Miocardiopatía dilatada de probable origen isquémico y anticoagulado. Consulta al servicio en noviembre / 2000, por disnea progresiva, y en ocasiones expectoración hemoptoicas. La radiografía de tórax presenta patrón en vidrio esmerilado bilateral, con imagen nodular en base pulmonar izquierda. Analítica de laboratorio destaca la eritrosedimentación elevada, glóbulos blancos 9640 con eosinófilos del 10,7%. Ecografía abdominal normal. TAC de tórax evidenció nódulo pulmonar sólido de 3,5 cm de diámetro en lóbulo inferior izquierdo, subpleural, sin adenomegalias, derrame pleural bilateral laminar. Citopatología de esputo (3 muestras) negativo. Arco 5 para Hidatidosis negativo. Espirometría incapacidad ventilatoria obstructiva leve. FBC con BAL negativo para células neoplásicas. PAAF guiada por TAC, en enero /01 informa citopatología inflamatoria hemorrágica. Centellograma óseo: moderado aumento de la

captación en hombro derecho. Se propone cirugía que el paciente rechaza, regresando a la consulta 4 meses después mostrando en la nueva TAC formación voluminosa redondeada de 10 x 7,5 cm con contenido líquido y sólido. VSG 43mm. Hto 29%. Examen de esputo informa atípica celular. TAC de cerebro con signos de retracción central. En mayo /01 se efectuó toracotomía con lobectomía inferior izquierda, cuya AP por congelación fue positiva. Histopatológica demuestra un sarcoma pulmonar vinculable a variedad hemangioendotelioma epitelial. Las técnicas inmunohistoquímicas muestran positividad para AG, CD34 y vimentina; y negativo para los inmunomarcadores ACL,CK. y S 100. TAC de abdomen y pelvis sin alteraciones. Ahora ICC.

**Conclusión:** Atento a la bibliografía internacional respecto a estos tipos de tumores que demuestran su presentación en grupo etario y sexo determinado, el presente caso no corresponde a los ítems considerados por edad y sexo. La inmunohistoquímica demostró positividad para marcadores vasculares y mesenquimatosos, siendo negativo la inmunomarcación para estirpe linfocitos y epiteliales. Caso no habitual en tumores conjuntivos.

P095

## TUMORES DE MEDIASTINO

Pellegrino, G.; Ritou, A I.; Campodónico, R.J.M.

HIEA y C. San Juan de Dios - La Plata Bs. As.

**Introducción:** Los tumores de mediastino son un grupo de patologías con escasa frecuencia si se la compara con el resto de las patologías del tórax. La mayoría de los mismos son hallazgos en exámenes de rutina, algunos presentan dolor torácico, tos y otras manifestaciones.

**Objetivo:** Demostrar la importancia de la observación radiológica detallada para evaluar por ejemplo los ensanchamientos mediastinales, como en la mayoría de los casos que se presentan.

**Material y Métodos:** Se evaluaron retrospectivamente sesenta pacientes con tumores mediastinales en un período de cinco años, internados en las salas de Neumonología y Cirugía Torácica de nuestro Hospital. Se discriminó a los tumores según compartimientos: Anterior, medio y posterior, también según sexo y edad.

La forma de presentación fue asintomática en el 65% de los pacientes, el resto presentó síntomas como dolor, disnea, tos, Síndrome de la Vena Cava Superior, disfonía ó Síndrome miasteniforme.

El diagnóstico se estableció por métodos de imágenes (Rx, TAC), laboratorio (a fetoproteína, HCG, Ac. Anti músculo estriado). Con respecto a los estudios invasivos: Mediastinotomía anterior, mediastinoscopia ó toracotomía.

**Conclusión:** De todos los pacientes evaluados en Nuestro Hospital el tumor mas frecuente fue el Linfoma no Hodgkin, seguido por Timomas, de los cuales más del 50% de los mismos tuvieron miastenia, con mucha menor frecuencia, paragangliomas, neurofibromas, teratomas y seminomas.

P096

## PRESENTACION ATIPICA DE UN TUMOR PRIMARIO DE TRAQUEA

Pascansky, D.; Saenz, C.

Unidad de Neumotisiología. Hospital de Agudos Dr. LM Ramos Mejia. Buenos Aires.

Se presenta un paciente de sexo femenino de 67 años, que ingresa por guardia con insuficiencia respiratoria aguda, livideces generalizadas trastornos del sensorio siendo necesaria su intubación y pase a UTI.

Se le realizan estudios de laboratorio, gasometría arterial Ph 7,12 Po2 50, Pco2 63 Bic. 35. Resto normal. ECG normal.

Rx de Tórax: Aumento de la silueta cardíaca no observando otra alteración.

Se instauro tratamiento con antibióticos (macrolidos-cefalosporinas de tercera generación), corticoides endovenosos. Como antecedentes refirió: que ocho meses previos había comenzado con una sensación de malestar laríngeo y tos seca, a veces sibilante siendo vista por varios médicos que la trataban con broncodilatadores más antihistamínicos.

Asociaban su disnea a pequeños esfuerzos a sus antecedentes cardiológicos (Insuf. mitral moderada-estenosis aórtica leve).

72 hs al ingreso comenzó con sibilancias muy importantes por lo que se indicó corticoides IM con mejoría parcial.

La paciente en menos de 8 hs se retiró tubo endotraqueal en forma voluntaria con mejoría franca de su estado general, normalización gasométrica.

Ya en forma ambulatoria se le realizo Curva flujo-Volumen donde se comprueba típico patrón en cajón. TAC cuello y Tórax muestra leve engrosamiento inferior de tráquea. FBC: Lesión extensa vegetante de tráquea que la compromete en forma circunferencial de más de 10 cartílagos que permite el pasaje del endoscopio, resto normal. Se toman Biopsias: Carcinoma Adenoide Quístico invasor. Debido a la extensión de la lesión se descarta la cirugía comenzando con radioterapia con muy buena respuesta. Logrando mejoría clínica, funcional, endoscópica y tomográfica.

Comentario: Los tumores malignos primarios de tráquea corresponden al 0,5 a 1 % de los Tumores del aparato respiratorio. El Carcinoma adenoide quístico es uno de los más frecuentes. Su tratamiento es la cirugía o radioterapia siendo poco sensibles a la quimioterapia.

P097

## METÁSTASIS ENDOBRONQUIAL DE CARCINOMA RENAL (2 casos)

Rey, D.R.; Pino, A.; Ricardi, D.; Cristofoli, R.; Ambrosino, N.; De Salvo, M.C.

Las metástasis endobronquiales, son hallazgos variables de autopsia (18.5-59%). Por lo general subclínicas, constituyen extensión directa de una metástasis pulmonar o de un ganglio hiliar. En raras ocasiones, la exteriorización clínica se manifiesta con tos, sibilancias y/o hemoptisis, relacionadas a la obstrucción parcial o total del bronquio. Los tumores de riñón, mama, colon y el melanoma, son los causales más frecuentes de esta inusual localización.

**CASO 1:** Héctor V. 54 años. Consulta por tos, expectoración hemoptoica y progresión de su disnea habitual. Tabaquismo 40 pack/year. Diagnóstico de silicosis pulmonar y "quiste renal?" en 1992. Examen físico: Hipoventilación generalizada. Escasas sibilancias bilaterales. Ap CV. 2R 4F. Edema 2/6 infrapatelar. Hto 35 %. GB 8500/mm<sup>3</sup> Urea 0.29 Creatinina 0.67. Myc. Koch en esputos: Negativo. Gasometría arterial (FiO<sub>2</sub> 0.21) pH 7.43 pO<sub>2</sub> 47.5 pCO<sub>2</sub> 28.8 EB -3.4 CO<sub>3</sub>H 18.8 Sat O<sub>2</sub> 84.2%. TAC tórax y abdomen: Lesiones pulmonares compatibles con neumoconiosis a polvos mixtos. *Masa expansiva renal derecha, con compromiso de la vena renal* Estudio funcional respiratorio (EFR): Patrón obstructivo grave de carácter fijo. Descenso severo de la DLCO. TLC en el límite normal superior, RV aumentado con relación RV/TLC elevada. Fibrobroncoscopía (FBC): Bronquio inferior derecho, tumor que ocupa la luz por debajo del segmento apical. Biopsia endoscópica: *Carcinoma de células claras (origen renal)*.

**CASO 2:** Roberto M. 63 años. Nefrectomía D por Carcinoma de células claras en 1994. Seguimiento semestral por Oncología con laboratorio, Rx, TAC de tórax y abdomen hasta Diciembre de 2000, en que la TAC de tórax, muestra lesión densa y espiculada en lóbulo superior derecho. FBC: Lesión mamelonada en segmento posterior del lóbulo superior Derecho. Biopsia endoscópica: *Carcinoma de células claras (origen renal)*. EFR: Valores normales. Se deriva a Cirugía Torácica: Lobectomía superior derecha. Buena evolución postoperatoria. Último control (Julio 2001): Asintomático y sin lesiones activas. Los tumores de origen no torácico producen metástasis pulmonares en el 50% de los casos. De ellas, sólo el 5% son endobronquiales y las renales, de excepción.

P098

## **DERRAME PLEURAL BILATERAL- C.A. DE COLA DE PANCREAS.**

Maccioni, G.; Farroni, M.; Bogue, C.; Neuman, M.; Arellano, J. H.I. Carrasco- Rosario

**Introducción:** Paciente con derrame pleural bilateral de rápida reproducción, asociado con dispepsia de larga evolución y tromboflebitis migratriz en miembros inferiores. Esto sugiere distintas etiologías: Mesotelioma, C.A. de pulmón, causas inmunológicas, C.A. de próstata, C.A. de Ap. Digestivo.

**Objetivo:** Investigar en forma temprana patologías de origen digestivo, en todo paciente con derrame pleural bilateral.

**Material y Métodos:** Entrevista 1° y fuente 2°. H.C. Se utilizó como método diagnóstico TAC. de Abdomen con punción pancreática.

**Resultados:** Paciente de 50 años de edad, de sexo masculino, que ingresa por derrames pleurales bilaterales, de rápida reproducción y disnea progresiva,

acompañados de tromboflebitis en M.I. izq., de 20 días de evolución aproximadamente, agregando 2 meses después, dolor abdominal, ascitis, tromboflebitis en M.I. derecho, adenopatía supraclavicular e inguinales derechas. Antecedentes patológicos: Hepatitis A- Adenoma de próstata- Dispepsia de larga evolución.

Hábitos personales: fumador y etilista de jerarquía.

Ex.Físico: Ap. Resp. MV. Abolido, con matidez desplazable bibasal.

Se le realizan los siguientes estudios: Laboratorio Hto 48.4, Hb. 14.8, Gb. 7100, Ves. 60, FAL. 569, PSA. (-), BAAR. (-).

Se realizó punción biopsia pleural (3): pleuritis inespecífica, líquido hemorrágico con células reactivas compatible con C.A. gástrico o prostático.

VEGD. Gastritis, bulboduodenitis crónica. Centellograma V/Q baja probabilidad de TEP. BFC (-) para células neoplásicas. Ecodoppler: de M.I. trombosis venas safenas. Eco abdominal: esplenomegalia con ascitis abdominal y pelviana. TAC. de tórax y abdomen: adenomegalia retrocava pretraqueal, engrosamiento y deformación de cola de pancreas por lo que se decide punción: neoplasia papilar y quística de bajo grado de malignidad.

**Conclusión:** Ante la presencia de derrame pleural bilateral, utilizar los métodos diagnósticos en forma precoz e investigar patología de origen pancreática a pesar de su baja frecuencia.

P099

## **CANCER TIROIDEO: METASTASIS UNICA ENDOBRONQUIAL A 48 AÑOS DE SU PRESENTACIÓN**

Canavese, H.A.; Revel Chion, P.J.; Gomez, O.N.; Poggi, U.L.; Perrone, J.

Hospital Aeronáutico Central. Servicio de Neumonología. Bs. As.

**Objetivo:** Presentar un paciente con metástasis endobronquial de carcinoma papilar tiroideo, cuarenta y ocho años después de tiroidectomía total ampliada.

**Métodos:** Se trata de un paciente de sexo masculino de setenta y cinco años de edad. Antecedente de carcinoma papilar de tiroides en 1953 con tratamiento quirúrgico (tiroidectomía total ampliada). Controles evolutivos posteriores lo mostraban libre de enfermedad.

En mayo de 2001 consulta al Servicio de Neumonología por presentar disnea progresiva, acompañada de expectoración hemoptoica. La radiología mostraba imagen compatible con colapso del lóbulo superior derecho (LSD). Lo destacable de la analítica del laboratorio fue un hematocrito de 32 % y una hemoglobina de 10. La espirometría fue normal, la tomografía cerebral evidenció sólo calcificaciones de los ganglios basales y el centellograma óseo corporal total fue normal. Se realizó fibrobroncoscopia que mostró una formación endoluminal que ocluía totalmente la luz del bronquio del LSD y aproximadamente el 90% de la luz del bronquio fuente

homolateral. En la TAC de tórax se observaba consolidación neumónica apical derecha con formación vegetante endobronquial. La biopsia obtenida por FBC fue positiva para microcarcinoma papilar tiroglobulina (+). En Junio se deriva al Hospital Español para tratamiento desobstructivo endoluminal, realizándose fotocoagulación con láser. Se logró la recanalización completa de la luz bronquial (100%). La captación de Yodo 131 fue (+) en LSD. Tiroglobulina 683 mcg. (aumentada), TSH mayor de 100. Se realizó tratamiento con dosis terapéutica de Yodo. Actualmente en tratamiento sustitutivo con Levotoroxina, vitamina D3 y calcioterapia en el Servicio de Endocrinología.

**Conclusión:** A pesar de lo alejado de la patología tumoral maligna primitiva debemos pensar siempre en la posibilidad de compromiso pulmonar y/o endobronquial metastásico aún en la rareza de su presentación.

P100

## **HERNIA DIAFRAGMÁTICA TRAUMÁTICA: DIAGNÓSTICO DIFERIDO**

Moreno, H.F.; Bustamante, N.; Uribe, E.A.; Perez, Á.J.

Servicio de CCV y Tórax. Hospital Córdoba. Córdoba. Argentina

La HDT consiste en el pasaje al tórax a través de una solución de continuidad en el diafragma, de una o más vísceras abdominales, como consecuencia de la acción directa o indirecta de un agente traumático. Esta entidad pasa fácilmente inadvertida en el período postrauma inmediato, si no se establece especial énfasis en su diagnóstico, basado en un alto índice de sospecha. Se realiza un análisis retrospectivo de 12 pacientes admitidos en el Servicio de CCV y de Tórax, con diagnóstico de HDT de presentación tardía, cuya lesión no fue diagnosticada durante la primera estadía hospitalaria, durante el período comprendido entre enero de 1997 y abril del 2001. Todos los ptes valorados sufrieron traumatismo toracoabdominal penetrante o contuso inicialmente, 10 pertenecían al sexo masculino y 2 al femenino; el promedio de edad fue de 49 años (rango 38-64 años). La presentación clínica fue la: dolor abdominal tipo cólico en la totalidad de los ptes, dolor torácico 6 ptes (50%), disfagia 4 ptes (33%), náuseas y vómitos 6 ptes (50%), infecciones respiratorias recurrentes 4 ptes (33 %); con un tiempo de presentación que osciló de 21 días a 20 años del evento traumático. A la totalidad de los ptes se le realizó Rx de tórax y abdomen de pie al ingreso; el estudio contrastado EGD se llevó a cabo en 8 ptes, la TAC de tórax a 12 ptes, TAC de abdomen a 4 ptes, y solo a 2 ptes Endoscopia EGD. El abordaje quirúrgico utilizado fue toracotomía posterolateral izquierda por el 7° EIC, con inspección del abdomen por frenotomía, el tratamiento comprendió la exploración pericárdica en los casos de hemopericardio, liberación y reducción de las vísceras herniadas, semiología por la brecha diafragmática del abdomen superior, frenorrafia y plicatura diafragmática, no siendo necesario el empleo de malla protésica en ningún caso. Las vísceras herniadas fueron epiplon en la totalidad de los casos, intestino delgado, colon y bazo en dos casos, y estómago en tres casos; sin necrosis ni compromiso vascular visceral. El alta hospitalaria se otorgó a los 4.5 días de posoperatorio de promedio, con un período de internación total que osciló alrededor de 9 días. Las HDT deben ser investigadas inicialmente e intervenidas en el período postrauma inmediato, o en el momento en que sean diagnosticadas, con la finalidad de evitar las complicaciones tardías que cursan con un alto índice de morbimortalidad.

P101

## PLEURODESIS CON TALCO POR VIDEOTORACOSCOPIA EN DERRAME PLEURAL NEOPLÁSICO UTILIZANDO ANESTESIA LOCAL Y SEDACIÓN. EXPERIENCIA SOBRE 20 CASOS OPERADOS

Lyons, G.A.; Barboza Piedras, M.; Sánchez, V.L.; Faresi, M.; Angelillo Mackinlay, T.

**Antecedentes:** La utilización de la anestesia local y sedación emerge como el método de anestesia más adecuado para la pleurodesis con talco por videotoracoscopia.

**Objetivo:** Analizar nuestra experiencia sobre 20 pacientes con derrame pleural neoplásico a los que se les efectuó sellado pleural con talco por videotoracoscopia utilizando anestesia local y sedación.

**Lugar de aplicación:** Servicio de Cirugía Torácica de un Hospital de Comunidad. Diseño: Estudio prospectivo.

**Población:** 20 pacientes con una edad promedio de 65,7 años (Min:44, Max:90), que presentaban derrame pleural neoplásico a los que se les efectuó pleurodesis videotoracoscópica con talco entre Agosto de 1999 y Agosto de 2001.

**Método:** Los procedimientos fueron realizados en quirófano con el paciente en decúbito lateral, con cánula de oxígeno a 4 litros/min. Se efectuó bloqueo intercostal con bupivacaína 0,5% con epinefrina del tercer al noveno espacio a nivel paravertebral, con analgesia suplementaria en el sitio de inserción del trocar. La sedación se obtuvo con midazolam. Se utilizó en todos los casos un trocar utilizando una óptica de 10 mm. con canal de trabajo y para la pleurodesis se utilizaron 4 gramos de talco.

**Resultados:** El tiempo operatorio promedio fue de 35.8' (Min: 20; Max: 60), la permanencia de los drenajes de 3.55 días (Min:1;Max:7) y el tiempo de internación de 4.6 días (Min:1;Max:18). Dos pacientes (10%) fallecieron el día 15 y 17 postoperatorio por progresión de su enfermedad de base y dos pacientes (10%) presentaron complicaciones postoperatorias que se resolvieron favorablemente. En todos los pacientes se logró el control definitivo del derrame. La sobrevida a seis meses fue del 49%.

**Conclusiones:** La pleurodesis bajo anestesia local y sedación es un procedimiento seguro y altamente efectivo para el manejo del derrame pleural neoplásico.

P102

## CIRUGIA DE REDUCCION DE VOLUMEN PULMONAR EN PACIENTES HIPERCAPNICOS

Casas, J.P.; Abona, H.; Robles, A.M.; Mercado, J.A.; López, A.M.; Navarro, R.

Hospital Privado Córdoba.

Se considera que la hipercapnia crónica incrementa el riesgo de morbimortalidad perioperatoria y es contraindicación para la cirugía de reducción de volumen pulmonar (CRVP). Debido a la satisfactoria respuesta postoperatoria, algunos centros han



flexibilizado la selección y se operan pacientes cada vez más severos e hipercápnicos. En noviembre de 1995 nuestro grupo, basado en los criterios de selección y técnica de Cooper, realiza su primera CRVP. Describimos los resultados obtenidos en un grupo reducido de pacientes con hipercapnia.

**Material y Métodos:** Analizamos los pacientes (ptes) con EPOC-enfisema severo operados de CRVP que presentaban hipercapnia en la evaluación preoperatoria ( $\text{PaCO}_2 > 45$  mmHg). Se evaluó el cambio en la  $\text{PaCO}_2$  promedio y en la función respiratoria pre y a los 3 meses del postoperatorio. Análisis con Tets de Student, considerando  $p < 0,05$  como significativa.

**Resultados:** Desde 11/1995 a 8/2001 fueron operados 24 ptes de CRVP. 5 ptes. (2M/3F) presentaban hipercapnia preoperatoria, con un promedio de  $\text{PaCO}_2$  de 49,2 mmHg (Rango 45 a 59). Su edad promedio 51,4 años (rango 43 a 58). Dos de los pacientes eran HIV positivos, 4 se encontraban bajo oxigenoterapia crónica domiciliaria y 1 con ventilación no invasiva a presión positiva (NPPV) nocturna. Todos los ptes fueron extubados en quirófano. La estadía promedio en UTI fue de 1,4 días y la hospitalaria de 9,2 días. Las complicaciones fueron: 1 pte presentó cuadro de delirio al postoperatorio, y 2 pacientes presentaron pérdida aérea prolongada ( $> 7$  días), uno de ellos fue dado de alta con válvula de Heimlich. Comparando los valores promedio preoperatorios y a los 3 meses, la  $\text{PaCO}_2$  cayó de  $49,2 \pm 5,8$  a  $42,6 \pm 6,2$  mmHg ( $p=0,1$ (NS)), hubo un incremento en el VEF, de  $0,52 \pm 0,24$  (18% del teórico) a  $0,86 \pm 0,07$ L (31%) ( $p=0,01$ ), CVF de  $1,4 \pm 0,47$  (37%) a  $2,35 \pm 0,28$ L (62%) ( $p = 0,005$ ) y test de caminata de 6' de  $350 \pm 94$  a  $458 \pm 43$  mts ( $p=0,04$ ), y una disminución en el VR de  $4,87 \pm 0,64$ L(224%) a  $4,07 \pm 0,50$ L ( $p=0,05$ ) y en el índice de disnea (según MRC) de  $3,9 \pm 0,22$  a  $0,9 \pm 0,22$  ( $p < 0,0001$ ). El porcentaje de incremento promedio a los 3 meses de la cirugía fue, en la CVF del 68% y en el VEF 1 del 66%. Todos los pacientes con oxigenoterapia crónica domiciliaria fueron destetados de la misma y el paciente con NPPV nocturna dejó de requerirla.

**Conclusiones:** Respetando los criterios de selección conocidos, la cirugía puede realizarse con éxito aun en pacientes con hipercapnia.

P103

## PACIENTES EVALUADOS PARA TRANSPLANTE PULMONAR EXPERIENCIA DE TRES AÑOS DE TRABAJO

Echazarreta, A.L.; Curró, M.F.; Echazarreta, D.F.; Boccio, E.; Tommasi, J.J.

Area de evaluación de transplante cardiopulmonar. HIEA y C "San Juan de Dios" de La Plata. C.U.C.A.I.B.A

Se presenta la experiencia de un área de evaluación de candidatos a transplante pulmonar (TxP) o cardiopulmonar (TxCP) en un Hospital Público de la Pcia. de Buenos Aires. Se analizó un período de 34 meses comprendido desde el 1/10/98 (inicio de las actividades del área) hasta el 1/8/01. Se describirán las principales características de los pacientes evaluados para eventual TxP o CP.

En dicho período se evaluaron 41 pacientes, (21M/20H; edad  $43 \pm 2,1$  años [media+ESM]). Los mismos presentaban las siguientes patologías de base: EPOC (n=15); hipertensión pulmonar primaria (n=7); hipertensión pulmonar asociada a enfermedad

mixta del tejido conectivo (n=1); bronquiectasias (n=5); fibrosis pulmonar idiopática (FPI) (n=6); FP asociada a esclerodermia (n=2); silicosis (n=2) y TBC residual (n=3). 32 de las evaluaciones fueron programadas y 9, derivaciones de urgencia (estos pacientes fueron rápidamente enviados a otras instituciones encargadas de realizar la evaluación de urgencia, el eventual Tx y seguimiento posterior; cabe mencionar que de los 9 pacientes derivados de urgencia 5 fallecieron durante la evaluación. El número de internaciones por cada paciente fue:  $1.9 \pm 0.3$ . Luego de una entrevista inicial, se programó la evaluación de los pacientes, la cual se practicó en un área específica del hospital. Como producto de dicha evaluación se concluyó que 14 pacientes fueron aptos (A), 15 no aptos (NA) y 3 no aptos transitorios (NAT). De los NA las causas fueron: Psicológicas n=10; Edad avanzada n=2; Enfermedad sistémica activa n=1, VDRL+ n=1; y traqueobroncomalacia n=1. Causas de NAT: tabaquismo activo n=1; sin criterios médicos de inclusión n=2. Los principales parámetros investigados en la población estudiada fueron: Serologías; Perfil Psicológico y Social; Examen funcional respiratorio con medición de volúmenes pulmonares y DLCO; Test de la marcha de los 6 min; Ecocardiograma y Gases en sangre arterial entre otros.

P104

## **METASTÁSIS PULMONARES. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO**

Spector, C.; Salariato, O.; Thompson, L.; Colombatti, A.; Gorodner, A.

Instituto de Oncología "Angel H. Roffo".

**Antecedentes:** Entre 30y 40% de los pacientes con cáncer extrapulmonar desarrollan metástasis en los pulmones en el curso de la enfermedad, pero ellas se hallan limitadas a estos órganos y no a otros sitios sólo en 20 % de los casos. Para casos de este tipo, el tratamiento radical del primario y la exéresis quirúrgica de las metástasis, puede ser la terapéutica curativa.

**Objetivo** Comunicar la experiencia de un instituto oncológico en el tratamiento quirúrgico de una serie de pacientes con metástasis pulmonares aparentemente exclusivas.

**Lugar de aplicación:** Instituto oncológico universitario público con áreas asistenciales de cirugía, radioterapia y oncología clínica.

**Diseño:** Trabajo retrospectivo.

**Método:** Se consignaron síntomas, ubicación del tumor primario, histología, procedimientos para estadificación, abordajes quirúrgicos, técnica operatoria, complicaciones y sobrevida.

**Población:** En el período 1980-2000 se trataron 126 pacientes mediante 153 intervenciones.

**Resultados:** *Ubicación del primario:* partes blandas y óseas 45, testículo 25, riñon y vejiga 17, colon 12, melanoma 7, mama 8, cabeza y cuello 6, pene 1, ginecológico 5.

*Intervenciones quirúrgicas practicadas:* neumonectomías 6(3,9%), lobectomías 28 (18,3%), segmentectomía atípica 31 (20,3%), enucleación 29 (19%), exéresis local 49

(32%), videotoracosccopía 5 (2,3%), exploratoria 3 (1,9%). Fueron irresecables 2 pacientes (1,3%)

*Complicaciones postoperatorias:* supuración parietal 1, dehiscencia de pared 1, falta de expansión pulmonar 3, atelectasia 2, derrame pleural 3, mediastinitis 1, fistula broncopleural 1, cámara aérea residual 2, hemoptisis leve 1. Total 15 (9,8%). Todas las complicaciones se superaron sin secuelas invalidantes. No hubo mortalidad operatoria.

*Sobrevida:* 53.71 % a los 2 años, 32.82 al fin del tercer año, y 20.58 a los 5 años (sobrevida actuarial)

**Conclusión:** La cirugía de las metástasis pulmonares exclusivas en pacientes con tumor primario controlado o controlable puede ser curativa si se cumplen las pautas de operabilidad. En esta serie, se ha logrado una sobrevida tal, que en nuestra opinión merece continuarse, llevando a cabo la terapéutica quirúrgica en los casos de indicación electiva.

P105

## EPIDEMIOLOGÍA DEL TABAQUISMO EN LA CIUDAD DE CÓRDOBA

Kevorkof, G.V., Nigro, D.R.

Cátedra de Medicina Interna UHMI N° 5. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nacional de Córdoba.

El tabaquismo es la principal causa de muerte evitable. Es muy costoso tanto para el individuo como para la sociedad.

**Objetivo:** Determinar la prevalencia de fumadores (F), no fumadores (NF) y ex fumadores (EF). Conocer la prevalencia de (F) entre ambos sexos. Determinar la cantidad de cigarrillos (Cig) consumidos por día y otras formas de consumo de tabaco y la cantidad de (Cig) consumidos entre ambos sexos.

**Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, simple, transversal y correlacional. La muestra estuvo constituida por 6281 individuos de ambos sexos, entre 15 y 85 años, tomados al azar, diseñada para ser representativa para cada una de las 17 seccionales de Córdoba. Recolección de datos: año 1994, con encuesta domiciliaria de preguntas cerradas con selección múltiple, datos de filiación, hábito tabáquico. Análisis estadístico: inferencial con pruebas de hipótesis.

**Resultados:** en la ciudad de Córdoba fuma el 35% de la población, 5% son (EF). El 44% son varones y 28.6% mujeres ( $p < 0.01$ ). de Los (F) el 49.66% hasta 10 (Cig)/día; 35.37% de 10 a 20 (Cig)/día y 14.06%  $> 20$  (Cig)/día; de los (F) sólo el 0.91% lo hacen en pipa. El 42.31% de los varones y 58.40% de la mujeres (F)  $< 10$  (Cig)/día ( $p < 0.01$ ). El 39.98% y 31.15% respectivamente 10 a 20 (Cig)/día ( $p < 0.01$ ) y 17.71% y 10.45% consumen  $> 20$  (Cig)/día ( $p < 0.01$ ).

**Conclusión:** las prevalencias del tabaquismo en la ciudad de Córdoba son altas y similares al resto de las ciudades del Cono Sur y corresponde al contexto de países en desarrollo. En los países desarrollados gracias a fuertes campañas de prevención lograron una franca reducción del consumo. Los estudios epidemiológicos deben

conducir a la implementación de políticas sanitarias preventivas tendientes a disminuir la morbimortalidad y mejorar la calidad de vida de la población.

P106

## INTERVENCIÓN MÍNIMA EN TABAQUISMO

Lisanti, R.; Delaballe, E.; García, F.; Gonzalez, L.

Servicio de Neumonología. Hospital El Carmen, Mendoza

**Objetivo:** conocer en los pacientes que concurren a consultorio externo de un Hospital General (de la Obra Social de Empleados Públicos de Mendoza) el porcentaje de fumadores y ex fumadores, como así también si recibieron consejo médico para dejar de fumar (intervención mínima).

**Material y Método:** Se realizó una encuesta anónima a 612 pacientes mayores de 14 años, que concurren a la consulta externa del Hospital El Carmen, durante 15 días, se excluyen por causas varias 8 pacientes, quedando la muestra constituida por 604 pacientes. El cuestionario incluía condición de fumador, ex fumador, nunca fumó, edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, edad de comienzo del hábito de fumar, nivel de dependencia, y si habían recibido consejo médico para dejar de fumar.

**Resultados:** de los 604 pacientes incluidos, la edad media fue de 50 años, 289 hombres (47.85%) y 315 mujeres (52.15 %).

Resultaron fumadores 166 pac. (27.48%), ex fumadores 182 pac. (30.13%) y nunca han fumado 256 pac. (42.39%).

**En el grupo de fumadores:** (n=166) la edad media fue de 43 años, 91 hombres (54.82%) y 75 mujeres (45.18 %), p=0.04.

El nivel de escolaridad primaria en 42 pac (25.30%), secundaria 84 pac. (50.60%), universitaria 39 pac. (23.50%) y analfabeto 1 (0.6%). Las ocupaciones solo presenta diferencia estadística significativa las amas de casa, con un menor porcentaje de fumadoras. p<0.005

Recibieron el consejo médico para dejar de fumar 81 pac. (48.80%)

Comenzaron a fumar antes de los 20 años 139 pac. (83.73%), fuman más de 20 cigarrillos por día 60 pac. (36.14%), Índice paquetes/año 19.0.

El Índice de dependencia de Fagerstrom mostró: no dependientes 103 pac. (62.04%), dependientes 42 pac. (25.30%), severo 20 pac. (12.04%) y muy severo 1 pac (0.6%); no mostrando diferencias estadísticamente significativas con el grupo de ex fumadores. p>0.2

**Conclusiones:** junto con las medidas antitabáquicas sociales (legislación, difusión en medios de comunicación), debe incorporarse la intervención mínima, que si bien el éxito es bajo (3 al 15%) incluye un gran número de fumadores. En nuestro estudio menos del 50 % recibieron consejo médico para dejar de fumar, esto implica que el consejo no se

llevo a cabo o no fue percibido por el paciente. Concientizar a los médicos sobre la importancia de la intervención mínima.

P107

## EVALUACION DE LA CONDICION DE EX FUMADOR

Lisanti, R.; Delaballe, E.; Gonzalez, L.; Garcia. F.

Servicio de Neumonología. Hospital El Carmen , Mendoza

**Objetivo:** Evaluar las características epidemiológicas del grupo de pacientes ex fumadores que concurren a la consulta externa de un Hospital General.

**Material y Métodos:** Se realizó una encuesta anónima a 612 pacientes que concurren a consultorio externo del Hospital, son excluidos por causas varias 8 pacientes, quedando 604 pacientes, de los cuales 182 fueron ex fumadores, a los que se los consulta sobre edad, sexo, nivel de escolaridad, ocupación, edad de inicio del hábito de fumar, número de cigarrillos fumados por día, número de paquetes /año, edad en que dejó de fumar, índice de dependencia (Test de Fagerstrom), si recibió consejo médico para dejar de fumar. Se comparan las distintas variables con el grupo de fumadores y del que nunca fumaron.

**Resultados:** Los ex fumadores corresponden a 182 pac.(30.13%), con una edad media de 55 años, 120 hombres (65.93%) y 62 mujeres (34.07%). Con respecto al sexo, las mujeres corresponden al 69.53% del grupo que nunca fumó, al 45.18% del grupo de fumadores, y 34.07% del grupo de ex fumadores. El nivel de escolaridad fue primario en 78 pac., secundario en 60 pac, universitario en 35 pac. y analfabetos en 9 pac.

La profesión correspondió a ama de casa 27 pac, jubilado 58 pac, administrativo 29 pac, docente 19 pac, estudiantes 5 pac, desocupado 5 pac.

Habían recibido consejo médico de dejar de fumar 76 pac (41.75%), con una  $p=0.47$  respecto al grupo de fumadores.

La edad de comienzo del hábito de fumar fue antes de los 20 años 159 pac (87.3%), con una  $p=0.41$  respecto a los fumadores. Resultaron no dependientes 123 pac., dependientes 34 pac, severo 25 pac, , no mostrando diferencias estadísticas significativas con el grupo de fumadores . $p>0.2$  Dejaron de fumar antes de los 40 años, 112 pac (61.53%), de estos habían recibido consejo médico de dejar de fumar 38 pac ( 33.92%) ; y dejaron de fumar después de los 41 años 70 pac (38.07%), habían recibido consejo médico de dejar de fumar 38 pac (54.28%), con una  $p=0.013$

**Conclusiones:** El grupo de pacientes ex fumadores tiene una edad media ligeramente mayor (+12 años) con respecto al grupo de fumadores. La mujer es menos frecuente que inicie el hábito de fumar, pero una vez que lo adquiere es menos probable que lo abandone. No existieron diferencias en el grado de dependencia con el grupo de fumadores. Recibieron consejo médico para dejar de fumar solo el 41.75%, este se realizó con mayor frecuencia después de los 41 años.

P108

## CARCINOMA PRIMARIO DE PULMON Y SU RELACION CON EL TABAQUISMO

Echauri, M.; Murdoch, M.; Benítez, J.; Carrillo, C.; Duarte, E.; Doldán, A. y otros.

Cátedra de Neumología - Hospital de Clínicas - Universidad Nacional de Asunción - Paraguay

**Objetivo:** Determinar la incidencia de pacientes con cáncer de pulmón en la Cátedra de Neumología y la relación del mismo con el hábito de fumar.

**Material y Métodos:** Estudio retrospectivo tipo revisión de fichas clínicas durante el periodo de 1996 al 2000 en pacientes diagnosticados de Cáncer de pulmón al egreso.

**Resultados:** Se encontraron 44 pacientes, correspondiendo 39 al sexo masculino y 5 al femenino, la edad promedio fue de 63 años; el motivo de consulta más frecuente fue tos, dolor torácico, espectoración y disnea. Del total de pacientes, 34 tenían antecedentes de tabaquismo y de ellos, 12 fumaron entre 30 y 40 años; 13 pacientes fumaron cig. Rubios y 31 pacientes cig. Negros; además 22 pacientes fumaron más de 20 cig./día. En el hemograma se encontró leucocitosis en 25 pacientes. En la Rx de tórax se observó imagen nodular o de masa en 13 casos y derrame pleural en 9 pacientes. Espirometría se realizó en 13 pacientes, 10 de los cuales con patrón obstructivo y 3 restrictivo. La Anat. Patológica del material obtenido por fibrobroncoscopia informó 14 casos de adenocarcinomas, 9 de ca. epidermoide, 5 de ca. Indiferenciado, 3 de cél. Gigantes, 2 de carcinoide atípico y en 14 de los casos no se pudo determinar el patrón histológico.

**Conclusiones:** Nuestro estudio demostró que el 77,3 % de los pacientes diagnosticados eran fumadores de cigarrillos, y de ellos 35,3 % fumaron por más de 30 años, con lo que comprobamos la alta relación existente entre cáncer de pulmón y tabaquismo.

Para su respectivo tratamiento los pacientes fueron derivados a centros especializados para dicho fin.

P109

## INTERNACIONES POR EPOC REAGUDIZADO EN HOSPITALES PUBLICOS DE CIUDAD DE BUENOS AIRES.

Sívori M. Sáenz C.. Unidad de Neumotisiología. Hospital Ramos Mejía. Buenos Aires.

Existen pocos estudios sobre el impacto epidemiológico de la EPOC en nuestro país.

**Objetivo:** Evaluar la cantidad de hospitalizaciones por EPOC reagudizado en Hospitales Públicos pertenecientes al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires (GCBA) en los últimos diez años.

**Métodos:** Se consultó al Dpto. Estadística de la Secretaria de Salud del GCBA. Allí sólo existen registros en los últimos 10 años de las hospitalizaciones de 1992 (Abril: 8% del total), 1995 (muestra 10% del total) y 1998 (registro de tres meses).

## Resultados:

	1992	1995	1998	Total
Muestra analizada (% del total)	9872 8.1%	14165 10%	45902 25%	69939 14,3%
Hospitalizaciones por causa respiratoria (% total muestra)	347 3.5%	1309 9.2%	2308 5%	3964 5.66
Hospitalizaciones por EPOC (% de respiratorias)	42 12%	s/d	194 8.4%	236 8.8%
Promedio estadía (días/paciente/inter.)	9.3	s/d	9.4	9.35

**Conclusiones:** Se observa una marcada dificultad en el registro de hospitalizaciones, en particular de las respiratorias, en los Hospitales Públicos del GCBA y en la interpretación de los datos. El promedio de estadía (9.35 días/paciente) por EPOC reagudizado está dentro de la media internacional.

**P110**

## TABACO Y OTRAS ADICCIONES EN PACIENTES ADOLESCENTES DE UN HOSPITAL ESPECIALIZADO EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS

Fontán, M.C.; Maidana, G.A.; Moro, L.; Rodríguez, M. C.; Turganti, A.N .

Hospital María Ferrer.

El objetivo de este trabajo es evaluar la incidencia de tabaquismo en relación a otras adicciones y el nivel de información en una población de adolescentes con enfermedades respiratorias crónicas.

Se realizó una encuesta anónima, randomizada y voluntaria de abril a julio del corriente año, en 268 pacientes adolescentes de un hospital especializado en enfermedades respiratorias que provenían de Capital Federal y Provincia de Buenos Aires. Del total de la muestra 131 eran de sexo masculino (48,9 %), 119 de sexo femenino (44,4 %) y 18 sin especificar (6,7 %) con edades entre 10 y 21 años, media de 13,8 (SD 2,25). Del total de pacientes 239 no fumaban (NF) (89,0 %); 18 fumaban actualmente (F) (7,5 %); 5 habían fumado alguna vez (EF) (2,1 %) y 6 no contestaron la pregunta (2,5 %). Del total de fumadores, 11 eran mujeres (61,1 %) y 7 eran varones (38,9 %). La edad de inicio estuvo entre 11 y 16 años, media 14,2 (SD 1,50). Fumaban entre 1 y 12 cigarrillos por día, media 5 cigarrillos.

De los pacientes F, 10 declararon querer dejar de fumar, 6 no querer y 2 no contestaron; 8 intentaron dejar, 8 no intentaron y 2 no respondieron a la pregunta. El humo de otros fue molesto para el 5,85 % de los F y para el 91,2 % de los NF. El 100 % de los F reconoció que el fumar era perjudicial para la salud y el 82,6 sabía que el respirar el humo de otros producía mucho daño. Dentro de los pacientes que tomaban habitualmente bebidas alcohólicas 23,2 eran F y 76,8 NF (P0.0001). De los que habían bebido alcohol en exceso en el último año 36,4 % eran F y 63,6 % eran NF. El porcentaje de fumadores en los adolescentes que tomaban alcohol habitualmente fue mucho mayor en comparación con la incidencia del tabaquismo en la población total. Del total de pacientes

sólo 2 declararon uso de drogas. La droga habitualmente usada fue la marihuana. Estos dos pacientes también consumían alcohol y no fumaban tabaco.

Del total de la muestra, 160 no recordaba haber recibido clases sobre tabaquismo (59,7 %) y 158 tampoco recordaba haber recibido clases sobre adicciones en las escuelas. Resulta llamativo que un porcentaje tan alto de adolescentes no recuerde haber recibido esta información.

**P111**

## **TABAQUISMO EN PACIENTES ADOLESCENTES DE UN HOSPITAL ESPECIALIZADO EN ENFERMEDADES RESPIRATORIAS**

Fontán, M.C.; Maidana, G.A.; Moro L.; Rodriguez, M.C.; Turganti, A.N.

Hospital María Ferrer.

El objetivo de este trabajo es evaluar la incidencia de tabaquismo en una población de adolescentes con enfermedades respiratorias crónicas.

Se realizó una encuesta anónima, randomizada y voluntaria de abril a julio del corriente año, en 268 pacientes adolescentes de un hospital especializado en enfermedades respiratorias que provenían de Capital Federal y Provincia de Buenos Aires. Del total de la muestra 131 eran de sexo masculino (48,9 %), 119 de sexo femenino (44,4 %) y 18 sin especificar (6,7 %) con edades entre 10 y 21 años, media de 13,8 (SI) 2,25). Del total de pacientes 239 no fumaban (NF) (89,0 %); 18 fumaban actualmente (F) (7,5 %); 5 habían fumado alguna vez (EF) (2,1 %) y 6 no contestaron la pregunta (2,5 %). Del total de fumadores, 11 eran mujeres (61,1 %) y 7 eran varones (38,9 %). La edad de inicio estuvo entre 11 y 16 años, media 14,2 (SI) 1,50). Fumaban entre 1 y 12 cigarrillos por día, media 5 cigarrillos.

A todos se les preguntó por qué creían que se comenzaba a fumar y contestaron lo siguiente: 114 por imitar a otros (42,5 %); 94 porque los amigos fuman (35,1 %); 81 por aparentar (30,2 %); 61 porque los padres fuman (58,0 %); 58 por placer (21,6 %) 42 porque los maestros y profesores fuman (15,7 %) y 12 por publicidad (4,5 %). En cambio el 60,8 % de los F eligieron el placer y el 52,1 % eligió el grupo de pares. De los que declararon que ningún padre fumaba el 15,1 % eran F; si un solo padre fumaba el 8,4 % eran F y si los dos padres fumaban eran F el 18,6% (Dif.No significativa) De los que declararon que ningún amigo fumaba, eran F el 3,1 %; si pocos amigos fumaban el 17,4% eran F y si la mayoría de los amigos fumaban, eran F el 20,3% (P0.0001). Del total de encuestados, 191 declararon practicar deportes (71,3%); el football fue el deporte más practicado (40,3%). De los F, 11 practicaban deportes y 12 no contestaron a la pregunta. El football también fue el deporte más practicado. Conclusión: De acuerdo a la incidencia de tabaquismo en jóvenes declarada en el GYTS por la OMS se concluiría que ésta es menor en pacientes adolescentes que padecen enfermedades respiratorias.

**P112**

## **TABACO Y OTRAS ADICCIONES EN ADOLESCENTES**



Hasper, I.; Feola, M.A.; Rombolá, A.; Voulliat, S.; Casuso, A.L.; Lopez, J.A.; Yunis, A.; Giorgetti, M.; Ribeiro, S.; Gatti, H.; Calero, S.; Selener, A.; Cohen Saban, I.; Fernández, J.; Macucho, M.E.; Volinsky, J.; Arnedo, S.; Castellano, T.; Sienna, Z.; Zagalsky P.

Subcomisión Hospitalaria "Tabaco o Salud." Secretaría de Salud. GCBA.

Se realizó una encuesta anónima randomizada en alumnos de 1° año de 37 colegios de enseñanza media de la Ciudad de Buenos Aires.

Se encuestaron 1391 alumnos, su edad promedio era de 14.0 años.

Del total 48.9% eran No Fumadores (NF), 28.8% habían fumado alguna vez (EF), y el 22.3% eran fumadores (F).

Creían que se comienza a fumar: porque los amigos fuman (49.2%), imitar a otros (36.0%, aparentar (24.7%), placer (24.7%), y publicidad (3.5%). El placer fue elegido mayormente por los fumadores.

Entre F y EF las marcas preferidas fueron: Marlboro (29.2%), Camel (26.8%), Phillip Morris (6.8%), Derby (4.3%), cualquiera (32.9%).

Recordaban alguna actividad educativa sobre tabaquismo el 36.7% sin diferencias entre F, EF, y NF.

Solicitaban mayor información sobre: daño a la salud (61.0%), adicción (38.3%), prevención (37.2%), problemas psicológicos (32.8%), menor rendimiento físico (32.1%), contaminación ambiental (24.6%), tratamiento (22.8%), menor rendimiento intelectual (17.1 %).

Los que habían bebido alcohol en exceso alguna vez durante el último año eran el 17.6% del total, el 40.3% de los F, el 19.9% de los EF, y el 5.8% de los NF (P=0.0000).

Aquellos que bebían preferían cerveza (68.2% en 1ra elección, y 25.6% en 2da), sidra (6.6% en 1ra elección, y 17.6% en 2da), o vino (6.4% en 1ra elección, y 28.0% en 2da). (p=0.0000)

Había probado marihuana u otras drogas el 6.1% del total, el 21.7% de los F, el 3.4% de los EF, y el 0.7% de los NF (p=0.0000).

Seguían consumiendo el 5.8% de los F, el 0.8% de los EF, y el 0.4% de los NF (p=0.0000). Entre los que consumían la marihuana era la droga preferida (72.1%). El tabaco se relaciona a otras adicciones, como alcohol, la marihuana, y otras drogas, por lo que se necesita una actividad preventiva coordinada entre los diferentes programas.

**P113**

## **TABAQUISMO EN ADOLESCENTES**

Hasper, I.; Feola, M.A.; Choc, B.; Voulliat, S.; Casuso, A.L. Lopez, J.A.; Yunis, A.; Giorgetti, M.; Ribeiro, S.; Gatti, H.; Calero, S.; Selener, A.; Cohen Saban, I.; Fernández, J.; Macucho, M.E.; Volinsky, J.; Arnedo, S.; Castellano, T.; Sienna, Z.; Zagalsky, P.

Subcomisión Hospitalaria "Tabaco o Salud." Secretaría de Salud. GCBA.

Se realizó una encuesta anónima randomizada en alumnos de 1° año de 37 colegios de enseñanza media de la Ciudad de Buenos Aires. Se encuestaron 1391 alumnos, su edad promedio era de 14.0 años. Del total 48.9% eran No Fumadores (NF), 28.8% habían fumado alguna vez (EF), y el 22.3% eran fumadores (F).

La edad de comienzo de los F fue de 6 a 15 años, promedio 12.3, (SI) 1.4; las edades de mayor incremento fueron a partir de los 10 años de edad ( $p=0.0000$ ). Fumaban de 1 a 35 cigarrillos por día, promedio 4.5, (SI) 5.1. Querían cesar el 46.7%, y lo habían intentado el 48.1%. Entre los que no tenían amigos fumadores los F eran el 1.4%, con minoría de amigos fumadores los F eran el 10.75%, con la mayoría de amigos fumadores los F eran el 36.9%, y cuando todos los amigos fumaban los F eran 49.0% ( $p=0.0000$ ).

El humo de otros le molestaba al 68.3%, pero al 40.0% de los F, al 67.1% de los EF y al 81.9% de los NF ( $p=0.0000$ ).

El daño grave a la salud debido al fumar activo fue reconocido por los F en un 63.8%, por los EF en el 79.3%, y por los NF en el 81.0% ( $p=0.0000$ ). El daño grave a la salud debido al fumar pasivo fue reconocido por los F en un 35.8%, por los EF en el 45.9%, y por los NF en el 41.3% ( $p=0.005$ ). Entre los F habían tenido catarras a repetición el 13.2%, entre EF el 8.2%, y entre los NF el 4.7% ( $p=0.000$ ). No hubo diferencias entre F, EF, y NF entre jóvenes con o sin asma o alergia respiratoria; lo que sugiere desinformación o conductas de riesgo. Los asmáticos eran el 13.6% del total. Comparando con un estudio previo efectuado en los 2 últimos años de colegios primarios (4.6% de fumadores), existe un brusco incremento del tabaquismo al término de la escuela primaria.

En este estudio la mayor relación de los de F ha sido con amigos fumadores, y más cuanto mayor el número de ellos.

P114

## **TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DEL CANCER DE PULMON CON RADIOFRECUENCIA.**

Rolleri, J.C.; Isidoro, R; Díaz, M.; Mrad, D.M.

Htal. Rivadavia, Htal. Tomu, Buenos Aires.

**Introducción:** El tratamiento endoscópico en pacientes con obstrucción de la vía aérea por CA de pulmón ofrece una mejoría en la calidad de vida y disminución de sus complicaciones.

**Objetivo:** 1) evaluar el uso de la radiofrecuencia en el tratamiento del cáncer de pulmón en estadios avanza-dos; 2) describir las localizaciones endoscópicas más frecuentes y tipos histológicos; 3) describir las complicaciones del método.

**Pacientes y Métodos:** El estudio se llevó a cabo entre enero de 1998 y junio de 2000. El diseño fue prospectivo, experimental, longitudinal. Se incluyeron pacientes con diagnóstico histológico de cáncer de pulmón primario o metastásico, fuera de estadio quirúrgico. Los procedimientos se realizaron bajo anestesia general, con broncoscopio rígido EFER Dumon y uso de radiofrecuencia. Esta genera en el tejido una resonancia

que produce agitación molecular generando calor. La ebullición de los líquidos destruye las moléculas en los puntos de contacto con el electrodo transmisor. En los casos que se consideró necesario se asoció el uso de prótesis endoluminal.

**Resultados:** Se trataron 96 pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón; 69 hombres (71.8%) y 27 mujeres (28.2%). La media de edad fue 64.7 años. Dentro de los tumores primarios la histología más frecuente correspondió al carcinoma epidermoide (41 pacientes; 42.7 %) y al adenocarcinoma (39 pac., 40.61/o), seguidos por el Ca. de células pequeñas (4 pac.; 4.1 %), tumor carcinoide (3 pac.; 3.1 %), linfoma no Hodgkin (1 pac.; 1.04 %). Los tumores metastásicos se originaron en riñón (4 pac.; 4.1 %), mama (2 pac.; 2.08 %), ovario y esófago (un paciente de cada uno, 1.04%). Se logró recanalizar la vía aérea en 90 pacientes (93.7%) fracasando en 6 pacientes (6.3%). En 65 pacientes se completó el tratamiento con la colocación de una prótesis. Se presentaron complicaciones en 5 procedimientos, sobre un total de 133 (3.75 %). Cinco pacientes presentaron complicaciones durante el procedimiento: hemorragia intratratamiento en 3 casos, taquiarritmia en 1 caso. Un paciente presentó hemorragia masiva dentro de las 24 horas de la Intervención y falleció (mortalidad 0.75%).

**Conclusiones:** La radiofrecuencia es una alternativa útil en el tto. paliativo del cáncer de pulmón en estadios avanzados. Permite controlar los síntomas de obstrucción de la vía aérea. Comparte las indicaciones con el láser, con un costo inferior. Las complicaciones son infrecuentes y suelen ser autolimitadas. La mortalidad es inferior al 1%.

P115

## LA PUNCION ASPIRATIVA TRANSBRONQUIAL CON AGUJA DE WANG COMO METODO DIAGNOSTICO INICIAL

Bocca, X.; Ikeda, V.; Patini, S.

Servicios de Neumonología y Citopatología, Clínica Monte Grande, Monte Grande, Prov. Buenos Aires

La punción con aguja aspirativa transbronquial (TBNA) además de su uso en la estadificación del cáncer de pulmón, puede establecer el diagnóstico de patologías intratorácica que se presentan con compresión extrínsecas o sin compromiso endobronquial, obviando en muchos de los casos la necesidad de la mediastinoscopia o toracotomía.

**Objetivo:** Determinar el rendimiento diagnóstico de la TBNA con aguja de Wang como método diagnóstico inicial en la patología intratorácica, en nuestra práctica.

**Material y métodos:** Se analizaron los datos de todas las punciones aspirativa transbronquial con aguja de Wang, realizadas por fibrobroncospía desde el 1/98 hasta 12/00, se realizaron 46 procedimientos, en 45 pacientes, en 13 pacientes se uso una aguja 21ga y 32 pacientes se uso una aguja 19ga . El sitio de las punciones fue elegido según los hallazgos tomográficos.

**Resultados:** En 36 pacientes fue usado como el método invasivo inicial en la determinación diagnóstica de patología intratorácica. La TBNA fue positiva y diagnostica en 26/36 (72%), los principales diagnósticos fueron; cáncer primario de

pulmón 12/26 (46%), linfomas 4/26 (15%), tumores primarios de mediastino 4/26 (15%), metástasis pulmonares 2/26 (7%), sarcoidosis 1/26 (3%), tuberculosis 3/26 (11%). Se uso como método diagnóstico para la estadificación del Cáncer de Pulmón en 9 pacientes, siendo positivo en 6/9 (66%).

**Conclusión:** La TBNA además de su utilidad en la estadificación del carcinoma broncogénico, tiene una alta rentabilidad en el diagnóstico inicial en la patología pulmonar e hilio-mediastinal.

P116

## RESECCIÓN MECÁNICA ASISTIDA CON LÁSER DE TUMOR TRAQUEAL MAS IMPLANTE DE STENT

Grvnblat, P.; López Saubidet, C.; Alonso, A.

CEMIC, Ciudad de Buenos Aires

Los tumores primarios de la tráquea son poco frecuentes, la incidencia sería del 0.1% de todos los tumores malignos. El cáncer de pulmón se diagnostica 180 veces más que los tumores traqueales. El diagnóstico correcto se hace raramente en el inicio y se retrasa la mayoría de las veces. Esto es muy probablemente debido a una carencia de síntomas tempranos y que estos suelen ser inespecíficos. El manejo en general incluye la Broncoscopia Intervencionista, la Cirugía y la Radioterapia. La literatura muestra no sólo la rareza de estas entidades, sino también la limitada experiencia con ellas.

Se presenta un varón de 47 años de edad con inicio de disnea y limitación de su actividad física en forma progresiva desde 4 años atrás, en el último año presentó varios episodios de neumonía en lóbulo inferior izquierdo. Entonces se solicitó TAC de Tórax que evidenció ocupación de la luz traqueal baja por imagen densa con ocupación casi total de la misma, oclusión de bronquio fuente izquierdo (BFI) y la neumonía basal izquierda. Presentaba además curva de flujo volumen con patrón de obstrucción fija.

Se procedió a Fibrobroncoscopia diagnóstica, observándose masa vegetante polilobulada apoyada en pared lateral izquierda de tráquea, que ocupaba 80% de la luz con posibilidad de progresión sólo a bronquio fuente derecho (BFD), no se reconocía la carina traqueal (CT).

Se convirtió el procedimiento a Broncoscopia Rígida (BR), fotocoagulando con Láser de Nd YAG, modo pulsado a distancia, más resección mecánica, luego de tomar biopsia amplia para congelación que demostró malignidad. Una vez lograda la permeabilización completa de Tráquea y BFI, se constató infiltración macroscópica de CT, y compresión extrínseca de BFI. Se implantó Stent tipo Dumon bifurcado que sostiene Traquea y BFI.

La resolución endoscópica inicial permitirá al paciente resolver finalmente su neumonía basal izquierda colocándolo en las mejores condiciones para el tratamiento oncológico definitivo. De todos modos creemos que esta forma de tratamiento podría convertirse en el futuro y en algunos casos en la mejor alternativa.

Histopatología: Carcinoma Adenoide Quístico.

**P117**

## **LAVADO PULMONAR TOTAL COMO TRATAMIENTO DE PROTEINOSIS ALVEOLAR A PROPÓSITO DE UN CASO**

Toledo A ; Grynblat, P.; Lombardi, D.; Galíndez, F.; Poleri, C.

Hospital Maria Ferrer. Buenos Aires.

La proteinosis alveolar es una entidad infrecuente que provoca compromiso pulmonar difuso con posibilidad de desarrollo de insuficiencia respiratoria. Se han hallado evidencias de que se trata de una enfermedad autoinmune, pero aún se recomienda el lavado pulmonar total como una herramienta terapéutica eficaz.

Se presenta el caso de un paciente de 42 años, de sexo masculino, que consultó por presentar tos y disnea de 6 meses de evolución. Antecedente de tabaquismo de 40 cigarrillos por día durante 28 años. Trabajaba en manufactura de productos acrílicos. Auscultación pulmonar: murmullo vesicular conservado con rales crepitantes bibasales. Radiografía de tórax: infiltrado difuso bilateral. TAC de tórax: infiltrado en parches con engrosamiento de septos interlobulillares e imagen de vidrio esmerilado. Gases en sangre basales: pH 7,42, PaCO<sub>2</sub> 39,7, PaO<sub>2</sub> 67,9 CO<sub>3</sub>H 25,8 y Sat. 93%. Volúmenes pulmonares con compromiso restrictivo moderado y DLCO 33%. Se realizó FBC con BAL donde se observó la presencia de un material amorfo eosinófilo como el que se halla en la proteinosis alveolar.

El paciente evolucionó con incremento de la disnea a CF IV y de la tos seca. Presentó taquipnea y cianosis y aumento de los rales crepitantes en la auscultación. Saturación en reposo de 88% con caída a 82% con ejercicio leve. Se decidió tratamiento con lavado pulmonar total que se realizó bajo anestesia general endovenosa, con el paciente en ARM y a través de un tubo de doble luz. Se realizó inicialmente el lavado del pulmón derecho con un volumen total de 8000 ml de Se. fisiológica a temperatura corporal y luego de 15 días el lavado del pulmón izquierdo con 9500 ml. Se obtuvo un liquido blanquecino con abundante sedimento grumoso que se iba aclarando progresivamente con las alícuotas de solución fisiológica. La tolerancia al procedimiento fue buena. El paciente evolucionó favorablemente presentando mejoría en los flujos y volúmenes pulmonares (FVC basal 3,24 lt - 68% vs. 3,49 lt - 73% Post lavado, FEVI 2,75 lt - 76% vs 2,96 lt - 82% TLC: 3,71 lt.-56% vs. 4,11 lt - 62%), de la difusión (33% vs. 46%), de la Saturación en reposo (88% vs. 97%) y con el ejercicio (82% vs. 95%), del grado de disnea y la tos. Concluimos que el lavado pulmonar total fue un tratamiento efectivo y con baja morbilidad en este paciente con diagnóstico de proteinosis alveolar.

**P118**

## **DILATACION MECANICA COMO TRATAMIENTO INICIAL DE LA ESTENOSIS TRAQUEAL**

Díaz, M; Rolleri, J.C.; Isidoro, R.; Mrad, D.

La insuficiencia ventilatoria secundaria a la obstrucción de la vía aérea ha incrementado en los últimos años debido a la intubación orotraqueal y ARM prolongada, como resultado de los avances en la ventilación mecánica, hasta

convertirse en la principal indicación de intervención endoscópica o quirúrgica de la tráquea. Con el objetivo de valorar la utilidad de la dilatación mecánica como tratamiento inicial de la insuficiencia ventilatoria por obstrucción de la vía aérea superior, se evaluaron en forma retrospectiva las historias clínicas de los pacientes que consultaron con ese diagnóstico. Entre enero 1999 y junio 2000 se atendieron 60 pacientes con obstrucción de la vía aérea superior. Veintiuno fueron tratados con radiofrecuencia o láser, y 39 con dilatación mecánica (broncoscopios de diámetros crecientes o balón de hemodinámica a 4 ATA/ 30" x 2 ). De estos 39 (20 hombres, 19 mujeres), 86,6 % presentaban estenosis post ARM y 13,4 % a compresión extrínseca. El síntoma principal fue la disnea y el hallazgo fundamental fue el estridor. Se realizaron en total 82 procedimientos en 39 pacientes. El diámetro inicial de la vía aérea fue de 5.3 mm. y la longitud de la lesión de 2.9 cm. El diámetro post dilatación evaluado a las 48 hs fue mayor a 12 mm. No se registraron complicaciones. La dilatación mecánica con broncoscopio rígido o balón de hemodinámica resultó ser un método eficaz en la desobstrucción inicial de la vía aérea superior y recomendable para aquellos centros donde no se cuente con otros métodos (láser, APC, radiofrecuencia).

P119

## **FISTULA TRAQUEOESOFAGICA COMO COMPLICACION DEL TRATAMIENTO DE ESTENOSIS TRAQUEAL CON STENT**

Scarinci, M.; Bracco, R.; Bergna, M.; López Aráoz, A.

Servicio de Broncoscopía Hospital Cetrángolo, Vicente López, Buenos Aires, Argentina.

**Introducción:** La tos persistente es un síntoma frecuente en la migración del stent traqueal. La perforación de la pared traqueal está descrita como complicación de las prótesis metálicas. Presentamos un caso de fístula traqueoesofágica como complicación del stenting de la vía aérea en un paciente con esclerodermia.

**Caso:** Mujer caucásica de 36 años, que se presenta al servicio de emergencia por disnea progresiva y estridor. Tres meses antes presento una neumonía aguda de la comunidad grave, que requirió ARM durante 70 días, con traqueostomía. Tenía antecedente de esclerodermia de catorce años de evolución. Al examen físico reveló una paciente con disfonía, taquipnea, estridor, taquicárdica y normotensa. En piel se hallaron pérdida de elasticidad de la piel en manos cara, calcinosis, esclerodactilia, microstomía. Se obtuvo una Rx de tórax normal. Se efectuó una fibrobroncoscopía que mostró una estenosis traqueal con granulomas y diafragma de 5 cm de extensión con una luz traqueal de 3 mm. Se resecó la estenosis se dilató con broncoscopio rígido y se colocó una prótesis Polyflex (Rüsch) ID 16mm x L60mm. Luego la paciente es dada de alta con buena evolución. Treinta días después regresa a control presentando tos persistente. Se efectúa fibrobroncoscopía que revela desplazamiento distal de la prótesis y formación de granulomas en la carina. Se recoloca la misma y la paciente continúa con tos y refiere disglucia. Se efectúa una videodeglución que reveló fístula traqueoesofágica a nivel del tercio medio del esófago. Posteriormente una esofagoscopia visualizó el borde de la prótesis dentro del esófago. Se retira el stent, se desfuncionaliza la fístula y se consideró el tratamiento quirúrgico.

**Conclusión:** Se comunica una fístula traqueoesofágica como complicación infrecuente del uso de prótesis no metálicas en el tratamiento de las estenosis benignas de la tráquea.

## **DIVERTÍCULO TRAQUEAL**

de la Canal, A.; Carusso, E.; Precerutti, J.; Svetliza, G.; Dubra, C.; Rodríguez Jiménez, J.; Viudes, J.

Hospital Italiano de Buenos Aires.

Los divertículos traqueales son extremadamente raros y la mayoría de las veces hallazgos de autopsias. En este tipo series su prevalencia es del 1%. En la literatura se han descrito cuatro tipos de ellos:

- 1) bronquio rudimentario: se trata de un divertículo cilíndrico, con frecuencia localizado en tráquea inferior
- 2) dilatación quística de la mucosa glandular: especialmente ubicado en tráquea superior
- 3) traqueocele
- 4) divertículo asociado a traqueobroncomegalia

La ubicación más frecuente del divertículo es a nivel de la pared posterior derecha de la tráquea; esta tendencia podría deberse a la debilidad inherente que existe entre las bandas del músculo traqueal cuando junta sus extremos con los anillos traqueales. Además la presencia del esófago en contacto con la pared posterior izquierda de la tráquea dificultaría la formación del divertículo. El divertículo traqueal puede ser causa de tos crónica como resultado de una estimulación directa del nervio vago; así como su aparición secundaria a la tos. Se presenta una paciente de sexo femenino de 25 años de edad que consulta por tos de 2 años de evolución, en algunas oportunidades productiva y en el último año se agrega esputo hemoptico.

Rx. de toráx, análisis de rutina, espirometría, test de metacolina, Rx de senos paranasales, tránsito esofágico, angiografía digital de pulmón fueron normales. Fibrobroncoscopía: presencia de divertículo en tercio inferior derecho de tráquea que la TC de tráquea confirmó.

Ante la persistencia de los síntomas y no encontrando otra etiología se efectúa la resección quirúrgica del divertículo por toracotomía.

Han pasado 8 meses desde la cirugía y la paciente no volvió a presentar tos.

Los divertículos traqueales son poco frecuentes en la práctica clínica, por eso motiva su presentación. Sugerimos conducta quirúrgica cuando a pesar de los tratamientos instituidos, persisten los síntomas.

## **CILINDROMA DE TRÁQUEA**

de la Canal. A.; Rodríguez Jiménez, J.; Dubra, C.; Svetliza, G.; Precerutti, J.; Viudes, J. Hospital Italiano de Buenos Aires.

Los cilindromas de tráquea representan el 10% de todos los tumores malignos de bajo grado de malignidad. Afectan la tráquea y los grandes bronquios en un 50% de los casos.

Las lesiones proximales producen tos debido a irritación endobronquial, también pueden presentar hemóptisis, infecciones o atelectasias debido a obstrucción mecánica.

El tumor usualmente crece en forma endofítica, extendiéndose a la submucosa y al mediastino. Las metástasis a distancia son raras.

Se presenta un paciente de sexo masculino de 40 años de edad, sin antecedentes de tabaquismo. Consultó por tos persistente de un año de evolución y disnea progresiva que en 4 meses pasó de CFI a IV. Los análisis de rutina fueron normales, pero en la Rx de tórax se observaba una estrechez de la luz traqueal a nivel de tercio medio. Se efectuó Fibrobroncoscopia observándose tumoración que ocluye el 70% de la luz traqueal en su parte media. La biopsia confirmó la presencia de carcinoma adenoquístico o cilindroma.

El tumor comprometía 5.4 cm de la tráquea en longitud, con invasión de toda la pared especialmente del lado izquierdo con extensión hacia el mediastino. Estas características lo transformaron al tumor en inoperable.

Se realizó resección endoscópica con ND-Yag Laser de la mayor parte de la lesión endotraqueal, completándose la terapéutica con 6000 rads de terapia radiante.

Post tratamiento se efectuó nuevo estudio endoscópico no encontrando tumoración endoluminal, con luz traqueal conservada. En la nueva tomografía computada se observó franca disminución de la lesión, pero persistiendo tejido tumoral en la pared de la tráquea en contacto con el mediastino. Al año de estos tratamientos el paciente se mantuvo asintomático y los estudios de control tanto endoscópicos como tomográficos no arrojaron cambios. Sugerimos que los pacientes portadores de cilindroma de tráquea no aptos para cirugía, reciban un tratamiento combinado con Laser más terapia radiante.

**P122**

## **LIPOMA TRAQUEAL TRATAMIENTO ENDOSCOPICO**

Mereles. G.

Htal. Narciso López Lanús Rodríguez Jiménez, J. - Htal- Italiano Bs. As. Rolleri, J. - Htal. Rivadavia Bs. As. Pálizas, F. - Htal. Español Bs. As.

**Introducción y Objetivo:** Mostración de un Lipoma traqueal por presentar una ubicación poco frecuente.

**Material y Métodos:** Se muestra un paciente de 71 años portador de EPOC con reagudizaciones frecuentes. El mismo presentó un episodio de asfixia, tras el cual, el estudio evidenció una formación polipoidea que obstruye parcialmente la tráquea.



**Resultado:** Se realizó resección endoscópica del mismo con Láser de diodo y el diagnóstico anatomopatológico fue lipoma.

**Conclusión:** El lipoma traqueal es poco frecuente, el fácil acceso al endoscopio rígido y la resección con Láser hace que este sea el tratamiento indicado para el rápido alivio a la sintomatología.

P123

## NUESTRO PRIMER AÑO EN BRONCOSCOPIA INTERVENCIONISTA

Nahabedian, S.E.; Benítez. E.D.; Carbone, M.G.; Maldonado, M.G.

Sala de Neumonología del Hospital Evita de Lanús.

**Objetivo:** Dar a conocer a la comunidad médica y neumonológica Argentina nuestra incipiente experiencia en el tratamiento broncoscópico de la estenosis de la vía aérea principal, describiendo la casuística y comentando las vicisitudes a la puesta en marcha de dichos procedimientos.

**Material y Método:** Estudio descriptivo en el tratamiento broncoscopio de las estenosis de la vía aérea principal, con broncoscopio rígido, LASER-diodo, electrocauterio y colocación de prótesis traqueobronquiales.

**Resultados:** Hemos tratado un total de 8 pacientes, 6 varones y 2 mujeres, todos procedían de nuestro hospital. Sintomatología inicial estridor 3, disnea 2, tos 1, sibilancias 1, ninguno 1. Se dividieron en estenosis simple (2), estenosis complicada (2), Obstrucción laringea (1), cáncer de pulmón (1), fistula broncoesofágica (1), Obstrucción de Bronquio fuente izquierdo (1). Se ha realizado un total de 24 procedimientos: 4 Láser, 8 electrocauterio, 12 dilataciones de urgencia con broncoscopio rígido y como tratamiento complementario solo se colocaron 3 prótesis (2 Dumón, 1 Montgomery). Las complicaciones: 2 hipoxias, 3 reestenosis, 1 granuloma distal a stent

### Comentarios:

- Destaca que por el aumento de sobre vida en pacientes con patología grave que requieren intubación prolongada y/o traqueotomía, Post tratamiento oncológico, politraumatismo, secuelas post infecciosas; exigen y comprometen incorporar a nuestra actividad médica conductas terapéuticas para resolver estos casos a través de la endoscopia intervencionista.
- También queremos resaltar las dificultades encontradas en nuestro medio para:
  - La puesta en marcha y desarrollo de estos procedimientos.
  - Superar los escollos burocrático-administrativos.
  - La adquisición de material.
  - Encontrar una adecuada disponibilidad de quirófanos.
  - La integración en el equipo del anestesista.

Considerar que son pocos casos, que cada uno deja valiosa enseñanza.

P124

## TRATAMIENTO CON LÁSER EN SECUELAS POR LEISHMANIASIS. A PROPÓSITO DE UN CASO

Benítez, E.D.; Duré, R.; Carbone, MG.

Jefe Unidad Per-oral (centro de referencia) Dr. Juan Carlos Rodríguez.

Hospital de infecciosas Francisco Javier Muñiz - Buenos Aires.

**Introducción:** La leishmaniasis (L.) está formada por un grupo de enfermedades parasitarias, causadas por diferentes especies de L., que ocasionan diversos cuadros clínicos como son: visceral, cutánea y cutaneomucosa. En la L. cutaneomucosa las lesiones son mutilantes y suelen localizarse en mucosa nasal, faríngea, laringe y oral, dentro de esta última sobre todo en paladar. Presentamos el caso de un paciente con dos secuelas, una estenosis en glotis y otra sinequía de paladar blando a faringe

**Material y Método:** La paciente tiene 58 años natural de Salta. Es recibida por derivación de la sala de Otorrinolaringología de nuestro hospital, por disnea y dificultad en la laringoscopia indirecta 1997.

**Motivo de consulta:** disnea CF III, disfonía, voz cuchicheada, anosmia, hiporexia, sensación de opresión en epigastrio que se exagera ante cualquier cambio de temperatura, tratada como asmática con corticoide de depósito-3 años Método de tratamiento: En 1997 se realiza dilatación manual con broncoscopio de Chevalier Jackson N° 8. Al exacerbar parcialmente su sintomatología tres años después (11/2000) se decide tratamiento definitivo con fotorresección; se produjo con fibrobroncoscopio bajo anestesia general, láser de Diodo a una potencia de 30 W. resecando la estenosis en cuerdas vocales falsas y palatofaringoplastia.

**Resultados:** La enferma actualmente se encuentra asintomática.

**Conclusiones:** Los primeros casos de L. se denunciaron en 1926 por Salvador Mazza, denominada "Mal del Chaco argentino". La L. mucocutánea es una enfermedad crónica producida por la L. Brasiliensis, y clínicamente comienza por una pápula o nódulo, en el lugar de la picadura (semejante a la de la L. cutánea); posteriormente por crecimiento excéntrico o a través de los linfáticos alcanza la mucosa oral, nasal o faríngea, provoca lesiones mutilantes en un 5 %. Es importante ante una paciente con esta patología tomar en cuenta las secuelas que ocasionan, alteraciones que puedan poner en riesgo la vida en ciertos casos y para lo cual es necesario tratamiento como el descrito.

P125

## PLASMOCITOMA MÚLTIPLE DE VÍA AÉREA Y OBSTRUCCIÓN TRAQUEAL A PROPÓSITO DE UN CASO

Lutzky, LD.; Rodríguez Jiménez, J.; Rolleri, J.C.; Falcoff, N.

Sanatorio Colegiales - Ciudad Autónoma de Buenos Aires

El plasmocitoma de vía aérea con particular afección de tráquea es una entidad poco frecuente. Presentamos un paciente de 62 años con antecedentes de pólipos supraglóticos tres años previos a la consulta y que desarrolla un cuadro de insuficiencia respiratoria, detectándose una obstrucción traqueal del 80% por un tumor en la luz de la misma que fue resecado con Laser por vía endoscópica. En el mismo procedimiento se observó un tumor distal a nivel carinal con el mismo diagnóstico resecado en un segundo tiempo.