

34° Congreso Argentino de Medicina Respiratoria

Asociación Argentina de Medicina Respiratoria

PO = Poster, CO = Comunicación Oral

13649 PO

DESARROLLO DE ESTRATEGIAS CON EL FIN DE LOGRAR MAYOR ADHESION A LOS PROGRAMAS DE REHABILITACION RESPIRATORIA

DRAGHI, JORGE JUAN ALFREDO; ESCOBAR, LAURA; PEREZ, CAROLINA
Buenos Aires / Argentina

Objetivo: desarrollar táctica, técnicas y estrategias que detecten y prevengan deserción y/o baja adhesión a programas de Rehabilitación Respiratoria.

Material y Métodos: Estudio descriptivo, ago 03 a nov 04, total 50 pacientes con diferentes grados de EPOC, en programa de rehabilitación respiratoria (PRR), Htal. Español Bahía Blanca. El PRR sigue las normas del Consenso Argentino de Rehabilitación Respiratoria. Nuestro PRR establece la intervención de una Lic. en Psicología una vez por semana y eventualmente Programa de Cesación Tabáquica. Las clases se dividen en: Informativo-Educativas: abordan aspectos globales de la EPOC, uso medicación, manejo de exacerbación, etc. Charlas Grupales: abordaje psicosocial de enfermos con EPOC, a cargo de Lic. en psicología. Entrenamiento Físico: Según Consenso Nacional. La observación directa de nuestro equipo, determinó los siguientes problemas, transcurridos 45 días de comenzado el PRR: baja adhesión o motivación a las tareas ordenadas (sobre todo en ausencia del médico), cuestionamiento sobre horarios, retiradas antes de clase, faltas injustificadas, llegadas tarde, falta a las charlas psicosociales. Esto nos llevó a desarrollar estrategias, que fueron implementadas a partir de la 13 clase: Formación de parejas para auto control (medición de Peak-Flow, trabajo en conjunto de la actividad física). Charlas grupales previas a la actividad física. Actividad lúdica específica (profesora de baile caribeño. Se determinó este tipo por el perfil musical y tipo de movimientos). Juegos de Competencia. Salidas del Gimnasio a espacios verdes. Elaboración de un cuestionario anónimo y autodirigido, con opinión, indicando sexo y edad, con el fin de evaluar la actitud previo ingreso y a los 40 días del paciente, para detectar posibles deserciones. Se le asignó un puntaje orientativo cuantitativo: 48 pts. máxima adhesión, 24 pts. moderada adhesión (implica intervención dirigida), 12 pts. baja adhesión (implica intervención y replanteo de la estrategia). La muestra se dividió en dos grupos, por fecha de ingreso y el inicio de nuevas estrategias.

Grupo A: (plan convencional) ago 03-nov 04. Total 25 ptes. 14M-11F. Motivo de Abandono: adicción etílica (1), falta de motivación y negación de su patología (2), creencia de etapa cumplida (4). El total de abandonos fue del 28%.

Grupo B: (con nueva estrategia): May 04-nov 04 Total 25 ptes. 20-F5M. Motivo de Abandono: negación de la enfermedad (1), agravamiento patología cardiovascular (1). Total de abandonos: 8%. Las mediciones arrojaron: odds ratio: 447 índice de confianza: <122-17.76; CHI cuadrado: 6.78; P: 0,0092660.

Conclusión: Las cifras demuestran hasta el momento la efectividad de las estrategias implementadas. La pertenencia a un grupo, actividad lúdica, opinión y reflexión sobre el PRR, han fortalecido la adherencia al mismo.

13682 PO

EVALUACIÓN DE LA REINHALACIÓN DE CO₂ ASOCIADO AL USO DE DISPOSITIVOS ESPACIADORES ENTRE MASCARILLA Y VÁLVULA ESPIRATORIA EN RESPIRADORES VOLUMÉTRICOS

SAMOLSKI, DANIEL; GUELL, ROSA; CALAF, NURIA; ANTON, ANTONI
Barcelona / España

Introducción: el uso de respiradores volumétricos en ventilación no invasiva (VNI) precisa dos elementos fundamentales: la mascarilla y la tubuladura con válvula espiratoria. Es habitual el uso de dispositivos espaciadores entre mascarilla y válvula para una mayor comodidad. Sin embargo, el uso de dicho espaciadores aumenta el espacio muerto y podría interferir en la eficacia de la ventilación si se produce reinhalación de CO₂. No se han realizado estudios que analicen este fenómeno. **Objetivo:** evaluar la presencia de reinhalación de CO₂ con el uso de respiradores volumétricos de VNI en presencia de prolongadores cilíndricos entre mascarilla y válvula espiratoria. **Método:** se estudiaron 5 individuos voluntarios sanos. Se utilizó una mascarilla nasal UltraMirage hermética (ResMed, Australia) a la cual se conectaron sucesivamente prolongadores cilíndricos de volumen creciente (Sin prolongador, 43 cm³, 85 cm³ y 176 cm³). Utilizando un respirador volumétrico Breas PV 501 (Breas medical, Suecia) se efectuaron periodos de VNI (Volumen corriente 8-10 ml/kg, frecuencia respiratoria 16-18 ciclos/minuto, relación I/E 1/2) analizando en forma continua la fracción inspirada de CO₂ (FiCO₂) a través de una sonda colocada en la propia mascarilla y conectada a un analizador de CO₂ paramagnético (NDIR, con respuesta entre 0-10% inferior a 130 milisegundos y precisión de ± 0.05%, Medical Graphics System, USA) Resultados: la reinhalación de CO₂ fue nula con todos los prolongadores cilíndricos utilizados (volúmenes de 0 a 176 cm³).

Conclusiones: en sujetos sanos, el agregado de prolongadores cilíndricos entre mascarilla y válvula espiratoria, durante el uso de VNI con respiradores volumétricos, no genera reinhalación de CO₂.

13683 CO

ANÁLISIS DE LA REINHALACIÓN DE CO₂ EN PACIENTES HIPERCÁPICOS CON DIFERENTES DISPOSITIVOS ESPIRATORIOS UTILIZADOS EN VENTILACIÓN NO INVASIVA

SAMOLSKI, DANIEL; GUELL, ROSA; CALAF, NURIA; CASAN, PERE; ANTON, ANTONI
Barcelona / España

Introducción: la reinhalación de CO₂ es un efecto indeseable de la ventilación no invasiva (VNI). Este fenómeno es consecuencia del uso de circuitos de rama única y depende del tipo de máscara, el nivel de presión y el tipo de puerto espiratorio utilizados. En teoría, la reinhalación puede ser evitada con el uso de dispositivos espiratorios específicos antirreinhalación (DAR) asociados a una EPAP (presión positiva espiratoria) mínima de 6 cm H₂O. Nuestro grupo ha demostrado recientemente que las nuevas máscaras con orificios de fuga controla-

da (OFC) no generan reinhalación en sujetos sanos aun con una EPAP de 4 cm H₂O. A la fecha, no hay estudios que hayan evaluado este fenómeno en pacientes con insuficiencia respiratoria (IR) hipercápnica. **Objetivos:** evaluar la capacidad de las máscaras con OFC para evitar la reinhalación de CO₂ en pacientes hipercápnicos y cuantificar la EPAP mínima necesaria para ello.

Método: se evaluaron 15 pacientes con IR hipercápnica (PaCO₂ 60.1 ± 6.9 mmHg, PaO₂ 50.5 ± 7.3 mmHg) de diferentes etiologías (EPOC, SAHOS, cifoescoliosis, enfermedades neuromusculares, paquipleuritis). Se evaluaron dos mascarillas nasales con OFC distintos (UltraMirage y Mirage, ResMed, Australia) y una con DAR (Mirage sin fuga, ResMed, Australia) y válvula antirreinhalación, Respironics, USA). Utilizando un respirador en modo bi-presión (VPAP III, ResMed, Australia) se efectuaron períodos de VNI con presión inspiratoria fija (IPAP) de 14 cmH₂O y EPAP que varió desde 4 a 10 cmH₂O. Se analizó en forma continua la fracción inspirada de CO₂ a través de una sonda colocada en la propia máscara. **Resultados:** todos los pacientes (6 mujeres y 9 hombres) finalizaron el estudio. Sus características principales eran: edad 74.5 ± 5.3 años, VEF1 0.71 ± 0.17 L (30.6 ± 7.8%). 4 pacientes (26%), todas mujeres, presentaron reinhalación de CO₂ (FiCO₂ 0.2%) al utilizar la máscara con DAR, sin modificaciones de dicho valor aun aumentando la EPAP. 1 paciente (hombre) mostró reinhalación de CO₂ utilizando la máscara con DAR y una EPAP de 4 cm H₂O, situación que se corrigió con el incremento de la EPAP a 6 cmH₂O. Con las mascarillas con OFC y todos los niveles de EPAP evaluados, ningún paciente presentó reinhalación de CO₂. El grupo de pacientes con reinhalación positiva tenían una VEF1 menor (p < 0.05) respecto a los no reinhaladores. Ninguna otra característica (PaO₂, PaCO₂, FVC) fue diferente entre ambos grupos.

Conclusión: Conclusiones: las nuevas máscaras con OFC no generan reinhalación de CO₂ en pacientes con IR hipercápnica. El uso de máscaras con DAR puede favorecer, en este tipo de pacientes, la presencia de reinhalación que no desaparece, en la mayoría del los mismos, aun con el incremento de la EPAP. 1. Samolski D et al. Eur Respir J 2005;26 (S49)

13716 PO

DESARROLLO DE ESTRATEGIAS A FAVOR DE AMBIENTES LIBRES DE HUMO DE TABACO EN ESPACIOS PUBLICOS

DRAGHI, JORGE JUAN ALFREDO; REGUEIRA, GABRIELA; PEREZ, CAROLINA; PASCUAL, LAURA; LUCANERA, GUILLERMO
Buenos Aires / Argentina

Objetivo General: Crear conciencia social a favor de ambientes saludables libres de humo de tabaco, en Bahía Blanca Plaza Shopping. En el centro comercial desarrollan actividades 700 trabajadores, 260.000 visitas mensuales. Frecuencia ponderada estimada 61.000 clientes. Las actividades desarrolladas tuvieron como principal objetivo recolectar información sobre prevalencia de consumo de tabaco, actitudes respecto de ambientes libres de humo y aceptabilidad social del fumar, transmitir mensajes educativos respecto a exposición a humo de tabaco y beneficios de ambientes saludables, Se realizó curso de cesación a fumadores. Se generaron ambientes libres de humo en patio de comidas, cafés y restaurantes. **Medición CO.** Grupo de Estudio: 351 trabajadores y 477 clientes. Fuma habitualmente el 45,3% de los trabajadores y el 27% de los clientes. El 20,2% de los trabajadores afirma que fuman en su puesto de trabajo. **Medición CO Trabajadores Fumadores:** > 23 COppm, de los no fumadores el 30% vive en ambientes fumadores 16 a 22 COppm. **Clientes Fumadores >26 COppm no fumadores en ambientes fumadores 40% 18 a 24 COppm.** Ambientes libres de humo: el 99,4% trabajadores y el 99,8% clientes reconocie-

ron que el humo del cigarrillo es perjudicial para las personas, y el 86,8% de los empleados y el 61,6% de los clientes reconocen perjuicios graves. También el 59,3% de los trabajadores reconoció que debería haber más restricciones de fumar en el lugar de trabajo. El cliente cuando alguien fuma a su lado, el 49,3% se aleja, 35% respeta su decisión, 4,2% pide que lo apague, El 64,1% de los trabajadores afirma que si el centro comercial fuera 100% libre de humo de tabaco, haría que la gente concurriera menos al centro comercial, y el 50,7% cree que esto impactaría en forma negativa en las ventas. El 75,3% de los clientes consideran que debería haber más lugares de no fumar en el shopping: Si el centro comercial fuera 100% libre de humo, sólo el 3,8% de los clientes no iría más Fumadores y no fumadores reconocen que el humo del cigarrillo genera problemas graves sobre la salud y solicitan más restricciones al fumar.

Observaciones. Conclusión: Los datos aportados por la encuesta, nos llevan a la necesidad de desarrollar nuevas estrategias con el fin de disminuir la aceptabilidad social al hábito de fumar.

14310 CO

ADHERENCIA A LA REHABILITACIÓN RESPIRATORIA, SU EFECTO SOBRE LA MORTALIDAD, NÚMERO DE INTERNACIONES Y NÚMERO DE REAGUDIZACIONES

PABLO, DIAZ BALLVE; SARTORE, MARISA; PREVITE, ADRIAN; GREGORIO, MERCEDES; EWDOKIMOFF, NICOLAS; DELVALLE, LORENA; LIOY, DANIELA
Buenos Aires / Argentina

Objetivo: evaluar si la adherencia a un Programa de Rehabilitación Respiratoria (PRR) disminuye el número de internaciones, número de exacerbaciones y mortalidad en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Diseño: Observacional, retrospectivo, comparativo.

Materiales y Métodos: se incluyeron cuarenta y dos pacientes con EPOC que iniciaron el programa de rehabilitación respiratoria en el período comprendido entre abril de 2000 y febrero de 2006. Divididos en dos grupos según cumplieran o no criterio de entrenamiento. Los pacientes del grupo que cumple criterio de entrenamiento (CCE) realizó un PRR de base hospitalaria dos veces por semana en sesiones de dos horas de duración. El grupo que no cumplió criterio de entrenamiento se utilizó como grupo control (NCCE). Se revisaron los reportes de la sección de rehabilitación pulmonar y las historias clínicas de cada paciente incluido, con el fin establecer el número de reagudizaciones, número de internaciones y mortalidad que presentó desde el ingreso hasta la fecha a fin de recolección de datos (01-02-2006).

Resultados: En los datos basales antropométricos y clínicos de ambos grupos no se observaron diferencias. En cuanto al número de reagudizaciones no hubo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (p= 0.439). Si fue significativa la diferencia en el número de internaciones (p= 0.008), donde encontramos una mayor tasa de internación en los pacientes que no adhirieron al tratamiento con respecto al otro grupo. En la variable mortalidad no se observó una diferencia estadísticamente significativa.

	CCE n=20	NCCE n=22	p
n° de reagudizaciones	0.5 (0 - 4)	0 (0 - 3)	0.43
n° de internaciones	0(0 - 2)	1(0 - 5)	0.008
mortalidad	2/20	1/22	0.77

Conclusión: El grupo que adhirió al programa de RR presentó un menor número de internaciones siendo este hallazgo estadísticamente significativo. A pesar de que el número de reagudizaciones no tuvo una diferencia estadísticamente sig-

nificativa si tuvo una tendencia a ser mayor en el grupo CCE, siendo las mismas menos severas ya que la tasa de internación fue menor. Debido al pequeño número de paciente no se observaron diferencias en la mortalidad.

14476 CO

ANÁLISIS NO LINEAL DE LA RESPUESTA AUTÓNOMICA CARDÍACA EN LA EXPOSICIÓN AGUDA A UNA SITUACIÓN DE HIPOXIA HIPOBÁRICA

VIGO, DANIEL EDUARDO; PEREZ CHADA, DANIEL; HUNICKEN, HORACIO; PEREZ LLORET, SANTIAGO; VIDELA, ALEJANDRO; ALMITRANI, EDGARDO; MERCURI, JORGE; ROMERO, RAMON; NICOLA SIRI, LEONARDO; CARDINALI, DANIEL
Laboratorio de Neurociencias, Depto. de Fisiología, Facultad de Medicina, UBA. Instituto Nacional de Medicina Aeronáutica y Espacial, Fuerza Aérea Argentina. Servicio de Neumonología, Hospital Universitario Austral.
CABA / Argentina

Antecedentes: La evaluación de la respuesta autonómica cardíaca en una situación de hipoxia hipobárica revela una disminución global de la amplitud de los componentes lineales de la Variabilidad de la Frecuencia Cardíaca (VFC). No se han encontrado trabajos que hayan analizado indicadores no lineales de corto plazo que cuantifiquen correlación fractal (CoFr) o entropía (SampEn). Estos indicadores presentan valor predictivo para la aparición de arritmias fatales en pacientes coronarios.

Objetivo: Evaluar si los indicadores no lineales de VFC presentan cambios en relación a la exposición aguda a una situación de hipoxia hipobárica.

Material y Método: Se estudiaron 14 pilotos militares que como parte de su entrenamiento habitual realizaron una prueba de hipoxia en cámara hipobárica. La misma consiste en la disminuir gradualmente la presión barométrica mientras el piloto recibe oxígeno por máscara, hasta una presión equivalente a una altura de 27.000 pies. Luego de unos minutos, se interrumpe el flujo de O₂ hasta que el piloto manifiesta el primer síntoma de hipoxia, controlándose la saturación de oxígeno mediante un oxímetro de pulso. Se registró la duración del intervalo RR durante toda la prueba mediante un Holter Cardíaco Holtech HCAA 348.1 (Servicios Computados S.A., Buenos Aires, Argentina). Se cuantificaron indicadores lineales y no lineales de VFC a 27.000 pies antes (pre), durante (hip) y después (pos) de la interrupción del flujo de oxígeno, comparando diferencias mediante un test de ANOVA de medidas pareadas.

Conclusión: Resultados: Se observó una disminución de los componentes lineales de la VFC, asociada a las siguientes modificaciones en los indicadores no lineales: CoFr (media ± ES): pre: 1.37 ± 0.06; hip: 1.12 ± 0.13; pos: 1.33 ± 0.06; p: 0.104. SampEn (media ± ES): pre: 1.08 ± 0.08; hip: 1.42 ± 0.14; pos: 1.25 ± 0.07; p: 0.035.

Discusión: El patrón observado (disminución de la variabilidad lineal asociado a un aumento de entropía) es similar al observado en pacientes coronarios que poseen mayor riesgo de fibrilación ventricular y puede reflejar alteraciones tempranas en el mecanismo de regulación autonómica del ritmo sinusal presentes durante la hipoxia.

14492 PO

TOS CRÓNICA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD POR VIH: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

GUZMAN, MARIO; GILARDI, LEONARDO; MATTA, DANIEL; AGUIRRE, MARINA; MENDEZ, NATALIA; GÓMEZ, JULIANA; LOURTAU, LEONARDO; PRIGIONI, ALEJANDRA
CABA / Argentina

Introducción: la tos crónica es una causa frecuente de consulta en la práctica diaria, existiendo protocolos diagnósticos y tera-

péuticos detallados para su enfoque. Se presentan dos pacientes jóvenes que consultaron por tos crónica refractaria, en los cuales la sospecha de VIH fue tardía y con desenlace fatal.

Caso 1: mujer de 41 años, oriunda de Salta. Consultó de inicio por tos seca de 8 meses de evolución, congestión nasal, goteo postnasal, epigastralgia, pirosis, pérdida ponderal y astenia. El examen físico y las imágenes del tórax no fueron relevantes. La espirometría reveló obstrucción leve sin respuesta a broncodilatadores. Persistió sintomática con periodos de mejoría, debiendo ser a posteriori internada por deterioro del estado general con recrudescimiento de la tos y síntomas asociados. Tras descartarse H.capsulatum, Aspergillus, C.imitiis, P. brasiliensis y patología autoinmune, la serología para VIH fue positiva. La paciente presentó rápida progresión, requiriendo asistencia respiratoria mecánica. El BAL y la biopsia transbronquial fueron negativos para gérmenes comunes, micobacterias, hongos, P. jiroveci (antes P. carinii), incluyendo IF para CMV. Si bien fue tratada con ampicilina/sulbactam, ciprofloxacina y cotrimoxazol, la paciente falleció.

Caso 2: varón de 41 años oriundo de Buenos Aires. Consultó inicialmente por tos seca a predominio nocturno de 2 meses de evolución sin fiebre ni disnea. Examen físico: algunos ronci aislados. Laboratorio: leucocitosis leve. Espirometría: obstrucción leve sin respuesta a broncodilatadores. La radiografía de tórax fue normal. Se inició salmeterol/fluticasona sin mejoría de la tos. Al referir pirosis y epigastralgia se solicitó endoscopia digestiva: antritis erosiva con H. pylorii positivo; al ser tratado, la tos mejoró pero sin desaparecer. Poco después reapareció la tos, asociada a fiebre con predominio nocturno. La radiografía de tórax fue normal; la TAC mostró un infiltrado apical derecho. El esputo seriado fue negativo. Se inició tratamiento con amoxicilina/sulbactam sin respuesta, evolucionando con deterioro general y fiebre persistente. Espirometría: patrón obstructivo con FVC del 69%. Laboratorio: VSG 54 mm. Una nueva TAC mostró infiltrado en vidrio esmerilado bilateral. Se internó, realizándose test para VIH positivo. Por broncoscopia se rescató P.jiroveci, siendo los cultivos para M. tuberculosis negativos. Pese al tratamiento con cotrimoxazol, corticoides sistémicos, ampicilina-sulbactam y ciprofloxacina, evolucionó tórpidamente, requiriendo ARM y falleciendo al 10mo día de internación.

Conclusión: remarcamos la necesidad de considerar a la tos crónica no explicada como forma de presentación de la enfermedad por VIH en adultos jóvenes.

14533 PO

NEUMONIA ORGANIZADA CRIPTOGENÉTICA (COP) DE EVOLUCIÓN FATAL

GUZMAN, MARIO; LEBERSZTEIN, GABRIEL; MORENO, INES; CASTELLO, LEDDA; JIMENA, GARZON; GRINBERG, MARIANA; CASTIGLIONE, TERESA
CABA / Argentina

La neumonía organizada es una entidad poco frecuente caracterizada histológicamente por la presencia de tapones de tejido de granulación en la pequeña vía aérea, con extensión a los espacios alveolares y alvéolos. Un cuadro clínico subagudo con tos seca, malestar general y disnea con una excelente respuesta a los corticoides. Si bien existen formas secundarias a una gran variedad de etiologías, la forma criptogenética (COP por sus siglas en inglés) es la más frecuente.

Se presenta un caso de COP de curso subagudo y evolución fatal pese a tratamiento inmunosupresor.

Mujer de 65 años. Antecedente de hipertensión arterial tratada con enalapril. En diciembre de 2004 presenta tos seca pertinaz a lo que dos semanas más tarde se suma disnea inicialmente de grandes esfuerzos haciéndose progresiva hasta mínimos esfuerzos (vestirse). Recibió medicación sintomática para

la tos (acetilcisteína, dextrometorfano, loratadina) sin respuesta. En marzo de 2005 es internada con diagnóstico de neumonía. Se trata con Ampicilina-sulbactam por 10 días con leve mejoría. Se presentó a la consulta de neumonología en abril de 2004 refiriendo disnea de mínimos esfuerzos y tos seca. Negaba fiebre y pérdida de peso. Al examen físico presentaba rales inspiratorios bibasales secos. La saturación de oxígeno era 92% al aire ambiente y 85% luego de un ejercicio ligero (caminar 30 metros). En la radiografía de tórax se observaban infiltrados de aspecto alveolar bibasales. Se interna. En la tomografía de tórax se observaban infiltrados parcheados bilaterales de predominio basal y subpleural. Laboratorio: hematocrito 37%, Leucocitos 7800 (68% Neutrófilos) VSG 45 mm/h, creatinina 0,9 mg/dL, hepatograma normal, orina normal. PaO₂ 60 mmHg y PaCO₂ de 36 mmHg en sangre arterial respirando aire ambiente. FAN, antiDNA, factor reumatoideo, ANCA negativos. HIV negativo. Se realizó fibrobroncoscopia. La biopsia transbronquial mostró un cuadro histológico compatible con COP y áreas de daño alveolar difuso. Se iniciaron pulsos de metilprednisolona. Evolucionó con empeoramiento de la disnea e insuficiencia respiratoria que requirió asistencia respiratoria mecánica. Se iniciaron pulsos de ciclofosfamida. La paciente falleció luego de 15 días de internación.

Conclusión: Si bien la COP suele responder rápidamente al tratamiento con corticoides sistémicos, un pequeño porcentaje como el caso que se presenta son no respondedores. La demora diagnóstica y la presencia de áreas de daño alveolar difuso en áreas de la biopsia denotando un cuadro histológico más agresivo pueden haber sido los condicionantes de la evolución de nuestra paciente.

14534 PO

GRANULOMATOSIS DE WEGENER LIMITADA PRESENTÁNDOSE COMO MASA PULMONAR CAVITADA

GUZMAN, MARIO; JOLLY, ENRIQUE; AVAGNINA, ALEJANDRA; CEJAS, CARLOS; LEBERSZTEIN, GABRIEL; MOREND, INES; RIVERO, MARIANO
CABA / Argentina

La Granulomatosis de Wegener es una vasculitis granulomatosa necrosante que afecta las vías respiratorias superiores, inferiores y los glomérulos renales. Se trata de una enfermedad poco común de etiología desconocida de curso fatal sin tratamiento adecuado.

Caso Clínico: Varón de 38 años. Ex tabaquista fumó 9 años 10 cig/día. Cesación a los 25 años. Buen estado de salud previo. En diciembre de 2005 inicia el cuadro con dolores osteomusculares difusos presentando dolor y tumefacción en muñeca, manos y pies sin compromiso articular. El cuadro fue progresando hasta impedirle caminar. No presenta fiebre. En febrero 2006 presenta ptosis palpebral izquierda.

Laboratorio 30/01/2006: hematocrito 41%, leucocitos 10600/mm³ (65% neutrófilos) VSG 51 mm/h, urea 38 mg/dL, creatinina 0.9 mg/dL, uricemia 6.3 mg/dL, factor reumatoideo 1/128 PCR 1/16, FAN y AntiDNA negativo, orina con leucocitos. 15 a 25 por campo. En la radiografía de tórax presentaba imagen de masa en campo medio derecho. TAC de tórax 06/02 masa ovoide de 50 por 41 mm de aspecto sólido con cavitación en su interior. A su alrededor se observaba vidrio esmerilado. Había otras imágenes nodulares en pulmón derecho. En mediastino se observaban adenomegalias en espacio retrocaudal pretraqueal derecho. Centellograma óseo: Normal. RMN encéfalo Normal. CPK 57 Aldolasa 8.5. IFI para hidatidosis negativo. Se inició meprednisolona 16 mg día. Presentó mejoría notable de los síntomas pero sin desaparición total.

Espirometría 10/02 patrón restrictivo leve. Se realizó PAAF del nódulo y broncoscopia negativo para células neoplásicas.

El 13/03 Se realiza nueva TAC que muestra ligera disminución del tamaño y cambios en la forma de la masa.

Se realizó biopsia toracoscópica que informa lesiones compatibles con enfermedad de Wegener. Se recibe en diferido resultado de ANCA C positivo. Se decidió iniciar tratamiento con ciclofosfamida 100mg por día vía oral, meprednisolona 60 mg día, isoniacida 300 mg día y trimetoprima-sulfametoxazol 1 comprimido por día. El paciente evoluciona favorablemente con mejoría de los síntomas sistémicos y disminución del tamaño de la lesión pulmonar. Luego de 2 meses de tratamiento se rota a metotrexate 7,5 mg semana con aumento progresivo de la dosis a 22,5 mg/semana con buena tolerancia.

Conclusión: La forma pulmonar de la granulomatosis de Wegener debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes jóvenes que se presentan con masa pulmonar.

14545 CO

EFFECTO DEL TRATAMIENTO CON BUDESONIDA Y MONTELUKAST SOBRE LA CELULA BRONQUIOLAR DE CLARA EN UN MODELO DE ASMA CRONICA

ROTH, FELIX; QUINTAR, AMADO; URIBE ECHEVARRIA, ELISA; AOKI, AGUSTIN; MALDONADO, CRISTINA
Córdoba / Argentina

El epitelio respiratorio cuenta con mecanismos de defensa que lo protegen de agresiones provenientes del medio externo; uno de los componentes involucrados en este proceso es la célula bronquiolar de Clara (CC). Resultados previos de nuestro grupo demostraron que en un modelo de asma experimental, las CC responden tempranamente en forma característica, incrementando la producción de su principal producto secretor, la proteína CC16, inhibidora de la migración de neutrófilos y fosfolipasa A2.

Objetivos: 1-Analizar el efecto de la exposición crónica a la inflamación alérgica sobre las CC y la expresión de CC16, y parámetros inflamatorios tales como niveles de TNF α TGF β 1 y el patrón celular de lavado broncoalveolar (LBA). 2-Evaluar si los efectos observados frente a la exposición crónica son reversibles mediante el tratamiento posterior con budesonida o montelukast. Se emplearon cinco grupos de ratones BALB/c: Agudo: animales sensibilizados con ovoalbúmina (OVA) y sometidos a aerosol de OVA durante 6 días; Crónico: animales sensibilizados y expuestos a OVA por 30 días. Budesonida (BUD): grupo crónico tratado posteriormente con BUD durante 7 días. Montelukast (MK): grupo crónico tratado posteriormente con MK por 7 días; y Control: animales aerosolizados con solución fisiológica.

En el grupo control, las CC presentaron aspecto típico con forma de domo y gránulos electrodensos positivos para CC16. En el grupo Agudo se observaron CC hipertróficas con marcado incremento del número y tamaño de gránulos inmunomarcados para CC16, con débil expresión de Muc5Ac. El grupo Crónico mostró CC con fenotipo similar al de células caliciformes; la detección de CC16 en CC y BAL disminuyó sensiblemente al comparar con el control y grupo Agudo; la localización de Muc5Ac denotó mayor intensidad respecto al grupo Agudo; el porcentaje de neutrófilos y los niveles de TGF β 1 en BAL, también aumentaron. El tratamiento con BUD y MK produjo resultados similares sobre las CC, que recuperaron su morfología y nivel de expresión de CC16, revirtiendo la metaplasia mucosa. A diferencia de BUD, MK redujo el número de neutrófilos en LBA y los niveles de TNF α con mayor efectividad.

Conclusión: Estos resultados evidencian que, si bien las CC responden tempranamente activando sus mecanismos de defensa, la inflamación persistente provoca diferenciación de las CC a un fenotipo mucoso con pérdida de la capacidad de pro-

ducir de CC16 y consecuente aumento de neutrófilos, lo cual repercutiría en la capacidad de respuesta antiinflamatoria del epitelio respiratorio. MK revirtió los cambios morfofuncionales de las CC en forma similar al corticoide inhalado a pesar de carecer de efectos directos sobre la CC. Probablemente como consecuencia de la eficiente reducción de los parámetros inflamatorios.

14561 PO

ENCUESTA SOBRE DESEMPEÑO DOCENTE A ALUMNOS DE MEDICINA INTERNA, ROTACIÓN NEUMONOLÓGIA, UBA

GONZALEZ, CLAUDIO D; SIVORI, MARTIN L; PASCANSKY, VICTOR D; JAJATI, MONICA; SAENZ, CESAR B
CABA / Argentina

No existen comunicaciones sobre encuestas a alumnos que cursan Neumología en el ámbito de hospitales del GCBA.

Objetivos: conocer la opinión de los alumnos sobre el dictado de la materia Neumología en nuestra Unidad.

Material y Métodos: entre 1998-2006, 121 alumnos contestaron una encuesta con los siguientes resultados.

Resultados: se listan en la siguiente tabla.

Dictado de la materia	Muy bueno: 64% (78/121), excelente: 13.2% (16/121) y bueno: 10.7% (12/121).
Contenidos	Completos, 84.2% (102/121), incompletos o inadecuados, 15.8%.
Estrategias de enseñanza	
1. Exposiciones	Adecuadas: 85% (103/121).
2. Métodos de casos	Útil: 95%.
3. Trabajos Prácticos	Adecuados: 67% (79/117).
4. Monografías grupales	Adecuadas: 87% (105/121).
Recursos didácticos	Uso adecuado, 72%.
Bibliografías	Un 71% de la muestra la consideró adecuada

Conclusión: Se reconocieron los valores actitudinales docentes y el nivel académico del dictado, la claridad conceptual y las presentaciones sistemáticas de las clases, con especial interés por los prácticos de Laboratorio Pulmonar y Radiología. En cambio, encontraron falencias en los prácticos por excesivo número de alumnos, algunas clases muy prolongadas y dificultades en la selección de información para la monografía.

Los resultados son satisfactorios, especialmente en lo relacionado con las actitudes de los docentes y su nivel académico, el cumplimiento de contenidos y objetivos específicos, las estrategias empleadas y la utilización de recursos didácticos.

14564 PO

RESPUESTA CLÍNICA A CICLOFOSFAMIDA EN UN PACIENTE CON FIBROSIS INTERSTICIAL DIFUSA POR SILICOSIS. REPORTE DE UN CASO

GONZALEZ, CLAUDIO D; LEGARRETA, GUILLERMO
CABA / Argentina

No se ha reportado el uso de ciclofosfamida en pacientes con fibrosis pulmonar por silicosis. Nuestra experiencia trata de un paciente de 64 años, no fumador, pulidor de bronce y aluminio y cortador de vidrios durante 20 años. Consulta por disnea CF II-III. Se realiza biopsia transbronquial que informa "fibrosis nodular con antracosis y cristales birrefringentes con luz polarizada, compatible con silicosis pulmonar".

FVC 2.90 (59%), FEV1 2.42 (62%) y FEV1/FVC 68%. Rutina normal.

Gasometría de reposo normal con desaturación en la marcha hasta 84%. Se indican oxigenoterapia para deambular y controles.

TAC con signos inequívocos de fibrosis pulmonar y DLCO 15.11 ml/min/mmHg (41%), DL/VA 3.5 (75%) y VA 4.23 (55%).

Dos meses más tarde, FVC 2.52 L (51%) por lo que se decide iniciar tratamiento con meprednisona 50 mg/azatioprina 100 mg/día. Tres meses después, FVC 2.57 (52%). Desarrolla glaucoma, que es controlado con medicación.

A 9 meses de tratamiento: FVC 2.48 (50%) y FEV1 2.08 (53%). TAC con mayor panalización y formación de pseudoquistes. A los 11 meses de tratamiento, FVC 2.23 (45%), FEV1 1.80 (45%) y DLCO 11.35 ml/min/mmHg (31%) DL/VA 3.16 (67%), VA 3.60 (47%).

Por caída de FVC y DLCO significativas se inicia ciclofosfamida EV en dos pulsos consecutivos al mes, a razón de 1.5 mg/kg. y continúa con oxigenoterapia para deambular.

Mejoría subjetiva, no efectos adversos y al 6° mes FVC 2.45 (49.8%) y FEV1 1.75 (44%). Al 9° mes: DLCO 14.20 ml/min/mmHg (40%), DL/VA 4.75 (101%) y VA 2.99. Al cumplir 18° mes se decide suspender tratamiento.

A 26 meses postratamiento (mayo 2006), TAC con panalización, y DLCO 15.4 ml/min/mmHg (54%), DL/VA 3.42 (90%) y VA 4.85 (60%) con gasometría basal normal y uso de oxígeno para deambular.

Conclusión: El uso de ciclofosfamida EV podría ser útil en pacientes con fibrosis pulmonar por silicosis con fracaso al esquema esteroides-azatioprina, aunque estos resultados deberían ser evaluados en nuevos estudios randomizados y controlados sobre un mayor número de pacientes.

14569 CO

FIABILIDAD DE LA TELEMEDICINA PARA EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

COMA DEL CORRAL, MARIA JESUS; TERAN SANTOS, JOAQUIN; ALONSO ALVAREZ, MARIA LUZ; CORDERO GUEVARA, JOSE; ALLENDE DEL RIO, MARTA; JUARROS MARTINEZ, SANTIAGO
Burgos / España

Objetivo: valorar la factibilidad y la fiabilidad de la poligrafía respiratoria a distancia en el síndrome de apnea de sueño (SAHS), la utilidad y satisfacción de la teleconsulta.

Metodología: De 80 pacientes con sospecha SAHS, un grupo de 40, recibió una poligrafía respiratoria domiciliar, y teleconsulta mediante videoconferencia.

Otros 40 pacientes fueron estudiados con poligrafía respiratoria a distancia, transmitida en tiempo real a la Unidad de Sueño de Burgos, distante 80 km. El sistema de transmisión consistía en la conexión de dos equipos informáticos en una red mediante protocolo IP, que permitía la transmisión de los datos poligráficos, imágenes y sonidos durante el estudio. Además de ser transmitidos en tiempo real, los datos eran almacenados en el polígrafo, y trasladados físicamente y volcados en el ordenador local más tarde. Los datos fueron analizados de forma ciega y no consecutiva por el mismo observador. Valoramos la correlación entre datos transmitidos y almacenados. La satisfacción del paciente, fue analizada mediante cuestionario. Resultados: Se estudiaron un total de 62 varones (77.5%) y 18 mujeres (22.5%), de 53,2 ± 10 años, con IMC de 29,6 ± 5 y somnolencia en Epworth de 10,5 ± 5.

El grupo de pacientes estudiados a distancia, eran 29 hombres, y 11 mujeres. Un registro resultó no válido. Se diagnóstico SAHS en 34 pacientes (87%), y se descartó en 5 (12,8%) con un índice de correlación (Kappa) de 1. La tabla adjunta expresa el coeficiente de correlación intraclase entre el registro recibido por vía telemática y el registro almacenado en el polígrafo.

Respecto de la satisfacción, en la valoración global del paciente de la seguridad en el diagnóstico y tratamiento recibido en el estudio convencional y el telemático, no había diferencias

significativas entre ambas modalidades. Los pacientes valoraron el procedimiento a distancia más cómodo que el convencional.

	Vía Telemática	Volcado Polígrafo	Coefficiente de correlación (IC 95%)
Eventos respiratorios	286,7 ± 187	286,6 ± 166	0,94 (0,88-0,96)
RDI: índice de eventos respiratorios/hora	36,5 ± 21	32,9 ± 21	0,97 (0,95-0,98)
Sat media de O ₂	91,9 ± 3	91,7 ± 3	0,97 (0,94-0,98)
CT 90%: tiempo de saturación de O ₂ < 90	19,7 ± 28	19,9 ± 98	0,98 (0,97-0,99)
Tiempo estudio	475 ± 52	524 ± 27	0,51 (0,24-0,71)

Conclusión: El sistema telemático es técnicamente factible, válido, fiable, seguro para el estudio y tratamiento del SAHS y confortable para el paciente. La teleconsulta mediante videoconferencia es segura y bien valorada.

14578 PO

ESTUDIO PROSPECTIVO, CONTROLADO Y ALEATORIZADO SOBRE MORFINA ORAL VERSUS MIDAZOLAM ORAL EN LA MODIFICACION DE LA PERCEPCION DE LA DISNEA EN PACIENTES AMBULATORIOS CON CANCER

NAVIGANTE, ALFREDO; CASTRO, MONICA; CERCHIETTI, LEANDRO
CABA / Argentina

La disnea es un síntoma multidimensional que resulta de la combinación sensación y percepción. La percepción surge luego de la integración cortical de las sensaciones. Si bien las bases neurofisiológicas de las sensaciones de disnea no son claras, intervienen estímulos de quimio y mecanoreceptores. En aquellos pacientes (pts) con cáncer en los cuales el control de los estímulos que originan las sensaciones (tumor primario, metástasis, derrame pleural, caquexia, etc) no es posible o efectivo o identificable, la modificación de la percepción ofrece una alternativa al control del síntoma. Con ese objetivo nuestro grupo viene utilizando Morfina, la cual, si bien efectiva, resulta de difícil implementación en pacientes ambulatorios sin otra sintomatología. En un trabajo previo demostramos que la administración concomitante de Midazolam contribuye al efecto terapéutico de la Morfina.

Ahora nos proponemos determinar si el Midazolam puede ser una alternativa efectiva y segura a la Morfina en pacientes ambulatorios con cáncer y disnea.

Se aleatorizaron 50 pts con cáncer avanzado y disnea moderada a severa, en dos grupos de tratamiento. Un grupo recibió Midazolam oral (MDZ) y otro Morfina oral (MO) en forma simple ciego. Se implementó un esquema de escalamiento rápido de dosis, comenzando con 2 mg para MDZ y 3 mg para MO, con incrementos de un 25% de la dosis cada 30 minutos hasta lograr alivio del 50% o más del síntoma. Si luego de dos incrementos la disnea no aliviaba y/o aparecían efectos adversos (EA), el paciente era excluido del estudio y considerado "falla terapéutica". Si la disnea aliviaba al menos un 50%, los pacientes eran medicados con ese nivel de dosis cada 4 horas más rescates según necesidad. Los pacientes fueron evaluados por 5 días utilizando la escala de disnea de Borg (0 a 10), número de episodios de disnea aguda (NEDA), necesidad de rescates, saturometría y EA.

Cuarenta y ocho pacientes completaron el estudio, mientras que un pte de cada grupo no lo hicieron. Veinticuatro pacientes recibieron MO y 26 MDZ (mediana de disnea Borg: 9 para MO y MDZ). Los pacientes medicados con la dosis basal fueron 8 y 17, con el primer escalón 12 y 7; y con el segundo escalón 4 y 2; para los grupos MO y MDZ respectivamente.

La intensidad de disnea (mediana) fue: 6 y 5 (día 2), 7 y 4 (día 3), 6 y 3 (día 4), 6 y 4 (día 5), para MO y MDZ respectivamente ($p < 0.05$ en todas las comparaciones).

Los NEDA (media) fueron: 1.3 y 0.9 (día 2), 1.5 y 0.9 (día 3), 1.6 y 1 (día 4), 2 y 0.7 (día 5), para MO y MDZ respectivamente ($p < 0.04$ para día 5).

Se registraron 44 episodios de EA (53% en el grupo MO). No se registraron cambios en la saturometría.

Conclusión: Midazolam es seguro y efectivo en la modificación de la percepción de la disnea en pacientes ambulatorios con cáncer avanzado.

14619 CO

POLISOMNOGRAFÍA ANALIZADA POR WAVELETS-ACTIVACIÓN SINCRÓNICA ELECTROENCEFALO Y ELECTROCARDIOGRAFICA

BLANCO, SUSANA; SALA, HERNANDO; SMURRA, MARCELA
CABA / Argentina

Introducción: Hasta la actualidad, los eventos respiratorios en el Síndrome de Apneas Hipopneas del Sueño (SAHS) se relacionan con activación cortical (evidenciable en la Polisomnografía) y autonómica (no visible) que requiere registro con métodos de detección accesorios a la polisomnografía.

Objetivo: Establecer si la aplicación de un método matemático dinámico al trazado polisomnográfico permite identificar la asociación de frecuencias del electroencefalograma (EEG) y del electrocardiograma (ECG) en respuesta a eventos respiratorios.

Material y Método: Se seleccionaron los trazados polisomnográficos de un total de 22 pacientes con SAHS (10 pacientes con SAHS leve-moderado, 12 con SAHS severo) y 3 de pacientes sin SAHS. Para establecer la relación entre la activación cortical (microdespertares) y el electrocardiograma, procedimos a analizar ambas señales obtenidas en forma sincronizada y a la misma frecuencia de muestreo. Se seleccionaron porciones correspondientes a la Fase II de sueño. El método matemático utilizado consistió en una descomposición en bandas wavelets de la señal EEG correspondiente a las derivaciones C3-AA C4-AA y de la señal ECG. Para el estudio efectuado, las frecuencias EEG de interés son las comprendidas en la banda alfa. Por otra parte similar descomposición se llevó a cabo sobre la señal ECG. Para esta señal todas las bandas de frecuencia fueron tomadas en consideración, para correlacionarlas con la banda alfa electroencefalográfica.

Resultados: El patrón de sincronización más evidente se produjo entre la banda ECG correspondiente a la descripción del complejo QRS (90-180 ms) y la banda alfa EEG.

La Transformada de Fourier de dicha correlación mostró la frecuencia de sincronización entre ambas señales para todos los pacientes analizados. Observamos que existe una correlación lineal ($r^2 = 0,8$) entre la frecuencia de micro despertares (medida en microdespertares/hora) y la frecuencia de máximos de la correlación entre la banda alfa EEG y la banda rápida ECG. Estas frecuencias representan tiempos de sincronización entre los 1.5 y 2.8 segundos según los casos.

Por arriba de un punto de corte en 40 micro despertares/hora se agrupó la población que presentaba actividad miocárdica significativa.

Conclusión: 1. La aplicación de un método matemático complejo de análisis de señales permite evidenciar por primera vez que una significativa actividad autonómica es detectable en el trazado polisomnográfico. 2. Cuando el nivel de fragmentación del sueño es alto, aparece activación miocárdica significativa. 3. La utilización de wavelets permite detectar frecuencias y sus rangos de sincronía en señales biológicas probablemente asociadas.

14668 PO**CUERPO EXTRAÑO ENDOBRONQUIAL CRÓNICO SIMULANDO UN NODULO PULMONAR**

NAHABEDIAN, SUSANA; DURE, ROBERTO; ORTIZ NARETO, ALVARO; CARBONE, MIRTA; MALDONADO, MIRTA; KASSABIAN, SILVIA
Buenos Aires / Argentina

Introducción: Se presenta un caso de aspiración crónica de un diente posterior a intubación endotraqueal, simulando un nódulo pulmonar.

Casos clínicos: Pte de 60 años tabaquista severo, EPOC, en el año 2003 fue internado en UTI por reagudización de su EPOC siendo intubado, y luego traqueostomizado queda con una estenosis traqueal con obstrucción del 70%, que no requirió tratamiento. En el año 2004 es internado por un absceso pulmonar complicado con empiema, se le realizó TAC de tórax imagen cavitada que fue interpretada como un absceso pulmonar y derrame, fue sometido a una toracotomía. Consulta el 15/04/2006 en Neumonología del HIGA Evita derivado de otra institución con RX TX digital patológica del 22/03/06 (imagen nodular basal derecha, imagen cálcica) interpretada como nódulo pulmonar de etiología maligna. El 17/04/06 se realiza RXTX donde se evidencia una imagen compatible con un diente. Re interrogando al Pte en el año 2003 cuando fue intubado perdió un diente. Se realiza FBC: granuloma en segmentos basales del lóbulo inferior derecho, no permitiendo ver el cuerpo extraño. TAC de tórax 17/04/2006 (imagen cálcica correspondiendo al diente, nódulo, dilataciones bronquiales). Se deriva al Hospital Muñiz con el fin de extraer el diente endoscópicamente y evitar una cirugía torácica por los riesgos de la misma. En una primera instancia se reseca el granuloma y en un segundo paso se extrae el diente.

Conclusión: Aproximadamente el 60% de los cuerpos extraños aspirados accidentalmente van al aparato digestivo y el otro 40% a vías aéreas superiores, y de estos el 80% y 90% se localizan en bronquios derechos, dando complicaciones tardías como neumonías de lenta resolución, abscesos pulmonares, bronquiectasias, hemoptisis, granulomas, pnoneumotórax, y lesiones sospechosas de neoplasias malignas; El curso subsecuente de los eventos dependerá de la naturaleza, forma y tamaño del objeto. En el caso presentado tras la intubación endotraqueal en la emergencia, accidentalmente se sacó el diente siendo aspirado, pasó desapercibido por los médicos que lo asistieron, con evolución tórpida (supuración pulmonar, empiema) hasta formar el granuloma.

Se requiere de un alto índice de sospecha clínica para realizar el diagnóstico cuando las complicaciones son tardías. La broncoscopia rígida ha sido el procedimiento tradicional de elección para extraer los cuerpos extraños en vías aéreas, ya que permite un buen control de las mismas, una excelente visualización y una mejor capacidad de aspirar secreciones.

Es de rescatar el importante valor de la endoscopia rígida en la extracción de cuerpos extraños, por personal médico eficientemente entrenado, ya que en el caso expuesto se evitó el riesgo quirúrgico.

14672 PO**MYCOPLASMA PNEUMONIAE DE LA TROMBOCITOPENIA AL SHOCK SÉPTICO**

ZUKER PEDERNA, EDUARDO MARTIN; ALLONES, ADRIANA; RUIZ, FABIANA; FREIRE, PABLO; PERRETA, FERNANDO; ORTIZ, MARCELO; GIGLIO, DIEGO; ZURITA, EDUARDO; PORJOLOWSKY, SERGIO; FUSCO, CRISTIAN; BERNAECHEA, PAULA
Buenos Aires / Argentina

El *Mycoplasma Pneumoniae* es una bacteria que no siempre es tenida en cuenta a pesar del alto grado de morbilidad que provoca en niños y adultos, inclusive infecciones graves que

requieran hospitalización, y pueden afectar a varios órganos; Los comúnmente afectados son: Sistema Nervioso Central, Renales, Dérmicos, Gastrointestinales, Hematológicos, descripto Anemia Hemolítica, y solo un caso de Trombocitopenia. cita: *Mycoplasma-Pneumoniae-Induced Thrombotic Thrombocytopenic Purpura* E. Bar Meira, and col. A. *Haematologica* 2000;103:112-115

H. M: 63 años, femenina, con antec. de melena hace 3 semanas, 4 días de cefalea, astenia, esquimosis miembros inferiores. Tabaquismo. Úlcera gástrica en tto. con Omeprazol 20mg/día. Laboratorio Agosto 2005: Normal. Ecografía: Ptosis Renal Derecha.

Ingreso a guardia 19/1/06: Lúcida, orientada, afebril, pálida, esquimosis en muslos, piernas, codos y paraesternal derecha. Hipoventilación generalizada, sibilancias generalizadas, rales crepitantes a predominio derecho.

Laboratorio: Hto 19; Rto Bcos 10200; T.P. 45%, Kpft 38 seg. RIN 1,93; Plaquetas 32000/mm³; Glu 116; Urea 33; Creat 0,7; Bt 1,7 FAL 1001 TGP 25, TGO 52; orina cel 1-2 cpo; Leuco 2-4 cpo.; Hematies 1-2 cpo.; Se interpreta como Purpura Trombocitopénica y comienza con Deltisona 40 mg día. 20/1/06 Ingreso a UTI: Disnea Progresiva, hipoventilación generalizada, rales crepitantes. E.A.B. Ph 7,46; pCO₂ 57; 1; pO₂ 30,7; Sat. 49,9%. Pla_q 24000 T.P. 40 seg; Bcos 11.900. Ingresa a ARM. 21/1/06 Evolucion a hipotensa, oligúrica, con acidosis metabólica Ph 7,30; requerimiento ARM; Inotrópicos (Dopamina 8 gammas/kilo), se policultiva y comienza con Ampisulbactam, Ciprofloxacina. Se reinterroga epidemiología positiva para *Leptospira*, *Hantavirus* y/o *Mycoplasma*, se remiten muestras al Htal Malbran. Se transfunden plaquetas. Gl. Rojos y Plasma. Evolucion a Disfunción Orgánica Múltiple. Diag. Dif.: Vasculitis, Hemorragia Pulmonar Infecciosa. 25/1/06 Se recibe serología *Hantavirus*, *Leptospira* negativas; LDH 2164. 28/1/06 Mini Bal positivo *Stafilococo* coagulasa neg.; continua SDR PO₂/FiO₂ 156. 30/1/06 Mala evolución PO₂/FiO₂ 60,8 Inotrópicos a altas dosis. Se recibe informe de *Micoplasma* positivo Laboratorio Htal. Dr Malbrán (Ig M por Inmunofluorescencia). 31/1/06 Ecografía: Hígado aumentado de tamaño, bazo aumentado de tamaño. Pequeño derrame pleural derecho. Sufre parocardiorespiratorio y fallece.

Conclusión: El *M. Pneumoniae* es un agente etiológico poco pensado. No se realiza serología frecuentemente, puede afectar a varios órganos directa o indirectamente. A pesar de un tratamiento empírico inicial adecuado, puede evolucionar torpidamente. La forma trombocitopénica es infrecuente, pero existe y es una forma grave.

14676 PO**INFILTRADOS PULMONARES (IP) EN PACIENTES CON CANCER**

DIAZ COUSELO, FERNANDO; MORERO, JOSE; SANCHEZ, FLAVIO; DICTAR, MIGUEL; ZYLBERMAN, MARCELO
CABA / Argentina

Antecedentes: La aparición de IP en pacientes (P) con cáncer es una complicación frecuente, potencialmente fatal, que requiere un rápido diagnóstico y tratamiento.

Objetivos: Primario: evaluar las causas de IP en P con cáncer. Secundarios: evaluar una metodología diagnóstica en etapas de complejidad creciente; conocer el requerimiento de UTI, ARM y mortalidad (M) y estudiar la correlación entre los hallazgos de la Rx y TC. Diseño: prospectivo, observacional.

Material y Método: Se incluyeron en forma consecutiva todos los nuevos IP en P con cáncer internados en el Instituto Alexander Fleming. Los IP se clasificaron en extrahospitalarios (EH) o intrahospitalarios (IH). Se agrupó a los P en neutropénicos (N) o no (NNeu), tipo de tumor (sólido: TS) o hematológico: (OH) y tratamiento (químico, radio o control) al momen-

to del IP. Se registró tipo de IP, ingreso a UTI, ARM y estado al alta. Se establecieron tres etapas diagnósticas: 1ª: Rx, TC, serologías y cultivos (sangre y esputo); 2ª: FBC con BAL, aspirado traqueal (AT), miniBAL y biopsia pleural; 3ª: punción o biopsia quirúrgica. Se establecieron las siguientes categorías diagnósticas de acuerdo a hallazgos y evolución: diagnóstico de certeza (DC), probable con mejoría (DPM) o sin diagnóstico (SD). Las etiologías se clasificaron en infecciosa, progresión tumoral, complicación del tratamiento, cardiovascular y mixta.

Conclusión: Resultados: Se incluyeron 106 episodios de IP entre 08/2003 y 03/2006. Edad: 58 a (18-83). TS: 77 y OH: 29. Recibían quimio o radioterapia 67. Neutropénicos: 16. Fueron EH 75 de los IP. 1ª etapa. Tipo de IP: consolidación: 35%, difuso: 29%, multifocal 29%, cavitado 6%, nodular 1%. Correlación Rx/TC: 53%. Hemocultivos positivos: 17%. Cumplieron sólo esta etapa 70 IP. DC:14, DPM: 43 y SD: 13. 2ª etapa: se estudiaron 32 IP DC:15, DPM:8 y SD:9. Se realizaron 22 BAL, 10 AT y 10 miniBAL, que fueron positivos en 16 IP. 3ª etapa: 4 IP; 2 biopsias de piel, 1 de lengua y 1 punción pulmonar. Requirieron UTI 44 IP y ARM 24 IP. Etiología: infecciosa: 61, progresión tumoral: 4, complicación del tratamiento: 6, cardiovascular: 6 y mixta: 7. No se obtuvo diagnóstico en 22 (21%) IP. Se obtuvo DC en 29% de los IP y DPM en 50%. Mortalidad: 32 IP (31%). TS: 26 IP y OH 6 IP. Con quimio/radioterapia la M fue 33% y en control 25% (p NS). La M de los N fue 37% y los NNeu 27% (p NS). La M en EH fue 28% y en IH 35% (p NS). **Conclusiones:** En nuestra casuística se alcanzó el DC y DPM en el 79% de los casos. La infección fue la causa más frecuente (58%). No se obtuvo diagnóstico en el 21%. La correlación Rx/TC fue 53%. El tipo de IP más frecuente fue consolidación. No hay diferencias en la M relacionada al tipo de tumor, neutropenia, tipo de IP, ni tratamiento oncológico al ingreso. La M fue 31% y el ingreso a UTI fue 40%. Nuestros resultados son comparables a la literatura.

14697 CO

PERFIL DEL PACIENTE QUE CONSULTA PARA CESACIÓN TABÁQUICA

ARRESEYGOR, BEATRIZ; ZANUTTO, ANA MARIA; MULLER, FERNANDO W; CASTRO, JOHANNA
Buenos Aires / Argentina

Antecedentes: El tabaquismo es la principal causa de muerte prevenible y constituye una prioridad mundial en el campo de la salud pública. En nuestro país fuma el 33,5% de la población adulta, aproximadamente unos ocho millones de personas, de las cuales el 56% quiere dejar de fumar. (1)

Sin embargo, entre los fumadores actuales, sólo el 7,9% ha buscado ayuda para dejar de fumar, principalmente los de mayor edad y mayor nivel socioeconómico, de éstos, sólo el 48% recurrió a un profesional o programa especializado.(1)

El "Proyecto MEDEF", desde el Sanatorio "Dr. Julio Méndez" y el Centro Médico Artigas ha atendido desde el año 1999 cientos de pacientes que consultan para dejar de fumar.

Objetivos: Determinar las características personales de los pacientes que consultan para cesación tabáquica.

Material y Método: Se relevaron 290 historias clínicas de pacientes que consultaron a los centros ya citados, consignando edad, sexo, estado civil, nivel educativo, edad de comienzo del consumo, cantidad de cigarrillos diarios y nivel de dependencia según el test de Fagerström.

Resultados: De los pacientes estudiados, el 49% eran hombres y 51% mujeres. La edad comprendía entre los 14 y los 78 años,

con una media de 49,2 años y una moda de 44. El 62,1% de los pacientes tenía entre 40 y 59 años. En cuanto al nivel educativo, el 12,8% tenía estudios primarios; el 45% secundarios; el 18,9% terciarios y el 23,3% universitarios. La edad de inicio estaba comprendida entre los 8 y 51 años, con una media de 17,5 años y una moda de 15. El 73,8% comenzó a fumar antes de los 18 años. El consumo diario era de 5 a 100 cigarrillos, con una media de 30 y una moda de 20. Sólo el 8,9% de los pacientes fumaba menos de un atado por día. El 31,2% fumaba cuarenta cigarrillos o más. Finalmente, el nivel de dependencia fue bajo en un 14,1%, medio en un 55,5% y alto en el 30,4% de los pacientes.

Conclusión: Encontramos un grupo heterogéneo de pacientes, entre los que predominan los adultos de mediana edad, con estudios secundarios, que comenzaron a fumar en la adolescencia, grandes fumadores y con una dependencia intermedia. No hubo diferencias de sexo. Teniendo en cuenta estos datos, es probable que muchos de estos pacientes padezcan enfermedades relacionadas con el tabaquismo. Por lo tanto, consideramos necesario instrumentar programas de prevención secundaria para promover la cesación precoz.

14728 PO

SÍNDROME DE ENDOMETRIOSIS TORÁCICA - UNIDAD DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS - HOSPITAL PRIVADO - CÓRDOBA

VALLONE, T; BLUA, A; CASAS, J; LOPEZ, AM; NAVARRO, R
Córdoba / Argentina

El síndrome de endometriosis torácica (SET) se presenta con: neumotórax, hemotórax, hemoptisis catameniales y nódulos pulmonares, representa formas clínico-radiológicas de la enfermedad en el tórax consideradas raras y sujetas a errores diagnósticos y terapéuticos.

Material y Métodos: estudio retrospectivo, análisis de cinco pacientes. Edad promedio 30,8 años, rango 18 a 39. Dos tenían antecedentes de endometriosis pelviana. Dos consultaron con síntomas de neumotórax que comenzaban 48 hs antes del inicio del período menstrual habiendo recibido repetidos drenajes pleurales. Una rehusó el tratamiento y la otra fue sometida a toracotomía, pleurectomía parietal y resección de dos porciones del diafragma derecho con implantes de tejido endometrial. Otra paciente fue admitida con drenaje torácico por hemo-neumotórax espontáneo. La Rx y TAC de tórax mostraban abundante aire, líquido pleural y colapso lobar inferior derecho. En la exploración quirúrgica no se encontraron lesiones diafragmáticas pero sí induraciones parenquimatosas que contenían epitelio y estroma endometrial. Dos pacientes consultaron por episodios recurrentes de expectoración hemoptoica asociados al inicio del período menstrual. En ambas la TAC mostró infiltrado parenquimatoso localizado, demostrándose en un caso con seguimiento tomográfico que este desapareció y reapareció en dos periodos menstruales consecutivos. La broncoscopia mostró en ambos sangrado del segmento portador del infiltrado y siderófagos en el BAL. En una, había estroma y epitelio endometrial en la biopsia transbronquial. En ambas se practicó resección pulmonar (lobectomía 1, segmentectomía mas resección en cuña 1) y el examen histopatológico identificó estroma y epitelio endometrial.

Resultados: Excepto la paciente portadora de lesiones parenquimatosas tratada con resecciones segmentaria y en cuña que repitió la expectoración hemoptoica en sólo los dos ciclos menstruales posteriores a la cirugía, ninguna de las pacientes tratadas tuvo recurrencia de la enfermedad con un seguimiento promedio de 27 meses, rango 2 a 84.

Conclusión: 1. En mujeres en edad reproductiva, neumotórax, hemotórax y hemoptisis recurrentes pueden corresponder al

(1) FUENTE: Encuesta de tabaquismo en grandes ciudades en Argentina, 2004. Ministerio de Salud y Ambiente de la Nación, Programa Nacional de Control del Tabaco.

síndrome de endometriosis torácica. 2. El tratamiento quirúrgico mostró ser altamente efectivo.

14759 PO

SÍNDROME DE HIPERGAMMAGLOBULINEMIA E

ROMERO, SANTIAGO; LAMOT, GO; MENE, JM; PIUMATTI, FM; BETTINI, J
Buenos Aires / Argentina

Introducción: El síndrome de Job, es una enfermedad rara, descrita en 1966, se incluye en el grupo de las inmunodeficiencias primarias desde el año 1974, clínicamente se caracteriza por la triada clásica: abscesos, neumonía con neumatocele y niveles muy elevados de IgE. Suele heredarse como un rasgo genético autosómico dominante, de penetrancia variable. El defecto genético se localiza en el brazo largo del cromosoma 4. **Objetivo:** Revisión bibliográfica de esta enfermedad poco frecuente pero de alta morbimortalidad.

Descripción del caso: Paciente de sexo masculino de 23 años de edad. -A los 8 días de su nacimiento comienza con excemas en piel, tratado con antibiótico de amplio espectro por vía oral. Estos cuadros se repiten hasta el año y dos meses de vida donde presentó neumonía con derrame pleural derecho tratado con antibiótico y oxigenoterapia. Durante este episodio presentó como complicación neumotórax derecho que requirió drenaje quirúrgico quedando como secuela bulla en tercio medio de dicho hemitórax. A los 3 años de edad consultó por infecciones repetidas en piel y se le indicó tratamiento profiláctico con rifampicina + trimetoprima sulfametoxazol. A los 6 años se diagnosticó hepatitis B crónica. Continuó con infecciones dérmicas, respiratorias y oftalmológicas (Chalazión). A los 7 años se internó en el hospital de Bethesda de Maryland EE.UU donde el Dr. John Galyn le hace diagnóstico de hiper IGE. Recibió antibióticos durante la internación. Se controló durante 2 años en este hospital recibiendo profilaxis antibiótica de amplio espectro diario con buena evolución. Consultó a un servicio de inmunología de la ciudad de La Plata indicándosele como profilaxis trimetoprima sulfametoxazol. A los 15 años repitió cuadro de neumonía lobar derecha, evaluado en la ciudad de La Plata donde se realizó bullectomía dado que presentaba hemoptisis. A los 18 años presentó hemoptisis severa, en la radiografía de tórax se comprobó la presencia de una cavidad en tercio medio de hemitórax derecho, se deriva a servicio de cirugía torácica donde se le realizó bilobectomía inferior y media derecha. El paciente discontinuó tratamiento y controles con inmunólogos, neumonólogo y cirujano. Durante el año 2005 presentó infecciones a repetición en piel y respiratorias recibiendo antibiótico de alto espectro lo que determinó su internación para control de su afección en el presente año.

Conclusión: Actualmente el paciente presenta buena evolución recibiendo como tratamiento profilaxis trimetoprima-sulfametoxazol. Se trata de una enfermedad de origen desconocido, en la que existe un trastorno de la inmunidad y de la quimiotaxis. Las infecciones deben tratarse con la antibioterapia adecuada. La administración prolongada de trimetoprim sulfametoxazol, parece ser útil para disminuir las infecciones pulmonares. Carece de tratamiento curativo.

14771 PO

ENCUESTA SOBRE INTERVENCIÓN MÍNIMA EN LA SALA DE ESPERA DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

CARBONE, MIRTA G; NAHABEDIAN, SUSANA ; MALDONADO, MIRTA G; KASSABIAN, SILVIA
Buenos Aires / Argentina

Introducción: Con el fin de implementar un hospital libre de humo, siguiendo recomendaciones mundiales y la nacional, se

evaluó dentro de las medidas sugeridas, realizar una encuesta en el HIGA Evita de Lanús para conocer si el personal de salud que atiende en consultorios externos utiliza alguna estrategia de intervención breve en tabaquismo.

Material y Métodos: Para evaluar esta estrategia, se llevó a cabo una encuesta a pacientes en las salas de espera de consultorios externos de distintas especialidades al salir de ser atendidos. Fueron encuestados un total de 2.175 pacientes, todos aceptaron contestar, descartándose las respuestas de aquellos que tenían dudas o no recordaban. Las preguntas fueron realizadas directamente por el investigador: 1) ¿Cuál es el consultorio de donde viene?, 2) ¿Ud. Fuma actualmente?, 3) ¿Le preguntó su médico si fuma?, 4) ¿Le dieron información para dejar de fumar?, 5) ¿Le interesa recibir información?

Conclusión: Resultados: De los 2175 encuestados 680 (31,26) eran fumadores. A 212 (31,18) si bien se les preguntó por su hábito tabáquico no se les dio ninguna información sobre cesación y a 468 (68,12), no se les había preguntado si fumaban. Del total de pacientes fumadores, 568 (83,53) respondieron que les interesaba recibir información para dejar de fumar.

Conclusión: El 70% de las personas fumadoras reconocen que podrían dejar si se lo aconsejara en la consulta. Entre el 10 y 25% de los fumadores logran reducir o abandonar el consumo de cigarrillos si son informados por sus médicos. Sin embargo, no todos los médicos son conscientes de la importancia que tiene su rol como informador al interrogar sobre el hábito tabáquico a sus pacientes, y motivarlos por medio de una intervención mínima o un consejo breve, claro y preciso, intervención que sólo lleva 30 segundos y es una forma más de sumar al equipo de salud a la tarea de cesación e institucionalizar un ambiente hospitalario sin humo. Se aprovechó esta encuesta para sensibilizar y concientizar a los Pts con interés en recibir información siendo invitados al consultorio y taller de cesación tabáquica de la Sala de Neumonología.

14794 PO

ASPERGILOMA: LA IMPORTANCIA DE LA TC

BERTOGLIO, O; BERTOGLIO, V; VIENNA, JM; SEINELDIN, SYC; BENEDETTO, M; SALVETTI, L; SALOMON, R
Rosario / Argentina

Nuestro objetivo es reafirmar el valor de la TC en el diagnóstico de esta patología. Presentamos el caso de una mujer de 36 años, consulta a endocrinólogo para reducir peso, el cual la deriva a Neumonología, para evaluar RxTórax con "desviación traqueal" (?); al interrogar refiere disnea con sibilancias y tos recurrente sin expectoración; sin antecedentes de asma; tomaba atenolol 50 mg por HTA; había sido tratada por TBC a los 14 años; EF:S/P Rx Tórax: Opacidad heterogénea en campo sup. derecho; en una toma focalizada parecería observarse un nódulo y otro, pequeño, denso en campo medio pulmón izq de aprox. 6-7mm. Laboratorio normal, VES 25 1° hora. Funcional: FEV1/FVC: 69.4 (84%); FEV1:1.61(64%); PostBD: 69.6 (85); FEV1: 1.83(73). La Rx de Tx planteaba dudas, por lo cual se solicitó una TC; ésta mostró: una opacidad de forma redondeada, de bordes netos, lobulada, dentro de una probable cavitación, con una zona aireada o halo aireado, que recuerda el "Signo del aire en luna creciente". Ante el alto grado de sospecha de aspergiloma se efectuaron estudios serológicos para Aspergillus y BAL por BFC, los cuales fueron negativos; ante un 2° BAL, en un laboratorio micológico observaron "filamentos de Eumicetos", pero los cultivos micológicos fueron negativos. Finalmente la paciente fue intervenida quirúrgicamente, debido a la falta de confirmación diagnóstica, efectuándose una lobectomía superior derecha: el diagnóstico anatómo patológico fue: Aspergilosis intracavitaria

Comentarios: El Aspergiloma es la más común y más reconocida forma de compromiso pulmonar por el Aspergillus; aunque otros hongos pueden causar esta entidad, por lejos el Aspergillus Fumigatus es el más frecuente. La verdadera prevalencia es desconocida; no es infrecuente en pacientes con TBC residual (11%). Factor predisponente principal: Cavidad pulmonar preexistente; usualmente aparece como hallazgo incidental en una Rx de rutina o bien durante una evaluación por hemoptisis o tos crónica. El Diag Dif. Incluye: Neoplasia, Hematoma, Absceso Quiste Hidatídico y Wegener. El Ex microbiológico es positivo en el 50% de los casos; La serología es (+) en la mayoría (IgG), pero pueden haber falsos negativos con algunas especies más raras del Aspergillus o bien pacientes recibiendo corticoides. Nos parece importante la imagen en la TC, muy típica: "el signo de aire en media luna creciente" rodeando una opacidad redondeada dentro de una supuesta cavidad; llama la atención la serología negativa y la casi ausencia de elementos contundentes de diagnóstico micológico en el Bal, lo cual podría corresponder a una etapa tardía en la evolución natural del aspergiloma.

Conclusión: Este caso nos demuestra la importancia de la TC, como herramienta fundamental para el diagnóstico presuntivo de alta probabilidad de un Aspergiloma, cuando están presentes las imágenes típicas, a pesar de la negatividad de los estudios serológicos y micológicos.

14800 CO

UNIDAD CENTINELA DE NEUMONIA DE LA COMUNIDAD (UCN) ANÁLISIS DEL PERÍODO OCTUBRE DE 2005-JUNIO 2006

CIRUZZI, DOMINGO JULIAN; ANTONINI, MARCOS
Neuquén / Argentina

Introducción: En el Hospital Castro Rendon desde Octubre de 2005 funciona la Unidad Centinela de neumonías (UCN). Se evalúan los casos registrados en base a los criterios definidos para conocer las características de las NAC a nivel local y su etiología.

Material y Métodos: Se incluyeron los episodios registrados desde el 1 de octubre de 2005 a el 30 de junio de 2006 se analizaron un total de 31 episodios en pacientes internados definiendo como caso a todo aquel paciente que se interne por neumonía mayor de 14 años que presente síntomas compatibles con NAC más nuevo infiltrado radiológico. Se registraron datos en los 3 componentes, clínico, laboratorio y epidemiológico.

Conclusión: Resultados: Edad rango 14 a 100 años, promedio 59, 9, Sexo V 4 (13%) M 27 (87%), residentes en Neuquén 29 (94%), presentaron comorbilidades 21 (68%), no 10 (32%), 1 comorbilidad 7 (22,5%), 2 comorbilidades 5 (16%) mas de 2 comorbilidades 9 (29%). La distribución de las mismas fue ICC 8 (20%), diabetes 3 (7,5%), alcoholismo 6 (15%), NAC previa 2 (5%), EPOC 7 (17,5%), IRC 3 (7,5%), Cáncer 2 (5%), otras 9 (22, 5%). Recibieron antibióticos previos 5 (16%) no 26 (84%), vacunación antigripal 2 (6,41%). La Radiografía de tórax mostró infiltrado unilateral 23 (74%), bilateral 8 (26%). Laboratorio Clínico Hto < de 30 2 (6%), Urea > de 50 4 (13%), recto blancos < de 300 o > de 30.000 3 (9,6%), sodio < de 130 4 (13%). Se recibieron en el laboratorio microbiológico muestras de 22 pacientes (70%), directo de esputo solicitado 13 (60%), muestra representativa 10 (77%), diplococos gram + 5 (83%), Coco bacilos gram - 1(17%), hemocultivos solicitados 18 (81%) 6 fueron + para dc+ (33%), 3 casos presentaron IgM para micoplasma + y 4 PCR para micoplasma. La terapéutica inicial fue: ampicilina- sulbactam 17 (55%), ampicilina -sulbactam /claritromicina 8 (26%), penicilina 1 (3%), cefalotina 1 (3%), claritromicina 1 (3%). Los días de internación fueron en total 219, siendo el promedio de estadía 7 días, distribuidos en Clíni-

ca 189 (86%), UTI 30(13,6%) días en ARM 15 (7%). Las Complicaciones respiratorias fueron insuficiencia respiratoria 13 (42%), absceso/empiema 5 (16,1%). Complicaciones generales sepsis 9 (29%), insuficiencia renal 1 (3%). Condición al alta vivo 28 (90%), fallecido 3 (10%), causa de muerte sepsis 3 (10%).

Conclusiones: 1. se registraron en el periodo un total de 31 episodios de NAC en pacientes internados. 2. se recibieron en el laboratorio bacteriológico muestras de 22 pacientes 70%. 3. el directo de esputo fue positivo en 6 casos DC+83% CB- 1 (17%). 4. los hemocultivos fueron positivos en el 33% de los casos. 5. se obtuvo aerología positiva para micoplasma en 7 casos. 5-el promedio de días de internación fue de 7 días. 6. la mortalidad fue del 10% para este grupo en este periodo.

14804 PO

MAL DE POTT: UNA ENFERMEDAD EMERGENTE?

TRIONE, NORBERTO; YAMPOLSKY, CLAUDIO; SCHKIRBU, RICARDO; AMBROGGI, MARTA; CORTI, MARCELO; RISSO, DANIEL; METTA, HUMBERTO
CABA / Argentina

Introducción: La Enfermedad de Pott (EP) fue descrita en 1779 por Sir Percivall Pott quien la designó con el nombre de absceso osifluente.

Objetivos: Describir 5 casos de EP, una forma poco frecuente de TBC extrapulmonar, aun en pacientes HIV +, describir la metodología de diagnóstico, los hallazgos en la tomografía axial computarizada (TAC) y resonancia nuclear magnética (RNM) de columna, los resultados de la histopatología luego de la biopsia y las características de las cepas de Mycobacterium tuberculosis (MTBC) identificadas.

Material y Métodos: La mediana de edad fue de 35 años, 4 eran varones, adictos a drogas endovenosas (ADEV) y HIV positivos; una es mujer HIV negativa. La mediana de desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 8 meses; la fiebre y el dolor dorsolumbar estuvieron presentes en el 100% de los casos. La mediana de linfocitos T CD4 (+) en los individuos HIV positivos fue de 80 cel/ul. Tres pacientes tuvieron compromiso de vértebras dorsales en tanto los 2 restantes presentaron lesiones lumbares. En 3 pacientes se comprobó compromiso de partes blandas bajo la forma de abscesos epidurales. En todos los casos el diagnóstico se confirmó por el aislamiento del agente etiológico; en tres por aspiración del absceso epidural y los dos restantes por punción-biopsia vertebral dirigida bajo TAC. Dos pacientes tuvieron diagnóstico de TBC multirresistente. En todos los casos la evolución clínica y radiológica fue favorable.

Conclusión: El mal de Pott debe incluirse en el diagnóstico diferencial de los pacientes con dorsolumbalgia y fiebre. Los estudios de imágenes junto con la toma de material de las lesiones y los estudios microbiológicos e histopatológicos tienen alto rédito diagnóstico. El tratamiento específico durante tiempo prolongado (12 a 18 meses) se acompaña de buena evolución clínica y radiológica.

14805 CO

PREVALENCIA DE TABAQUISMO, DEPENDENCIA Y MOTIVACIÓN PARA DEJAR DE FUMAR EN LOS TRABAJADORES DE UN HOSPITAL GENERAL DE LA ARGENTINA

LANDEA, MARÍA DEL ROSARIO; SALAZAR, MARTIN R; POZZI, ANA; DE SANDRO, JOSE MARIA; GOLA, VICTOR
Buenos Aires / Argentina

Objetivo: Determinar la prevalencia de tabaquismo, el grado de dependencia y la motivación para dejar de fumar en los trabajadores del HIGA San Martín de La Plata como inicio de un proyecto Hospital Libre de Humo.

Material y Métodos: Se realizó un estudio transversal con una encuesta nominal en los 1867 empleados. Se consignó edad, sexo, trabajo hospitalario, y condición frente al tabaco. La dependencia se evaluó con test de Fagerström modificado y la pregunta ¿Ha dejado de fumar alguna vez? La motivación con ¿Ha pensado en dejar de fumar definitivamente? y ¿Fijaría una fecha en los próximos 30 días? Se consideraron motivados quienes contestaron afirmativamente a ambas preguntas. Las prevalencias se expresaron como casos por 100, se utilizó test de X2 para determinar diferencias entre proporciones. Se evaluó el OR de fumador actual y de dependencia a la nicotina por análisis de regresión logística. Se consideró significativa $p < 0,05$. Resultados: Respondieron 1398 (74,9%), 865 mujeres y 533 varones. Eran fumadores actuales 465 (33,2%), ex fumadores 349 (25,0%) y nunca fumaron 584 (41,8%). Según sexo y edad la prevalencia de fumadores fue: mujeres 32,7%, varones 34,1% ($p=0,582$); 20 a 34 años 35,2%, 35 a 49 años 34,8% y 50 años o más 30,4% ($p=0,225$). De acuerdo al trabajo la prevalencia fue: camilleros 54,8%, administrativos 41,9%, enfermeros 37,0%, mantenimiento 36,3%, técnicos 31,9% y profesionales 27,0% ($p=0,000$). Ser profesional confirmó un riesgo menor de fumador (OR 0,58 IC95% 0,45-0,74). Entre profesionales la prevalencia fue más alta en los más jóvenes ($p=0,046$). La dependencia fue alta 8,8%, moderada 33,1% y baja 58,1%. Dependencia moderada/alta se observó en 33,9%, 41,4% y 49,0% de los grupos de 20 a 34, 35 a 49 y 50 o más años respectivamente ($p=0,043$); y en 32,1% de profesionales, 40,0% de enfermeros, 41,8% de técnicos, 47,8% de administrativos, 58,8% de camilleros y 69,4% de mantenimiento ($p=0,001$). Se correlacionó con dependencia moderada/alta la edad ($p=0,021$) y un intento previo de abandono (OR 2,17 IC95% 1,45-3,21). Se encontraban motivados para dejar de fumar 30,0% de las mujeres y 31,9% de los varones, de ellos 43,7% tenían una dependencia moderada/alta. 63,6% de los fumadores actuales y 77,5% de los motivados para dejar de fumar habían hecho al menos un intento previo. No hubo diferencias significativas en el porcentaje de motivados entre grupos etáreos. Considerando sólo varones la motivación fue más alta en jóvenes ($p=0,018$).

Conclusión: Dentro del proyecto de un hospital libre de humo, las altas prevalencias observadas de tabaquismo (en especial en profesionales jóvenes) y de dependencia a la nicotina sugieren la necesidad de un programa integral de tratamiento para los trabajadores hospitalarios.

14818 PO

CAMBIOS EN EL PICO FLUJO TOSIDO Y LAS PRESIONES INSPIRATORIA Y ESPIRATORIA MÁXIMAS CON FISIOTERAPIA RESPIRATORIA LUEGO DE CIRUGÍA CARDIOVASCULAR

MANAGO, MARTIN; FORCHER, ARTURO; VADELL, DALILA; CONVERSO, GABRIEL
Centro / Argentina

Antecedentes: Las incisiones en la caja torácica afectan la capacidad de los músculos respiratorios para generar presiones y esto altera la mecánica ventilatoria. La fisioterapia respiratoria podría mejorar esa alteración, sin embargo, en la literatura no se encontró evidencia de esto.

Objetivo: El objetivo de este estudio fue analizar los cambios en el pico flujo tosido (PFT) y las presiones inspiratoria (PiMAX) y espiratoria (PeMAX) máximas según la posición del paciente y la administración de fisioterapia respiratoria en el posquirúrgico inmediato de cirugía cardiovascular.

Material y Método: Se estudiaron 22 pacientes (16 hombres; 72,7%), con edad media de 61,7 (DE=8,3) sometidos a cirugías programadas de revascularización miocárdica (15/22), recambio valvular (5/22) o combinada (2/22). No se incluyeron pa-

cientes con EPOC severa (CVF < 50%; VEF1 < 50% del teórico), asma, fibrosis pulmonar o con cirugía de tórax previa. Se midieron el PFT, PiMAX y PeMAX en el prequirúrgico, y en el día 1 posquirúrgico en posición de acostado (30°) (A), sentado al borde (S) y luego de una sesión de fisioterapia respiratoria (FR). La misma consistió en ejercicios respiratorios (sniff e inspiración forzada) combinados con maniobras de estimulación de la inspiración y de espiración asistida, tos asistida y haffing, realizados en posición de sentado al borde. Los pacientes no recibieron sedación ni broncodilatadores entre las mediciones realizadas en el posquirúrgico. Los datos se analizaron mediante la Prueba de Rangos Señalados de Wilcoxon. Se consideró significativo un valor $p < .05$.

Resultados: En la Tabla se muestran las medianas (mín; máx) de las mediciones del prequirúrgico y del posquirúrgico (A, S y pos FR). Todas las comparaciones (preq vs A; preq vs S, preq vs FR; A vs S; A vs FR; S vs FR) de PFT, PiMAX y PeMAX arrojaron un $p < .001$.

	Prequir	Acostado	Sentado	Pos FR
PFT	725 (350; 750)	150 (90; 350)	165 (100; 550)	220 (150; 600)
PiMAX	-52.50 (-60; -30)	-20 (-30; -10)	-25 (-40; -10)	-30 (-50; -15)
PeMAX	60 (50; 60)	37.50 (20; 42)	40 (25; 60)	45 (30; 60)

Conclusión: Se observó una fuerte caída del PFT, PiMAX y PeMAX en el primer día posquirúrgico, que no revirtió completamente con la fisioterapia respiratoria. La sedestación aumentó significativamente los valores de PFT, PiMAX y PeMAX en relación con la posición de acostado. La combinación de sedestación y fisioterapia respiratoria mostró un aumento significativo del PFT, la PiMAX y la PeMAX comparado con las posiciones de acostado y sentado al borde.

14823 PO

NEUMONÍA POR HIPERINFESTACIÓN PARASITARIA

BIBOLINI, JULIÁN; LLANES, VICENTE
Formosa / Argentina

Pte de sexo femenino de 23 años, oriunda de Fsa cap. Sin antecedentes personales patológicos, Gesta 5, partos 5. Siete días previo a la consulta se interna con diag de gastroenteritis, por 24 hs. Reingresa con fiebre, tos seca, mialgias y disnea GIII se asume como Neumonía Grave de la Comunidad (NGC) ingresando a UTI por Insuficiencia Respiratoria grave y alteraciones hemodinámicas requiriendo ARM.

Ex físico: somnolienta, febril, pulmón: crepitantes en base izq., abdomen distendido y doloroso, RHA (+), desnutrida. Estudios complementarios: GB 25300 (24/69/0/0/5), Hto 24%, GOT 83, GPT 55, LDH 395, Colest 77, K 2,3; VSG 98; Alb 2,9; pH 7,28; PO2 101; PCO2 35; CO3H 16; EB -8; Sat 98%. PAFI 101. Rx Tórax: infiltrados intersticio-alveolar bilateral a predominio basal. Cultivos: Hemocultivos (x2), Urocultivo, líq. pleural y del Douglas, AET, BAL, negativos (gérmenes comunes, micológico, TBC).

El citológico del BAL: abundantes hematíes y eosinófilos 7% con escasa larvas de Strongiloydes stercoralis. Serologías: HIV, Chagas, Toxoplasmosis, VDRL, Widal, Huddlenson, AgHBs, VHC, Leptospirosis: negativos. Colage-nograma mínimo negativo. ECO Cardio TT: hipokinesia global, Fey 32%, HTP, insuficiencia tricuspídea severa, arteria pulmonar dilatada y derrame pericárdico leve. ECO Abd y Gineco: Líquido en fondo de saco de Douglas, asas del delgado dilatadas con peristaltismo conservado y derrame pleural bilateral leve. Coproparasitológico: larvas rabsditiformes compatibles con Strongiloydes stercoralis y se extrae junto con sonda nasogástrica Ascaris

lumbricoides, en dos oportunidades. Se asume el cuadro como Neumonía Grave de la Comunidad secundaria a Hiperinfestación parasitaria con posible sobreinfección bacteriana. Se inició tratamiento con Ceftriaxona 2g/d por 14 días y Albendazol 400mg/d por 7 días presentando evolución clínica, de LBT e imágenes favorables.

Conclusión: Este es un caso que se asumió como una neumonía por hiperinfestación parasitaria con sobreinfección bacteriana probable. Se da en pacientes en general inmunosuprimidos, desnutridos, en un contexto socio-económico bajo. Se describe la mayoría de los casos en pacientes HIV, no siendo nuestro caso.

El agente causal más frecuente es el *Strongiloides stercoralis* por su habilidad de producir autoinfección. En nuestro caso, como se describe en la literatura, se observó Bronconeumonía probablemente secundario a BGN asociado a Shock séptico, a pesar de ser poco frecuente. Tampoco no se observó la eosinofilia en sangre periférica.

No es fácil establecer en ella si existe una verdadera hiperinfestación o se trata de una migración larvaria en un paciente con neumonía grave de la comunidad. A diferencia de lo común de la infección intestinal y de la migración larvaria, la infección severa del pulmón por el parásito es rara pero comúnmente fatal; hace parte de un cuadro de "hiperinfestación" que puede comprometer prácticamente todos los órganos.

14830 PO

SÍNDROME DE PLATIPNEA ORTODEOXIA DESPUÉS DE UNA NEUMONECTOMÍA DERECHA:

CHERTCOFF, JULIO; VELTRI, MIGUEL; BLASCO, MIGUEL; SOLOAGA, ELIAS; VILLAGOMEZ, RENZO; QUADRELLI, SILVIA; UBALDINI, JORGE; CHIMONDEGUY, DOMINGO
CABA / Argentina

Introducción: El Síndrome de Platipnea Ortodeoxia (SPO) es una complicación infrecuente de la neumonectomía derecha. Su origen es un shunt de derecha a izquierda (SDI) a través de un Foramen Oval Permeable (FOP) generalmente en el contexto de presiones intracardíacas normales. Presentamos un paciente con SPO post neumonectomía que mejora con el cierre del FOP con dispositivo Amplatzer.

Caso clínico: Varón de 67 años que ingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos (UTI) en el postoperatorio de una neumonectomía derecha. En días siguientes presentó episodios de disnea y desaturación (81%) asociados a cambios de decúbito y posición semisentada que revertían parcialmente con el centrado del mediastino al despinzar el drenaje pleural y con los cambios de posición.

Se realizó una tomografía computada helicoidal (TACH) que no mostró tromboembolismo de pulmón (TEP), lesiones pleuroparenquimatosas ni compresión del bronquio fuente izquierdo. Un ecocardiograma transesofágico (EDTE) reveló un FOP con pasaje de burbujas hacia la aurícula izquierda y ausencia de hipertensión pulmonar. Se decidió el cierre del FOP por vía endovascular con un dispositivo Amplatzer. El paciente mejoró y fue externado.

Conclusión: El SPO en pacientes con FOP y shunt de derecha a izquierda con presiones intracardíacas normales puede ser explicado por diferentes mecanismos: 1) Variaciones de la compliance entre ambos ventrículos, 2) "Flujo preferencial" de la vena cava inferior (VCI) hacia el septum interauricular (SIA) por persistencia de una válvula de Eustaquio prominente y 3) distorsión del mediastino con horizontalización del SIA que queda enfrentado al flujo de la VCI tal como ocurre en la neumonectomía, la elevación del hemidiafragma derecho y el aneurisma de aorta ascendente.

14834 PO

EVALUACION DE PROTOCOLO DE DESTETE EN HOSPITAL DE EMERGENCIA Y TRAUMA

BISIO, M; COLETTI, M; GARCIA, GA; GARCIA, GH; LUDOVICO, A; PIÑERO, A
Rosario / Argentina

La ARM constituye la razón principal por la cual los pacientes (p) ingresan a la Unidad de Terapia Intensiva (UTI). El DESTETE(D) según Consenso del ACCP se inicia ante el fracaso de la Prueba de Ventilación Espontánea (PVE), no obstante, resulta de gran valor destacar el proceso dinámico previo que se desarrolla, hasta que el paciente, adquiere las condiciones clínicas, para el ingreso a la PVE. El Hospital de Emergencia Clemente Alvarez, es Centro Regional de derivación de Emergencia y Trauma. La UTI, por su especificidad, tiene una mortalidad > 40%. Obj. Gral.: Evaluar la factibilidad de aplicación del Protocolo de Destete convalidado por la SATI en dicha UTI, en función de los Diagnósticos (Dx). de ingreso. Desde Ago./04 hasta Mar./05 ingresaron a UTI 393 pac.adultos, ambos sexos. 63 iniciaron la PVE. 29 fueron a D:Sepsis 2, EPOC Exac.1, Meningitis 2, NAEH 4, N.Broncoasp.1,TECG 3, TECM 1, TxTórax 4, TxAb 3, Politra. 4, Intox. OF1, Sof. por Estrang.1, POPTmEsof. 1, ACV1. El promedio de ds. en UTI 19, (4>de 30,2 43). Ds.promedio de D 6-8. Siendo las pples. causas que llevaron a los p a D: Mala Mecánica Vent. 12 casos, Extub. Frustra 8 casos; La menor cantidad de PVE, realizadas por p 2, la máx.5. Hubo 6 óbitos. Los datos fueron analizados según el Programa SPSS11.5. El Trabajo Final, fue Acreditado por el Dpto. de Investig. de la Secretaría de Salud Pública Municipal. **Conclusión:** Respondiendo al Obj. Gral., el Protocolo es aplicable, en todas sus fases, con las sig. tendencias, para la población estudiada: Diagnósticos con frecuencia: NAEH 4 (todos los p, que ingresaron con éste Dx. durante la realización del estudio, fueron a D), Tx.Tórax 4, Politra. 4 (todos con TECG, constituyen los p que más PVE realizaron), TECG 3 (todos asociados a Tx.Facial). Fue fundamental, para la implementación del Protocolo, el acompañamiento (estar permanentemente estimulando sensopercepción) del p, por parte del personal de Enfermería y Klgia., mientras se realizaban las PVE. Durante las mismas, 3p, hicieron crisis de pánico. Hubo 4 PVE, que estaban siendo implementadas en el horario de visita, se instruyó a los fliares. como intervenir, ninguna debió ser suspendida. La implementación, fue llevada a cabo, con el consenso de los profesionales de las áreas: Médica, Enfermería y Kinésica, desde la lógica de pensamiento referida a que las decisiones que se toman de manera consensuada, perduran en el tiempo. Los autores, consideramos, que la mejor forma de trabajar, es transdisciplinariamente (involucrar no solo a los profesionales, sino también al paciente y su Flia. como actores intervinientes). Los resultados positivos, en la implementación del Protocolo, no estuvieron solamente condicionados a los registros sistemáticos de los dispositivos de intervención pertinentes. El esfuerzo, debió ser mancomunado.

14836 PO

50 AÑOS DE VENTILACION MECANICA - REPORTE DE NUEVE CASOS OTERO, C B; RODRIGUEZ, M C; BETTA PELLA, M E

CABA / Argentina

En 1953 y 1956 se produjeron en la Argentina dos epidemias de Poliomieltis; hubo brotes posteriores y el último caso detectado fué en 1984. El hospital María Ferrer se inaugura en 1956 con el objetivo de atender a estos pacientes con severo compromiso neuromuscular y respiratorio que requerían ventilación mecánica (VM) y desde 1966 funciona el Hogar Respiratorio (HR) donde aún residen nueve pacientes.

Objetivo: Analizar sobrevida, tipo y tiempo de ventilación mecánica y reinserción social en pacientes con secuelas de poliomielitis a lo largo de 50 años.

Material y Método: Para este estudio retrospectivo, descriptivo, se consultaron los registros de 366 pacientes con poliomielitis durante 1956-1966. De los 150 que requirieron internación, se evaluaron edad, sexo y tipo de egreso. De los residentes del hogar además se analizaron el total de años de VM, no invasiva e invasiva, edad al inicio de la VM, necesidad de traqueostomía, enfermedades asociadas y variables sociales (estado civil, instrucción, cobertura social, ocupación y contención familiar) que se analizaron a través de entrevistas individuales por el Servicio Social. Los datos categóricos se trataron con porcentajes, los cuantitativos con medianas y promedios y la sobrevida con el método de Kaplan Meier.

Resultados: de 366 pacientes con Poliomielitis que consultaron al hospital entre 1956-1966, 150 requirieron internación, el 51% masculinos con una edad mediana de 4 años (0-67); el 64% (96) pacientes fueron dados de alta, 24 fallecieron en la primera década (75% de estos en el primer año de internación) y 30 pasaron al HR, donde fallecieron 21 en el período 1966-2006. La sobrevida a 50 años es del 28% con una mediana de 35.4 años. De los actuales residentes (9), la mediana de edad es de 60 años (47-70); la mediana del tiempo total de VM es 46 años (40-50); del tiempo VM no invasiva (pulmotor y cama oscilante) 40 años (30-46) y de VM invasiva 12 años (4-18). La mediana de la edad al inicio de VM no invasiva fue de 13 años (1-24) y la invasiva 56 años (36-57). Dos pacientes fueron traqueostomizados desde el inicio para el manejo de secreciones y tres después de un período de 33 años de VM no invasiva; los cinco actualmente están con VM invasiva. Las enfermedades asociadas son: Apneas obstructivas, Litiasis Renal, Pionefrosis, Insuficiencia Renal Crónica e Hipertensión Arterial. De las entrevistas sociales surge que el total de los pacientes son solteros, poseen cobertura social; en el nivel de instrucción encontramos cinco pacientes con primario y secundario completos y cuatro con Universitario. Cinco pacientes trabajan y dos se dedican a la pintura artística. Sólo un paciente no tiene familiares; de los ocho restantes dos no reciben visitas ni contención familiar.

Conclusión: La severa discapacidad física y la VM no impidieron el desarrollo intelectual-laboral-artístico de estos pacientes.

14849 PO

NEUMONIA QUE NO RESUELVE: HASTA DONDE INSISTIR?

TABAJ, GABRIELA; GRODNITZKY, LAURA; ECHAGUE, PASCUAL; ASENJO, MARCELA; RODRIGUEZ, RODOLFO; GRAMBlicka, GEORGINA; MALAMUD, PATRICIA; GIUGNO, EDUARDO
CABA / Argentina

Introducción: El carcinoma bronquioloalveolar es una variante del adenocarcinoma de pulmón que tiende a metastatizar ampliamente a través de los pulmones, pero raramente a distancia. Ha sido diagnosticado con mayor frecuencia durante las últimas décadas, correspondiendo en la actualidad a un 3 a 4 % de todos los carcinomas de pulmón NSC.

Caso 1: paciente masculino de 60 años, TBQ activo (25 p/y) tratado por NAC con múltiples esquemas antibióticos. Se le realiza FBC con BAL y BTB que no evidenciaron patología. Fue sometido a una biopsia quirúrgica de pulmón arribando al diagnóstico de carcinoma bronquioloalveolar.

Caso 2: paciente masculino de 76 años, TBQ activo (3 p/y), hipertenso que recibió múltiples esquemas antibióticos con diagnóstico presuntivo de neumonía de lenta resolución. Presentaba hipoxemia y poliglobulia en el laboratorio. Se le practica FBC con BAL y BTB con resultados negativos. Finalmente se le realiza biopsia pulmonar a cielo abierto donde se confirma el diagnóstico de carcinoma bronquioloalveolar.

Caso 3: paciente femenina de 48 años con antecedentes de HTA, TBQ (40 p/y) en estudio por enfermedad pulmonar difusa. Presentaba disnea CF IV, eosinofilia periférica. Se le realiza FBC con BAL y BTB sin diagnóstico. La biopsia quirúrgica de pulmón confirma el diagnóstico de carcinoma bronquioloalveolar.

Caso 4: paciente femenina de 74 años tabaquista de 25 p/y, con broncorrea purulenta e hipoxemia. Múltiples esquemas antibióticos con diagnóstico de neumonía. Se le realiza FBC con BAL y BTB negativos. Biopsia con tru cut guiada por ecografía: carcinoma bronquioloalveolar.

Conclusión: la presencia de una neumonía que no resuelve en un paciente tabaquista es rápidamente relacionada con la posibilidad de un tumor obstructivo. Sin embargo, algunas formas de CA de pulmón NSC, incluyendo el CA bronquioloalveolar, ocurren con frecuencia en no fumadores (o fumadores livianos) y se presentan mediante infiltrados alveolares con marcada hipoxemia.

14850 PO

HISTIOCIITOSIS DE CELULAS DE LANGERHANS.

PRESENTACION DE UN CASO

TABAJ, GABRIELA; RODRIGUEZ, RODOLFO; ECHAGUE, PASCUAL; ASENJO, MARCELA; GRODNITZKY, LAURA; GRAMBlicka, GEORGINA; MALAMUD, PATRICIA; GIUGNO, EDUARDO
CABA / Argentina

Objetivo: Describir una forma de presentación inusual de una patología poco frecuente. Diseño: Reporte de un caso y revisión bibliográfica.

Presentación: Paciente femenina de 30 años de edad que consultó por tos y disnea progresiva de dos meses de evolución. Antecedentes de tabaquismo activo de 15 paquetes/año y tuberculosis pleuropulmonar con tratamiento completo (13 años previos a la consulta). Al examen físico presentaba como único dato positivo sibilancias aisladas en ambos campos pulmonares. Rx Tx: infiltrado intersticial bilateral con predominio basal. Laboratorio (datos positivos): pO₂ (21%): 68.3. EFR: FVC 1.92, VEF1 1.73,% 90, TLC 3.09, RV 1.09, RV/TLC 21, DLCO 12.7. HRCT: múltiples imágenes quísticas de paredes finas que comprometen ambos pulmones de vértice a base. La paciente evolucionó con neumotórax espontáneo que requirió colocación de tubo de avenamiento pleural. Se realizó biopsia quirúrgica de LSD y LM.

Diagnóstico: histiocitosis de células de Langerhans.

Conclusión: La histiocitosis de células de Langerhans es una enfermedad poco frecuente que afecta a adultos jóvenes, asociada al tabaquismo y relacionada con otras neoplasias. El 25% es un hallazgo radiológico (asintomático), el 50% se presenta inicialmente con síntomas respiratorios (tos seca, toracodinia, hemóptisis) y el 30% con síntomas constitucionales (fiebre, pérdida de peso). El 10 al 20% de los pacientes debuta con neumotórax espontáneo. Tomográficamente se caracteriza por infiltrados reticulonodulillares simétricos bilaterales en campos medio y superior, nódulos de 2 a 10 mm, quistes en campos superiores que pueden confluir. Por lo general, respeta ángulos costofrénicos.

14851 PO

TUBERCULOSIS OSTEOARTICULAR. PRESENTACION DE UN CASO.

TABAJ, GABRIELA; FERNANDEZ ACQUIER, MARIANO; RODRIGUEZ, RODOLFO; ASENJO, MARCELA; ECHAGUE, PASCUAL; GRODNITZKY, LAURA; MALAMUD, PATRICIA; CABERLOTTO, OSCAR
CABA / Argentina

Introducción: El compromiso osteoarticular aparece en el 35% de los casos de TBC extrapulmonar y corresponde al 2% de todos los casos de TBC. La diseminación se produce, en general, por vía hemática.

Caso clínico: Paciente masculino de 26 años con diagnóstico de empiema tuberculoso que requirió decorticación. Comienza tratamiento con HRZE durante un mes y luego lo suspende voluntariamente discontinuando su seguimiento médico. Luego de 8 meses consulta por debilidad de MMII, dificultad para la marcha sin síntomas de compresión medular. Además presentaba tos seca, diaforesis, toracodinia, fiebre y pérdida de peso. Se le realiza TC de tórax donde se evidencia engrosamiento pleural derecho, fractura de clavícula derecha e imágenes líticas en cuerpos vertebrales dorsales. La RMN de columna informó acuñamiento y aplastamiento parcial de D9, imágenes líticas en D8, D9, D10 y L5 con extensión a partes blandas perivertebrales. Se reinicia tratamiento para TBC con cuatro drogas evolucionando clínica y radiológicamente favorable. Se repite RMN luego de 6 meses de tratamiento donde se evidencia franca disminución de los procesos líticos en D8, D9, D10 y L5.

Conclusión: La TBC musculoesquelética compromete la columna en aproximadamente la mitad de los pacientes. La TBC espinal (mal de Pott) más a menudo afecta la columna lumbar y torácica baja. La TBC ósea se presenta típicamente con dolor local, de comienzo insidioso. Virtualmente cualquier hueso puede afectarse, pero ante el compromiso óseo múltiple debe también descartarse la etiología neoplásica.

14852 PO

ASPERGILOSIS INTRACAVITARIA. PRESENTACION DE CUATRO CASOS

TABAJ, GABRIELA; ASENJO, MARCELA; RODRIGUEZ, RODOLFO; ECHAGUE, PASCUAL; GRODNITZKY, LAURA; MALAMUD, PATRICIA; GIUGNO, EDUARDO
CABA / Argentina

Introducción: El aspergiloma se define como una conglomeración, dentro de una cavidad pulmonar de una mezcla de hifas de aspergillus junto con fibrina, mucus y detritus celulares. **Caso 1:** hombre de 71 años, ex TBQ 80 p/y, TBC en 1986 con secuela radiológica que curso internación por hemoptisis menor de 50 ml/d e hipoxemia. Rx Tx (ver imagen). FBC: árbol izquierdo dislocado y con tracciones de aspecto cicatrizal. BAL cultivo micológico positivo para aspergillus e ID positiva para aspergillus fumigatus.

Caso 2: hombre de 39 años con antecedentes de TBC pulmonar en el 2001 con tratamiento completo que consultó por un cuadro de 3 meses de evolución caracterizado por tos y un episodio de hemoptisis leve. Rx Tx (ver imagen). HRCT (ver imagen). Seriado de esputo: hifas micóticas compatibles con aspergillus.

Caso 3: Paciente masculino de 75 años que cursó internación por hemoptisis severa autolimitada. Presentaba antecedente de TBC con tratamiento completo. HRCT (ver imagen). BAL: cultivo positivo para aspergillus fumigatus. **Caso 4:** Paciente masculino de 50 años tabaquista de 35 p/y sin antecedentes de TBC que consulta por broncorrea mucopurulenta. HRCT: imagen intracavitaria con signo del halo. ID para aspergillus fumigatus positiva. Biopsia quirúrgica pulmonar positiva para adenocarcinoma de pulmón.

Conclusión: El diagnóstico del aspergiloma se realiza usualmente mediante la clínica sin necesidad de una biopsia pulmonar. Se manifiesta radiológicamente como una masa redondeada sólida, a veces móvil, de densidad agua, dentro de una cavidad y separada de la pared por un espacio aéreo. Es característico el engrosamiento pleural periférico. Generalmente, el diagnóstico del aspergiloma se realiza cuando los hallazgos radiológicos se encuentran en un paciente con ID positiva para aspergillus (sensibilidad de 95%). La hemoptisis es un síntoma frecuente y puede resultar fatal. Las decisiones terapéuticas se basan en prevenir la hemoptisis amenazante. Se han asociado ciertos factores de riesgo que sugieren un peor pronóstico del aspergiloma: severidad de la enfermedad pulmonar subyacente, un aumento

en el número o tamaño de los aspergilomas en la RX, inmunosupresión, altos títulos de Ig G específica para aspergillus, sarcoidosis e infección concomitante con HIV.

14853 PO

SARCOMA SINOVIAL MONOFASICO CON COMPROMISO PULMONAR. PRESENTACION DE UN CASO

TABAJ, GABRIELA; RODRIGUEZ, RODOLFO; ASENJO, MARCELA; ECHAGUE, PASCUAL; GRODNITZKY, LAURA; FERNANDEZ ACQUIER, MARIANO; MALAMUD, PATRICIA; CABERLOTTO, OSCAR
CABA / Argentina

Introducción: El sarcoma sinovial comprende el 5% de todos los sarcomas de partes blandas y ocurre primariamente en adultos jóvenes. Surge predominantemente en regiones articulares de las extremidades (rodilla y tobillo) y otras veces, lo hace cercano a la cadera, hombros y codos. Es un tumor foliolar de alto grado que está dividido en dos mayores subtipos histológicos: bifásico y monofásico de acuerdo a la presencia o ausencia de componente epitelial glandular bien desarrollado. **Caso clínico:** paciente masculino de 37 años, oriundo de Paraguay, TBQ activo de 13 p/y con diagnóstico de sarcoma monofásico sinovial G III de muslo en el año 2000, se le realizó exéresis compartimental y posterior RDT. En enero de 2006 consulta a guardia por toracodinia severa y expectoración hemoptoica de 72 horas de evolución. Se solicita TC de tórax que evidencia múltiples imágenes nodulares bilaterales. Se le realiza FBC que informa árbol izquierdo normal, árbol derecho basal medial casi ocluido por completo por compresión extrínseca con mucosa normal. Biopsia bronquial negativa para células neoplásicas. Debido a la edad y buen estado general del paciente, se decide en ateneo oncoquirúrgico realizar exéresis de metastasis pulmonares. El resultado de la anatomía patológica confirma la presencia de sarcoma sinovial monofásico.

Conclusiones: El sarcoma sinovial puede recurrir localmente y metastatizar a distancia, particularmente a pulmón y ganglios linfáticos. El pronóstico es favorable en pacientes jóvenes, localización distal y tumores menores de 5 cm. El tratamiento de elección es la escisión local, con amplios márgenes de tejido sano, junto con RDT. La sobrevida a los 5 años puede alcanzar hasta el 50%.

14859 CO

DETERMINACIÓN DEL PUNTO DE CORTE PARA LA MEDICION DE ADENOSINA-DEAMINASA (ADA) EN EL DIAGNÓSTICO DEL DERRAME PLEURAL TUBERCULOSO

TOGNERI, A M; SIMBOLI, N; PEREZ, M; NAHABEDIAN, S; CARBONE, M; MALDONADO, M; ZERBINI, E; IMAZ, MS; KUSZNIERZ, G; ETCHART, A; SODERO, H; BARRERA, L; SEQUEIRA, M; GRAVINA, E
Buenos Aires / Argentina

Introducción: En nuestro medio, la localización más frecuente de las tuberculosis (TBC) extrapulmonar es la pleural y representa el 31% de los casos confirmados bacteriológicamente. Debido al bajo contenido de bacilos presentes en el líquido pleural (LP), el diagnóstico por métodos microbiológicos es difícil y suele demorar más de 30 días, por lo que en muchas ocasiones es necesario recurrir a otros métodos como la biopsia pleural o la medición de ADA. El objetivo principal del estudio fue estimar el punto de corte para el valor de ADA en el LP pleural tuberculoso para ser utilizado a nivel nacional. Objetivos secundarios: 1) Determinar la precisión del método para el diagnóstico de TBC pleural 2) Establecer un criterio de interpretación de resultados 3) Analizar el aporte de la medición de ADA en el diagnóstico de TBC pleural.

Materiales y Métodos: Se analizó la información disponible a partir de los estudios realizados, a lo largo de siete años, en 5

Centros de Salud y Laboratorios de la Red Nacional de Bacteriología de la Tuberculosis en LP, de pacientes en donde fue sospechada la etiología tuberculosa del derrame. Los casos con diagnóstico diferente de tuberculosis (TBC) fueron utilizados como población control.

Conclusión: Resultados: Se midieron los niveles de ADA en 222 LP, 103 de pacientes que reunieron los criterios diagnósticos de TBC pleural y 119 de pacientes del grupo control. El valor medio de ADA obtenido en el grupo de pacientes TBC resultó 111 U/l y en el grupo control fue 27 U/l. ($p < 0.0001$). Asignando un punto de corte de 65 U/l, el método presentó una E y S del 97% y 85% respectivamente, 3% de FP, 15% de FN y un VPP de 96%. El aporte al diagnóstico de TBC de las muestras estudiadas demostró que el cultivo del LP fue positivo en 53/103 (51%) de los casos de derrame tuberculoso, el cultivo de la biopsia pleural fue positivo en 15/23 (65%); si se suman los casos en donde la biopsia pleural estuvo disponible para estudios histopatológicos el porcentaje se eleva a 82% (36/44). El examen directo por la técnica de Zhiel-Neelsen fue positivo sólo en dos casos. Los valores hallados de ADA fueron iguales o mayor al punto de corte en 88/103 (85%) LP cuando se aceptó un valor de 65 U/l. Aporte del estudio: De acuerdo a nuestros hallazgos la medición de ADA sería un buen parámetro, rápido y poco invasivo, para el diagnóstico de la TBC pleural. Los niveles de ADA obtenidos en los LP de pacientes tuberculosos son mayores que los alcanzados en pacientes con otros diagnósticos ($p < 0,001$), excepto en empiemas. La sensibilidad de la técnica es del 85% y la especificidad del 97%, si se adopta 65 U/l (± 10 U/l) como valor de corte.

14860 PO

FACTORES PREDICTORES DE MORTALIDAD EN PACIENTES CON TRAQEOSTOMÍA.

SOLOAGA, ELIAS; MALDONADO, LORENA; GALEANA, GABRIELA; QUADRELLI, SILVIA; SMITH, REYNALDO; VELTRI, MIGUEL; CHERTCOFF, JULIO; UBALDINI, JORGE CABA / Argentina

Objetivo: Determinar si existen factores predictores de la mortalidad en pacientes con traqueostomía por enfermedades críticas.

Población y Métodos: Fueron evaluados en forma retrospectiva 87 pacientes en quienes se realizó traqueostomía en terapia intensiva desde el 1/1/04 al 31/1/06.

Resultados: La mortalidad asociada a la traqueostomía fue 36.7%. La población de pacientes fallecidos y sobrevivientes no fue diferente en términos de edad (67.9 ± 14.8 vs 63.9 ± 13.5 años, $p = 0.194$) o sexo (varones 59.3 vs 61.8%, $p = 0.8241$). No hubo diferencias entre ambos grupos en el momento de realización de la traqueostomía (13.7 ± 5.1 vs 14.3 ± 6.6 días, $p = 0.065$), o el tiempo total de ARM (28.1 ± 14.4 vs 29.4 ± 15.08 días, $p = 0.069$). El tiempo total de estadía en UTI fue significativamente más prolongado en los pacientes que sobrevivieron 43.57 ± 18.97 vs 31.53 ± 14.97 días, $p = 0.0028$). La supervivencia de los pacientes fallecidos fue 28.1 ± 14.4 días (rango 10-71 días). Un 65% de los pacientes sobrevivió por lo menos un mes. El APACHE II de ingreso fue significativamente mayor en los pacientes que fallecieron (22.03 ± 7.46 vs 19.02 ± 5.89 , $p = 0.040$). Las indicaciones más frecuentes de la traqueostomía fueron las mismas en pacientes fallecidos y sobrevivientes (patología neurológica 34.4 vs 43.6%, $p = 0.1075$ y sepsis 21.8 vs 18.2%, $p = 0.780$). En un modelo de regresión logística ni la presencia de enfermedad neurológica (OR: 0.5098, CI 0.1912-1.3593) ni la realización de traqueostomía tardía (después del día 8) (OR: 0.6183, CI: 0.1777- 2.1507) fueron predictores de mortalidad. La mortalidad estuvo ligada solamente al score APACHE II al ingreso (OR: 1.0731, CI: 1.0018-1.1495, $p = 0.0383$).

Conclusión: La mortalidad asociada a la traqueostomía está relacionada con la severidad de la enfermedad de base expresada en el APACHE II. En esta muestra no pudo determinarse que una traqueostomía precoz mejore la sobrevida.

14875 PO

MICOABACTERIAS AMBIENTALES EN PACIENTES V.I.H NEGATIVOS. SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA HOSPITAL PENNA BAHÍA BLANCA

PARROTTA, GLADYS; LAMOT, G; ACROGLIANO, P; MENE, J; DELLE DONNE, V Buenos Aires / Argentina

Los primeros casos en la década del 1950 asociados a infección por V.I.H. Se denominaban micobacterias atípicas, actualmente llamadas Ambientales debido a que el reservorio es en el suelo y el agua, aunque recientemente se ha encontrado en humanos y no en el ambiente. Los patógenos más frecuentes para el hombre son el complejo M.A.C (Avium intracelular) y Kansaii. La enfermedad se adquiere por aerolización o por vía digestiva, no hay contagio interhumano. La forma clínica más frecuente es el compromiso pulmonar, ganglionar o diseminada, aunque se pueden afectar otros órganos, como tejidos blandos, huesos y aparato genitourinario. Afecta a personas sin patología previa o con enfermedades predisponentes (V.I.H, enfisema, TBC, fibrosis quística, bronquiectasias).

Objetivo: Revisión bibliográfica de esta enfermedad debido a la mala respuesta del tratamiento tuberculostático en infecciones respiratorias.

Descripción de los casos: Paciente de sexo masculino de 46 años, ex TBC con tratamientos completos en 1.980 y 2003, que consulta a los 2 años sintomático respiratorio con baciloscopia positiva a en el directo (+). Se interpreta como recaída iniciando esquema acorde. Persiste positivo en la toma 60, se envían muestras para resistencia y sensibilidad. Debido a informe bacteriológico de micobacteria intracelular se agrega claritromicina y se suspende estreptomycin, isonicida y pirazinamida, negativizando esputo en la toma 90 con evolución clínica radiológica favorable. Actualmente en toma 170. Paciente de sexo femenino, 47 años, en diciembre del 2004 comienza tratamiento antituberculoso presuntivo con isonicacida, rifampicina, pirazinamida y etambutol; al 6 mes cultivo + del 4 mes se extiende fase de consolidación por 60 días. Baciloscopia control del mes 9 directa positiva ++, se interpreta como fracaso e inicia esquema para multiresistencia con amikacina, etambutol, pirazinamida y ofloxacina. se envían muestras para resistencia y sensibilidad. Debido a informe bacteriológico de micobacteria intracelular en enero del 2006 queda con el siguiente esquema: rifampicina, claritromicina y etambutol, negativización del esputo en la toma 60 de este esquema con evolución clínica radiológica favorable. Actualmente en toma 180.

Conclusión: El diagnóstico se realiza por examen del cultivo de esputo con la identificación micobacteriana mediante sondas nucleares. Su incidencia se desconoce ya que no son enfermedades de notificación obligatoria. El tratamiento debe consistir en la asociación de al menos 3 fármacos claritromicina o azitromicina, rifampicina o rifabutina y etambutol. Se desconoce cuál es la duración óptima del tratamiento, pero se considera aceptable mantenerlo hasta 12 meses después de que se negativicen los cultivos.

14885 PO

UTILIZACIÓN DE SCORES PARA EL MANEJO DE NEUMONÍAS ADQUIRIDAS DE LA COMUNIDAD (NAC)

BARAN, EZEQUIEL; PINCENCE, ALEJANDRO; VIZIOLI, CARLOS; MARISOL, PAZOS Buenos Aires / Argentina

Objetivo: Evaluar la severidad de los pacientes internados con NAC en el Hospital Italiano de La Plata, utilizando los scores

PSI y CURB-65. Realizar una comparación entre ambos para valorar su utilidad; contar con datos epidemiológicos, bacteriológicos y evolutivos que permitan un mejor manejo de esta patología.

Material y Métodos: Estudio descriptivo prospectivo de todos los pacientes con diagnóstico de NAC ingresados al Servicio de Clínica Médica del Hospital Italiano de La Plata, durante el período comprendido entre julio 2004 y marzo 2006. Se utilizó como criterio diagnóstico de NAC la presencia de infiltrado en radiografía de tórax posterolateral frente y perfil, más uno de los siguientes signos y/o síntomas: fiebre o hipotermia, rales crepitantes, tos productiva y hemocultivos o cultivo de esputo con gérmenes compatibles con el diagnóstico de NAC. Se recolectaron datos de laboratorio, epidemiológicos, evolutivos y bacteriológicos.

Resultados: Se evaluaron cien pacientes con diagnóstico de NAC. Edad promedio 72 años. Rango 19-97 años. Distribución por sexo: femenino n= 48 y masculino n= 52. Se aislaron hemocultivos: Streptococcus pneumoniae (4/100), Klebsiella pneumoniae (2/100), Staphylococcus epidermidis (1/100). Cultivo de esputo Streptococcus pneumoniae (2/100). Fallecieron 4 pacientes. Evaluación de severidad PSI= Clase II: 22/100 Clase III: 37/100 Clase IV: 28/100 Clase V: 13/109. CURB-65= Grado 1: 44/100 Grado 2: 41/100 Grado 3: 15/100.

CURB-65		PSI	
0-1	44/100	II	22/100
2	41/100	III	37/100
3-5	15/100	IV	28/100
		V	13/100

Conclusión: Los scores se deberían utilizar para inferir la severidad de la neumonía para tomar decisiones trascendentales como manejo ambulatorio u hospitalizado, admisión en unidad de cuidados intensivos, elección del esquema de antibióticoterapia (uno o dos antibióticos o bien la vía de administración oral o endovenosa, así como la duración del esquema). Es habitual que este tipo de manejos se realice bajo intuición clínica, tal es así que la American Thoracic Society reconoce que no existe un acuerdo universal para la definición de neumonía severa. Aplicando los scores al ingreso hospitalario se podrían reducir admisiones en pacientes con poco riesgo y la duración de las internaciones.

14886 PO

INTERVENCIÓN EN TABAQUISMO EN TUCUMÁN: LEY ANTITABACO Y CAMPAÑA

WILLIGS ROLON, ROXANA MARICEL; STOK, ANA MARIA; ALTIERI, HECTOR HUGO; VEGA, NORA; DELGADINO, WALTER; ANTELO, LORENA; TARCIC, ARIELA; DANIEL, DECIMA; ORELLANA, CRISTINA; CIVALLERO, SUSANA; FERNANDEZ VECINO, SONIA; DALOSIO, LETIZIA

S M de Tucumán / Argentina

El 29 de junio de 2006 en la provincia de Tucumán se puso en marcha la ley antitabaco N° 7575 que establece la prohibición de fumar en lugares de uso público cerrado, la misma fue promulgada un año antes y a partir de ese momento comenzó una intensiva campaña de difusión, educación y concientización acerca de la importancia de los ambientes libres de humo. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal con los objetivos de: conocer la opinión de la gente sobre la campaña y el contenido de la ley, averiguar el cumplimiento de la ley en función de las sanciones realizadas por el IPLA y conocer el grado de cobertura del tema llevado a cabo por los medios. Se llevaron a cabo encuestas a personas en la vía pública y dueños de comercios elegidos al azar; se entrevistó a la directora del IPLA

(órgano controlador e inspector) y se concurrió a los archivos de los medios gráficos de comunicación.

Resultados: se realizaron encuestas en locales comerciales a 64 propietarios, de los cuales 64% son no fumadores y 36% fumadores, el 95% conoce la ley, el 76% está de acuerdo con ella y el 66% piensa que podrá ser aplicada. En relación a la campaña el 94% conoce la imagen publicitaria de la misma, el 98% escuchó hablar del tema y el 89% tuvo contacto con los promotores. Se encuestaron 127 personas en la vía pública 50% no fumadores y 50% fumadores; el 94% conoce la ley, el 64% está de acuerdo y el 57% cree que se podrá aplicar, 81% conoce la imagen de la campaña, 92% escuchó hablar del tema y el 87% tuvo contacto con los promotores. Tanto las personas encuestadas como así también la información obtenida de los archivos coinciden en que la cobertura del tema en los medios (radiodifusión, televisión y gráficos) fue masiva y creciente en los últimos meses > 50% en el último año. El IPLA sólo refiere 26 apercibimientos en todo la provincia y solo una multa desde que la ley fue implementada.

Conclusión: La aplicación de la ley antitabaco tuvo un alto acatamiento y aceptación por parte de la población, probablemente debido a la implementación de la Campaña de Concientización y apoyo de los medios de difusión en el tema.

14891 PO

EQUINOCOCCOSIS MEDIASTINAL COMPLICADA

REY SANGUINETTI, ALEJANDRA; CASINELLI, JORGE; SAN MARTIN, ANDREA; RUIZ, ANDREA; JUAN, SALISBURY

Montevideo / Uruguay

Introducción: Los órganos más frecuentemente afectados en la hidatidosis son el hígado y el pulmón. La localización primitiva mediastínica es muy rara. Presentamos un caso de quiste hidático primitivo mediastinal (QHM) complicado. Interesa de este caso clínico, la frecuencia muy baja descripta en la literatura, la forma de presentación clínica como hemoptisis, que la pared de la aorta formaba parte de la adventicia hidatídica, la ausencia de complicaciones por la comunicación con la aorta (shock anafiláctico y embolias por material hidático), y la topografía exclusiva mediastinal sin otras lesiones quísticas en parénquimas.

Caso clínico: Mujer, 51 años ingresa por episodios de hemoptisis reiterada de entidad moderada. Examen clínico normal. GB: 3.664 k/uL, 11.6% eosinófilos, Hb 12 g/l.FBC: A nivel de bronquio lobar inferior izquierdo un coágulo obstruía el bronquio dorsal. Mucosa edematosa. RxTx: Masa de 4 cm a nivel hiliar izquierdo. TC de tórax: Masa de 6 cm de diámetro del mediastino posterior, relacionada con la aorta, arteria pulmonar, bronquio principal y lobar inferior izquierdo. Consolidación del parénquima pulmonar adyacente. Escaso derrame pleural. No otras lesiones quísticas. Cirugía: quistectomía complicada con lesión de aorta. Biopsia: quiste hidático complicado. Evolución: Buena. Tac contro 1 mes, aorta normal.

Discusión: Los QHM en las revisiones publicadas son más frecuentes en varones, en el mediastino posterior y mutivesiculares. Los síntomas dependen del tamaño, de la compresión y afectación de las estructuras próximas. En los QHM simples los síntomas son inespecíficos, las complicaciones son frecuentes y severas: compresión de estructuras mediastínicas, perforación de vasos y bronquios, infección, diseminación. El paso a la sangre del líquido hidático pueden dar cuadros de shock anafiláctico y el material hidático puede producir fenómenos embólicos. Esta paciente se presentó como una tumoración del mediastino posteroinferior, presentando como único síntoma hemoptisis, la cual se explica como secundaria al proceso inflamatorio adventicial del parénquima pulmonar. La adventicia

englobaba a la aorta y una vez abierto y evacuado el quiste, en el acto operatorio, se produjo rotura de la pared aórtica con sangrado masivo intraoperatorio. El tratamiento quirúrgico fue exitoso lográndose la evacuación del quiste y la reparación de la aorta. Se indicó tratamiento médico con derivados benzimidazólicos por tratarse de un QHM complicado.

Conclusión: Los QHM son muy poco frecuentes y se deben considerar como diagnóstico diferencial en los tumores del mediastino, sobre todo en zonas de elevada incidencia de QH como nuestra región. Su tratamiento siempre es quirúrgico y puede llegar a ser de urgencia, frente a la sospecha de complicaciones.

14900 PO

UTILIDAD DEL ESPUTO INDUCIDO (EI) EN EL DIAGNOSTICO DE TUBERCULOSIS. RESULTADOS FINALES. NEUMONOLOGIA HOSPITAL PROF. A. POSADAS

SANTOS, A; DEL VALLE, E; TUMMINO, C; ASQUINEYER, Y; GARCIA, A; ZAPATA, A; MONTEVERDE, A
Buenos Aires / Argentina

Los resultados preliminares de este trabajo prospectivo fueron presentados en el año 2004.

Objetivo: Evaluar el rendimiento diagnóstico del EI en pacientes con sospecha de tuberculosis pulmonar derivados para realizar broncoscopia.

Material y Método: Se incluyeron en forma prospectiva 131 pacientes con sospecha clínica y/o radiológica de TBC pulmonar entre enero 2000 y junio 2006. Estos pacientes no tenían expectoración, o la baciloscopía era negativa. Treinta y dos con serología positiva para HIV. Se les realizó EI en una sala de aislamiento, mediante nebulización con solución hipertónica de cloruro de sodio durante 20 minutos. El estudio baciloscopico se efectuó luego del concentrado de la muestra, y el cultivo para M. tuberculosis fue por métodos radiométricos. Si la baciloscopía del EI era negativa se procedía con el lavado bronquial.

Resultados: En 5 pacientes no se obtuvo expectoración. El resto de las muestras fueron representativas. La baciloscopía del EI fue positiva en 38 pacientes (29%). A estos se les indicó tratamiento y no se les efectuó broncoscopia. A los otros 93 se les realizó lavado bronquial, obteniéndose diagnóstico por directo y cultivo en 10 y sólo por cultivo en 22. La broncoscopia fue el único método diagnóstico en 13 pacientes. Así se pudo confirmar el diagnóstico en 75 de los 131 pacientes, siendo la sensibilidad para el examen directo del EI 50.6%. En 24 casos la baciloscopía del EI fue negativa y el cultivo confirmó el diagnóstico, con lo que este método tuvo una sensibilidad global de 82.6%. En los 32 pacientes HIV+ incluidos, la distribución de resultados fue similar. 11 pacientes con cultivo del EI positivo no fueron incluidos debido a que no se les pudo realizar la broncoscopia.

Conclusión: El esputo inducido es un método sencillo y de bajo costo que puede realizarse en todos los centros de salud aún en aquellos de baja complejidad. Dado el rendimiento diagnóstico evita la necesidad de realizar la broncoscopia en un número significativo de casos, con lo que se disminuye el riesgo de transmisión de la enfermedad.

14901 PO

PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR. A PROPOSITO DE UN CASO

ANDRADE, CARLOS; VAMPA, GUILLERMO BENJAMIN; ROZA, OSIRIS; PELLEGRINO, GASTON; ESPINOSA, PABLO FRANCO; GONZALEZ ROJA, EDUARDO
La Plata / Argentina

Objetivo: Presentar un caso de Proteinosis Alveolar pulmonar como diagnóstico diferencial en pacientes con infección pulmonar recurrente.

Historia clínica: Paciente masculino de 37 años, comerciante, consulta por disnea CF IV, tos productiva, fiebre y repercusión del estado general. Antecedentes de enfermedad actual: disnea progresiva desde hace 8 meses, asociada a cuadros similares al actual que requirieron internación en dos oportunidades con diagnóstico de neumonía grave de la comunidad. En su última internación, 30 días antes, realizó BAL y biopsia bronquial, siendo negativos los resultados de búsqueda de gérmenes patógenos. El examen citológico informa macrófagos y escasos leucocitos. El informe de TACAR de tórax arroja compromiso intersticial bilateral a predominio basal con menor componente de ocupación alveolar. Examen funcional respiratorio: restricción leve. Ante la sospecha de enfermedad intersticial fue medicado con prednisona 60 mg/día. Antecedentes Personales: Hábito tabáquico desde hace 22 años (60 cig/día). Hepatitis B a los 20 años. HIV negativo. Examen Físico: mal estado general, disnea de reposo, febril, escalofríos, cianosis distal, hemodinamicamente estable. Respiración toracoabdominal, tiraje supra-clavicular, se auscultan rales crepitantes en cara anterolateral y posterior de base pulmonar izquierda, y base posterior derecha. Micosis oral y genital. Estudios Complementarios: Sat. O₂ 94.5%, PO₂ 63 mmHg, PCO₂ 26 mmHg, PH 7,52, HCO₃⁻ 22 mEq/L, ERS 7mm, 27400 leuc./mm³ con 87% neut., FAL 296 U/L, TGP 134 UI/L, LDH 481 U/L, proteinograma elect. discreto aumento de alfa 2. Rx de tórax: opacidad heterogénea bilateral, reticulo-nodulillar, con tendencia a coalescer predominantemente en bases. Hemocultivos y cultivos de esputo negativos. Comienza tratamiento antibiótico con trimetoprima-sulfametoxazol, piperacilina tazobactam y fluconazol endovenosos. El paciente experimenta mejoría del cuadro clínico. Se realiza biopsia de pulmón a cielo abierto. Informe Histopatológico: parénquima pulmonar con relleno alveolar y bronquial de material amorfo, finamente granular, eosinófilo, con vacuolas lipídicas, hiperplasia neumocitaria tipo II, actividad macrofágica y leves infiltrados inflamatorios mononucleares estromales. Coloración PAS-h con y sin diastasa positivo en material amorfo intraluminar. Cuadro histológico de lipoproteinosis alveolar. El paciente evoluciona favorablemente y es dado de alta. Se indica descenso progresivo de esteroides y rehabilitación en centro especializado. **Conclusión:** Si bien la Proteinosis Alveolar Pulmonar es una enfermedad de baja prevalencia mundial, creemos importante introducirla entre los diagnósticos diferenciales de los pacientes con infección pulmonar recurrente, ya que quizás pueda tratarse de una enfermedad subdiagnosticada.

14902 PO

DOSAJE DE ACIDO LACTICO EN LIQUIDO PLEURAL

GONZALEZ, ALEJANDRA; PALLAVICINI, CECILIA; BAUDAGNA, GRACIELA; CREMASCHI, MARIA; BALCONI, SILVIA; MONTEVERDE, ALFREDO
Buenos Aires / Argentina

Introducción: El diagnóstico de infección en cavidades cerradas requiere una cuidadosa investigación, determinaciones tradicionales como recuento de leucocitos y/o neutrófilos, proteínas, niveles de glucosa y Gram directo no siempre son concluyentes; por eso la medición de ácido láctico en líquido cefalorraquídeo, sinovial, pleural, ascítico, ha sido utilizada para diferenciar causas bacterianas de no bacterianas y puede ser una herramienta adicional rápida en el diagnóstico diferencial.

Objetivo: determinar el valor diagnóstico de ácido láctico en el líquido pleural en los pacientes con derrame.

Metodología: En un estudio prospectivo se analizaron 70 pacientes adultos con derrame pleural en los que se obtuvo líquido pleural por punción, desde junio 2005 a junio 2006. Se analizaron parámetros físico-químicos, bacteriológicos (directo-

cultivo para gérmenes comunes y directo-cultivo para BAAR) y citológicos. Las determinaciones de L-lactato fueron realizadas con un método enzimático colorimétrico (ROCHE) con un equipo Hitachi 912. Se utilizó test de T para variables cuantitativas y test de mediana según cumplimiento de normalidad, considerándose significativos valores de $p < 0,05$, Kruskal Wallis y Wilcoxon test.

Resultados: Según el diagnóstico las muestras fueron separadas en 5 grupos: valores media-mediana: N láctico leuco PH glucosa LDH PROT Trasudado 24 2,27-2,20 2619-300 7,42-7,40 125-112 271-189 2,29-1,80. Paraneumónico 15 4,10-3,5 1495-505 7,38-7,40 152-1,31 587-312 2,66-2,50. Empiema 8 11,5-11,4 5997-2000 7,04-7,10 42-25 1316-1189 3,23-3,30. Neoplasia 19 4,06-2,80 1826-1500 7,38-7,40 111-113 775-362 4,06-2,80. TBC 4 4,57-4,10 3453-1600 7,35-7,35 62-64 1312-1215 4,97-4,90.

Al analizar valores de ácido láctico y diagnóstico, aplicando Kruskal Wallis, chi cuadrado el valor de p fue 0,0011. En el análisis de láctico y exudado/trasudado, aplicando test Wilcoxon se observó un valor de p significativo de 0,0004. El número de pacientes que fallece del total es de 12 con un valor de media de ácido láctico de 5,55 mmol/L, con un valor de p significativo con respecto a los que no fallece de p 0,002.

Conclusión: El valor de ácido láctico es un parámetro complementario para el diagnóstico diferencial de enfermedades pleurales, sobre todo entre trasudados y exudados. Se observó que los valores de lactato fueron más elevados en el grupo de empiema, no se hallaron diferencias en los grupos de diagnóstico de paraneumónico, TBC y neoplasias. Los niveles de lactato fueron más elevados en los pacientes que fallecen, con una diferencia significativa con valor de p 0,002.

14903 C0

CARCINOIDE ATÍPICO DE TIMO

REY, DARIO RAUL; CARDOZO PACHECO, VANESA; SCAFATI, MATIAS; PARGLIONE, CARLOS; GONZALEZ, JOSE A
CABA / Argentina

Sexo femenino. 50 años. Tabaquista 15 paquetes/año. Asintomática, en un chequeo, presenta una Rx Tórax patológica, donde se observa imagen tumoral en región parahiliar izquierda de bordes bien delimitados. La TAC de tórax confirma masa en mediastino medio de 90 x 60 mm, bordes regulares bien definidos y densidad líquida. No derrame pleural o pericárdico ni adenopatías. Se realizó RMN y PAF bajo TAC, sin resultados significativos. Se hace evaluación neumonológica y cardiológica, para ser intervenida quirúrgicamente.

Protocolo quirúrgico: Toracotomía lateroanterior izquierda en 5° espacio. Se aprecia polo inferior del tumor sólido sobre área cardíaca, infiltrando pericardio y prolongándose en hueco claviclar. Se abre pericardio y se comprueban estructuras cardíacas y vasculares libres. Extirpación completa del tumor. Se coloca parche que cubre toda la brecha. Avenamiento y cierre por planos.

Informe anatomopatológico: Macro: Nódulo de 110 x 70 x 40 mm, no encapsulado. Al corte está constituido por tejido blanquecino mate alternando con zonas quísticas. Micro: Proliferación de elementos celulares redondeados con núcleos levemente aumentados, nucleolos evidentes. Necrosis de tipo isquémico en sectores. La porción periférica está constituida por tejido conectivo y adiposo; en ese sector se observa tejido tímico.

Inmunomarcación: Enolasa neurona específica +++ Citoqueratina + en forma focal. Fosfatasa alcalina placentaria, vimentina, citoqueratina 7 y citoqueratina 20 (-)

Diagnóstico: Tumor carcinoide atípico de timo. Muy buena evolución, sin complicaciones postoperatorias. Alta sanatoria a los 6 días. A los 6 meses, concurre a control. Asintomática. Rx

Tórax: sin lesiones activas pulmonares. Elevación de hemidiafragma izquierdo (secular). Control periódico por Oncología y Neumonología.

Conclusión: Se trata de un tumor poco frecuente. Según Tiffet et al., hasta 2003 se habían publicado 200 casos, con aparición entre los 40 y 58 años de edad. Frecuentemente, se asocian desórdenes endocrinos. No se relaciona a síndromes paraneoplásicos. Metastatan a ganglios regionales. La radioterapia local coadyuvante, previene recurrencias y el alto porcentaje de metástasis, hace considerar la posibilidad de quimioterapia. Pronóstico de sobrevida 5 años: 33%

14909 P0

HISTIOCITOSIS X. REPORTE DE UN CASO

BETTINI, J; LAMOT, G; MENE, J; PIUMATTI, F; PARROTTA, G
Buenos Aires / Argentina

Introducción: La histiocitosis X o granulomatosis de células de Langerhans es una enfermedad pulmonar intersticial infrecuente e idiopática, que ocurre en adultos jóvenes y tiene una fuerte relación con el hábito de fumar. Se caracteriza por presentarse con tos, disnea, astenia, pérdida de peso, dolor torácico y fiebre. Radiológicamente se presenta con compromiso intersticial difuso con imágenes nodulares y quísticas bilaterales a predominio del campo superior que pueden progresar a la fibrosis. El examen funcional respiratorio puede ser normal o con patrón mixto. La biopsia pulmonar confirma el diagnóstico. Histológicamente se observa un acumulo de células de langerhans, eosinófilos, linfocitos y fibrosis tisular con formación de quistes y cavidades. Un 4 a 20% se asocia a lesiones óseas. El pronóstico es variable y va de la remisión espontánea a la progresión a fibrosis pulmonar sobre todo en pacientes que siguieron fumando. No existe un tratamiento específico y se vio que el trasplante pulmonar tuvo éxito en casos con enfermedad avanzada.

Objetivo: Revisión bibliográfica de esta enfermedad poco frecuente.

Caso clínico: Paciente varón de 36 años tabaquista de 30 paquetes/año, que consulta por tos y disnea MRC 2, acompañado por astenia y pérdida de peso. Se realizó radiografía y TCAR de tórax que evidenciaba múltiples nodulillos y pequeños quistes de pared gruesa e irregular de distribución bilateral y difusa. La espirometría mostraba un patrón mixto a predominio obstructivo moderado. Se realizó biopsia pulmonar video asistida cuyo resultado mostraba infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario, eosinófilos y células de langerhans con abundante citoplasma eosinófilo. Con S100 + por inmunohistoquímica.

Conclusión: La histiocitosis presenta una evolución muy variable que va desde la remisión espontánea de los síntomas hasta la progresión a la fibrosis. La mayoría de los pacientes que continuo fumando mostró progresión de la enfermedad por eso es importante el abandono de ese hábito. Esta enfermedad a pesar de su rareza debe ser tenida en cuenta en pacientes jóvenes fumadores con patrón intersticial nodulillar y quístico.

14911 P0

ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO DE LA VENTILACION MECANICA NO INVASIVA EN PACIENTES ADULTOS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS EN LA CLINICA CARLOS LLERAS RESTREPO DEL SEGURO SOCIAL.

CRUZ, CLAUDIA LILIANA
Bogotá / Colombia

Diseño: Estudio prospectivo observacional descriptivo. Ambiente del Estudio. Unidad de cuidados intermedios de la Clínica Carlos Lleras Restrepo Seguro Social Colombia.

Sujetos de estudio: Se incluyeron a todos los pacientes que ingresaron a la unidad de cuidados intermedios que cumplían los siguientes criterios: 1. > 15 años. 2. Pacientes que requirieran ventilación mecánica durante un período mayor de 5 horas. 3. Pacientes postextubación que mostraran signos de IRA I Y II. Criterios de exclusión: 1. Pacientes con ventilación domiciliar previa. 2. Estancia en la unidad < 48 horas. 3. Pacientes a los que les aplicara VMNI mediante mascarilla nasal. Variables estudiadas: Cada sujeto, tuvo como mínimo una hoja de recogida de datos que fue cumplimentada diariamente tomando como fuentes la historia clínica del paciente, las diferentes escalas que se utilizan en el estudio, la observación in situ del paciente y los resultados radiológicos a la cabecera del paciente. Las limitaciones derivadas de la cumplimentación subjetiva de algunas de las variables (agitación), se intentaron subsanar mediante el consenso de criterios a evaluar por el equipo investigador. Las variables que recopiladas en la hoja de recogida de datos se exponen a continuación.

- Edad Sexo días de estancia Antecedentes Motivo de ingreso Causas de IRA Criterios de intubación endotraqueal al ingreso: Se analizó si los enfermos cumplían con los siguientes criterios de intubación endotraqueal al inicio de la VMNI: Ph < 7,30, PaCO₂ > 50 mmHg o PaO₂ < 50 mmHg (en gasometría arterial con FIO₂ > 0,5, frecuencia respiratoria > 35 r.p.m., saturación de oxígeno < 85%, Los pacientes que cumplieran 3 o más de los criterios anteriores eran intubados.

En cuanto a la recolección de datos se tuvo en cuenta: - VMNI; - Intubación endotraqueal; - Perímetro Abdominal; - Náuseas y/o vómitos; - Ulceras por presión; - Dolor facial; - Sequedad bucal.

Materiales y Métodos

Objetivo general: Analizar el nivel de incidencia de las complicaciones que tienen como consecuencia la aplicación de la ventilación mecánica no invasiva, buscando optimizar el cuidado a estos pacientes.

Conclusión: Para concluir, deberíamos insistir en la necesidad de la realización de estudios descriptivos que analicen la incidencia de complicaciones relacionadas con las técnicas utilizadas en nuestras unidades de cuidados intermedios e intensivos así como en urgencias ya que serán la base científica que sustente nuestra práctica cotidiana y la incorporación de nuevas medidas preventivas, en miras de proveer por la calidad en la atención y la reducción de costos en hospitalización, permitiendo al mismo tiempo la práctica clínica por parte de los estudiantes en áreas de la salud específicamente en Terapia Respiratoria.

14920 PO

SÍNDROME PRADER-WILLI Y SU ASOCIACIÓN CON APNEA DURANTE EL SUEÑO.

VIDAL, GABRIELA LAURA; SIVORI, MARTIN; SAENZ, CESAR
CABA / Argentina

Síndrome Prader-Willi (SPW): desorden genético, en el cromosoma 15. Caracterizado por hipotonía, obesidad, hiperfagia, hipogonadismo y retardo mental. Entidad que puede asociarse con trastornos respiratorios del sueño (TRS). Se presentan 2 pacientes de sexo masculino que consultan a nuestro Servicio por Disnea.

Caso 1: Paciente JG de 23 años, obeso que presenta disnea CFII, ronquidos e hipersomnolencia diurna. Se realizó hemograma (Hb 16,3 gr%, resto sin cambios), ECG normal, Ecocardiograma (hipertrofia VD, insuficiencia tricúspide leve y función VI conservada), Espirometría (FEV1 72%, FVC 70%), PaO₂ 70 y PCO₂ 38. Polisomnografía (PSG) Índice Apnea: 43hs. SpO₂<90%=35%. Posterior se realizó prueba de Bipap. Índice Apnea: 8 hs. SpO₂<90%=8%.

Caso 2: Paciente CAV de 22 años, obeso que presentó disnea, ronquido, hipersomnolencia diurna, con leve disminución del coeficiente intelectual y trastornos psiquiátricos. Se realizó laboratorio, ECG, Ecocardiograma, Radiografía de tórax todo sin alteraciones. Espirometría (FVC 80%, FEV1 74%) PSG: (Índice de Apnea: 23,7hs. SpO₂<90%=1%) luego de la prueba de Bipap, Índice Apnea 22,3hs. SpO₂<90%=5%.

Conclusión: Ante todo paciente obeso con SPW y síntomas respiratorios del sueño debe solicitarse PSG y eventualmente VNI

14922 CO

RESULTADOS DE LA ENCUESTA: PRUEBAS DE FUNCIÓN PULMONAR EN EL DIAGNÓSTICO Y SEGUIMIENTO DEL ASMA BRONQUIAL, EPOC Y ENFERMEDADES INTERSTICIALES

PRIETO, ERNESTO; LISANTI, RAUL; NAHABEDIAN, SUSANA; NEUMONOLOGIA CLINICA, AAMR
CABA / Argentina

Se ha planteado en varios congresos la necesidad de consensuar la frecuencia con la que se deberían solicitar distintas pruebas de función pulmonar para el diagnóstico y seguimiento de las enfermedades respiratorias obstructivas y restrictivas. A mediados de 2004 el Dr. Raúl Lisanti planteó esta idea a la Sección de Neumología Clínica, por lo que la misma desarrolló una encuesta dirigida a todos los médicos que acreditaron ser neumonólogos y que asistieron al 33 Congreso Argentino de Medicina Respiratoria, realizado en la ciudad de Mendoza entre el 7 y el 11 de Octubre de 2005. Se confeccionó una encuesta en forma de selección múltiple, dividiéndola en 3 secciones: a) asma bronquial; b) enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y c) enfermedades intersticiales. A su vez, las preguntas en cada sección estaban divididas según la severidad. De los 384 asistentes al congreso y que acreditaron ser neumonólogos al momento de la inscripción, 225 contestaron la encuesta (58,5%). Una vez revisados todos los cuestionarios se excluyeron 61 (27%) por estar incompletos o por contestar más de una variable en varias preguntas. Se analizaron finalmente 164 encuestas, cuyos resultados se desean exponer mediante una comunicación oral.

Conclusión: En muchas de las preguntas hay un alto grado de concordancia, no así en muchas otras, dependiendo en la mayoría de los casos de la escasa disponibilidad de equipamiento de laboratorio pulmonar en varias regiones del país. Se abre de esta manera el camino para organizar un consenso nacional que pueda determinar la frecuencia de solicitud de distintas pruebas de función pulmonar en el diagnóstico y seguimiento de distintas patologías respiratorias. Este consenso permitiría además contar con una base bibliográfica para fundamentar estas solicitudes ante los sistemas de salud y medicina pre paga.

14929 CO

FENOTIPOS DE INFLAMACIÓN EN EL ASMA BRONQUIAL. IMPLICANCIAS TERAPÉUTICAS. ROL DE LA PROTEÍNA DE CÉLULA DE CLARA 16-KD

URIBE ECHEVARRIA, ELISA MARGARITA; ROTH, FELIX; URIBE ECHEVARRIA, AGUSTIN; AOKI, AGUSTIN; CRISTINA, MALDONADO
Córdoba / Argentina

La experiencia diaria con pacientes asmáticos, evidencia con frecuencia discrepancias entre la clínica y la respuesta a los tratamientos. Este trabajo tuvo como objetivo determinar la existencia de fenotipos inflamatorios y relacionar el patrón inflamatorio presente en la vía aérea con la respuesta terapéutica. A tal fin, en un grupo de pacientes asmáticos, analizamos mediante la técnica de esputo inducido, la distribución de células inflamatorias, los niveles de leucotrieno y de la proteína secretoria CC16 en sobrenadante; este péptido sintetizado por

la célula de Clara del epitelio bronquiolar con actividad anti-inflamatoria, está implicado en el riesgo y severidad del asma. **Métodos:** Se evaluaron pacientes entre 21 y 40 años de edad, con asma estable leve a severa, vírgenes de esteroides y no fumadores. Ellos fueron tratados 6 semanas con budesonida (BUD, 800 mcg diarios) o montelukast (MON, 10 mg diarios). Se tomaron muestras de esputo inducido antes y después de cada brazo terapéutico, a fin de analizar la citología y el contenido de LTE4 y CC16 en el sobrenadante mediante la técnica de ELISA. Se registró una escala de síntomas diarios (SD); la necesidad de β_2 adrenérgicos de acción corta a demanda (SABAD) y la labilidad del flujo espiratorio pico (LFEP). Resultados: Se identificaron dos grupos de asmáticos según el tipo celular en el esputo inducido: uno (23) con predominio de eosinófilos (PE) y el otro (14) con neutrófilos (PN). La LFEP fue significativamente mayor en PE que en PN (31 ± 7 Vs 14 ± 2 p = 0.03). El valor de LTE4 fue más elevado en PN que en PE (208 ng/ml vs 102.17 ng/ml p=0.03). No hubo diferencia de CC16 basal entre los dos grupos y se correlacionó directamente con el valor del FEV1 ($r = 0.36$, p = 0.03). Tanto BUD (0.15 vs. $0.05 \times 106/\text{ml}$ p = 0.01) como MON (0.33 vs. $0.07 \times 106/\text{ml}$ p = 0.04) disminuyeron significativamente los eosinófilos en PE, pero sólo MON disminuyó los neutrófilos aumentados en PN (0.19 vs. $0.13 \times 106/\text{ml}$ p = 0.01). BUD y MON redujeron LFEP en PE pero no en PN. Los registros de SD y SABAD mejoraron con BUD en ambos grupos, pero no cambiaron con MON. Ambos tratamientos incrementaron los valores de CC16 en PE pero no en PN.

Conclusión: Nuestros resultados demostraron la presencia de más de un fenotipo de inflamación en asmáticos libres de esteroides y no fumadores con característica distintiva clínico-funcionales y en la respuesta terapéutica. En PN la vía de los leucotrienos está involucrada debido al mayor nivel de LTE4 y la respuesta de los neutrófilos con MON. La evaluación de CC16 demostró ser un parámetro de respuesta epitelial y biomarcador de severidad en el asma. Estos resultados evidencian la necesidad de evaluar la inflamación en la vía aérea para orientar el tratamiento más adecuado.

14932 PO

TBC EXTRAPULMONAR Y VIH

GOMEZ, LUIS; SANCHO, MARTA; FOGGIA, CARLOS; ALEXANDRE, CARLOS; LUQUE, LUIS JAVIER; POLESCHI, JORGE
Buenos Aires / Argentina

En los pacientes infectados por VIH, la TBC es frecuente ya que la resistencia del huésped al Bacilo de Koch depende de la inmunidad celular; las manifestaciones clínicas varían según el grado de inmunodepresión. En los pacientes más inmunocomprometidos se observan formas extrapulmonares y diseminadas, describiéndose localizaciones en ganglios periféricos, médula ósea, sangre, hígado y líquido cefalorraquídeo. En los adultos la TBC ósea afecta más frecuentemente columna vertebral (40 a 60%); la localización articular suele ser mono articular, tomando grandes articulaciones: cadera, rodilla y con menor frecuencia las pequeñas de manos o pies.

Caso clínico: Paciente de sexo femenino, 46 años, en 06/2000, se diagnostica infección por VIH; coinfección por hepatitis B y C. Antecedente pareja VIH +, PPD = 0. Se determina linfocitos CD4 = 102 y CV > 750.000 copias. Se inician antirretrovirales (ARV) (AZT + 3TC + Indinavir) y profilaxis PC (TMS). Buena respuesta al tratamiento: disminución de la CV, <50, al cabo de 5 meses y recuperación progresiva de los valores de CD4. Cuatro años más tarde continúa en tratamiento, con CV <50 y CD4 > 300, consulta por malestar general, presentando un eritema nodular con lesiones pequeñas, distribuidas en tórax. Evolucionan en forma tórpida, sumándose artralgia de codo iz-

quierdo y coxalgia derecha irradiada a rodilla, con formación de absceso frío en muslo. Laboratorio: hematócrito 38% - Blancos 8100, neutrófilos 75% , Plaquetas 236.000 - VSG 70 - Colesterol 262 - TG 221 - Bilirrubina N - TGO 60 - TGP 76 - FOH 368 - Proteínograma: aumento de alfa2 e hipergamma a expensas de IgG (IgG 2.194) - Complementemia y resto del colagenograma normales. Rx: Tórax normal - Rx Fémur y Cadera sin lesiones óseas. Rx codo: imagen osteolítica Biopsia de lesión del codo: granuloma de aspecto tuberculoide. Punción de muslo: líquido citrino con cultivo para gérmenes comunes y hongos negativo: BAAR directo negativo. Se inicia tratamiento tuberculostático INH + RIP / 6 meses y PZ + EMB / 2 meses. Se suspende transitoriamente ARV, aumentando ligeramente la CV y disminuyendo CD4. A los dos meses de iniciado el tratamiento se recibe cultivo positivo para BAAR del líquido de punción. Buena evolución clínica con respuesta al tratamiento antituberculoso. A los dos meses se reinicia ARV, indicando AZT+3TC + Saquinavir / ritonavir, regresión de la CV y recuperación de CD4 hasta la actualidad.

Conclusión: Nos parece relevante reportar este caso de paciente VIH, que después de cuatro años de tratamiento ARV, conservando buen estado inmunológico, presentó TBC ósea en dos localizaciones simultáneas poco frecuentes.

14934 PO

NEUMONÍAS AGUDAS DE LA COMUNIDAD

MASTROLILLO, ANAHI; TREJO, MARICEL; SANCHO, MARTA; GOMEZ, LUIS; DE LORENZI, MIGUEL; DI MARZO, DARIO; ORTEGA, STELLA; ZEC BASCKARAD, MARCOS; MARTIN, VANINA; MARTINEZ, SOFIA; MAULE, GABRIEL; NUÑEZ, NATALIA; JUAREZ, MELISA; MARTIN, MARIA PIA
Buenos Aires / Argentina

Objetivo: realizar un análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes que ingresaron al servicio de clínica médica con diagnóstico de neumonía aguda de la comunidad (NAC).

Material y Método: Se considera el período enero de 2003 hasta junio de 2006. Sobre 2572 ingresos, 178 (6.9%) pacientes fueron admitidos con criterios diagnósticos para NAC; complementariamente se estudiaron con hemocultivos (HC) y serología IgM para Clamídeas. En 22 no se realizó HC por haber recibido ATB previamente; en 156 (88%), en los restantes se tomaron 2 muestras de hemocultivos al ingreso; 130 hemocultivos fueron negativos (83.3%) y 149/178 serologías fueron negativas (83.7%).

Distribución: 72 mujeres (40%), entre 26 y 65 años y 107 varones (60%) entre 20 y 83 años; (edad promedio para ambos 47 años). Factores de riesgo: EPOC 71 (40%) -Tabaquismo 53 (30%) - Alcoholismo 32 (18%) - Patología cardiovascular 23 (13%) - Diabetes 21 (12%).

Resultados: En 55 pacientes (30.9%) se llegó a diagnóstico etiológico por HC o Serología. 26 / 156 HC (16.7%) fueron positivos y 29 / 178 serologías reactivas que correspondieron a neumonías atípicas (16.3%). Los gérmenes hallados: Streptococcus pneumoniae 19 (60%). Streptococcus viridans 4 (12,5%). Staphylococcus aureus 2, meticilinosensible (6%). Haemophylus influenzae 1 (3%).

Evolución: 2 pacientes fallecieron en UTI (1%).

Tratamientos: Se utilizó en forma aleatoria ceftriaxona o amoxicilina/sulbactan. En los casos de neumonías atípicas se rotó a doxiciclina.

Conclusión: Los hallazgos bacteriológicos presentaron baja rentabilidad coincidiendo con otras publicaciones. Los agentes etiológicos más frecuentes resultaron Streptococcus pneumoniae y Clamídeas. Entre los factores de riesgo el más importante fue EPOC, seguido por tabaquismo, alcoholismo y patologías cardiovasculares. Los resultados bacteriológicos, a pesar de que la muestra es poco representativa, no demostraron re-

sistencia al grupo de las penicilinas y los estafilococos fueron sensibles a oxaciclina. En los casos sospechosos de neumonías atípicas la serología para clamideas, por ser tardío el resultado, no fue útil a los fines del tratamiento, pero sí para confirmación diagnóstica. No se investigó serología para micoplasma por no disponer de los reactivos necesarios; motivo por el cual se utilizó doxiciclina con buenos resultados clínicos. La mortalidad no fue significativa en este trabajo.

14935 CO

ESPIROMETRÍA Y GASES EN SANGRE ARTERIALES EN ASMA AGUDA SEVERA

RAIMONDI, GUILLERMO A*.; GONZALEZ, SILVIA**.; ZALTSMAN, JORGE**.; MENGA, GUILLERMO**

*FLENI y **Hospital María Ferrer. Buenos Aires, Argentina CABA / Argentina

Objetivo: Analizar el intercambio gaseoso, estado ácido base y obstrucción de la vía aérea en asma aguda severa.

Material y Método: Se analizaron en dos períodos de 2 años 330 internaciones sucesivas por asma bronquial. En 315 de ellos se obtuvo muestra de sangre arterial a su ingreso. Por su estado clínico 274 pacientes pudieron realizar espirometría (Vitalograph). En 235 de ellos se calculó el anión restante (AR) $\text{Na}-(\text{Cl}+\text{COH}^-)$. Se determinó ácido láctico (AL) en 154 pacientes. Se realizaron correlaciones entre FEV1 y gases en sangre respirando aire y distintas variables de gases en sangre al momento del ingreso. El FEV1 se expresó en % del teórico (FEV1%) (Knudson, 1983). Se compararon los valores de gases en sangre del grupo que pudo realizar vs. el que no pudo realizar espirometría (n=267 y 48 respectivamente). Se expresaron los resultados como $\bar{x} \pm \text{DS}$. Se utilizó el cálculo de correlación lineal y el test de "t" no apareado para la comparación entre grupos. Se aceptó como significativa $p < 0.05$.

Resultados: El FEV1% fue $25.6 \pm 10.0\%$, PaO_2 66.1 ± 11.9 mmHg, PaCO_2 37.5 ± 12.5 mmHg, pH 7.42 ± 0.09 , bicarbonato (Bic) 23.4 ± 3.6 mEq/L, exceso de bases (EB) -0.40 ± 3.9 mEq/L, AR 14.1 ± 3.2 mEq/L y AL 3.0 ± 1.5 mEq/L. Correlacionaron significativamente FEV1% vs PaO_2 ($r=0.18$), FEV1% vs PaCO_2 ($r=0.28$), pH vs PaCO_2 ($r=0.86$), PaCO_2 vs PaO_2 ($r=0.45$), AL vs AR ($r=0.58$), AL vs EB ($r=0.50$), AR vs Bic ($r=0.38$). Se calculó la regresión Bic vs PaCO_2 , esta última como variable independiente ($y=6.22+0.49X$, $r=0.81$). Difieron significativamente entre los grupos que pudieron realizar espirometría vs no la PaCO_2 (35.1 ± 6.5 vs 50.9 ± 24.3 mmHg), pH (7.44 ± 0.04 vs 7.31 ± 0.18), EB (0.1 ± 3.1 vs -3.2 ± 5.6 mEq/L) y NS el Bic (23.4 ± 3.2 vs 23.4 ± 4.2 mEq/L), el AG (14.1 ± 3.2 vs 15.1 ± 4.5 mEq/L) y el AL (14.1 ± 3.2 vs 13.9 ± 3.4).

Conclusión: Se demuestra una débil relación entre la severidad de la obstrucción de la vía aérea y la anormalidad del intercambio gaseoso. La pendiente de la regresión Bic vs PaCO_2 demostraría alcalosis respiratoria crónica. Los pacientes más comprometidos presentan acidosis respiratoria y acidosis metabólica evidenciada por descenso del EB.

14948 PO

ADICCIÓN AL TABACO Y EDAD DE INICIO

WILLIGS ROLON, ROXANA MARICEL; NUÑEZ, PABLO; STOK, ANA MARIA; ALTIERI, HECTOR; VEGA, NORA; DELGADINO, WALTER; ANTELO, LORENA; TARCIC, ARIELA; DECIMA, DANIEL

S. M. de Tucumán / Argentina

En el 2003 se registró que fumaban el 34% de los escolares de Tucumán. Se planteó describir el comportamiento en relación con el consumo de tabaco, conocer las asociaciones entre el "grado de adicción al tabaco" con: la "edad de inicio del consumo" y con "padre o madre fumador/a", y por otra parte "la edad de inicio del consumo" con "padre fumador" y con "ma-

dre fumadora". Se llevó a cabo un estudio descriptivo de corte transversal y asociativo de una población de 18 a 50 años de la ciudad de Trancas (Tucumán) durante abril y mayo de 2006. Se seleccionó una muestra aleatoria de 201 personas. Se usó una encuesta anónima, administrada personalmente y el Test de Fagerström para medir el grado de adicción al tabaco. Se encontró una prevalencia del 27% de fumadores actuales. La edad mediana de inicio de tabaquismo en los que tienen poca dependencia fue de 17,5 años, que difiere significativamente de los que tienen una dependencia moderada y fuerte (mediana igual a 16 años). La edad de inicio del tabaquismo fue significativamente diferente entre los que tienen padres fumadores (16 años) y los que no lo tienen (18 años). A menor edad de inicio se observó mayor grado de adicción.

Conclusión: Los que tienen padres fumadores suelen fumar más precozmente. Es mayor el grado de adicción en los que se inician a temprana edad. Las campañas de prevención deben estar dirigidas especialmente en la edad escolar y establecer Hogares sin Humo.

14955 PO

TABAQUISMO EN TRABAJADORES DE EDET

WILLIGS ROLON, ROXANA MARICEL; STOK, ANA MARIA; ALTIERI, HECTOR; VEGA, NORA; DELGADINO, WALTER; ANTELO, LORENA; TARCIC, ARIELA; DECIMA, DANIEL
S. M. de Tucumán / Argentina

Con el objetivo de conocer la prevalencia y características del consumo de tabaco en los empleados de la empresa EDET (Empresa distribuidora de energía eléctrica en Tucumán) para orientar conclusiones y acciones futuras que modifiquen conductas en la población, se realizó una encuesta validada, anónima y autoadministrada en los trabajadores de la misma entre los meses de mayo y junio de 2006.

Resultados: Se estudiaron 184 empleados de EDET, con edades entre 19 y 62 años (promedio = 37,5 años, DS = 9,6 años) entre los cuales el 28% (52) nunca fumó y el 72% (131) alguna vez fumó, de éstos el 46% (38) son exfumadores, el 26% (48) fueron experimentadores y el 24% (45 = IC 95% = [18% - 31%]) son fumadores actuales. De los fumadores actuales el 36% (30) fuma diariamente y el 18% (15) ocasionalmente. Al evaluar si esta proporción varía según el sexo se detectó que la proporción de fumadores actuales es significativamente mayor entre las mujeres ($p < 0,0001$). Al ser interrogados sobre la cantidad de cigarrillos que consumen o consumían en la época en que fumaban diariamente, el 76% (68) de las 89 personas que contestaron esa pregunta manifestó que fuman menos de 10 pack-years. En cuanto a la opinión si el cigarrillo es un hábito o una adicción, para el 41% (70) es una adicción y ambas cosas para el 38% (65). Solo dos personas manifestaron que fumar pasivamente no es perjudicial para la salud y aproximadamente el 50% (88) manifestó desear recibir información específica relacionada con el control del uso del tabaco.

Conclusión: Observamos menos prevalencia de fumadores actuales (24%) que la población general, con un alto predominio de mujeres. Posterior a la intervención a realizar como Empresa Libre de Humo será de interés evaluar el impacto en la disminución del consumo.

14958 CO

CORRELACIÓN ENTRE ESPIROMETRÍAS Y ALTURA DURANTE EL ASCENSO AL ACONCAGUA.

GAROFOLI, ADRIAN; FAZIO, C; ELIAS, C; MANESCHI, E
Mendoza / Argentina

Antecedentes: Existen datos de parámetros espirométricos en las alturas, pero no son concluyentes. No hay datos en el cerro

Aconcagua (6957 msnm). Se ha informado reducción de la FVC entre 5-11% cerca de los 5300 mt, y se debería a cambios estructurales y funcionales como edema intersticial subclínico, reducción de TLC por disminución de fuerza de músculos inspiratorios, incremento de flujo sanguíneo pulmonar, o cambios en la presión de cierre. El incremento del PEF sería por la reducción en densidad del aire.

Objetivo: Correlacionar distintos parámetros espirométricos y SatO₂ con la altura en el Aconcagua. M y M: Se evaluaron varones durante 14 días, desde 770 m.s.n.m. (Pb 700mmHg) hasta los 5300 m.s.n.m. (Pb 401mmHg) con determinaciones intermedias (2700, 3800, 4370 mt), y al regreso a 2700 mt. Se constataron los valores de espirometría, satO₂, FC y escala de síntomas de Mal Agudo de Montaña (MAM). Las maniobras reunieron criterios de aceptabilidad y reproducibilidad. Se utilizó un espirómetro de turbina, el cual no es influenciado por la humedad ni densidad del aire y es utilizado en ascensiones internacionales. Oxímetro Nonin PalmSAT 2500. Se determinó correlación según coeficiente de Pearson; significación biológica $p < 0,05$.

Resultados: se incluyeron 25 sujetos sanos entre 19 y 58 años (media 34,28). Ocho personas (32%) presentaron síntomas de MAM: 5 (20%) MAM leve (cefaleas) a los 3800 mt; una (4%) moderado (Fatiga/cefalea) y 2 sujetos (8%) MAM severo a los 4300 mt, uno con EAP (el cual presentó el mismo evento a 5000 mt en año 2000); y el otro Edema cerebral (ataxia), fatiga, disnea y SatO₂ menor a la esperada (71%-4300mt). No se encontró correlación entre los parámetros espirométricos y la altura. Existe una fuerte correlación negativa entre satO₂ y altura según coeficiente de Pearson ($r = -0,957$; $p = 0,01$).

Variable/Altura	770 mt	2700 mt	3800 mt	4370 mt	5300 mt	2700 regreso
Media/SD VEF1%	0,79 (±0,05)	0,81 (±0,06)	0,80 (±0,08)	0,81 (±0,07)	0,81 (±0,08)	0,82 (±0,05)
Media/SD FVC (L)	5,45 (±0,84)	5,25 (±0,57)	5,21 (±0,68)	5,34 (±0,79)	5,08 (±0,83)	5,33 (±0,89)
Media/SD VEF1(L)	4,32 (±0,62)	4,27 (±0,53)	4,16 (±0,60)	4,30 (±0,69)	4,10 (±0,67)	4,34 (±0,60)
Media/SD PEF (L/min)	10,51 (±1,65)	10,71 (±1,71)	11,45 (±2,02)	12,36 (±2,19)	11,52 (±1,76)	11,48 (±1,93)
Media/SD FEF 25-75	4,11 (±1,11)	4,39 (±1,02)	4,21 (±1,46)	4,37 (±1,49)	4,29 (±1,56)	4,52 (±1,25)
Media/SD Sat O ₂ %	96,42 (±1,61)	95,46 (±1,81)	89,44 (±3,18)	85,29 (±4,43)	80,73 (±4,14)	92,80 (±2,07)
Media/SD FC (lat/min)	67,96 (±8,06)	72,69 (±12,22)	73,81 (±11,42)	80,75 (±11,51)	95,41 (±13,86)	81,40 (±15,97)

Conclusión: No encontramos correlación entre la espirometría y la altura en el Aconcagua. La correlación negativa de satO₂ fue de acuerdo a los valores predichos. La prevalencia de MAM fue inferior a lo reportado en otros estudios.

14959 PO

NEUMONIA INTERSTICIAL LINFOIDEA

ISAAC, JULIO CÉSAR DE JESÚS; ARIAS, GABRIELA ROSA; MARCHESINI, MIRIAM MARCELA; ECHAGUE, CARMELA; TOLOSA, INES; DONNARI, MAURICIO
Litoral / Argentina

Mujer de 39 años, sin antecedentes personales ni laborales de jerarquía, con antecedentes familiares de asma (madre) e intersticiopatía (prima). Consulta por cuadro de más de 6 meses de evolución de tos seca con escasa expectoración mucosa matinal y disnea de esfuerzo grado II. Ex. Físico: Rales crepitantes bibasales y aisladas sibilancias bilaterales. RX de tórax: Opacidades bilaterales de aspecto reticulonodular y en vidrio esmerilado en campos pulmonares medios y bases, predominando en estas últimas. Espirometría: Incapacidad Ventilatoria Restrictiva Moderada.

Laboratorio: Anemia leve, VES 45, Laboratorio reumatológico negativo, HIV (-), Proteinograma normal.

TACAR: Patrón en vidrio esmerilado bilateral, parchado, sin evidencia de derrame ni adenomegalias. Biopsia por VATS:

Afección inflamatoria irregular y parchada, predominantemente centrolobulillar y linfocitaria con plasmocitos, histiocitos y discreta fibrosis en tabiques intraalveolares, reducción de luz alveolar en sectores centrales y dilataciones microquísticas a predominio periférico y subpleural. Incipiente panal de abejas. Lesiones de bronquitis crónica, proliferación intersticial focal de células musculares lisas (Lesiones altamente compatibles con LIP). Evolución y Tratamiento: El cuadro de inicio fue tratado con esteroides inhalados y B2 durante una semana con escasa respuesta terapéutica y ante los resultados de la TACAR y BIOPSIA, se decide tratamiento con meprednisona a dosis de 40 mg/día, con muy buena respuesta clínica. En el control tomográfico a los 60 días se constató una disminución significativa de las alteraciones intersticiales con respecto al estudio anterior con persistencia de algunas imágenes en vidrio esmerilado. Espirometría: Incapacidad Ventilatoria Restrictiva Leve. Actualmente, la paciente se encuentra asintomática y en fase de reducción esteroidea.

Conclusión: La LIP es una de las más raras EPID, que tiene asociación con HIV, Linfoma, y Colagenopatías entre otras. Se caracteriza por tener en un 70% una favorable respuesta al Tto Esteroideo, aunque también se describieron progresiones a la Fibrosis Pulmonar.

14965 CO

VALIDACIÓN DEL RINT PARA EVALUACIÓN DE BRONCOESPASMO INDUCIDO POR EJERCICIO EN NIÑOS CON ASMA

BONILLA ROCHA, MARIA EUGENIA; VELASCO SUAREZ, CARLOS; ROQUE, MARCELA; FIGUEROA TURIENZO, JUAN MANUEL; BALANZAT, ANA
CABA / Argentina

Introducción: El ejercicio puede inducir broncoespasmo en un 60 a 80% de los niños asmáticos, es por esto su utilidad, bajo circunstancias controladas para el diagnóstico y control de asma. El RINT es un método de estudio de la función pulmonar no invasivo que permite medir la resistencia de la vía aérea a volumen corriente, utilizando la técnica de oclusión rápida. El método requiere mínima colaboración y permite su uso en niños pequeños.

Objetivo: Determinar la sensibilidad y especificidad del RINT para objetivar la broncoobstrucción inducida por el ejercicio en niños asmáticos.

Población, material y método: Se analizaron los datos de 46 test de ejercicio realizados entre los años 2005-2006 en el Servicio de Neumonología Infantil del Hospital de Clínicas José de San Martín. La muestra consistió en 22 mujeres y 24 varones entre 6 y 18 años, todos los niños contaban con espirometría previa normal sin respuesta broncodilatadora. El test de ejercicio se realizó mediante carrera libre durante 6 minutos, con medición de espirometría y RINT antes de la prueba; y a los 5, 10, 15 y 20 minutos de finalizado la carrera. Se consideró BEIE a una caída mayor de 12% en el VEF1. Se consideró como punto de corte para el RINT un aumento del 30% de la resistencia. Se utilizó una tabla de dos por dos para determinar sensibilidad y especificidad.

Resultados: El test de ejercicio fue positivo en 17 niños es decir 37% de la muestra. La sensibilidad para el RINT fue 88% IC (65%-98%) y la especificidad fue de 82% (63%-93%). El valor predictivo positivo fue de 76% y el valor predictivo negativo fue de 92%. La razón de verosimilitud positiva fue de 4,97 y la razón de verosimilitud negativa fue de 0,13.

Conclusión: La medición de RINT para valorar broncoespasmo inducido por ejercicio es una alternativa útil en aquellos niños que no pueden realizar la maniobra de espiración forzada.

14975 PO**OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA TRANSITORIA. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS DE MENDOZA. SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA, HOSPITAL EL CARMEN**LISANTI, RAÚL; GONZALEZ, LUIS; DELABALLE, ELENA; MORENO, GONZALO
Mendoza / Argentina

Introducción y Antecedentes: En marzo del año 2004 se crea el Programa de oxigenoterapia y VNI de la Obra Social. La OSEP tiene en toda la provincia 300.000 afiliados, que pueden ser atendidos en efectores propios o por el sistema de libre elección. Todo el suministro de Oxígeno y VNI domiciliario se realiza a través del Programa, ajustando su ingreso según guías y consensos de la AAMR.

Material y Métodos: Se evalúan los pacientes que ingresan al programa con solicitud de oxigenoterapia desde marzo 2004 a marzo 2006, se dividen a los pacientes en dos grupos: 1-transitorios: los que no reúnen criterio de Oxigenoterapia crónica domiciliaria, pero presentan hipoxemia, y situaciones clínicas que permite el tratamiento ambulatorio. 2-Permanentes: pacientes que reúnen criterios de OCD.

Resultados: Ingresaron al programa en dicho periodo 286 pacientes con solicitud de oxigenoterapia, 220 (76,92%) para la forma permanente y 66 (23,08) para la transitoria. Evaluaremos en este trabajo la forma transitoria de oxigenoterapia (66 pacientes), 35 hombres (53,03%) y 31 (46,97%) mujeres, con una edad media de 60,54 años, con un rango de 4 meses a 104 años. El diagnóstico correspondió a Cáncer de Pulmón en 29 pacientes (43,94%), otros tumores en 19 pacientes (28,79%), neumonía en 9 pacientes (13,64%), cardiopatías en 8 pacientes (12,12%), displasia broncopulmonar en 3 pacientes (4,54%). Se dieron de baja en dicho periodo 59 pacientes (89,39%), 45 por óbito (76,27%), 8 por pedido médico y 5 voluntario. Los pacientes que fallecieron (45) el diagnóstico fue: Cáncer pulmonar o no pulmonar en 34 pacientes (75,55%), cardiopatía en 5 pacientes (11,11%) y neumonía en 4 pacientes (8,88%). El suministro del oxígeno se realizó por: concentrador en 58 pacientes, Reservorio con mochila (FreeLox) en 5 pacientes (4 niños menores de 3 años) y tubo de oxígeno en 3 pacientes. El tiempo de uso de la oxigenoterapia fue, menos de 1 mes en 37 pacientes (56,06%), entre 1 y 3 meses en 12 pacientes (18,18%) y más de 3 meses 17 pacientes (25,75%). La solicitud de oxigenoterapia se realizó en el 34,8% de los pacientes en nuestro Servicio. El 62,12% viven en el gran Mendoza.

Conclusión: Se destaca la importancia de suministrar oxígeno en forma transitoria en domicilio, permitiendo que pacientes con hipoxemia asociada a enfermedades graves (terminales) puedan recibir este tratamiento paliativo en su hogar, sin requerir internación. 48 pacientes (72,72%) correspondía a patología tumoral Terminal, y de estos fallecen en el periodo del estudio 34 (70,83%). Además permitió el tratamiento en domicilio de pacientes terminales con patología cardiovascular o neumonías (25,25%), de los cuales fallecen el 52,94%. El 56% de los pacientes uso la oxigenoterapia por menos de un mes.

14987 CO**CARCINOSARCOMA PULMONAR**GIANNATTASIO, JORGE H; DE SALVO, MARIA C; PEDERNERA, ANALIA; GUERRA, MARCELO; MIRANDA, ADRIANA M; DERQUI, RAMON
CABA / Argentina

Fue inicialmente descripto por Kika en 1908, fueron publicados desde entonces 108 casos. El Carcinosarcome Pulmonar (CSP) es un tumor que consiste en una mezcla de elementos malignos epiteliales y mesenquimales. Habitualmente el componente epitelial esta formado por carcinoma escamoso (70%), cél. tipo adenomatoide (20%) e indiferenciado (10%). El com-

ponente mesenquimal esta formado por sarcoma de cél. fusiformes. Por definición este debe mostrar diferenciación en tejidos específicos/heterólogos (hueso, cartílago, músculo esquelético). Incidencia 0.1- 0.3% del total tumores malignos primitivos de pulmón. CP descripto también en VAS, esófago, útero, mama y piel. El pulmón es el 4° sitio más afectado. Fuerte asociación con el tabaquismo. Relación H:M 4:1. Edad media 50-70 años. Los CP periféricos generalmente son grandes masas de 2-8.5 cm que involucra pleura y pueden presentar zonas de cavitación. Las adenopatías hiliares o mediastinales son frecuentes. El componente carcinomatoso tiende a diseminarse a nódulos linfáticos regionales. El componente sarcomatoso en un 40% de los pacientes da metástasis (hepáticas, suprarrenales, cerebrales y espinales). Existen en las diferentes casos presentados, las evoluciones son dispares, para algunos es de evolución prolongada, para otros presenta un mal pronóstico, con una supervivencia media de 6 meses desde el diagnóstico. Se debe tratar de realizar una resección quirúrgica curativa cuando sea posible. Cuando hay diseminación linfática, el resultado es pobre. Se debe evaluar la posibilidad de realizar RT o QT como adyuvante en pacientes con enfermedad irreseccable, pero en general existe una escasa respuesta a la QT y RT.

Presentación del caso: Paciente de 63 años, Tabaquista de 50 paq/año. En 2001 hallazgo de masa pulmonar en un control clínico, asintomático. Se negó a continuar estudios. En junio de 2005 consulta por dolor dorsal y hemóptisis ocasional. Clínicamente presentaba un síndrome de condensación de tercio inferior de Hemitorax izquierdo. Los diferentes procedimientos diagnósticos resultaron negativos para atipia. Se realiza toracotomía con neummonectomía izquierda. La pieza quirúrgica muestra una tumoración de LII de 17 cm de diámetro. El informe de Anatomía Patológica fue: Carcinosarcoma pulmonar. La evolución postoperatoria inmediata del paciente fue muy buena, presentando a los seis meses metástasis en pared torácica. El paciente se niega a cualquier procedimiento o tratamiento.

14995 PO**INTERVENCIÓN NUTRICIONAL EN PACIENTES EPOC**RAMOS, J; GUIDA, R; REY, S; GROTZER, C
Buenos Aires / Argentina

La intervención nutricional es considerada parte del tratamiento de la EPOC dado que la desnutrición y la disfunción muscular son determinantes de la severidad clínica y el pronóstico de la misma. Una ganancia mayor de 2 kg de peso o el incremento de 1 unidad de BMI se asociaron con un aumento significativo en la supervivencia y con la mejora de la supervivencia en pacientes con bajo peso respectivamente. Su valor umbral de riesgo para mortalidad es de 21, rango adaptado a patología respiratoria.

Material y Método: Se evaluaron 89 pacientes, 40.4% mujeres y 59.5% hombres, con diagnóstico de EPOC internados como mínimo dos veces durante los últimos 5 años. Se determinó peso, talla, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad. Se realizó diagnóstico nutricional por BMI y porcentaje de cambio de peso antes y después de la intervención nutricional, consistente en recomendaciones para optimizar la ingesta.

Resultados: Mujeres: el 27.7% presentó Bajo Peso; el 19.4% Normopeso y el 52.6% Exceso de Peso. Hombres: el 30.1% presentó Bajo Peso; el 39.5% Normopeso y el 30.1% Exceso de Peso. No hubo diferencias significativas entre los tres grupos. Los hombres representaron el mayor porcentaje de población con normopeso (40%); el porcentaje de bajo peso fue similar en ambos sexos. El 80% de la población presentó exceso de peso. El 58.3% de las mujeres y el 88.6% de los hombres presentaron pérdida de peso, la cual se observó en los hombres con

Normopeso (35.1%) y en las mujeres con Exceso de Peso (24.9%). La pérdida en la mayoría de los pacientes fue menor al 10%. Luego de la intervención nutricional, similar porcentaje de mujeres con exceso (25%) y bajo peso (20%) incrementaron el BMI hasta 2.9 puntos; el 27,7% lo descendió hasta 2.9 puntos. El 20 y el 13 % de los hombres con normopeso y bajo peso respectivamente tuvieron descenso de BMI. El 22% de los pacientes presentó pérdida de peso significativa y el 24.5% pérdida severa en los dos primeros años de enfermedad. Entre los dos y cinco años de la evolución el 11% presentó pérdida significativa.

Conclusión: La mayoría de los hombres tuvo normopeso y presentaron más pérdida de peso. En las mujeres predominó algún grado de exceso de peso. La pérdida de peso se relaciona con peor pronóstico de enfermedad, pero un 80% de pacientes evaluados presentó exceso de peso. No se pudo determinar la composición corporal, que ratificaría que el peso no es buen indicador para evaluar pronóstico de enfermedad. La intervención nutricional logró frenar la pérdida de peso y en algunos casos su incremento. Sería importante determinar si se produjo aumento y/o conservación de la masa magra. Se menciona como factor pronóstico a la pérdida de peso a los cinco años de evolución de la enfermedad, pero en este caso la mayor pérdida se produjo durante los dos primeros años, apoyando la importancia de la intervención nutricional temprana.

14998 CO

EFFECTO LA APLICACION DE DIFERENTES PRESIONES DE CPAP NASAL EN NIÑOS CON BRONQUIOLITIS AGUDA

FIGUEROA, JUAN MANUEL; LAZARTE, GERMAN; VELASCO SUAREZ, CARLOS; BONILLA, MARIA EUGENIA; GIGHI, MARIELA; CHEDE, CECILIA; BALANZAT, ANA
CABA / Argentina

Introducción: la bronquiolitis es una de las principales causas de internación en la infancia. El tratamiento actual de la bronquiolitis se basa en la terapia de soporte de la insuficiencia respiratoria. En los neonatos con distress respiratorio el uso de Presión Positiva Continua (CPAP) por cánulas nasales es un recurso universalmente aceptado. Si bien en nuestro medio va en aumento el número de unidades de Cuidados Intensivos Pediátricos que adoptan esta modalidad para el tratamiento de soporte en los lactantes con bronquiolitis, son muy escasas las publicaciones locales o internacionales que hayan evaluado funcional o clínicamente el efecto de esta terapéutica.

Objetivos: estimar el efecto de diferentes presiones de CPAP por cánula nasal en lactantes con bronquiolitis severa.

Población: 11 lactantes internados por bronquiolitis aguda e hipoxemia en la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos.

Material y Métodos: se aplicó CPAP mediante cánula nasal Hudson conectada a un respirador Secrist. Se ensayaron, en cada paciente, cuatro niveles de presión: 0, 4, 8, y 12 cm. de agua. Las presiones se aplicaron durante 15 minutos. Se comenzó y finalizó el ensayo con presión 0. Entre estos dos extremos se colocaron los otros rangos de presión en forma aleatorizada y ciega. Se utilizó permanentemente una FiO_2 de 1. La mecánica respiratoria fue evaluada mediante un score clínico (frecuencia respiratoria, sibilancias =ausentes, espiratorias, o permanentes, y tiraje =leve, moderado, o severo) por un observador. Otro observador registró la saturación de oxígeno transcutánea y la frecuencia respiratoria y el índice de trabajo respiratorio (LBI) obtenidos por pletismografía de inductancia (Respitrace plus). Las evaluaciones se realizaron al finalizar cada etapa de 15 minutos. Se compararon las diferentes variables en los distintos niveles de presión (ANOVA). Se realizó a continuación análisis post hoc comparando de a pares las diferentes mediciones y realizando una corrección de Bonferroni en el ns ($\alpha = 0.005/5$) = 0.001.

Conclusión: Resultados: (Tabla 1). La edad de los pacientes fue de 10 ± 9 meses (rango 2-36 meses). Al analizar las variables pareando todas las presiones entre sí observamos, con las presiones de 8 cm y 12 cm, una disminución significativa de la frecuencia respiratoria ($p < 0.01$), el tiraje ($p < 0.02$) y el LBI ($p < 0.003$); y un incremento en la SpO_2 ($p < 0.001$). Ninguna de las presiones modificó significativamente la auscultación. No observamos diferencias en ninguna de las variables al comparar las presiones de 8 y 12 cm entre sí.

Conclusión: la aplicación de CPAP (8 y 12 cm de agua) por cánula nasal durante 15 minutos mejoró la mecánica respiratoria y la oxigenación en lactantes con bronquiolitis aguda severa.

14999 PO

MONITOREO GRABADO DE OXIMETRÍA DE PULSO EN NIÑOS CON HIPERTROFIA ADENOIDEA/ AMIGDALINA: SU UTILIDAD EN EL DIAGNÓSTICO Y MANEJO DEL SÍNDROME DE APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO

FIGUEROA, JUAN MANUEL; VELASCO SUAREZ, CARLOS; LEN, FABIN; MANSILLA, ENRIQUE
CABA / Argentina

Introducción: el Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS) es la consecuencia más severa de la hipertrofia adenoidea/amigdalina (HAA). El método diagnóstico de referencia es la Polisomnografía Nocturna con Oximetría (PSG). La PSG requiere un equipamiento costoso y gran consumo de tiempo y trabajo de un técnico y un médico altamente especializados, lo que dificulta su realización, sobre todo en el medio hospitalario. En adultos se utiliza frecuentemente la grabación del monitoreo de oximetría durante el sueño como método de aproximación diagnóstica. En pediatría se han publicado aislados trabajos, y con resultados contradictorios.

Objetivos: estimar el valor diagnóstico del análisis de la grabación del monitoreo de oximetría nocturna en relación a la PSG; y evaluar en que medida los resultados de la oximetría incidieron en el manejo terapéutico de una población de niños con HAA y sospecha de SAOS.

Población: niños con sospecha clínica de SAOS secundario a HAA derivados al CIRES entre el 1/05/05 y 1/05/06 para realización de PSG. Se excluyeron los niños con otro diagnóstico asociado (miopatía, malformación craneofacial, etc.).

Métodos: 1) se realizó análisis visual (según un algoritmo propio) de la oximetría gravada simultáneamente con la realización de la PSG y se estimó el valor diagnóstico de la misma (los análisis de los dos tipos de registro fueron realizados a ciegas y en orden aleatorio por dos médicos diferentes). 2) se analizaron los cambios en el manejo terapéutico derivados del resultado de la oximetría.

Conclusión: Resultados: la mitad de los niños presentaban SAOS en la PSG. Todas las oximetrías patológicas coincidieron con SAOS; un único niño con diagnóstico de SAOS leve en la PSG presentó una oximetría normal. En un tercio de los niños se detectó hipoxemia severa (desaturaciones por debajo de 85%) que indujo al adelantamiento de la fecha prevista para la adenoamigdalectomía.

Conclusiones: el análisis del monitoreo grabado de oximetría durante el sueño resulta un elemento de gran utilidad para el diagnóstico y manejo de este tipo de pacientes.

15002 CO

REDUCCION DE LA HIPERINSUFLACION DINAMICA AL EJERCICIO DE MIEMBROS SUPERIORES (MS) POR ENTRENAMIENTO

SIVORI, MARTIN LUIS; ALMEIDA, MARTA; SAENZ, CESAR
CABA / Argentina

Existe poca información que vincule al entrenamiento muscular, el ejercicio de MS y la reducción del atrapamiento aéreo.

Objetivo: Evaluar la respuesta de la hipersinsuflación dinámica al ejercicio de MS luego de un período de entrenamiento de esos grupos musculares.

Materiales: Se evaluaron pacientes con definición por GOLD de EPOC (estadios III y IV) en estabilidad clínica. Se les realizaron antes y después de entrenamiento pruebas de función pulmonar, prueba cardiopulmonar de ejercicio máxima con medición de consumo de oxígeno (VO_2) y capacidad inspiratoria (IC) y escala de disnea de Borg. El entrenamiento consistió en 24 sesiones (3 veces/semana) de 45 minutos cada uno de ejercicios de MS de fuerza y aeróbicos.

Resultados: 35 pacientes con EPOC (28 hombres, 63.8 ± 6.2 años) con severa obstrucción al flujo aéreo fueron incluidos ($FEV1: 0.98 \pm 0.26$ L; $FEV1/FVC: 0.34 \pm 0.08$). Luego del entrenamiento de MS, se observó: Al ejercicio máximo de MS post-entrenamiento de MS -Capacidad de Ejercicio + 25% $p < 0.01$ - VO_2 pico + 10% $p < 0.01$. A similar carga de trabajo post-entrenamiento de MS -Disnea (Borg) -68% $p < 0.01$, -IC -14% $p < 0.01$, -VE -9% $p < 0.02$, -RR -9% $p < 0.03$, -Ti/Tot -11% $p < 0.05$.

Conclusión: El entrenamiento de MS reduce la disnea y la demanda ventilatoria al ejercicio de ellos, aumentando la capacidad de ejercicio. El patrón ventilatorio en respuesta al ejercicio de MS está asociado, luego del entrenamiento, a menor hipersinsuflación dinámica.

15003 PO

PRIMERA ENCUESTA SOBRE DISPONIBILIDAD Y CARACTERÍSTICAS DE CENTROS DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA (RR) EN ARGENTINA

SIVORI, MARTIN LUIS; CAPPARELLI, IGNACIO; CONTI, ERNESTO
CABA / Argentina

Existe poca información acerca de las características operativas de los centros de RR en nuestro país y su distribución geográfica.

Objetivo: Determinar las cualidades operativas de los centros de RR y la disponibilidad según región geográfica en nuestro país.

Materiales: Se realizó una encuesta a los centros que estaban realizando activamente RR durante el año 2005, y a todos los asistentes al sendero de RR del Congreso Argentino de Medicina Respiratoria del año 2005. La encuesta interrogaba entre diferentes aspectos sobre las características de los programas de RR (recursos físicos, humanos, logísticos, duración), y el lugar de aplicación.

Resultados: Sobre 220 encuestas, contestaron 48 personas (21,81%). El 55% de los centros de RR activos ($N=30$) está en ciudad de Buenos Aires y provincia de Buenos Aires. Recursos humanos -Kinesiólogos (81%), Neumólogos (62%), Cardiólogos (57%) -Nutricionistas (43%), Psicólogos (38%), Prof. Educación Física (14%). Recursos físicos: -Superficie gimnasio $66,13 \pm 12,2$ m², -Disponibilidad oxígeno (gral y central) 100% y 23.8% respectivamente, Recursos logísticos -Bicicletas (90,4%), cinta ergométrica (71%), -Nº bicicletas y cintas por centro 3,47 y 1,66/centr respectivamente, -Disponibilidad mancuernas (81%), pelotas (90,5%), apar. musculación (67%), La media de sesiones por semana es de 2,76, la duración promedio de 12,26 semanas. 61,9% continúan simultáneamente la RR ambulatoria con base en domicilio y centro de RR. La media de pacientes ingresados en los 12 meses previos fue de 23,6 pacientes/centro, y la tasa de abandono fue de 29,58%.

Conclusión: Se ha observado un crecimiento en el número total de centros de RR en nuestro país con respecto a datos anteriores, pero distribuidos alrededor de Buenos Aires. Se han determinado por primera vez las principales características operativas de los mismos, observándose marcada heterogeneidad en sus estructuras.

15004 PO

TASA DE MORTALIDAD POR ENFERMEDADES INTERSTICIALES PULMONARES EN ARGENTINA EN EL PERÍODO 1980 A 2004

SIVORI, MARTIN LUIS; PASCANSKY, DANIEL; SAENZ, CESAR
CABA / Argentina

No hay datos sobre le comportamiento de la tasa de mortalidad en enfermedades intersticiales pulmonares en nuestro país. **Objetivo:** Determinar la evolución de la tasa global de mortalidad por diferentes enfermedades intersticiales en el período 1980 a 2004 en Argentina.

Materiales: Se evaluó la base de datos de certificados de defunción provistos por el Ministerio de Salud de Nación y datos poblacionales del Instituto de Estadística y Censo para el período 1980 a 2004. Se calculó la tasa de mortalidad por 100.000 habitantes. Entre los años 1980 y 1996 se tomó en cuenta la codificación CIE9 según 500-508: neumoconiosis; 459: neumonitis por hipersensibilidad; 517 y 710: colagenopatías; 135: sarcoidosis; 515 y 516: fibrosis pulmonar. A partir de 1997, la CIE10 según: J60-70: neumoconiosis; D86: sarcoidosis y J84: fibrosis pulmonar.

Resultados: Se informan las diferentes tasas de mortalidad por cada 100.000 habitantes

	1980	1985	1990	1995	1997	2000	2004
Sarcoidosis	0.017	0.009	0.015	0.0028	0.03	0.02	0.025
Neumonitis							
Hipersensibilidad	0.8	1.24	0.799	1.24	-	-	-
Neumoconiosis	0.77	1.42	2.39	0.67	0.1	0.275	0.3
Por colagenopatías	0.466	0.379	0.47	0.43	-	-	-
Fibrosis Pulmonar	0.847	0.88	0.993	1.127	1.17	3.019	1.38

Conclusión: En el período 1980 a 1995, se observa incremento de la tasa de mortalidad por fibrosis pulmonar y neumonitis por hipersensibilidad, y especialmente entre 1980 y 1990 para las neumoconiosis. El cambio de codificación en 1997 generó diferentes comportamientos en la evolución de las tasas. Entre 1997 y 2000 se observó incremento de la mortalidad en neumoconiosis y fibrosis pulmonar

15005 PO

ESTUDIO RE3 (REDUCCIÓN DE LAS EXACERBACIONES DE EPOC POR REHABILITACIÓN RESPIRATORIA): CARACTERÍSTICAS DE LA POBLACIÓN DE PACIENTES ENROLADOS

SEC REHABILITACION RESPIRATORIA, AAMR
CABA / Argentina

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

Objetivo: Describir las características demográficas y funcionales de los pacientes con EPOC enrolados en el Estudio Re3. **Materiales:** Se trata de un estudio multicéntrico (12 centros en todo el país), prospectivo (comenzó en Marzo de 2005), controlado y observacional. Se evaluaron pacientes enrolados al 15 de Julio de 2006 con definición por GOLD de EPOC en estabilidad clínica a los que se les indicó RR, y se los seguirá por 24 meses determinando impactos funcionales (espirometría y gases en sangre arterial), en disnea (Borg, MRC e índice Mahler), calidad de vida (St. George), en ejercicio (prueba 6 minutos) y cantidad de exacerbaciones/ hospitalizaciones y el consumo de recursos de salud.

Resultados: En 16 meses han sido enrolados 84 pacientes. Se detallan las principales características de la población ingresada. Media y desvío estándar. Edad, años 62.8 ± 5.7 , Tabaquismo (paquetes-año) 48.5 ± 23.15 , FVC, % predicho 67.02 ± 18 ,

FEV1, % predicho 40.31 ± 16.98 , PaO₂, mmHg 72.47 ± 10.97 , PaCO₂, mmHg 38.13 ± 5.32 , BODE 4.68 ± 1.91 , Prueba de 6 minutos, m 321 ± 137 , Calidad de Vida, puntaje total 49.25 ± 12.25 , BMI 26.59 ± 4.63 , Escala de disnea (MRC) 2.51 ± 0.96 . **Conclusión:** La población ingresada de pacientes con EPOC al Estudio Re3 presenta como características representativas generales, estadio severo de obstrucción al flujo aéreo, hipoxemia leve, sobrepeso, disnea marcada, calidad de vida y tolerancia al ejercicio alteradas. Esta cohorte de pacientes es representativa de la población general de pacientes con EPOC que es atendida ambulatoriamente por neumonólogos.

15010 PO

EVOLUCIÓN ALEJADA INFRECUENTE DE HIDATIDOSIS CARDIOPERICÁRDICA

ARRIBALZAGA, EDUARDO BENIGNO; RUBIO, MIGUEL; CAVIGLIA, JORGE
CABA / Argentina

Antecedentes: la localización cardiopericárdica de la hidatidosis no complicada es infrecuente (menor al 2%).

Objetivo: presentar la evolución alejada de un caso infrecuente.

Caso: mujer de 31 años de edad, con ingesta habitual de carne cruda, asintomática, que en catastro radiológico en julio/2001 se observa nódulo mediastinal parahiliar pulmonar izquierdo sobre arteria pulmonar.

Método: TAC Tx: imagen quística. Arco 5 y Western Blot negativos. Videotoracoscopia exploradora (29/10/01): hallazgo de 2 quistes yuxtapericárdicos, sobre rama izquierda pulmonar, características de hidatidosis. Se extirpan.

Resultado: Evolución favorable sin albendazol postoperatorio. Al año postoperatorio, continúa asintomática pero con pruebas serológicas positivas (Arco 5, Western Blot, IFI) e imagen ecocardiográfica intrapericárdica en cara posterior de ventrículo izquierdo. Operación (27/02/03): esternotomía total mediana con circulación extracorpórea: hallazgo de quistes intrapericárdicos múltiples, pequeños. Extirpación completa. Evolución favorable, sin albendazol postoperatorio por indicación del Servicio de Infectología. A 41 meses de evolución de esta última operación, persiste asintomática, sin evidencias de enfermedad en pruebas de laboratorio, radiológicas y ecocardiográficas. **Conclusión:** se presenta la infrecuente y favorable evolución alejada asintomática y sin evidencias de enfermedad hidatídica residual (41 meses de postoperatorio) en un caso de hidatidosis inicialmente extrapericárdica que al año de postoperatorio presentó hidatidosis múltiple intrapericárdica y fue tratada con extirpación múltiple con cirugía y uso de circulación extracorpórea, sin tratamiento antiparasitario ulterior.

15016 CO

CORRELACIÓN ENTRE EL TEST DE FAGERSTRÖM Y MONÓXIDO EXHALADO EN LA EVALUACIÓN DE DEPENDENCIA NICOTÍNICA

GENE, RJ; CARDOZO, R; LASO, C; RAMIREZ PELOSI, ME; VALLEJOS BIANCHI, P; ANTUNI, D; MONTALVAN, R; BAQUERO, S
CABA / Argentina

Introducción: EPOC es una enfermedad que dentro de sus factores de riesgo se asocia principalmente al hábito tabáquico. En este trabajo se intenta determinar la relación existente entre los niveles de adicción con la exposición reciente al humo de cigarrillo. El test de Fagerström (FTQ) es una herramienta que permite cuantificar el grado de dependencia a la nicotina (a > puntaje, > dependencia). El monóxido exhalado es un método que permite determinar la exposición reciente al humo de tabaco o cualquier otra fuente de CO.

Objetivos: Establecer la asociación entre los valores del FTQ y los valores de Monóxido de Carbono exhalado.

Metodología: Invitamos a través de medios masivos de comunicación a participar en la "SEMANA DE LA EPOC", que se realizó en un Hospital Universitario de Buenos Aires en Agosto del 2005; a personas mayores de 40 años y que fumen o hayan fumado por lo menos 10 años. La dependencia nicotínica se evaluó a través de un cuestionario guiado por encuestador, FTQ y medición de CO exhalado. Se realizó adicionalmente espirometría.

Resultados: Se evaluaron 428 personas, de los cuales 199 (46.5%) eran mujeres y 229 (53.5%) hombres, con una edad media de $58,29 \pm 10,70$ años. La dependencia media a la nicotina (FTQ) fue $4,197 \pm 2.68$ y en mujeres $4,417 \pm 2.54$ ($p < 0.5$), en tanto que lo valores de CO como punto de cohorte fue en fumadores de 19.7 ± 12.46 y en no fumadores 4.44 ± 4.56 ($p < 0.0001$). Del total de las personas encuestadas se detectaron 90 (21%) con una relación FEV1/FVC < 70%; en las cuales se hallaron para FTQ una media de 4.88 con un DS 3.04 (n: 67) y para CO una media de 12.3 con un DS 12.38 (n: 77). En ambos parámetros se hallaron valores de significancia bilateral con un nivel de 0.008 (la correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral)).

N = 428	Hombres = 229	Mujeres = 199	P
FTQ	4.197 + -2.68	4.417 + -2.54	(p < 0.5)
CO fumadores actuales	19,38 ± 12,50	19,98 ± 12,35	0,7
CO no fumadores	4,92 ± 5,09	3,92 ± 3,86	NS

Conclusión: Existe buena correlación entre CO exhalado y FTQ, como verificación objetiva de la dependencia nicotínica. Sumado a su bajo costo, accesibilidad y sencillez, el FTQ podría ser recomendado en la práctica clínica, en el diagnóstico y evaluación en fumadores.

15018 PO

SEGUIMIENTO DE UN PACIENTE CON HISTIOCITOSIS X DESDE LA NIÑEZ A LA ADOLESCENCIA. SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA DEL HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA

SPUCHES, LUCRECIA; ABDALA, JAVIER; WAJCHMAN, SILVIA; CALLEJA, OSVALDO; BARIMBOIM, ENRIQUE; GONZALEZ FABREGA, JULIO
Mendoza / Argentina

Objetivo: presentar las manifestaciones clínicas y el seguimiento durante 18 años, de un pte con diagnóstico de Histiocitosis X. Varón de 19 años. Nos consultó a los 18 años por disnea severa, tos con expectoración herrumbrosa y dolor torácico. AEA: al año de edad consultó a médico pediatra por trastorno de la marcha. Se detectó lesión osteolítica en cadera derecha. Por biopsia se diagnosticó Histiocitosis X (enfermedad de Hand-Schüller-Christian) Al mes presentó exoftalmos y diabetes insípida por masa expansiva en base de cráneo. Fue tratado con PQT y RT con respuesta parcial. Además desmopresina y levotiroxina. A los 8 años se detectaron nuevas lesiones en parietal derecho, piso y dorso de silla turca y esternón. realizó nueva PQT. Este proceso se repitió a los 11 años. Comenzó a fumar. Una control de tórax realizado a los 15 años fue normal. EF: BMI 23.88 kg/m². Escasos rales tipo velcro bilaterales. Rx y TACAR: imágenes quísticas-aéreas de paredes finas, difusas, bilaterales con patrón intersticial reticulonodulillar y escasas zonas de vidrio despolido. FR: FVC 2.8L(64%) FEV1 1.89L(60%); FEV1/FVC 68%; TLC 4.86L(87%); RV 2.41(238%); RV/TLC 49%; DLCOc 7.77ml/min/mmHg. (32%) SatO₂ 96%. Comienza prednisona 60 mg/d. Refiere mejoría clínica. A los 2 meses, DLCOc 14.17ml/kg/mmHg (59%) A los 6 meses se suspende tratamiento. Vuelve a fumar. Al año FVC 3.42L(82%); FEV1 1.95L(54%); FVC/FEV1 57%; TLC 7.19L(132%); RV 3.19L(323%); RV/TLC (44%); DLCOc 12.36

ml/min/mmHg (54%);TACAR: sin cambios pulmonares. Aparece imagen sólida de 35 mm en hígado. En el último año, controles irregulares; fuma; SatO 94% en reposo y no desatura en test de marcha. Función pulmonar y Rx tórax sin cambios significativos.

Conclusión: Se presenta el caso de un paciente con una entidad infrecuente, en el que se ha podido seguir su evolución durante 18 años, apareciendo en forma progresiva las afectaciones de distintos órganos descritas para esta patología. Esta entidad fue descrita inicialmente como ósea, pero el 20% de casos sufren afectación pulmonar y en muchos casos el pulmón es el único órgano afectado. Puede aparecer a cualquier edad. Se considera un trastorno proliferativo cuya célula madre proviene de cel. de Langerhans. Con relación al tratamiento, la terapia citotóxica se ha abandonado. Se tratan con corticoides los pacientes que se deterioran y la radioterapia se reserva para las lesiones óseas. El curso es impredecible y la mortalidad comunicada es del 2% al 6%.

15025 PO

DETERIORO DE LA FUNCIÓN PULMONAR ASOCIADO A REFLUJO GASTROESOFÁGICO, EN PACIENTE CON TRASPLANTE PULMONAR

OSSES, JUAN MANUEL; ROSALIA, AHUMADA; LUIS, DURAND; RAUL, MAJO; JORGE, CANEVA; ALEJANDRO, BERLOTTI; ROBERTO, FAVALORO
CABA / Argentina

Introducción: Recientemente el reflujo gastroesofágico (RGE) ha sido asociado a deterioro en la función pulmonar y desarrollo de bronquiolitis obliterante (BO) en pacientes con trasplante pulmonar. El RGE es común en pacientes con TXP, en parte debido a la injuria intraoperatoria del nervio vago y la gastroparesia inducida por medicación. La denervación aferente de la vía aérea disminuye el reflejo de la tos asociado al RGE, de tal manera que los receptores de TXP pueden tener microaspiraciones promoviendo la inflamación crónica de la vía aérea y las infecciones respiratorias recurrentes. La cirugía antireflujo (funduplicación) promueve la mejoría en la función pulmonar.

Caso: Paciente de 58 años de edad, con antecedentes de tabaquismo, desarrollo de enfisema, e insuficiencia respiratoria crónica, en clase funcional III-IV, motivo por el cual en marzo de 2004 se realiza trasplante unipulmonar (TXP) izquierdo. Fue inmunosuprimida con ciclosporina, azatioprina y deltisona, evolucionando con dos episodios de rechazo celular leve-moderado en el primer mes post trasplante, requiriendo tratamiento con pulsos de metilprednisolona y rotándose ciclosporina a tacrolimus. La función pulmonar fue mejorando en el transcurso del primer año, alcanzando valores espirométricos de FVC 2.14 (79%) y de FEV1 1.19 (57%) en relación a los valores predichos y con excelente clase funcional. En septiembre de 2005 presenta disnea progresiva a clase funcional II-III, descenso en los valores de función pulmonar: FVC 1.29 (47%) FEV1 1.02 (46%), sin infiltrados radiológicos y sin signos clínicos de infección TAC de tórax: pulmón derecho enfisema difuso, sin lesiones pleuroparenquimatosas en pulmón trasplantado, importante hernia de hiato. Se realiza fibrobroncoscopia en la cual se observa sutura bronquial permeable y sin lesiones, ausencia de secreciones. Microbiología del BAL negativa, biopsia transbronquial sin rechazo celular agudo, parénquima sin lesiones. La evaluación gastroenterológica documenta la presencia de reflujo gastroesofágico (RGE) severo con evidencias de aspiración en decúbito dorsal. En diciembre de 2005 se realiza funduplicatura de Nissen laparoscópica, sin complicaciones. Posterior a la cirugía la paciente evoluciona con mejoría de su clase funcional. Espirometría: 25/04/06: FVC 2.12 (79%); FEV1 1.35 (61%).

Conclusión: La presencia de RGE debe ser sistemáticamente evaluada en pacientes con TXP quienes presentan deterioro progresivo en la función respiratoria sin causa aparente, a fin de su pronta corrección, evitando el desarrollo de BO.

15029 PO

SEGUIMIENTO SISTEMÁTICO DEL ASMA

PAMPLIEGA, RICARDO MARTÍN
Buenos Aires / Argentina

Objetivo: Medir el impacto del seguimiento sistemático del asma ambulatoria con las nuevas metodologías existentes sobre su pronóstico, morbilidad y costos.

Material y Métodos: Seguimos durante 17 meses 180 pacientes: 84 hombres y 96 mujeres asmáticos diagnosticados por el médico. Los clasificamos en asma continua moderada y grave o asma intermitente con exacerbación estacional.

Resultados: No tuvimos internaciones por asma. Los costos fueron menores que los obtenidos en los países centrales de Europa.

Discusión: La inflamación presente en el asma produce síntomas que no tratados llevan a remodelación e hiperreactividad de la vía aérea, empeorando la calidad de vida y produciendo exacerbaciones que aumentan los costos. Aplicar los puntos básicos del GINA, implica categorizar al asmático según sus síntomas y función pulmonar, utilizar la mejor opción terapéutica y hacerlo mediante una sistemática continua. Seguir a estos pacientes en forma continua, educarlos y cuidar en forma distintiva a los que presentan un perfil de riesgo de exacerbaciones alto, brinda resultados costo efectivos. Estas normativas suelen no aplicarse correctamente en Atención Primaria, la cual tiene a su cargo a la gran mayoría de la población asmática. Cuando un paciente sufre una exacerbación severa gasta en ella 50% del costo promedio anual. Si es admitido a un Hospital gasta el 70% de ese promedio.

Conclusión: El seguimiento sistemático de pacientes con asma resulta en buena calidad de vida para los pacientes, disminuye los costos y simplifica la tarea de médicos e instituciones

15030 CO

COMPOSICIÓN CORPORAL EN PACIENTES CON MALFORMACIONES TORÁCICAS POST INTERVENCIÓN NUTRICIONAL

GUIDA, R; ABRAMSON, H; RAMOS, MJ
Buenos Aires / Argentina

Introducción: En un trabajo previo sobre composición corporal (CC) en pacientes con Pectus Excavatum y Carinatum se observó predominio de talla alta, bajo peso y masas grasa y magra disminuidas. Tras la intervención nutricional fueron reevaluados.

Material y Método: Se evaluaron 11 pacientes con pectus (2 mujeres y 9 hombres) entre 14 y 23 años. El tiempo transcurrido entre las 2 mediciones varió en 4 a 23 meses. Se consideraron peso, talla y edad para diagnóstico nutricional por índice de masa corporal (BMI); suma de 4 pliegues (tricipital -PT-, bicipital, suprailíaco, y subescapular) para masa grasa (MG) y área muscular del brazo (AMB) sin hueso para masa magra (MM).

Resultados: BMI, peso y talla: Los pacientes mantuvieron el diagnóstico nutricional en ambas mediciones. El 72,7% se ubicó en igual percentilo o superior y el 27,3% disminuyó de carril. Esto también se vio en el peso, ya que los % de aumento y disminución fueron iguales a los mostrados en el diagnóstico. En los hombres se observó un promedio de aumento de peso de 5 Kg y en las mujeres, de 1,55 Kg. El 27,3% de pacientes que disminuyeron su peso lo hicieron en 2,33 Kg. En todos los ca-

son la talla se mantuvo o aumentó, en un promedio de 3,77 cm en hombres y de 1 cm en mujeres. % MG y PT: 27,3% de los pacientes mejoró su MG; 54,5% la disminuyó y 18,2% mantuvo los valores previos. El % de aumento del PT fue el mismo, en tanto que disminuyó en el 72,7% de los casos. MB sin hueso: El 54,5% de los evaluados la aumentaron; el 36,3% la disminuyeron y el 9,1% la mantuvieron.

Conclusión: Los indicadores antropométricos usados mostraron similitudes con los resultados previos. El aumento de talla en la mayoría de los casos, no acompañado por un incremento suficiente de peso, imposibilitó la mejora en el diagnóstico nutricional. Sin embargo, gran parte de los pacientes aumentaron su peso post intervención. El AMB mostró un incremento de MM principalmente en hombres y la suma de 4 pliegues y el valor de PT indicaron una prevalente disminución de MG en ambos sexos. Se concluyó que la CC en estos pacientes se correlaciona con la de adolescentes sanos. Es decir, la ganancia de MG se ve disminuida con la pubertad, al tiempo que aumenta la velocidad de ganancia de talla. Se observó que el aumento de MM no varió mucho en mujeres mientras que en hombres el incremento fue más acentuado. Finalmente, puede decirse que la intervención colabora en la mejora del estado nutricional de los pacientes con pectus y acompaña un correcto crecimiento y desarrollo de los adolescentes con esta patología, para así optimizar los resultados quirúrgicos en los pacientes que requieren esta corrección, tanto con la aplicación de las técnicas modernas mini-invasivas como de las clásicas que se continúan empleando en quienes han salido de la adolescencia y perdido la elasticidad de la pared anterior del tórax.

15031 C0

TUBERCULOSIS EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS

SAGARDIA, JUDITH; TORRES, ROXANA; BIGOT, MARIA; ZAPATA, ALEJANDRA; AGUILAR, LILIANA; MONTEVERDE, ALFREDO
CABA / Argentina

Se describieron las características de los pacientes que ingresaron a UCI por tuberculosis (TB) desde el 1 de enero de 2001 hasta 1 de enero de 2006. En el Hospital Nacional Prof. A. Posadas.

Métodos: Se procedió a revisar las historias clínicas de todos los pacientes con diagnóstico de TB con confirmación microbiológica mediante tinción de Ziehl-Neelsen (ZN) o cultivo. Se analizó comorbilidad, inmunodeficiencia, estado nutricional, hematócrito, albúmina, tiempo inicio de los síntomas-internación e ingreso-inicio del tratamiento, órganos comprometidos y métodos diagnósticos. El motivo de ingreso a UCI, APACHE II, necesidad y tiempo de ARM, días UCI, días hospital y mortalidad. Se clasificó a los pacientes en TB pulmonar, Diseminada (pulmonar + al menos dos órganos), Extrapulmonar únicamente.

Resultados: se incluyeron 21 pacientes con diagnóstico de TB con confirmación microbiológica, 9 mujeres y 12 hombres. La edad media fue $49,6 \pm 17,3$. Dentro de las enfermedades asociadas 4 eran HIV positivos, 9 tabaquistas severos, 2 DBT y 9 etilistas severos. El motivo de ingreso en 12 casos (57%) fue por insuficiencia respiratoria, en 6 (28%) por shock, 2 (9%) por deterioro del sensorio y 1 luego de una laparotomía por abdomen agudo perforado, 15 pacientes (71%) requirieron ARM, de éstos, 11 murieron. El tiempo inicio de los síntomas-internación fue de 90 días (30-180). 12 pacientes (57%) recibieron tratamiento anti-TB dentro de las primeras 24 hs., en 7 el tratamiento fue empírico (58%). El APACHE II fue 16 (10-20), el Hto de $30,3 \pm 7,7\%$ y la albúmina $2,10 \pm 0,56$. El diagnóstico se hizo por ZN, esputo 11 casos (52%), BAL 6 (28%), AT 1 (5%); cultivo de esputo 2 (9%) y 1 (5%) biopsia pleural. Ocho (38%) fueron diagnosticados en la UCI. Las formas clínicas: 14 (67%) TB pleuropulmonar (13 pulmonar, 1 pleural), 2 (9%) TB diseminada, 4 (19%) TB pulmonar + un órgano: 2 pericardio, 1

ganglios, 1 meninges y 1 (5%) TB extrapulmonar (Meníngea). La mediana de días de internación en UCI fue 4 (1-9), y en el hospital 21 (13-45). La mortalidad en UCI fue 47% y la hospitalaria 57% (12), 5 muertes fueron atribuidas a TB y 1 por criptococosis diseminada. En 6 casos la muerte fue atribuida a NIH.

Conclusión: La tuberculosis es una causa frecuente de ingreso a UCI. Las tasas de mortalidad son altas en especial en el grupo de pacientes que requieren ARM. 8 de los 21 pacientes fueron diagnosticados en UCI. En esta serie, el inicio del tratamiento fue precoz pero hubo un significativo retraso en la consulta. El motivo de ingreso a UCI en su mayoría fue insuficiencia respiratoria. La NIH se considera como importante causa de comorbilidad y muerte. Los pacientes que ingresaron a UCI eran bacilíferos, por lo cual es importante recalcar la necesidad de tener un área de aislamiento respiratorio en esta unidad.

15032 P0

QUILOTÓRAX: ALTERNATIVAS DE MANEJO - UNIDAD DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS - HOSPITAL PRIVADO - CÓRDOBA

BLUA, A; VALLONE, T; CASAS, J; LOPEZ, AM; NAVARRO, R
Córdoba / Argentina

Por su baja frecuencia y múltiples etiologías el manejo del quilotórax, suele ser motivo de controversias, sobretudo una vez descartadas sus causas más comunes: neoplasias y trauma quirúrgico.

Estudio: Retrospectivo

Objeto: Se analiza el manejo diagnóstico-terapéutico y resultados en un grupo de once pacientes consecutivos con diagnóstico de quilotórax.

Material y Métodos: 5 mujeres, 6 varones, edad promedio 47.5 años, rango 15 a 80.

La metodología diagnóstica consistió en análisis citoquímico de líquido pleural, y en los de aspecto lechoso, dosaje de colesterol y triglicéridos (TG). No se efectuó investigación de quilomicrones ni electroforesis de proteínas. Los valores de TG menores a 50 mg/dl excluyen el diagnóstico de quilotórax, mientras que los superiores a 110 mg/dl lo confirman. Para diagnóstico de certeza se efectuó tomografía de tórax y abdomen más ecografía abdominal, seguidos del método de biopsia adecuado. En la mayoría de los casos los pacientes fueron tratados (ó ya admitidos) con drenaje pleural y dieta libre de grasas adicionada de triglicéridos de cadena mediana, excepto dos casos que recibieron alimentación parenteral total. 6/11 pacientes con diagnóstico de certeza recibieron ese tratamiento en forma definitiva. 4/11 pacientes sin diagnóstico fueron sometidos a toracotomía exploradora y biopsia mediastinal seguida de pleurectomía y ligadura de conducto torácico en dos casos, ligadura de megalinfáticos y pleurectomía en dos casos (en uno además, ventana pleuropericardica). En un paciente con quilotórax bilateral, quiste mediastinal y ascitis quilosa, se practicó toracotomía, extirpación del quiste mediastinal y pleurodesis seguida de derivación peritoneo-yugular.

Resultados: En 6/11 pacientes (54.5%) el origen fue neoplásico (linfoma 4, cáncer de esófago 1, cáncer de pulmón 1). En 2/11 trauma quirúrgico (18.2%), En 2/11 linfangiectasias troncales (18.2%), En 1/11 quiste linfático mediastinal (9%). En todos los casos tratados con cirugía, hubo resolución del quilotórax en forma definitiva y ausencia de mortalidad. En el grupo de diagnóstico conocido que recibió sólo tratamiento médico, 2/6 pacientes no resolvieron el quilotórax (33%) con fallecimiento durante la internación (linfoma 1, cáncer de pulmón 1). En 4/6 la resolución fue completa y pudo retirarse el drenaje pleural. Uno de ellos no obstante falleció por neoplasia de esófago.

Conclusión: 1. En quilotórax asociado a patología conocida, el tratamiento con drenaje y dieta es efectivo en la mayoría de los casos. 2. En quilotórax de diagnóstico no definido, la explo-

ración quirúrgica permite habitualmente el diagnóstico y tratamiento definitivo.

15033 PO

CPAP Y BIPAP DOMICILIARIA. PROGRAMA DE LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS DE MENDOZA. SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA, HOSPITAL EL CARMEN

LISANTI, RAÚL; GONZALEZ, LUIS; DELABALLE, ELENA ; MORENO, GONZALO
Mendoza / Argentina

Introducción y Antecedentes: En marzo del año 2004 se crea el Programa de oxigenoterapia y VNI de la OSEP, llamando a licitación para la provisión de los equipos, y realizando un formulario de admisión que debe ser llenado por un Neumólogo, y debe reunir una serie de condiciones para su otorgamiento, según guías/consensos de la AAMR. La OSEP tiene en toda la provincia 300.000 afiliados, que pueden ser atendidos en efectores propios o por el sistema de libre elección. Todo el suministro de Oxígeno y VNI domiciliario se realiza a través del Programa, con el pago de un coseguro por parte del paciente, que puede ser eliminado según las condiciones socio económicas.

Material y Métodos: Se evalúan los pacientes que ingresan al programa con solicitud de VNI domiciliaria desde marzo 2004 a marzo 2006

Resultados: Ingresaron al programa 34 pacientes, con BiPAP 10 pacientes y con CPAP 24 pacientes. Los 10 pacientes con BiPAP: 5 hombres y 5 mujeres, edad media 59,6 años, rango 24 a 80 años. En 3 pacientes se indica uso conjunto de Oxígeno suministrado por concentrador. El diagnóstico correspondió a EPOC en 6 pacientes, Distrofia muscular en 2 pacientes, obesidad en 1 paciente y SAHOS en 1 paciente. Se dieron de baja en dicho periodo 4 pacientes, 2 por pedido médico, 1 voluntario y 1 óbito. La solicitud se realizó en el 70% de pacientes en nuestro Servicio. El 80% viven en el gran Mendoza. Se incrementa el número de equipos en uso en forma mensual, de 1 o 2 en 2004 a 4 o 5 en el 2006. Pacientes que usan el BiPAP por más de 2 años: 4, entre 1 y 2 años 1 paciente y menos de 1 año 5 pacientes. Los 24 pacientes con CPAP: 21 hombres y 3 mujeres, edad media 55 años, rango de 27 a 77 años. En un paciente se usa conjunto de Oxígeno suministrado por concentrador. En un paciente se cambia el CPAP por BiPAP. El diagnóstico correspondió SAHOS en 21 pacientes y EPOC en 3 pacientes. Se dieron de baja en dicho periodo 4 pacientes, 2 voluntario, 1 pedido médico y 1 óbito. La solicitud se realizó en el 41,6% de pacientes en nuestro Servicio. El 50% viven en el gran Mendoza. Pacientes que usan CPAP por más de 2 años: 3, entre 1 y 2 años 9 pacientes y menos de 1 año 12 pacientes. Se incrementa el número de equipos en uso en forma mensual de 4 a 5 en 2004 a 19 en 2006.

Conclusión: Se presenta un edad menor (media 55 años) y un predominio del sexo masculino (87,5%) en los pacientes con CPAP. El diagnóstico más frecuente para el uso de BiPAP es la EPOC y enfermedades neuromusculares. Una tendencia a aumento del número de pacientes con CPAP debida a SAHOS desde 2004 a 2006. Presenta un escaso número de bajas (23,5%) si se los compara con los pacientes en oxigenoterapia domiciliaria (65.85%).

15034 PO

REFLUJO GASTROESOFAGICO Y TRASPLANTE PULMONAR - UNIDAD DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS - HOSPITAL PRIVADO - CÓRDOBA

CASAS, J; BLUA, A; VALLONE, T; PEREZ, J; LOPEZ, AM; NAVARRO, R
Córdoba / Argentina

La Bronquiolitis Obliterante es la principal limitante de sobrevida tardía en trasplante pulmonar. Compromete a más

del 60 % de pacientes con 5 años de trasplante y es pocas veces revertida con las terapéuticas actuales. Recientes publicaciones sobre trasplante pulmonar han reportado una prevalencia de reflujo gastroesofágico (RGE) de aproximadamente un 80%, y se lo consideró como un factor de riesgo importante para el desarrollo de bronquiolitis obliterante.

Caso: Varón de 30 años con fibrosis quística y trasplante pulmonar bilateral realizado 32 meses antes. En los últimos 2 años presentó pólipos nasales gigantes que requirieron de 3 cirugías. En el preoperatorio de la 3° cirugía de polipectomía se evidenció un tenue infiltrado pulmonar apical derecho. La espirometría realizada 5 meses antes mostraba un VEF1 de 3,23 L (82% del teórico). Se realizó biopsia transbronquial (BTB) que fue compatible con rechazo agudo grado II. Desde entonces presentó reducción progresiva en el VEF1, se trató con cambió de esquema inmunosupresor y tres pulsos de metilprednisolona, sin lograr estabilizar la función pulmonar. A los 4 meses presentaba un VEF1 de 0,56 L (14% del teórico) y una nueva BTB evidenció bronquiolitis obliterante. A pesar de no presentar síntomas digestivos, se realizó endoscopia digestiva alta que evidenció erosiones y ulceraciones en unión esofagogástrica sugestivas de RGE. Inició tratamiento con omeprazol 40 mg/día, domperidona y a los 9 meses se realizó cirugía de funduplicatura gástrica. Se logró mejoría y estabilización en los valores de VEF1. Al año del inicio de tratamiento antireflujo el VEF1 era de 0,94 L (24% del teórico) Durante el mismo período no se reprodujo la poliposis nasal.

Conclusión: En el trasplantado pulmonar, la bronquiolitis obliterante y la poliposis nasal pueden asociarse a reflujo gastroesofágico. El tratamiento antireflujo podría controlar la progresión de ambas enfermedades.

15037 PO

GRANULOMATOSIS LINFOMATOIDE

MALNIS, SILVANA; FERRADA, PABLO ARIEL; GIANNINI, MARIA ELVIRA; CHIRINO, ALEJANDRO; MARTINEZ, MIGUEL U; MONDINI, MAURICIO; ARAGON, ADRIAN; CARENA, JOSE ALBERTO; BOCKLET, MARIA L
Mendoza / Argentina

Introducción: Las proliferaciones linforreticulares de pulmón son poco frecuentes, representando 0,5% de los tumores pulmonares. Entre ellas se encuentra la granulomatosis linfomatoide, entidad de difícil diagnóstico, descripta por primera vez en 1972, que se caracteriza por ser un trastorno linfoproliferativo extranodal angiocentrico y angiodestructivo de células B atípicas, polimorfas, EBV +, entremezcladas con abundantes células T. Presentamos un caso de un paciente de sexo masculino de 43 años, con antecedentes de HTA, Hipercolesterolemia e hiperuricemia, ingresa al servicio de guardia de nuestro hospital por presentar disnea clase funcional II, de comienzo súbito, dolor precordial y tos mucosa escasa. Se presenta en regular estado general, euhidratado, afebril, taquipneico con hipoxemia; sin adenomegalias, ni viceromegalias. En la auscultación respiratoria rales inspiratorias bilaterales secas. Se encontraba ligeramente hipotenso. Como antecedente importante presentaba pérdida de 14 Kg en 4 meses (acompañado de dieta hipocalórica), epidemiología positiva para TBC y exposición laboral a polvo de cemento durante 10 años. Debido a infiltrado radiológico bilateral se realiza fibrobroncoscopia con resultado normal con Bal negativo para BAAR y gérmenes comunes y citología negativa. Con diagnóstico presuntivo de fibrosis pulmonar de rápida progresión, se inicia tratamiento con corticoides (prednisona 60 mg/día), presentando mejoría del intercambio de gases y de la disnea. En TACAR infiltrado a predominio del espacio aéreo, sin respeto de ningún segmento con nódulos mal definidos y áreas de consolidación en base pulmonar izquierda con cavitación. Se realiza biopsia progra-

mada de pulmón izquierdo por toracotomía mínima de la cual evoluciona favorablemente. El informe anatomopatológico de la biopsia pone en evidencia linfoma mixto, de células pequeñas y grandes. La realización de estudio inmunohistoquímico informa compatible con granulomatosis linfomatoide.

Conclusión: A pesar de la rareza, las lesiones linforreticulares de pulmón, deben ser consideradas en el diagnóstico diferencial en pacientes que presenten insuficiencia respiratoria con infiltrados pulmonares.

15039 PO

PREVALENCIA DE ESTENOSIS TRAQUEAL EN UN CENTRO DE REFERENCIA. HOSPITAL DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA MARÍA FERRER.

PATANE, ANA K; MENGA, G; ROSALES, A; ROSENBERG, M; GRYNBLAT, P; ROJAS, O; ABDALA, O
CABA / Argentina

Antecedentes: la estenosis traqueal es una patología de muy baja prevalencia en la población general, sin embargo la misma no está estimada con precisión. En su fisiopatología intervienen varios mecanismos, todos asociados a la agresión generada por la ARM como causa principal, pero no única. Si se puede prevenir esta condición brindando cuidados adecuados a los pacientes con ventilación mecánica, cómo se explica que la prevalencia de esta patología se mantenga constante.

Objetivo: analizar las diferencias epidemiológicas existentes entre dos poblaciones de pacientes operados en el Hospital María Ferrer con un lapso de diferencia de 10 años.

Material y Métodos: se revisaron los registros médicos de pacientes con diagnóstico de estenosis de traquea operados en nuestro hospital en 1995 y 2005, excluyéndose aquellos con stent traqueal no operados. Se analizaron las siguientes variables: edad y sexo, lugar de origen del paciente, etiología y localización de la estenosis, número de procedimientos de dilatación previos a la cirugía y tipo de cirugía practicada.

Conclusión: En nuestra población las estenosis traqueales se ven más frecuentemente en pacientes jóvenes, y la causa de ello es el antecedente de PTM grave asociado a TEC. La prevalencia de la enfermedad en nuestro hospital es del 0.05%, siendo la incidencia acumulada para el primer período de 0.048% y para el segundo de 0.059%. La causa más frecuente de estenosis es la intubación prolongada (OT o traqueostomía), y la fracción atribuible a ARM en el primer y segundo período es del orden del 92.5% y 92.4% respectivamente. La capital y el conurbano bonaerense aportan el 38% de los pacientes tratados durante la primera etapa, sin embargo la sumatoria de los pacientes derivados del interior casi duplica este número. La CABA, el Gran Bs. As. y el interior de la Pcia de Bs As son los principales proveedores de esta patología en la segunda etapa, con el 68% de los casos; se destaca que Paraguay aportó el mismo número de pacientes que la Pcia. de Bs. As. Las estenosis traqueales puras son las más frecuentes en los dos grupos y el número de procedimientos de dilatación traqueal por paciente se ha incrementado notablemente en la segunda etapa, lo cual atribuimos a la falta de turno quirúrgico inmediato y/o tratarse de estenosis de reciente comienzo.

15043 PO

FIBROSARCOMA MEDIASIAL

RIVERO, H; PATANE, A; ROJAS, O; ROSALES, A; ROSENBERG, M; ABDALA, O
CABA / Argentina

Antecedentes: Los fibrosarcomas de la cavidad torácica pueden localizarse en la pared, el mediastino, el corazón y los pulmones. Aquellos de localización mediastínica tienden a ubicarse en el mediastino posterior, su localización cardíaca es rara, se

da en el 5% de las series publicadas y la afectación de la aurícula izquierda es característica, ocasionando síntomas de falla cardíaca congestiva. Aunque algunas series han demostrado una mejoría en la supervivencia asociando cirugía y quimio-radioterapia, el pronóstico es generalmente pobre como todos los sarcomas cardíacos.

Objetivo: Presentar una localización rara de un tumor de difícil tratamiento.

Material y Métodos: Paciente femenino de 23 años de edad, sin antecedentes clínicos de importancia que consulta por tos mucopurulenta y hemoptoica, dolor pleurítico en hemitórax izquierdo e hipotensión arterial. Se realizó Rx de torax, TAC, RNM, y Angiografía pulmonar, evidenciándose una masa heterogénea intrapericárdica. Se realiza toracotomía posterolateral, observándose tumor intrapericárdico con planos de clivaje con la vena pulmonar inferior no así con orejuela y aurícula izquierda que requirió resección sobre clamps. El informe anatomopatológico informa fibrosarcoma, con compromiso de los márgenes de resección auricular, siendo encaminada la paciente para tratamiento oncológico.

Conclusión: Los fibrosarcomas mediastinales intrapericárdicos son infrecuentes y tienden a ser localmente invasores, lo que dificulta su resecabilidad. Son tumores sintomáticos que requieren de cirugía para llegar al diagnóstico, y se ha descrito que las grandes masas tienden a recurrir localmente no descartándose las metástasis a distancia. Suelen caracterizarse radiológicamente por atenuación en la intensidad de señal tomográfica y ser isointensas en T1 en las imágenes de RMN, debido a necrosis y hemorragia. El pronóstico es sombrío.

15049 CO

ANALISIS DESCRIPTIVO DE LA "SEMANA DE LA EPOC" EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

GENE, RJ; CARDOZO, R; LASO, C; RAMIREZ PELOSI, ME; AYALA, J; MONTALVAN, R; APELBAUM, G; VALLEJOS BIANCHI, P
CABA / Argentina

Introducción: La prevalencia de tabaquismo en Argentina es de 33%. Es el principal factor de riesgo asociado a enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Es causa frecuente de morbilidad y mortalidad en los países desarrollados, esperándose un incremento en la prevalencia de la entidad en los próximos 20 años.

Objetivos: Evaluar el hábito tabáquico y su relación con alteraciones respiratorias en un grupo de fumadores y ex fumadores que concurrieron a la "Semana de la EPOC", en un Hospital Universitario. Metodología Invitamos a través de medios masivos de comunicación a participar en la "Semana de la EPOC", que se realizó en un Hospital Universitario de Buenos Aires en Agosto del 2005; a personas mayores de 40 años y que fumen o hayan fumado por lo menos 10 años. Se implementó un cuestionario guiado por encuestador, se realizó espirometría, medición de CO exhalado y Test de Fagerström. Se definió EPOC a todo paciente que presentó en la espirometría una relación FEV1/FVC \leq 70% asociado al hábito tabáquico.

Resultados: Se encuestaron 504 personas de las cuales 428 cumplieron los criterios de inclusión. La edad promedio fue de 58,29 \pm 10,70 años y prevaleció el sexo masculino (229 vs 199) con una P < 0,002. El nivel de educación fue similar entre fumadores y no fumadores. Se estableció que 263 (62%) eran Fumadores actuales y 163 (38%) eran Ex-fumadores. Tenían una carga tabáquica de 37,87 \pm 23 Paquetes/año. Habían intentado el abandono del hábito en alguna oportunidad 194 (45%). Se determinó que 90 (21%) eran EPOC (60 eran hombres y 30 mujeres), hallándose un promedio de 56,77 \pm 10,45 en la relación FEV1/FVC %. De los cuales el 77.5% no tenían diagnóstico previo. Se encontró mayor prevalencia de EPOC en mayores de 64 años (p < 0.017x2).

N = 428	Total	Hombres	Mujeres
Fumadores act % total	263 (62%)	125 (48%)	138 (52%)
Ex-fumadores % total	163 (38%)	103 (63%)	60 (36, 8%)
EPOC números pac.	90 (21%)	60 (26,2%)	30 (16,66%)
FEV1/FVC % en EPOC	56,77 ± 10,45	55,3 ± 11,1	59,73 ± 8

Conclusión: • El tabaquismo representa en la actualidad un problema grave de la salud pública; y es un factor de riesgo fundamental en el desarrollo de EPOC, sobre todo en la población mayor a 64 años donde coexisten otras comorbilidades. • Esta población demostró significativo sub-diagnóstico. • Por la alta prevalencia de EPOC en fumadores y ex fumadores, se debe insistir en la implementación de campañas de prevención del tabaquismo y de detección precoz de esta patología.

15051 CO PREDICTORES DE CURA CLÍNICA TARDÍA EN NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD

CHIRINO, ALEJANDRO; DROMI, CAROLINA; CASSATA, ANDREA; BOCKLET, MARIA
Mendoza / Argentina

La resolución tardía de la neumonía de la comunidad (NAC) es una preocupación para el médico. Conocer variables clínico-biológicas sencillas asociadas con cura clínica tardía puede permitir ahorrar recursos de salud así como contribuir a la comprensión de la historia natural de la enfermedad.

Métodos: Se evaluaron prospectivamente 118 adultos que ingresaron en un servicio de Clínica Médica con diagnóstico clínico de NAC. Se siguieron diariamente variables clínicas y biológicas habituales. Se definió una variable de evolución clínica, denominada Cura Precoz (CP), evaluada al 5to día, definida como: 1) Alta al 5to día; o 2) Afebril por 48 hs más mejoría de signos y síntomas, sin necesidad de cambios en la antibióticoterapia. Se separaron los pacientes de acuerdo a si presentaron o no CP en dos grupos: CP y Cura tardía (CT). Luego se analizaron la evolución clínica y las variables asociadas con la CT. Se utilizó un programa estadístico para el análisis de los datos.

Resultados: En 9 pacientes los datos se perdieron, analizándose 109 pacientes, de los cuales 70 presentaron CP y 39 (35.7%) CT. Los pacientes en el grupo CT presentaron mayor estadía hospitalaria (10.6 ± 4.3 vs. 6.7 ± 2.7 días, p<0.0001), mayor tiempo de antibióticoterapia (13.7 ± 8.3 vs. 10.1 ± 5.1 días, p<0.01) y mortalidad (3/39 vs 0/70). No hubo diferencias significativas en las características demográficas y presentación clínica de la NAC en ambos grupos, excepto por la presencia de derrame pleural, más frecuente en el grupo CT (12/39 vs. 8/70, p=0.025). En cuanto a la gravedad clínica, no hubo diferencias en el PSI (100.6 ± 35.6 vs. 88.5 ± 36.0, p=0.1), Índice de Comorbilidad de Charlson (2.5 ± 1.3 vs. 2.5 ± 2.2 puntos, p=0.95), APACHE II (11.9 ± 5.5 vs. 9.6 ± 4.1 puntos, p=0.05) entre ambos grupos. Los pacientes en el grupo CT presentaron mayor Eritrosedimentación (VSG) al ingreso (85.7 ± 29.1 vs. 56.1 ± 30.7 mm/h, p<0.0001) y mayor Proteína C reactiva elevada (14/37 vs. 4/33, p<0.01). La VSG > 50 mm/h tuvo una Sensibilidad (S) de un 95%, Especificidad (E) de 61%, Valor Predictivo Positivo (VPP) de 58% y Valor Predictivo Negativo (VPN) de un 95% en identificar pacientes con cura clínica tardía. Al evaluar los pacientes con NAC grave (PSI clase 4 y 5, n=52) 21 pacientes presentaron CT. En ellos, la única variable asociada con CT fue la VSG elevada. Una VSG > 50 mm/h tuvo una S de 86% y una E de 64% para predecir CT. En los pacientes con CP y VSG > 50 mm/H (n=9) sólo uno tenía además PCR elevada.

Conclusión: La evaluación de cura al 5to día permite identificar pacientes con evolución clínica prolongada, mayor estadía hospitalaria y mayor tiempo de antibióticoterapia. La VSG elevada y la PCR + fueron las únicas variables al ingreso asociadas con CT. La VSG > 50 mm/h al ingreso tuvo una alta S, E, VPP y VPN en identificar pacientes con CT.

15052 CO VENTILACIÓN MECÁNICA NO INVASIVA INTERMITENTE EN EL EPOC ESTABLE. EVALUACIÓN DE UN RÉGIMEN BI-SEMANAL.

CHIRINO NAVARTA, ALEJANDRO; LEDEZMA, GREGORIA; SAENZ, LILIANA; BOCKLET, MARIA
Mendoza / Argentina

La Ventilación no Invasiva (VNI) en pacientes con EPOC estables se ha ensayado con resultados variables. Recientemente se ha demostrado que la VNI intermitente diurna puede ser efectiva en reducir la hipercapnia y mejorar la capacidad de ejercicio en EPOC estables con fallo respiratorio hipercápnico. Presentamos los resultados preliminares de la efectividad clínica del uso de VNI intermitente diurna en un régimen bi-semanal.

Métodos: Se incluyeron pacientes con EPOC estables e insuficiencia respiratoria crónica hipercápnica (pCO₂ > 50 mmHg al menos 2 registros). Se excluyeron pacientes fumadores, obesos, con apneas del sueño y con reagudizaciones en el último mes. Se ventiló a los pacientes en forma ambulatoria, 2 veces por semana durante 2,5 horas, por un total de 15 sesiones. Se ventiló a los pacientes con una IPAP entre 20 y 25 cm H₂O y una EPAP de 4 cm H₂O. Se evaluó a los pacientes en forma basal, al inicio y al final de las 15 sesiones mediante gases en sangre, espirometría, test de marcha de los 6 minutos y calidad de vida mediante el Cuestionario Respiratorio de St. George (SGRQ) y la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD). Se consideró como significativa una mejoría de al menos 55 m en el test de caminata y de al menos 8 puntos en el SGRQ.

Resultados: Se incluyeron 5 pacientes, 2 de los cuales no pudieron completar el estudio por presentar reagudizaciones con internación. Los 3 pacientes restantes eran ex-tabaquistas de 65 ± 5 pack/years, con un FEV1 de 0.53 ± 0.2 L sin respuesta significativa a los broncodilatadores y una edad promedio de 62 ± 5.1 años. No hubo cambios en la terapéutica durante el estudio. Todos los pacientes presentaron una mejoría significativa de la pCO₂ (pCO₂-pre: 55.9 vs. pCO₂-post: 46.3 mmHg, p<0.01) y una mejoría de la pO₂ (pO₂-pre 39.1 vs. pO₂-post 45.33, p=0.3). El cambio promedio de la prueba de los 6 minutos fue de +125 m (100-150 m). Dos pacientes presentaron mejoría del test SGRQ (-10 y -9 puntos) mientras que el restante no presentó variaciones significativas (-2 puntos). Los 3 pacientes mejoraron la escala de depresión (HAD-pre: 10.6 ± 0.6 vs. HAD-post: 6.3 ± 0.6 puntos). No hubo cambios significativos de la función pulmonar. No hubo complicaciones importantes relacionadas a la VNI durante el estudio.

Conclusión: Estos datos preliminares sugieren que la VNI intermitente en régimen bisemanal es segura y efectiva en mejorar la hipercapnia, la capacidad de ejercicio y la calidad de vida de los pacientes EPOC estables con insuficiencia respiratoria hipercápnica.

15055 PO EOSINOFILIA PULMONAR

ALVAREZ, NATALIA ELIZABETH; CARDOZO, VANESA
Buenos Aires / Argentina

Las Eosinofilia Pulmonares (EP) abarcan un amplio espectro de enfermedades pulmonares asociadas a un incremento del

número de eosinófilos en el parénquima pulmonar y/o vías aéreas que pueden o no acompañarse de eosinofilia en sangre periférica. EP pueden asociarse a causas conocidas como reacciones medicamentosas, infecciones parasitarias, bacterianas, micóticas o idiopáticas las que incluyen el síndrome de Löfller, EP crónica y EP aguda.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino de 33 años derivado por servicio de medicina laboral por Rx de torax patológica. Como único antecedente, trabajador en una cerealera desde hace tres meses. Examen físico y laboratorio básico normal., IgE 1300 UI/ml Rx tórax: Infiltrados nodulares bilaterales. TAC: imágenes micronodulares bilaterales a predominio periférico. FBC: Normal se realiza BAL (>25% Eosinófilos). Resolución espontánea al retirarlo del medio laboral.

Conclusión: El caso clínico se interpreta como eosinofilia Pulmonar asintomática, con diagnóstico casual que no requirió el tratamiento habitual con corticoides y que remitió espontáneamente al retirarlo del medio laboral.

15061 PO

TUMORES INFRECIENTES DE LA VIA AEREA CENTRAL HOSPITAL MARIA FERRER. BUENOS AIRES.

BOTAS, C; GRYNBLAT, P; LOMBARDI, D; GALINDEZ, F; POLERI, C
CABA / Argentina

Introducción: A pesar de la semejanza histológica a los tumores de los grandes bronquios y pulmones, los tumores de traquea son menos frecuentes y representan solo el 0,2% de los tumores del tracto respiratorio superior. El 80-90% corresponde al carcinoma escamoso y adenoide-quístico, el resto se distribuye en un grupo heterogéneo de evolución benigna o maligna, con escasa información disponible sobre su historia natural. Presentamos dos casos de tumores de la vía aérea de diferente localización.

Caso 1: Mujer, 16 años, con episodios de sibilancias y hemóptisis. Tomografía (TAC) de tórax: tumor en bronquio fuente derecho (BFD). Al ingreso: hipoventilación en hemitórax derecho. Muguete oral. Laboratorio: PaO₂ 67 mmHg (0.21%) PaCO₂ 51 mmHg, Hto 38%, GB 17.500. Rx Tórax: sin infiltrados. TAC de tórax: imagen endoluminal en BFD que ocupa 80% de la luz. Broncoscopia rígida: masa vegetante que ocupa 90% de la luz del BFD. Biopsia: positivo para células neoplásicas. Anatomía Patológica: infiltración de mucosa bronquial por sarcoma fusocelular. Toracotomía: resección del segmento bronquial que contiene tumor en cara posterior. Anatomía Patológica: infiltración de BFD por tumor mesenquimático maligno. Sin lesión traqueal en estudios posteriores.

Caso 2: Niña, 14 años, con antecedentes de disnea, en tratamiento con broncodilatadores. Disfagia para sólidos en los últimos dos meses y pérdida de 10 kg de peso. Al ingreso: estridor audible a distancia. Curva flujo volumen: amputación de flujos inspiratorios y espiratorios. Rx lateral y tomografía lineal de cuello: opacidad redondeada por debajo de las cuerdas vocales. Fibrolaringoscopia: lesión subglótica de aspecto tumoral vascularizada en pared posterior que ocupa 90% de la luz. Laboratorio: PaO₂ 98 mmHg, PaCO₂ 47 mmHg. Broncoscopia rígida: tumor gigante por debajo de comisura posterior, que ocluye 90% de subglotis. Se realizan biopsias y resección del tumor. Anatomía Patológica: Infiltración de pared traqueal por tumor fibroso. Cervicotomía: Resección completa desde anillo cricoideo hasta cuarto anillo traqueal y anastomosis término-terminal sobre tubo de Montgomery.

Conclusión: Discusión: Los tumores traqueales son mas frecuentes en adultos y el 90% son malignos. Los sarcomas del tracto respiratorio son infrecuentes. Se presentan en hombres, edad media e historia de tabaco. Pueden localizarse en senos paranasales, nariz, naso-orofaringe, laringe, traquea, bronquios

centrales o periferia del parénquima pulmonar. En general de mal pronóstico, según localización. El tumor fibroso de traquea es extremadamente raro. Se presenta en niños. Es frecuente su localización proximal. Se asemeja al pseudotumor inflamatorio de pulmón, fibrohistiocitoma y la fibromatosis, pero se trata de una entidad diferente. Puede recurrir. Las metástasis son infrecuentes.

15065 PO

MANOMETRÍA PLEURAL, PULMÓN ATRAPADO Y REACTIVACIÓN TARDÍA DE TUBERCULOSIS: PRESENTACIÓN DE UN CASO

ARCE, SANTIAGO CRUZ; DELISIO, LORENA PAULA; SOBRINO, EDGARDO MIGUEL
Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari, Universidad de Buenos Aires, Argentina. CABA / Argentina.

Introducción: los pacientes con secuelas pulmonares extensas debidas a tuberculosis, pueden presentar como complicación el síndrome de pulmón atrapado. Se describe su diagnóstico y la reactivación tuberculosa 70 años después de la enfermedad. **Caso:** Paciente de sexo femenino, de 89 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial, tuberculosis a los 18 años con secuela pulmonar izquierda severa, institucionalizada, que consulta a la guardia externa por disnea CF IV, taquipnea y edemas en miembros inferiores, realizándose TAC de tórax que evidencia leve derrame pleural derecho, marcada disminución del volumen del pulmón izquierdo, con cambios fibrosos asociados, y desplazamiento mediastinal homolateral, sin adenomegalias. Se interpreta el cuadro como secundario a insuficiencia cardíaca. Recibe tratamiento diurético y restricción hídrica, realizando balance negativo, con mejoría clínica. Durante los 15 días siguientes presenta nueva progresión de los síntomas, por lo que se le reitera TAC de tórax que muestra marcado aumento del derrame pleural derecho, consultando nuevamente a la guardia y decidiéndose su internación para diagnóstico y tratamiento. Se realiza toracocentesis que muestra exudado linfocitario, con gradiente de albúmina <1,2; ADA negativo, con cultivos y citología negativos, y espirometría con patrón restrictivo severo. Por persistencia de los síntomas se decide realizar punción evacuadora con manometría pleural que muestra baja complacencia del espacio pleural, quedando pequeño neumotórax residual. Se interpreta el cuadro como pulmón atrapado. A los 28 días, desarrolla en los cultivos del líquido pleural una micobacteria, que se envía a tipificación y se inicia tratamiento tuberculostático, con buena evolución.

Conclusión: Conclusiones: la manometría pleural puede resultar útil en el diagnóstico de pulmón atrapado, común en pacientes con extensas secuelas tuberculosas. Por otra parte, la existencia de secuelas pulmonares de TBC tratada en la era pre-antibiótica puede actuar de reservorio del bacilo durante tiempo prolongado.

15068 PO

SÍNDROME HIPEREOSINOFILICO IDIOPATICO: PRESENTACION DE UN CASO

DOUGLAS NAZARENO, NICOLÁS GUSTAVO; GONGORA, HUGO
La Rioja / Argentina

El Síndrome Hipereosinofílico Idiopático (SHI) engloba un grupo heterogéneo de desórdenes, reconociéndose dos variantes principales, la mieloproliferativa y la linfocítica. Solo esta última responde bien a los esteroides. Se consideran criterios diagnósticos una eosinofilia periférica marcada (>1500/ul) y sostenida (> de 6 meses), compromiso multiorgánico y ausencia de otras causas que justifiquen eosinofilia (parasitosis, alergias, enfermedades malignas, etc). Este caso corresponde a un hombre de 45 años, empleado administrativo, sin antecedentes patológicos o tóxico-medicamentosos. Consulta por astenia y

febrículas de 45 días de evolución. Pocos días después del inicio de estos síntomas presentó un rash urticariano pruriginoso por lo que se le colocó un esteroide IM con lo que ceden las manifestaciones cutáneas y también la fiebre. La T° reapareció a la semana y además se agrega tos seca y disnea con esfuerzos moderados. Recibió un ciclo de ATB sin resultados. Al examen físico en el momento de la consulta estaba con FR de 22x', FC de 110 x' y con T° de 38,2°. Los pulmones estaban limpios a la auscultación. El % Sat Hb (basal) era de 98%. La Rx y la TAC de tórax mostraban un refuerzo intersticial sobre todo basal, con adenopatías hiliares y mediastinales groseras de ambos lados (Imag. 1). En el laboratorio habían 17.500 leucocitos con 45% de eosinófilos y una VSG de 82 mm (resto del laboratorio básico dentro de lo normal). El parasitológico en materia fecal fue (-). Mostró una IgE elevada e hipergamaglobulinemia. La espirometría y el ECG fueron normales. Se decide hacer Broncofibroscopia con BAL que resultó (-) para gérmenes y células neoplásicas, mostrando un 30% de eonófilos (Imag. 2). Un frotis de sangre periférica no evidenció elementos inmaduros pero confirmó la eosinofilia. El ecocardiograma y una ecografía abdominal resultaron normales. Los ANCA C y P fueron (-) lo mismo que el resto del colagenograma básico. Con diagnóstico presuntivo de SHI (variedad linfocítica), pero sin descartar otras posibilidades (malignidad, enfermedad granulomatosa, etc) se inició prueba terapéutica con esteroides con excelente respuesta clínica y de imágenes (Imag. 4). No se pudieron realizar estudios citogenéticos.

Conclusión: El SHI es una entidad con grandes interrogantes sobre su etiología y patogenia. El diagnóstico resulta siempre complicado y el tratamiento debe ser individualizado en cada paciente de acuerdo a sus manifestaciones, o idealmente, a los estudios citogenéticos que confirman la variedad (Linfocítica o Mieloproliferativa). En base a ello el pronóstico puede ser muy diferente.

15069 PO

¿POR QUÉ SE ELIGE DEJAR DE FUMAR?

SMITH, REYNALDO; BOSIO, MARTIN; BORSINI, EDUARDO; SALVADO, ALEJANDRO; BLASCO, MIGUEL; QUADRELLI, SILVIA; CHERTCOFF, JULIO
CABA / Argentina

Objetivo: Conocer cuáles son los motivos principales por los que la población que acude a un hospital general elige dejar de fumar.

Material y Métodos: Se analizó retrospectivamente una muestra de 1048 pacientes que acudieron al consultorio de tabaquismo de un hospital general. Las variables que se eligieron para conocer dichos motivos fueron: dependencia (incrementar el nivel de control sobre el hábito de fumar), salud (conservar la salud tanto de uno mismo como de los demás), presión familiar (presión ejercida por los miembros de la familia principalmente pareja e hijos), presión económica (suprimir el costo económico que significa fumar), presión social (actitud frente a las campañas de prohibición de fumar en lugares públicos) e imagen (intento por mejorar la imagen de uno mismo). Otras variables a tener en cuenta fueron el género, la edad, las puntuaciones obtenidas en los cuestionarios de motivación y de dependencia nicotínica.

Resultados: Los resultados se expresan en la siguiente tabla:

Motivos	N° Pacientes	%
Salud	733	70
Economía	366	35
Dependencia	209	20
Imagen	157	15
Presión Familiar	157	15
Presión Social	83	8

Conclusión: Conclusiones: Abandonar el tabaco por la salud sigue siendo el principal factor de motivación y contrariamente la presión social tiene poca relevancia cuando se elige a dejar de fumar.

15073 PO

HISTIOCITOSIS NO LANGERHANS/ERDHEIM CHESTER

CAMBERO, VIRGINIA CLAUDIA; SARACHO, MARIANELA; RIOJA CAMPOS, ASTERIO; GIAGNORIO, OLIMPIA; REBAY, MERCEDES; MANSILLA, VALERIA; VALENTI, LUCIANA; GONZALEZ, DIEGO; HANSSON, BIBIANA; DELLANINA, GERMAN; ARAGONA, PABLO; MEZA, SILVINA
Buenos Aires / Argentina

Paciente nacido en Paraguay de 56 años que abandona tratamiento para TB tras cuatro meses de realizado correctamente en Hospital Cetrángolo en 1997. En marzo de 2004 comienza retratamiento para TB con H R Z E en el mismo hospital. Quince días después se interna en el Hospital de Tigre con diagnóstico presuntivo al ingreso de Tbc ósea, micosis profunda y/o secundarismo neoplásico. Presentaba pérdida de 8 Kg, astenia, hiporexia y sudor nocturno de tres meses y dolor localizado en la cara anterior de pierna izquierda de poco más de un mes de evolución. Al ingreso el paciente estaba adelgazado, con nódulo duro elástico muy dolorosos (9/10) de 3 por 2 cm en región pretibial anterior izquierda, y otro más pequeño de reciente inicio derecho, al examen respiratorio presentaba disminución de la entrada de aire en forma simétrica.

Laboratorio: HIV - Eritro 113 mm fosfatasa alcalina 417 UI/l VN hasta 300. Calcemia normal GB 10700 Hb 9,6 g/dl Hepat. PSA y f. renal normal Rx tórax imágenes reticulares. TC de tórax: Mediastino normal. En parénquima en forma difusa y generalizada signos de fibrosis con presencia de imágenes micronodulares aisladas. Engrosamiento de ambas pleuras de grosor moderado a nivel postero basal. TC de abdomen y pelvis: normal. Rx miembros inferiores: extensas imágenes predominantemente líticas simétricas. Centellograma óseo: marcada hipercaptación radioisotópica en ambas tibias, tercio medio de fémur derecho, trocanteres menores de ambos fémures, cadera izquierda, ambas cabezas humerales y macizo maxilofacial. B.A.L. y material óseo D y C para mycobacterias y micosis profunda negativo H. Muñiz. Biopsia de M.O.: proliferación heterogénea elementos de aspecto histioide, histiocitos espumosos, células gigantes multinucleadas. (Anatomía Patol Htal Vicente López). Biopsia de Tibia: proliferación de elementos histiocitarios mono y multinucleados, y células de Lan-gerhans. Inmunomarcación: Proteína S 100 positiva, CD1a positiva aislada. (Patología osteoarticular Eduardo Santini Araujo). Biopsia de hueso: inmunohistoquímica Método de Streptavidina-Biotina-Peroxidasa por medio de automatizador de inmunotinción. Se utilizaron los siguientes anticuerpos monoclonales: Marcador: Fascina: negativo CD68: positivo débil en elementos de aspecto histioide. Factor XIIIa: negativo (Informe Dr. Antonio Arra médico Patólogo).

Conclusión: El sustrato histopatológico junto con las imágenes radiográficas plantean el diagnóstico diferencial entre Histiocitosis de Langerhans, granuloma eosinófilo con Histiocitosis no Langerhans. La edad del paciente, las características radiológicas y la Himmunohistoquímica inclinan a considerarlo enfermedad de Chester Erdheim.

15074 PO

TUBERCULOSIS PULMONAR SIMULANDO LESION MALIGNA

DOUGLAS NAZARENO, NICOLÁS GUSTAVO; ZALAZAR, RAUL; DE LA CUESTA, PEDRO; GONGORA, HUGO
La Rioja / Argentina

Los criterios presuntivos de malignidad de una lesión pulmonar son variados y todavía son motivo de controversia. Los mismos

se relacionan con antecedentes del paciente (edad, tabaquismo, etc.) y con elementos morfológicos de la lesión (tamaño, bordes, calcificación, tiempo de duplicación, entre otros). El caso que se presenta corresponde a una mujer de 51 años, trabajadora en un centro periférico de salud, con antecedentes de tabaquismo (35 paq/año) e HTA (enalapril 10 mg). Consulta por tos acompañada de escasa expectoración mucosa de aproximadamente 1 mes de evolución, la que se torna hemoptoica en los últimos 5 días antes de la consulta. En examen físico inicial no mostraba elementos relevantes. La Rx y la TAC de tórax revelaron una masa de unos 4 cm en la proyección del segmento posterior del lóbulo superior derecho (Imag. 1). En el laboratorio habían 5,600 leucocitos, un hematocrito de 39% y una VSG de 36 mm (resto del laboratorio básico dentro de lo normal). Con la sospecha de posible etiología maligna se decide hacer Broncofibroscopia donde se encuentra una lesión endoluminal vegetante, blanquecina, que ocupa gran parte de la luz del bronquio del segmento posterior del lóbulo superior derecho, de la que se toma material a través de Cepillado y Biopsia. En el Cepillado solo se observan detritos y muy escasas células sin atipia. La biopsia muestra gran cantidad de material necrótico de aspecto granular y algunas células epiteloides sin formar granulomas (Imag. 2). Con dichos elementos se sospecha Tuberculosis (TBC), sin descartar la posibilidad de lesión tumoral. Se solicita entonces una Baciloscopia de esputo que resulta positiva (Imag. 3). Con diagnóstico de TBC se inicia el tratamiento correspondiente con buena respuesta hasta el momento.

Conclusión: La TBC debiera ser considerada dentro del diagnóstico diferencial de lesiones pulmonares sospechosas de tener un origen maligno, en un contexto clínico y epidemiológico determinado. Ello podría permitir llegar al diagnóstico sin someter al enfermo a procedimientos invasivos y evitar exponer al personal de salud a la posibilidad de contagio.

15077 PO

LA PAREJA COMO FACTOR DE INFLUENCIA SOCIAL EN EL ÉXITO DE LA TERAPIA DE CESACIÓN TABÁQUICA

SMITH, REYNALDO; BORSINI, EDUARDO; BLASCO, MIGUEL; BOSIO, MARTIN; SALVADO, ALEJANDRO; QUADRELLI, SILVIA; CHERTCOFF, JULIO
CABA / Argentina

Objetivo: Los factores sociales son determinantes en la vida de los pacientes fumadores. El objetivo de este trabajo es determinar la relación entre tener una pareja fumadora y el éxito de un tratamiento del tabaquismo.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de pacientes que inician un tratamiento para dejar de fumar en una unidad de tabaquismo de un hospital general. Se recogieron datos socio-demográficos y los resultados en relación al tratamiento efectuado con los análisis respectivos en cuanto a los porcentajes de éxito según la existencia de pareja fumadora y no fumadora a los 12 meses del inicio del tratamiento.

Resultados: Se incluyeron en el presente estudio 1048 pacientes fumadores, de los cuales, 964 (92%) tenían pareja y 84 (8%) pacientes no poseían pareja. Al año del inicio del programa, 386 (37%) pacientes se mantenían sin fumar (Abstinentes) y 662 (63%) seguían fumando (No abstinentes). Los pacientes cuya pareja era fumadora tenían menos abstinencia al año del inicio del tratamiento de deshabituación tabáquica que los pacientes que eran solteros o bien su pareja no era fumadora.

	Abstinentes	No abstinentes
Tienen pareja fumadora	95 pacientes (24,6%)	422 pacientes (63,8%)
No tienen pareja fumadora	281 pacientes (72,7%)	205 pacientes (30,9%)
No tienen pareja	10 pacientes (2,59%)	35 pacientes (5,28%)

Conclusión: Según los resultados de este estudio tener una pareja que fuma es un factor social que podría influir negativamente sobre las probabilidades de éxito a los 360 días del inicio de un programa de tratamiento médico del tabaquismo.

15078 CO

TUBERCULOSIS: ESTUDIO Y SEGUIMIENTO DE CONTACTOS DE ALTO RIESGO

POLIAK, JORGE; TEDESCO, HUGO; TROPEANO, FLORENCIA; APARICIO, BIBIANA
CABA / Argentina

El estudio de contactos cercanos de pacientes con tuberculosis (TB) es una materia pendiente en la estrategia para el control de esta enfermedad. Si bien no se conocen datos concretos a nivel nacional ni local, se sabe que estos grupos tienen una tasa de incidencia de TB mucho más elevada que la población general. Los determinantes de salud en la zona sur de nuestra ciudad (como desnutrición y hacinamiento asociados a la pobreza) generan condiciones propicias para la propagación de la enfermedad entre contactos de alto riesgo. A partir de esta realidad decidimos reforzar las iniciativas tendientes a mejorar el estudio y seguimiento de estos contactos. El objetivo fue registrar la totalidad de contactos de alto riesgo de pacientes con TB atendidos en nuestro servicio durante el 2005, evaluarlos, diagnosticar casos secundarios, seleccionar candidatos a quimioprofilaxis (QP) e implementar el seguimiento de estos pacientes. Analizar logros y dificultades de esta estrategia y las diferencias encontradas entre los distintos grupos etáreos. Se diseñó una planilla de registro. Se anotaron y citaron 366 contactos de 79 pacientes con TB de diverso origen. Se interrogó a los concurrentes sobre sintomatología, riesgo de enfermar y de toxicidad por isoniacida. Se realizó radiografía de tórax, PPD y eventualmente otros estudios. Se realizó seguimiento, control, y recupero da pacientes en QP. De los 366 contactos listados (promedio de 4,6 por paciente), fueron estudiados completamente el 61% (71% en menores de 15 años vs. 46% en mayores de 35); si se consideran únicamente los contactos de pacientes con baciloscopia en esputo positiva, la cifra asciende al 65,2%. Se indicó QP al 72,4% con un porcentaje de cumplimiento del 55% (60% en menores de 15 años vs. 32% en mayores de 35). Se detectaron 11 casos de TB (4,9% del total de los contactos y 6,75% sobre el total de contactos de pacientes bacilíferos).

Conclusión: Los porcentajes de pacientes estudiados y de cumplimiento de QP son alentadores, aunque deben ser mejorados. La tasa de incidencia de TB resultó más de 80 veces superior a la de la población del área y 150 veces mayor a la de la población general. Los mayores porcentajes de pacientes estudiados, de cumplimiento de QP y de casos secundarios se dieron en la población menor de 15 años. Hubo mayor proporción de casos secundarios entre la población mayor de 35 años que en la franja de 16 a 35, lo que podría avalar la postura de no establecer límites rígidos en la indicación de QP.

15080 PO

¿QUIÉNES SON LOS QUE MÁS INTENTAN DEJAR DE FUMAR?

SMITH, REYNALDO; BORSINI, EDUARDO; BOSIO, MARTIN; SALVADO, ALEJANDRO; BLASCO, MIGUEL; QUADRELLI, SILVIA; CHERTCOFF, JULIO
CABA / Argentina

Objetivo: La baja motivación está vinculada con la dificultad para dejar de fumar. El objetivo del presente trabajo es determinar si existe relación entre la cantidad de intentos de abandono previos y la intensidad de la dependencia nicotínica.

Material y Métodos: Se realizó el análisis prospectivo de 240 pacientes que acudieron a la entrevista inicial para dejar de fumar desde febrero hasta junio de 2006. Se recogieron datos socio-demográficos, de consumo de cigarrillos y niveles de monóxido de carbono (CO) en aire espirado. Mediante un aná-

lisis multivariado se calculó la posible existencia de diferencias entre el número de intentos de abandono previos y las variables relacionadas con el nivel de dependencia nicotínica (CO espirado, Test de adicción nicotínica y número de cigarrillos consumidos por día) estratificadas por género.

Resultados: Se incluyeron 132 (45%) mujeres y 108 (55%) varones con una edad media de 45 años (DE: 16). Los fumadores, femeninos y masculinos, con valores mayores a 20 ppm de CO espirados se relacionan de forma estadísticamente significativa (p mayor 0,05) con un mayor número de intentos de abandono previos independientemente del sexo. Las variables restantes no evidenciaron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusión: Los tabaquistas que presentan niveles elevados de CO aumentan el número de intentos para dejar de fumar tanto en varones como en mujeres.

15085 PO

ESTUDIO DE CONTACTOS ESCOLARES DE PACIENTES CON TUBERCULOSIS BACILÍFERA. INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA EN COLEGIOS DEL ÁREA PROGRAMÁTICA.

POLIAK, JORGE; TEDESCO, HUGO; TROPEANO, FLORENCIA; APARICIO, BIBIANA; LUKIN, ALICIA; DAMIANI, PATRICIA
CABA / Argentina

El estudio de contactos de pacientes con tuberculosis (TB) constituye uno de los objetivos prioritarios para el control de ésta enfermedad, sobre todo en aquellos casos con TB pulmonar y baciloscopia positiva. La incidencia de TB en estos grupos de riesgo puede ser muy superior a la de la población general. El objetivo de este trabajo fue evaluar a los compañeros de aula y docentes de pacientes con TB bacilíferas detectados en escuelas de la zona de influencia del "Hospital J. M. Penna" con el fin de identificar posibles casos de contagio y de seleccionar candidatos a recibir quimiopprofilaxis (QP), brindar información a esta población sobre las características de la enfermedad y analizar los resultados de ésta intervención. Se trataron de 6 casos de diferentes escuelas que fueron notificados a Salud Escolar durante mayo de 2004 y agosto de 2005. Se citaron al servicio de neumonología del hospital a 150 contactos, maestros y compañeros de curso. Se les brindó una charla interdisciplinaria de carácter informativo, se los interrogó en forma individual sobre sintomatología y riesgo de enfermar, se les solicitó PPD y radiografía de tórax. De los 150 contactos citados, fueron estudiados completamente el 83%. Se indicó QP al 21% y tratamiento al 0.8%. Del total de las QP indicadas se cumplieron de manera completa el 27%.

Conclusión: El porcentaje de contactos estudiados fue altamente satisfactorio (83%). Sólo se detectó un caso entre 124 contactos estudiados, y aún así este número representa una tasa de incidencia de 800/100.000 que es 10 veces superior a la de la población de nuestra área de influencia. Se propone como objetivo a futuro la evaluación del 100% del alumnado expuesto, y sobre todo mejorar las cifras de cumplimiento de QP para lo cual se considera convocar a los padres o familiares adultos a las reuniones informativas e implementar un sistema de supervisión de QP en el ámbito escolar.

15086 PO

COMPARACIÓN ENTRE EL INFORME AUTOMATIZADO Y EL REALIZADO POR EL MÉDICO EN LA INTERPRETACIÓN DE LAS ESPIROMETRÍAS LOBORALES. NUESTRA EXPERIENCIA. SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA. HOSPITAL CENTRAL DE MENDOZA.

ABDALA, JAVIER; SPUCHES, LUCRECIA; WAJCHMAN, SILVIA; GONZALEZ FABREGA, JULIO; CALLEJA, OSVALDO; BARIMBOIM, ENRIQUE
Mendoza / Argentina

Nos ha sorprendido encontrar empresas dedicadas a la medicina laboral que utilizan los informes automatizados para las

espirometrías que realizan, prescindiendo de la interpretación del médico neumonólogo.

Objetivo: evaluar en espirometrías solicitadas por razones laborales, la concordancia entre los informes automatizados y los realizados por el médico en su interpretación. Como objetivo secundario tratamos de analizar en esta población la prevalencia de fumadores y su relación con las anomalías funcionales encontradas

Material y Método: se analizaron todas las espirometrías, realizadas desde el 01/07/00 al 31/12/05, que cumplen los criterios de aceptabilidad y reproducibilidad de ATS. Todas fueron realizadas bajo las mismas condiciones, con el mismo equipo (Spirovision-3 con flowmeter a turbina de Cosmed) y por el mismo técnico.

Resultados: Se incluyeron 576 pacientes de edad promedio 37.4 años (rango: 18-73); 547 hombres y 29 mujeres. El 45% reconocieron fumar y 18% se declararon ex-fumadores. Según los criterios de la ATS, por informe manual, se detectaron 18.6% con defecto ventilatorio obstructivo (17.7% leve, 0.7% moderado 0% moderadamente severo, 0.2% severo y 0% muy severo) y 1.6% con defecto ventilatorio restrictivo (1.2% leve, 0.3% moderado, 0% moderadamente severo, 0% severo, 0% muy severo) y se detectaron 6.4% con defecto ventilatorio obstructivo (6.1% leve, 0.2% moderado, 0% moderadamente severo, 0.2% severo, 0% muy severo) y 5.9% con defecto ventilatorio restrictivo (5% leve, 0.7% moderado, 0% moderadamente severo, 0.2% severo, 0% muy severo) a través del informe automatizado. Del total de los pacientes con anomalías funcionales 373 (63%) eran o fueron fumadores.

Conclusión: 1. Detectamos importantes discordancias entre el informe automatizado y el realizado por el médico. 2- El porcentaje de fumadores de esta población (trabajadores en relación de dependencia), es mayor al de la población general. 3- La espirometría en trabajadores es un buen método de detección del daño producido por la exposición al tabaco. En base a estos resultados sería desaconsejable utilizar el informe automatizado de espirometrías.

15088 PO

TOXICIDAD POR AMIODARONA. A PROPÓSITO DE UN CASO

GUZMAN, MARIO; GILARDI, LEONARDO; GUZMAN, ELOISA; MATTA, DANIEL; LEBERSZTEIN, GABRIEL; MOREND, INES; CASTIGLIONE, TERESA
CABA / Argentina

La amiodarona es un derivado iodinado del benzofurano altamente efectivo para suprimir taquiarritmias ventriculares y supraventriculares. De los efectos adversos el más serio es la toxicidad pulmonar que aparece entre un 3 y 33% con una mortalidad de alrededor del 20%. Se presenta un caso de probable toxicidad por amiodarona en un paciente que recibía el fármaco por una fibrilación auricular que mejoró significativamente luego de la supresión de amiodarona y el inicio de corticoides. Varón de 70 años antecedentes de hipertensión arterial, artritis reumatoidea de un año de evolución en tratamiento con meprednisona 8 mg/día y metotrexate 7,5 mg/semana. Previo al inicio de metotrexate se realizaron estudios funcionales respiratorios que resultaron normales. En febrero de 2006 se suspende metotrexate debido a elevación de creatinina. En marzo de 2006 presenta un episodio de fibrilación auricular de alta respuesta que requiere internación en unidad coronaria. Se inicia anticoagulación y betabloqueantes. El 26 de abril se agrega amiodarona 200 mg/día. El 20 de junio se interna por cuadro de disnea progresiva y tos seca de 4 semanas de evolución. Al ingreso presentaba disnea grado IV, saturación de 88% al aire y PaO₂ de 54 mmHg con PaCO₂ de 35mmHg, rales crepitantes bibasales y ruidos de músculos accesorios. En la radiografía de tórax se observaba infiltrados bila-

terales a predominio derecho. En la tomografía de tórax infiltrados bilaterales a predominio de vidrio esmerilado con algunas áreas en "crazy paving". Se realizó fibrobroncoscopia sin lesiones endoscópicas. Cultivos negativos. La anatomía patológica informa presencia de macrófagos espumosos en el lavado broncoalveolar y en los cortes de la biopsia transbronquial con áreas de neumonía organizada. Se suspendió amiodarona y se inició meprednisona a dosis de 60 mg/día con excelente respuesta. El paciente fue externado luego de 7 días. En la tomografía de control se observa franca mejoría de los infiltrados.

Conclusión: El diagnóstico de toxicidad por amiodarona es por descarte. Si bien en este paciente con una colagenopatía puede plantearse la existencia de una enfermedad intersticial difusa relacionada a su patología de base, la relación temporal de los síntomas con el inicio de amiodarona y la excelente respuesta a la suspensión de la droga y el inicio de corticoides permiten tener una alta sospecha de toxicidad por amiodarona en este paciente.

15092 C0

EMERGENCIA DE TRANSMISIÓN FAMILIAR DE TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE

NATIELLO, MARCELA; VESCOVO, MARISA; AMBROGGI, MARTA; POGGI, SUSANA; CARRIVALE, MARCELA; RITACCO, VIVIANA; ABBATE, EDUARDO
CABA / Argentina

Antecedentes: A lo largo de los '90s, aumentó significativamente la tuberculosis multirresistente (TBMR) inicial en la población HIV negativa asistida en nuestro hospital. En buena medida, esto se debió a infección hospitalaria por la cepa denominada "M", que a principios de esa década había iniciado su expansión clonal entre pacientes con SIDA. Más recientemente, a este fenómeno se sumó la ocurrencia de TBMR en el seno de núcleos familiares.

Objetivo: Contribuir a la comprensión de la dinámica de generación de TBMR en nuestro medio.

Metodología: Mediante epidemiología convencional y molecular se exploró la contribución de la infección familiar a la carga de TBMR en la población asistida en el Instituto Vacarezza durante el quinquenio 2001-2005 y se la comparó con la del quinquenio 1991-1995.

Resultados: De los 179 pacientes HIV negativos con diagnóstico de TBMR realizado en el período 2001-2005, 40 referían exposición a un caso de su entorno doméstico como la más probable fuente de infección. En 34 pacientes pertenecientes a 22 grupos familiares el vínculo epidemiológico se confirmó por identidad de los perfiles de RFLP IS6110 y/o de sensibilidad a drogas. De los 34 pacientes con foco confirmado, 17 (50%) habían adquirido la enfermedad por cepa "M" de un familiar infectado en la Ciudad de Buenos Aires o sus alrededores. Los 17 restantes eran miembros de 9 familias, cada una con un perfil propio de RFLP: dos de esas familias eran oriundas de la Ciudad de Buenos Aires, una del Gran Buenos Aires, una de Salta, una de Jujuy, dos de Bolivia y dos de Perú. El lapso transcurrido entre la exposición al foco y la manifestación de la enfermedad varió ampliamente en los casos en los casos en que fue posible estimarlo (3-96 meses). Once pacientes eran menores de 20 años, 17 tenían entre 20 y 39 años de edad, y sólo 6 eran mayores de 40 años. En 9 de los 32 casos se constató comorbilidad (alcoholismo y/o drogadicción: 4, diabetes: 2, asma: 1, hepatitis cónica: 1, neurofibromatosis: 1). La transmisión de TBMR a familiares HIV negativos en el período resultó significativamente mayor que la documentada en el quinquenio 1991-1995 (34/179 vs. 6/116, $p=0,0013$).

Conclusión: Se confirma la reciente emergencia en nuestro medio de la transmisión familiar de TBMR. Se destaca, por un lado, la marcada polaridad geográfica del origen de las cepas involucradas, y por el otro, la edad temprana del inicio de la enfermedad la que, en la mayoría de los casos, no tenía asociación morbosa. Vista la preponderancia absoluta de la cepa "M" como agente de transmisión familiar de TBMR, se propone reducir su expansión mediante el control asiduo y eventualmente la prevención terapéutica de los convivientes de pacientes con enfermedad por esta cepa con un esquema adecuado a su perfil de sensibilidad a drogas.

15097 P0

BLASTOMICOSIS SUDAMERICANA: TRES CASOS CON COMPROMISO DE VÍA AÉREA

BIGOT, M; DEL VALLE, E; GARCIA, A; TUMMINO, C; MARTIN, G
CABA / Argentina

La Blastomycosis Sudamericana es una enfermedad endémica de zonas tropicales y subtropicales, que puede comprometer la vía aérea y el pulmón. Se presentan tres casos con imágenes de video. **Caso N° 1:** sexo masculino, 47 años, oriundo de Misiones. Internado por disnea progresiva y tos con expectoración hemoptoica, disfonía. PO_2 de 55. Rx de tórax: infiltrados bilaterales retículo acinares. HIV negativo, esputos para Koch negativos. La fibrobroncoscopia (FBC): parálisis de cuerda vocal izquierda, tráquea: mucosa irregular y friable; árbol bronquial derecho mucosa irregular, lavado bronquial con aislamiento de *P. Brasiliensis*. Inicia tratamiento con Itraconazol. FBC de control a los dos meses: traquea con estenosis de tercio distal, estenosis del bronquio fuente derecho (BFD), del bronquio del lóbulo superior derecho y del bronquio intermedio. Se coloca stent en BFD. Luego de 2 meses se produce el óbito del paciente por insuficiencia respiratoria.

Caso N° 2: sexo masculino, 64 años, oriundo de Paraguay. Internado por tos productiva, disnea progresiva y disfonía, al examen: lesión ulcerada en glúteo derecho de la cual se aísla *P. Brasiliensis*. Rx: infiltrado reticular bilateral. FBC: Mucosa irregular en el tercio superior de la tráquea con leve disminución del calibre. Nueve días después FBC: estenosis concéntrica a 1.5 cm de la glotis de 8 mm. Se efectúa dilatación en 2 oportunidades. Cirugía de resección traqueal a los 6 meses de tratamiento con itraconazol y buena evolución.

Caso N° 3: 42 años, paraguayo. Cuadro clínico de 45 días de evolución de tos con expectoración mucosa y sudoración nocturna. Atendido en un centro de salud donde se le efectúa Rx de tórax, esputos para BAAR y se inicia tratamiento empírico antituberculoso. Consulta a nuestro Hospital realizándose una Rx de tórax con infiltrado reticular bilateral y esputos negativos para Koch. FBC: traquea con mucosa congestiva y edematosa, con lesiones mamelonadas que comprometen toda su extensión, disminuyendo la luz a un 30%, lesión polipoidea en traquea inferior, lavado bronquial positivo para *P. Brasiliensis*. Se inicia tratamiento con Anfotericina B y corticoides orales. FBC de control: mejoría de las lesiones traqueales, se reseca lesión polipoidea de traquea inferior. El paciente es dado de alta con Itraconazol. FBC de control: mucosa de tercio medio de la traquea congestiva e irregular con leve traqueomalacia localizada.

Conclusión: Esta enfermedad puede comprometer la vía aérea evolucionando con importantes secuelas que ponen en peligro la vida del paciente. Los hallazgos endoscópicos suelen tener características particulares que llevan a sospechar este diagnóstico en pacientes provenientes de zona endémica y alertar sobre sus posibles complicaciones.

15098 PO**OXIGENOTERAPIA CRÓNICA DOMICILIARIA. PROGRAMA DE LA OBRA SOCIAL DE EMPLEADOS PÚBLICOS DE MENDOZA. SERVICIO DE NEUMONOLOGÍA, HOSPITAL EL CARMEN**LISANTI, RAÚL; GONZALEZ, LUIS; DELABALLE, ELENA; MORENO, GONZALO
Mendoza / Argentina

Introducción y Antecedentes: En marzo del año 2004 se crea el Programa de Oxigenoterapia y VNI domiciliar de la OSEP, que cuenta en toda la provincia con 300.000 afiliados.

Material y Métodos: Se evalúan los pacientes que ingresan al programa con solicitud de oxigenoterapia desde marzo 2004 a marzo 2006, al ingresar se los divide en dos grupos, 1-transitorios: los que no reúnen criterio de Oxigenoterapia crónica domiciliar, pero presentan hipoxemia, y situaciones clínicas que permite su tratamiento ambulatorio. 2-Permanentes: pacientes que reúnen criterios de OCD, y que son el motivo de esta presentación.

Resultados: Ingresaron al programa en dicho periodo 286 pacientes con solicitud de oxigenoterapia, 220 (76,92%) para la forma permanente y 66 (23,08%) para la transitoria. Evaluaremos en este trabajo la forma permanente de oxigenoterapia (220 pacientes), 132 hombres (60%) y 88 mujeres (40%), con una edad media de 69,97 años, con un rango de 1 a 92 años. El diagnóstico correspondió a EPOC en 156 pacientes (70,90%) (102 hombres y 54 mujeres), fibrosis pulmonar en 36 pacientes (16,36%) (15 hombres y 21 mujeres), asma bronquial en 12 pacientes (5,45%) (4 hombres y 8 mujeres), Obesidad en 4 pacientes (2 hombres y 2 mujeres), Hipertensión pulmonar en 3 pacientes (2 hombres y 1 mujer), Bronquiectasias en 2 pacientes (2 hombres) y un paciente de cada una de las siguientes enfermedades: displasia pulmonar, esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, fibrosis quística, parálisis diafragmática y SAHOS. Recibieron conjuntamente BiPAP en 3 pacientes y CPAP en 1 paciente. Se dieron de baja en dicho periodo 130 pacientes, 74 por óbito, 39 por pedido médico, 13 voluntarios y 4 otras causas. El oxígeno se suministró por concentrador en 196 pacientes (89,09%), por FreeLox en 21 pacientes (9,55%) y por tubo de oxígeno en 3 pacientes (1,36%). Tiempo de uso del oxígeno, más de 2 años 28 pacientes, entre 1 y 2 años 45 pacientes, y menos de 1 año 147 pacientes. La solicitud de oxigenoterapia se realizó en el 42,27% de pacientes en nuestro Servicio. El 65,45% viven en el gran Mendoza. **Conclusión:** Corresponde a la población de la OSEP 73,3 pacientes en OCD por cada 100.000 afiliados. Los diagnósticos principales son EPOC (70,9%), fibrosis pulmonar (16,36%) y Asma Bronquial (5,45%). La forma más frecuente de suministro de oxígeno domiciliario es por concentrador de oxígeno (89,09%) y luego reservorio con mochila (FreeLox) (9,55%). La EPOC corresponde en todos los casos a tabaquismo crónico, por lo tanto la prevención del mismo disminuirá la OCD. El 33,18% de los pacientes usa la oxigenoterapia domiciliar por más de 1 año, y 12,72% la usa por más de 2 años.

15101 PO**PRESENTACIÓN DE UN CASO DE NEUMONITIS INTERSTICIAL USUAL CON INFECCIÓN PULMONAR CONCOMITANTE POR MYCOBACTERIUM AVIUM INTRACELLULARE**PRIETO BRANDSTAETTER, ERNESTO JORGE; RHODIUS, EDGARDO E; NIGRO, CARLOS A; DIAZ, MARIANO
CABA / Argentina

Paciente masculino de 59 años de edad que se presentó a la consulta por presentar disnea progresiva de 6 meses de evolución. Como antecedente de relevancia se destaca hipertensión arterial medicada con amlodipina 10 mg diarios. No an-

tecedentes de tabaquismo. Al examen físico presentaba rales tipo velcro en ambos campos pulmonares, sin otras alteraciones. Se le realizó una radiografía de tórax, la cual evidenció infiltrados intersticionodulillares bilaterales a predominio periférico. La función pulmonar mostró restricción de grado moderado (FEV1 1,69 (62%), FVC 2,11 (62%), FEV1/FVC 0,80, TLC 63% y DLCO 61%). Se solicitó una tomografía de tórax con cortes de alta resolución, confirmando la presencia de infiltrados intersticiales bilaterales con vidrio esmerilado, bronquiectasias a tracción y panalización a predominio de ambas bases pulmonares. Se realizó una videofibro-broncoscopia con biopsia transfibrosópica, cuyo resultado fue no concluyente. Debido a la ausencia de antecedentes respiratorios previos y descartándose además la toxicidad por drogas, factores ambientales y enfermedades del tejido conectivo, se decidió realizar biopsia quirúrgica mediante videotoracoscopia asistida. La misma se efectuó sin complicaciones, y los preparados fueron revisados por 2 médicos anatomopatólogos independientes. El resultado de ambos profesionales fue el mismo: Neumonitis Intersticial Usual. Nuestro cirujano de tórax envió además 2 biopsias en 2 frascos separados para cultivo microbiológico. Inició tratamiento con metilpredni-solona 60 mg por día y dosis escalonadas de azatioprina hasta lograr 150 mg por día. Inició además rehabilitación respiratoria en forma constante, no obstante a lo cual desarrolló facie cushingoides tempranamente. A los 50 días de la cirugía se recibió el informe microbiológico: las 2 piezas de biopsia cultivaron Mycobacterium avium intracellulare. Por este motivo inició tratamiento con ciprofloxacina 1 gr por día, claritromicina 1 gr por día y etambutol 1,2 gr por día. Se redujeron los corticoides a 10 mg por día, manteniendo la azatioprina en 150 mg diarios. Se decidió agregar n-acetil-cisteína 1,8 grs por día.

El Mycobacterium avium intracellulare está presente en el agua, polvo ambiental, aves, animales domésticos y de granja, en la tierra y los componentes del cigarrillo. Afecta a personas con antecedentes respiratorios previos pero no es común en la NIU.

Conclusión: Las infecciones pulmonares por Mycobacterium avium intracellulare se dan sobre todo en pacientes con enfermedades pulmonares preexistentes, tales como bronquiectasias, fibrosis quística, EPOC y silicosis, siendo extremadamente rara en pacientes con neumonitis intersticial usual. La muy escasa literatura así lo demuestra.

15106 CO**FACTIBILIDAD DE LA REHABILITACION RESPIRATORIA CON BAJOS RECURSOS**JOLLY, ENRIQUE; SIVORI, MARTIN; VILLARREAL, SARA; ALMEIDA, MARTA; SAENZ, CESAR
CABA / Argentina

Antecedentes: Un alto porcentaje de neumonólogos en Argentina no dispone de centros para realizar rehabilitación respiratoria en su medio.

Objetivo: Valorar un programa de entrenamiento ambulatorio que, por no requerir equipamiento especial, esté al alcance de todos.

Material y Métodos: Pacientes sucesivos fueron asignados al azar para realizar un programa convencional de 12 semanas en un centro hospitalario (H. Ramos Mejía) o un programa ambulatorio no supervisado consistente en caminatas a velocidad fijada mediante una cinta de audio y ejercicios simples de tren superior. Se evaluaron antes y después (evaluador ciego del tipo de entrenamiento) con test de ejercicio incremental y submáximo, shuttle test y shuttle endurance y test de calidad de vida.

Resultados: Se incluyeron 48 pacientes con epoc, 25 en la rama hospitalaria (rH) y 23 en la rama domiciliaria (rD). Durante el entrenamiento hubo 16 abandonos, 11 rD - 48% y 5 rH - 20% ($p=0,1$). Un paciente rD sufrió una exacerbación al concluir su entrenamiento y no pudo ser reevaluado. Se completó la evaluación de 20 pacientes en rH y 11 en rD. La condición basal fue similar en ambos grupos, no hubo diferencias significativas en la condición general (edad, BMI), función respiratoria (FEV1, SpO₂), capacidad física (VO₂pico, test de caminata, shuttle test) y pruebas de resistencia (Tlim en ejercicio submáximo y shuttle endurance). Las variables de resistencia física aumentaron significativamente en ambos grupos, indicando que ambos entrenamientos fueron efectivos. El Tlim creció de 6,67 a 15,07 minutos ($p<0,0005$) en el grupo rH y de 9,15 a 15,31 minutos ($p<0,01$) en el grupo rD. Por su parte el shuttle endurance aumentó de 775 a 1375 metros ($p<0,05$) en el grupo rH y de 675 a 1292 metros ($p<0,05$) en el grupo Rd. La respuesta en las pruebas de capacidad máxima y calidad de vida también fue similar en ambos grupos. Considerando los niveles aceptados como umbral para una mejoría clínicamente significativa, la carga máxima aumentó 10 watts en 13/31 pacientes (11/20 rH y 2/11 rD $p=0,13$) y el shuttle test aumentó 40 metros en 9/28 pacientes (6/17 rH y 3/11 rD $p=0,71$). En las pruebas de calidad de vida, el St George mostró una reducción de 4 puntos en 18/31 pacientes (14/20 rH y 4/11 rD $p=0,24$) y en el SF36 la subescala de rol físico aumentó 10 puntos en 13/26 pacientes (9/17 rH y 4/9 rD; $p:0,77$) y la subescala de función social en 14/26 pacientes (9/17 rH y 5/9 rD; $p:0,93$).

El 74% de los pacientes tuvo una mejoría de al menos 40% en al menos una de las 2 pruebas de resistencia física y un cambio a nivel clínicamente significativo en al menos una de las 2 pruebas de calidad de vida (15/20 rH y 8/11 rD; $p=0,94$).

Conclusión: La programa domiciliario resultó tan eficaz como el hospitalario, aunque se advirtió mayor tendencia al abandono.

15107 CO

EVALUACIÓN DE LA ESPIROMETRÍA DURANTE EL ASCENSO RÁPIDO A 6.000 MT

GARÓFOLI, ADRIÁN; PELAGATTI, L; FAZIO, C; ELIAS, C; MANESCHI, E
Mendoza / Argentina

Antecedentes: Los datos reportados acerca de la espirometría a diferentes alturas muestran variabilidad entre los autores. Se ha informado la reducción de la FVC 8,6% (5,8 -11,4%) a los 5300 mt durante varios días de caminata hasta esa altura, y se debería a cambios estructurales y funcionales como edema subclínico, reducción de TLC por disminución de fuerza de músculos inspiratorios, incremento de flujo sanguíneo pulmonar, o cambios en la presión de cierre. El incremento del PEF sería por la reducción en la densidad del aire. Escasos son los reportes de datos espirométricos durante el ascenso rápido a grandes alturas.

Objetivo: Evaluar distintos parámetros espirométricos durante el ascenso rápido a 6000 mt de altura. **MyM:** Se realizaron espirometrías basales a 770 msnm (Pb 700 mmHg / T° 20° C) y a 6.000 msnm durante el ascenso en helicóptero (Pb 348 mmHg / 20° C en cabina no presurizada) en 30 minutos. Se determinaron los valores de FVC, VEF1, FEF25-75% y PEF; SatO₂, frecuencia cardíaca. Se utilizó un espirómetro de turbina y oxímetro Nonin PalmSAT 2500. Se cumplieron criterios de aceptabilidad y reproducibilidad en las maniobras. Se realizó test de student para datos apareados con significación biológica $p<0,05$.

Resultados: Se evaluaron 5 personas entre 30 y 49 años (media 38 años). No se evidenciaron cambios significativos en FVC, VEF1 y PEF. Se halló incremento significativo de FEF 25-75%

($p=0,0362$) con buen apareamiento de datos, en cuatro de los cinco tripulantes. La SatO₂ se redujo de acuerdo a lo esperado según la altura.

Paciente	VEF1 basal	VEF1 altura	FVC basal	FVC alt	FEF 25-75% basal	FEF 25-75% alt	PEF basal	PEF alt	SatO ₂ basal-alt
1	3,6 (103%)	3,66 (104%)	4,73 (113%)	4,50 (108%)	2,90 (77%)	3,61 (95%)	10,1 (120%)	10,1 (120%)	99% - 80%
2	4,3 (101%)	4,21 (99%)	4,91 (96%)	4,74 (93%)	5,43 (120%)	6,63 (146%)	11,8 (126%)	11,26 (120%)	98% - 75%
3	4,23 (95%)	4,27 (97%)	5,50 (103%)	5,31 (100%)	3,40 (73%)	4,14 (88%)	10,8 (112%)	12,48 (129%)	96% - 75%
4	4,8 (107%)	4,76 (106%)	6,12 (110%)	5,61 (101%)	4,31 (95%)	6,01 (132%)	13,5 (138%)	16,1 (163%)	98% - 70%
5	4,19 (88%)	3,99 (84%)	4,93 (85%)	4,56 (79%)	4,94 (102%)	4,95 (102%)	11,26 (110%)	9,7 (95%)	97% - 77%

Conclusión: Durante el ascenso rápido a grandes alturas no encontramos variación significativa en FVC, VEF1 y PEF. El incremento en FEF 25-75% fue significativo en 4 de los 5 sujetos evaluados. Pensamos que podría estar relacionado con la disminución de la densidad del aire en condiciones de no presurización de la cabina.

15108 CO

MÚLTIPLES BULLAS INFECTADAS CON NEUMOTÓRAX DE RESOLUCIÓN ESPONTÁNEA.

GARÓFOLI, ADRIÁN; PELAGATTI, L; SLAIBE, Z; TERRANOVA, C; CALLEJON, P; TORRES, R; MARTINI, S; FERRERO, S; ROMERO, G
Mendoza / Argentina

Antecedentes: La presencia de bullas en la EPOC no es infrecuente; en cambio es infrecuente la infección simultánea de varias bullas con niveles líquidos. El primer caso de una bulla con nivel líquido fue descripta por Douet en 1947. Existen reportes de hasta 4 bullas con niveles simultáneos. Se presenta un paciente varón de 69 años con antecedentes de tabaquismo (30 paq/year) y alcoholismo. Consulta por tos húmeda con escasa expectoración mucopurulenta y fiebre de 10 días. Presenta leucocitosis (14.500 sin formas inmaduras), Hto 40%, VSG 90 mm/h. SatO₂ 88% (0,21), pO₂ 58 mmHg. Hepatograma y función renal normales. VEF1 1,78 (59%). Rx Tx: opacidad heterogénea en hemitórax izquierdo con presencia de niveles hidroaéreos múltiples principalmente en la proyección de perfil. Hiperinsuflación hemitórax derecho. TAC Tx: Enfisema bulloso bilateral, apical; con múltiples niveles líquidos independientes en hemitórax izquierdo. Condensación LII con derrame pleural. Se inició tratamiento con Ceftriaxona 2gr c/12 hs, Clindamicina 600 mg c/12 hs, drenaje postural, oxigenoterapia, aerosoles. Se recolectaron muestras para cultivo de esputo y hemocultivos. Se aisla Estafilococo Aureus Meticilino Sensible con buena evolución y es externado al 7° día con Moxifloxacin 400 mg/d 21 días y oxigenoterapia. Presenta notable mejoría clínico-radiológica con desaparición de opacidades. después de 30 días presenta neumotórax espontáneo con colapso de pulmón izquierdo. El paciente se niega a la colocación de drenaje pleural y evoluciona favorablemente con resolución total del neumotórax en 48 hs. y mejoría funcional. SatO₂ 97% (0,21).

Conclusión: A pesar de que más de diez bullas infectadas simultáneamente nunca ha sido reportada, el tratamiento de elección es médico, y en caso de no presentar adecuada evolución se evalúa el tratamiento quirúrgico. La duración del tratamiento con antibióticos varía entre 15 días para los casos leves y 45 días para los complicados. Aunque se aisló sólo un germen, se recomienda cobertura de amplio espectro por existir generalmente múltiples microorganismos, entre ellos anaerobios. Estafilococo Aureus MS es el que se aisla con mayor frecuencia en lesiones cavitadas y bullas.

15111 PO**TRASPLANTE PULMONAR EN SILICOSIS**

OSSÉS, JUAN MANUEL; AHUMADA, ROSALIA; WAGNER, GRACIELA; MAJO, RAUL; INTILE, DANTE; JORGE, CANEVA; BERTOLLOTTI, ALEJANDRO; FAVALORO, ROBERTO; GONZALEZ, CLAUDIO
CABA / Argentina

Introducción: La silicosis pulmonar es una enfermedad que no tiene un tratamiento específico, y que en algunas circunstancias puede evolucionar hacia la insuficiencia respiratoria avanzada. Existen escasas publicaciones referentes al trasplante pulmonar en esta patología.

Objetivos: Presentar 3 pacientes con diagnóstico de silicosis y enfermedad respiratoria avanzada que fueron sometidos a trasplante pulmonar unilateral (TxUP) en nuestra institución.

Material y Métodos: Se analizaron las características clínicas y funcionales de 3 pacientes con silicosis pre y post trasplante, con referencia a sus complicaciones, estudios de función pulmonar y evolución.

Resultados: Pacientes 1 DS 2 WC 3 JA. Edad (años) /sexo 37/masculino 37/masculino 36/masculino. Fecha diagnóstica 2002 1998-2000. Profesión arenador arenador arenador. CF III III III. FVC (L) 1.02 (22%) 2.44 (49%) 2.08 (52%). FV1 (L) 0.94 (24%) 1.12 (28%) 1.27 (31%). DLCO (%) 16 42 30. PO₂ (mm Hg) 55 61 55. PCO₂ (mm Hg) 42 49 44. Fecha de Tx/ tipo 2004/ UP izquierdo 2005/ UP izquierdo 2005/ UP izquierdo.

Inmunosupresión FK- Azat-Mpred FK-Azati-Mpred FK-Azat-Mpred- Complicaciones postTx inmediato Reoperación por derrame tabicado. Injuria de reperfusión-IR no dialítica Injuria de reperfusiónIR no dialítica-Broncomalacia.

Rechazo celular agudo 2 episodios ninguno 1 episodio. Infecciones: Antigenemia (+) CMV Neumonía por Haemophilus influenzae 2 episodios de neumonía por Acinetobacter y Pseudomonas aeruginosa

Mejor FVC (L). Post trasplante 2.92 (61%) 3.43 (72%) 1.82 (43%). Mejor FEV1 (L). Post trasplante 2.43 (62%). 2.14 (52%) 0.91 (26%). Evolución Vivo Vivo Fallecido. Clase funcional actual I I.

Conclusión: El trasplante de pulmón es una opción terapéutica válida en pacientes con silicosis pulmonar avanzada. En nuestra experiencia dos de los tres paciente trasplantados tuvieron una buena evolución clínica, funcional y con excelente calidad de vida.

15112 CO**ESTUDIO RE3: IMPACTO DE LAS EXACERBACIONES POR EPOC EN EL CONSUMO DE RECURSOS DE SALUD EN EL AÑO PREVIO AL ENROLAMIENTO**

SEC REH RESPIRATORIA, AAMR
CABA / Argentina

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

Objetivo: Describir el consumo de los recursos de salud vinculado a exacerbaciones por EPOC en el año previo al enrolamiento de los pacientes con EPOC incluidos en el Estudio Re3. **Materiales:** Se trata de un estudio multicéntrico (12 centros en todo el país), prospectivo (comenzó en Marzo de 2005), controlado y observacional. Se evaluaron pacientes enrolados al 15 de Julio de 2006 con definición por GOLD de EPOC en estabilidad clínica a los que se les indicó RR, y se los seguirá por 24 meses determinando impactos funcionales, disnea, calidad de vida, ejercicio y cantidad de exacerbaciones/ hospitalizaciones y el consumo de recursos de salud (visitas ambulatorias, a centros de salud). Las definiciones usadas para cada una de ellas,

son las internacionalmente más referenciadas. Se informan el reporte al ingreso al estudio en referencia a los 12 meses previo el enrolamiento.

Resultados: En 16 meses han sido enrolados 84 pacientes. Se detallan las principales características promedio por paciente por año: N° exacerbaciones 3.4 ± 0.9. N° hospitalizaciones 0.98 ± 0.3. Días exacerbaciones 20.9 ± 5.6. Días de hospitalizaciones 10.1 ± 2.5. N° visitas guardia 3.3 ± 1.8. N° visitas ambulatorias a cons. externo 7.6 ± 1.8. N° visitas domiciliarias 1.9 ± 1.0.

Conclusión: Por primera vez en un estudio multicéntrico en nuestro país, se revela el consumo de recursos de salud, vinculado a exacerbaciones por EPOC. La población ingresada de pacientes presenta un patrón de consumo similar al promedio reportado en otros estudios a nivel internacional.

15115 CO**SELECCIÓN DE CANDIDATOS A TRASPLANTE PULMONAR: IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS DE EXCLUSIÓN**

OSSÉS, JUAN MANUEL; AHUMADA, ROSALIA; WAGNER, GRACIELA; MAJO, RAUL; MOSCOLONI, SILVIA; MARTINEZ, LILIANA; BERTOLLOTTI, ALEJANDRO; CANEVA, JORGE; FAVALORO, ROBERTO
CABA / Argentina

Introducción: El proceso de selección de los candidatos a trasplante pulmonar (TxP) debe valorar los beneficios y riesgos del mismo, a fin de optimizar los resultados, identificando el mejor procedimiento quirúrgico en relación al estado clínico del paciente, como así también las contraindicaciones para su realización.

Objetivo: Identificar causas de exclusión para trasplante pulmonar en pacientes con enfermedad respiratoria avanzada.

Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente los datos de la evaluación pre trasplante pulmonar en potenciales candidatos, realizados en nuestra institución, durante el período comprendido entre enero de 2000 y junio de 2006. La evaluación incluyó: Análisis de sangre completos, estudios radiológicos, función pulmonar y cardiaca en reposo y esfuerzo, inmunoserología, screening de infección y neoplasias, evaluación psicosocial y nutricional.

Resultados: 225 potenciales candidatos fueron evaluados. Las indicaciones fueron: Enfisema 82 pacientes (36%), Fibrosis Pulmonar 72 (32%), Bronquiectasias 27 (12%), Fibrosis Quística 24 (10,6%), Silicosis 6 (2.6%), otras 14 (6.8%). 40 (17%) de los pacientes evaluados no fueron aceptados para trasplante pulmonar por presentar contraindicaciones: 13 (32.5%) pacientes por causas psicosociales, 5 (12,5%) por neoplasias activas, 5 (12,5%) por posibilidad de mejor con tratamiento médico, 4 (10%) por cardiopatía isquémica severa, 3 (7.5%) infección activa, 3 (7.5%) tabaquismo activo, 7 (17,%) otras causas.

Conclusión: En nuestra experiencia el porcentaje de pacientes rechazados para trasplante pulmonar durante la evaluación coincide con los datos de la bibliografía internacional.

15117 CO**SELECCIÓN DE CANDIDATOS A TRASPLANTE CARDIOPULMONAR: IDENTIFICACIÓN DE CAUSAS DE EXCLUSIÓN**

OSSÉS, JUAN MANUEL; AHUMADA, ROSALIA; WAGNER, GRACIELA; MAJO, RAUL; MOSCOLONI, SILVIA; MARTINEZ, LILIANA; BERTOLLOTTI, ALEJANDRO; CANEVA, JORGE; FAVALORO, ROBERTO
CABA / Argentina

Introducción: Pacientes con hipertensión pulmonar primaria, o síndrome de Eisenmenger con deterioro de su clase funcional a pesar de una correcta terapéutica vasodilatadora deben ser derivados para evaluación de trasplante cardiopulmonar. La identificación de candidatos adecuados, como así también

de aquellos con contraindicaciones permite optimizar los resultados del trasplante cardiopulmonar.

Objetivo: Identificar causas de exclusión para trasplante cardiopulmonar en pacientes con enfermedad cardiorespiratoria avanzada.

Material y Métodos: Se analizaron retrospectivamente los datos de la evaluación pre trasplante cardiopulmonar en potenciales candidatos, realizados en nuestra institución, durante el período comprendido entre enero de 2000 y junio de 2006. La evaluación incluyó: Análisis de sangre completos, estudios radiológicos, función pulmonar y cardíaca en reposo y esfuerzo, inmunoserología, screening de infección y neoplasias, evaluación psicosocial y nutricional.

Resultados: 79 potenciales candidatos fueron evaluados. Las indicaciones fueron: 19 (24%) pacientes con cardiopatías congénitas e hipertensión pulmonar, 40 (50.6%) hipertensión pulmonar primaria, 17 (21,4%) hipertensión pulmonar secundaria, 3 (4%) con enfermedad parenquimatosa pulmonar y enfermedad cardíaca asociada. 14 (18%) de los pacientes evaluados no fueron aceptados para trasplante cardiopulmonar por presentar contraindicaciones: 5 (36%) pacientes por causas psicosociales, 5 (36%) por posibilidad de mejor con tratamiento médico, 1 (7%) tabaquismo activo, 3 (21%) otras causas.

Conclusión: En nuestra experiencia el porcentaje de pacientes rechazados para trasplante cardiopulmonar es similar al obtenido en la evaluación de pacientes para trasplante pulmonar por enfermedad respiratoria avanzada. La principal causa de rechazo para trasplante fue la psicosocial.

15118 CO

CÓMO ESTAMOS ENSEÑANDO TABAQUISMO EN EL PREGRADO?

GENE, RICARDO J; RUFFINO, CLAUDIO
CABA / Argentina

Introducción: Datos recientes de evaluaciones sobre enseñanza del tabaquismo en 20 Universidades del Reino Unido y en otras de USA revelaron deficiencias manifiestas en especial sobre cesación tabáquica, farmacología de la adicción nicotínica y muy poca dedicación horaria a temas prácticos de cómo implementar la cesación.

Objetivo: Establecer el nivel de educación con el que cuentan los médicos aspirantes al sistema de residencias en un hospital universitario en Buenos Aires sobre tabaquismo, a través de un sistema de encuesta.

Material y Método: Se implementó a los aspirantes a residencias médicas en el Hospital de Clínicas de Buenos Aires a contestar un cuestionario en forma voluntaria y anónima para evaluar el grado de conocimientos recibido durante el pre-grado sobre tabaquismo. Dicha encuesta fue realizada en el período de inscripción de marzo del 2006.

Resultados: Completaron la encuesta 287 médicos de los cuales 116 (40,4%) eran hombres y 171 (59,6) eran mujeres. De los que contestaron el cuestionario optaban por las siguientes residencias: 54 en cirugía, 66 en clínica médica, 146 en otras especialidades y 21 no respondieron esa pregunta. El promedio de años en recibirse fue de 6,39 años. El 88% 253/287 refirió haber recibido información sobre tabaquismo en general, 177(62%) sobre cesación tabáquica y en especial respecto a enfermedades producidas por el tabaquismo(92%). El 84% respondió conocer el significado de paquetes/año pero solo el 55% respondió acertadamente como incluir los datos en historia clínica usando ese concepto. El 56% refirió haber recibido información teórica sobre cesación pero solamente 33 (11%) dijo haber sido entrenado prácticamente en esa técnica y si bien el 80% dijo estar capacitado para transmitir el tabaquismo como

factor de riesgo solo el 22% contestó poder implementar una cesación según técnica.. Finalmente el 21% se declaró fumador activo, 9 cigarrillos /día promedio y con una cuantificación de 3,33 paquetes/año.

Conclusión: Como en Universidades del primer mundo no estamos formando médicos con la capacitación adecuada para implementar la cesación tabáquica. Esta tarea puede, en el grupo de residentes, implementarse durante las mismas pero solo una parte reducida de los médicos diplomados recibirán eventualmente esa formación. La tasa de tabaquismo activo es alta para ser médicos lo que conspira con el éxito del tratamiento. Las currículas debieran tener presente esta severa falencia.

15120 PO

NEUMONÍA POST OBSTRUCTIVA EN PACIENTE TRASPLANTADO BIPULMONAR

OSSÉS, JUAN MANUEL; AHUMADA, ROSALIA; WAGNER, GRACIELA; MAJO, RAUL; INTILE, DANTE; CANEVA, JORGE; BERTOLOTTI, ALEJANDRO; FAVALORO, ROBERTO
CABA / Argentina

Introducción: El riesgo de infección en pacientes con trasplante pulmonar (TXP) es mayor que en otros trasplantes de órganos sólidos, particularmente las infecciones del tracto respiratorio inferior. La neumonía bacteriana, las infecciones fúngicas y por citomegalovirus son las más frecuentes. Los factores predisponentes son las alteraciones del clearance de secreciones (denervación, lesiones de la sutura bronquial), daño del epitelio bronquial, inmunosupresión y colonización de la vía aérea superior. Se presenta una forma infrecuente de neumonía post obstructiva en un paciente con trasplante pulmonar alejado.

Caso: Paciente de sexo masculino de 21 años de edad portador de fibrosis quística, trasplante bipulmonar en noviembre de 2000. Presentó como complicaciones alejadas: estenosis de la sutura bronquial izquierda, la cual requirió tratamiento endoscópico con láser, pansinusitis tratada quirúrgicamente, múltiples infecciones respiratorias altas por pseudomonas aeruginosa, y rechazo crónico (síndrome de bronquiolitis obliterante), e insuficiencia renal crónica asociada a inhibidores de calcineurina. Durante broncoscopia de vigilancia realizada en 2003 se documenta la presencia de oclusión completa de ostium del bronquio del lóbulo superior derecho, sin lesión endoscópica, sin colapso del parénquima distal, y sin deterioro en su clase funcional ni espirométrica. Evoluciona estable inmunosuprimido con micofenolato, sirolimus y deltisona, en clase funcional I, hasta mayo del corriente año, en que presenta fiebre de 38°, 2-3 veces por semana y vespertina, no refiriendo otras manifestaciones clínicas y sin síntomas respiratorios. Eritrosedimentación 150 mm en 1° hora, leucocitosis (10700 blancos), anemia (27%). Rx de tórax puso en evidencia infiltrado en lóbulo superior derecho. TAC de tórax infiltrado nodular en todo el lóbulo superior derecho. Se realizó broncoscopia en la cual no se pudo acceder al lóbulo superior derecho por la oclusión del mismo, sin otras lesiones y sin secreciones. Debido a la ausencia de diagnóstico se procedió a realizar videotoracoscopia, la cual debió ser convertida a toracotomía debido a múltiples adherencias pleurales, macroscópicamente el parénquima presentaba aspecto necrótico y con abscesos en su superficie, requiriendo bilobectomía (superior y media) por falta de expansión de los mismos. Anatomía patológica: neumonía necrotizante, ausencia de granulomas y de elementos micóticos. Bacteriología de biopsia y crecimiento tardío del BAL: pseudomonas cepa mucosa sólo resistente a quinolonas. Recibió tratamiento EV con cefepime durante 28 días con buena evolución clínica.

15121 CO**INFECCIÓN POR ASPERGILLUS EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES Y CARDIOPULMONARES**

OSSÉS, JUAN MANUEL; AHUMADA, ROSALIA; WAGNER, GRACIELA; INTILE, DANTE; MAJO, RAUL; CANEVA, JORGE; BERLOTTI, ALEJANDRO; FAVALORO, ROBERTO
CABA / Argentina

Introducción: El riesgo de desarrollar infecciones micóticas en paciente receptores de trasplante pulmonar depende de la interacción entre la exposición, grado de inmunosupresión y alteraciones anatómicas secundarias al procedimiento quirúrgico.

Objetivo: Determinar la incidencia y forma de presentación de enfermedad por aspergillus en pacientes trasplantados pulmonares y cardio pulmonares en nuestra institución.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente 127 trasplantes pulmonares y cardiopulmonares: 63, unipulmonar (Tx UP), 35 bipulmonares (Tx BP); 29 cardiopulmonares (Tx CP) realizados, entre enero de 1992 y enero de 2006. Se analizaron: enfermedad de base, tipo de trasplante, terapia de inducción, inmunosupresión, fecha de diagnóstico, método diagnóstico, sitio de infección, tratamiento y evolución.

Resultados: De los 127 pacientes trasplantados, 9 tuvieron infección por aspergillus fumigatus (7%); La enfermedad de base que llevo al trasplante fueron: Fibrosis pulmonar idiopática (FPI) : 4 ptes; Bronquiectasias: 3 ptes, Enfisema: 2 ptes Tipo de trasplantes: UP: 6 pacientes; BP 3 pacientes; En todos los casos la terapia de inducción fue azatioprina 4 mg/kg. Un paciente recibió en el POP inmediato inmunoglobulina antitimocítica. La inmunosupresión consistió en triple esquema (azatioprina, tacrolimus/ciclosporina y prednisona. El tiempo promedio entre el trasplante y el diagnóstico de infección fue de 154 días (rango 29 -428 días). La forma de afectación fue: invasiva 5 ptes (44%); sutura bronquial 4 ptes (44%); bronquitis 1 paciente (11%), (un paciente presentó compromiso de sutura y parénquima). El método diagnóstico fue biopsia directa de la sutura bronquial y BAL en 4 pacientes, BAL/BTB en 4 paciente; punción de absceso cavitado y biopsia pulmonar 1 paciente. En 8 ptes (88%); se identificaron factores de riesgo: Injuria de reperfusión 5 pacientes (55%); Tratamiento previo con corticoides 3 pacientes; corticoides previos y reoperación 1 paciente. Tratamiento instaurado: anfotericina/voriconazol/itraconazol. La mortalidad en la forma pulmonar fue 100%.

Conclusión: La incidencia de infección por aspergillus en trasplantados pulmonares en nuestra institución es similar a las series internacionales. La infección aspergilar tiene una alta mortalidad en estos pacientes, especialmente la forma invasiva, a pesar de un diagnóstico y tratamiento precoz.

15126 CO**HIPERCAPNIA EN PACIENTES CON EPOC.**

MV, SALGADO, SOBRINO, E; SLIPCZUK, L; BOSIO, M; SAAB, MA; QUADRELLI, S
Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari Universidad de Buenos Aires – Sanatorio Güemes de Buenos Aires. CABA / Argentina.

Fueron estudiados prospectivamente 47 pacientes con EPOC (edad $67,5 \pm 8,13$ años, 74.4% varones, VEF1 en % predicho $50,7 \pm 23,2\%$). Once pacientes (23.4%) presentaban hipercapnia ($\text{PaO}_2 > 45$ mmHg). Los pacientes hipercápnicos no fueron diferentes en cuanto a la edad ($66,6 \pm 9,29$ vs $68,12 \pm 7,92$ años, $p = 0,6110$), el BMI ($26,6 \pm 4,9$ vs $27,4 \pm 4,9$, $p = 0,6535$), la magnitud de la disnea medida por el MRC ($2,44 \pm 1,42$ vs $1,66 \pm 1,18$, $p = 0,0986$), el valor del índice de Charlson ($4,0 \pm 1,32$ vs $3,75 \pm 1,29$, $p = 0,6239$), los metros caminados en la caminata de 6 min (6mwt) en porcentaje del esperado ($69,14 \pm$

$21,41$ vs $85,25 \pm 22,93$, $p = 0,09742$) o la magnitud de la caída de la SaO_2 en el 6mwt ($4,75 \pm 6,04$ vs $3,61 \pm 5,98$ puntos, $p = 0,6351$). Tampoco fueron diferentes el valor de la PI_{max} ($75,0 \pm 16,58$ vs $83,44 \pm 34,39$ cm H_2O , $p = 0,6070$) o el score de síntomas en el cuestionario de calidad de vida Saint George ($49,57 \pm 20,48$ vs $35,25 \pm 22,07$, $p = 0,1890$). El valor del BODE fue significativamente diferente ($5,18 \pm 1,6$ vs $2,48 \pm 2,12$, $p = <= 0,006204$) así como el VEF1 en % del predicho ($35,62 \pm 13,45$ vs $54,48 \pm 23,4\%$, $p = 0,0355$). En un modelo de regresión logística, la presencia de un VEF1 $< 40\%$ del predicho predijo la presencia de hipercapnia (OR: 5.2083, IC: 1.0124-26.7935, $p = 0,0434$), pero la sensibilidad de un VEF1 $< 40\%$ para detectar hipercapnia fue solamente 62.5% y la especificidad 75.7%, con un VPP de 38.4% y un VPN de 89.2%). El valor del BODE correlacionó en forma inversa con el valor de la PaCO_2 ($r = -0,58$, $p = < 0,0001$) y un BODE $>$ o igual a 4 predijo en forma independiente del VEF1 la presencia de hipercapnia (OR = 16.5 $p = 0,003$).

Conclusión: La recomendación de determinar PaCO_2 solamente en pacientes con VEF1 $< 40\%$ debe ser revisada, los pacientes con BODE $>$ o igual a 4 tienen alto riesgo de tener hipercapnia y deben ser evaluados para descartar hipercapnia.

15127 CO**CORRELACIÓN ENTRE LAS PRUEBAS FUNCIONALES Y EL TEST DE 6 MINUTOS EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA**

ARCE, S; MOLINARI, L; SOBRINO, E; SEMENIUK, G; QUADRELLI, S
Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari Universidad de Buenos Aires.
CABA / Argentina

Las pruebas de funcionalidad pulmonar brindan información en la estadificación y monitoreo de la fibrosis pulmonar idiopática (FPI). Las pruebas de ejercicio y dentro de estas el test de 6 minutos están actualmente en evaluación como variable diagnóstica y pronóstica de la FPI, habiéndose demostrado una alta reproducibilidad del test.

Objetivos: Correlacionar las pruebas funcionales en reposo con el test de 6 minutos tomando como variables principales la distancia y la desaturación al final del estudio. Población y métodos: Fueron estudiados 10 pacientes con criterios clínicos y radiológicos de UIP definidos por la American Thoracic Society (ATS) and European Respiratory Society Consensus Committee (Edad: $70,5 \pm 7,9$ años, 50% sexo masculino). Se realizaron en el mismo día funcional respiratorio, volúmenes pulmonares medidos por dilución, DLCO y el test de caminata de 6 minutos según normas ATS.

Resultados: Los estudios funcionales en reposo (expresados en porcentaje del teórico) mostraron CVF $56,6 \pm 14,5\%$, CPT $57, \pm 10,1\%$, DLCO $40,1 \pm 14,92$. Los metros caminados durante el test de caminata (expresados en porcentaje del teórico) fueron $76,4 \pm 25,05\%$, con una saturación al final del estudio de $86,66 \pm 5,43\%$. Un 40 % de los pacientes se detuvo al menos una vez durante el test. Los pacientes que se detuvieron tenían una diferencia estadísticamente significativa con respecto a su DLCO ($48,66\%$ vs $27,25\%$ $p = 0,01$) no así o que respecta a la CVF y CPT. No hubo correlación entre la desaturación y los metros recorridos situación también observada en otros trabajos. Se observó una correlación positiva entre la DLCO y los metros recorridos ($r = 0,71$ $p = 0,01$). La variación de la DLCO explicó gran parte de la variación de los metros recorridos por los paciente pero no la CPT y la CVF.

Conclusión: La prueba de caminata de seis minutos es una herramienta útil en la estadificación y monitoreo de los pacientes con FPI. Su valor pronóstico debe ser evaluada en futuros trabajos.

15128 P

VALOR DE LA CAMINATA DE 6 MIN (6MWT) EN EL ESTUDIO DE LA DISNEA INEXPLICADASALVADO, ALEJANDRO; QUADRELLI, S; BORSINI, E; BOSIO, M; BLASCO, M; CHERTCOFF, J
CABA / Argentina

Objetivo: determinar el valor de la caminata de 6 minutos para establecer la causa de disnea no explicada.

Material y Métodos: Se analizaron en forma prospectiva 25 pacientes con disnea que presentaban VEF1 y CVF normales y sin signos clínicos o radiológicos orientadores de la causa de disnea.

Resultados: En 3 pacientes (12%) la DLCO fue menor del 80%. Sin embargo ninguno de los pacientes presentó disminución del número de metros caminados de acuerdo al predicho ni caída de la saturación de oxígeno (SaO₂) ? 4 puntos. Todos los pacientes con DLCO disminuida tenían además caída de la relación VEF1/CVF menor del 80%, pero en ninguno de ellos era menor del 70%. La sensibilidad de una relación VEF1/CVF mayor del 80% para detectar caída de la DLCO fue del 100% con un valor predictivo negativo de 1, en cambio si el límite de corte se establecía en 70%, la sensibilidad era del 85% con un valor predictivo negativo del 85%.

Conclusión: La caminata de 6 minutos no es una prueba útil para detectar la causa de disnea en pacientes con espirometría normal. El límite de corte sugerido de 70% para determinar VEF1/CVF anormal no garantiza la normalidad de los estudios de volúmenes y DLCO. Pacientes con disnea y espirometría normal y con VEF1/CVF < 80% deberían realizarse una determinación de DLCO.

15129 PO

SENSIBILIDAD DE LA CAMINATA DE 6 MINUTOS PARA DETECTAR CAÍDA DE LA DLCOQUADRELLI, SILVIA; SALVADO, A; BORSINI, E; BOSIO, M; SMITH, R; CHERTCOFF, J
Hospital Británico de Buenos Aires. CABA / Argentina

Objetivo: Analizar el valor de los hallazgos de la caminata de 6m para detectar la caída de la DLCO.

Material y Métodos: Fueron analizados en forma prospectiva 181 pacientes en quienes se realizó caminata de 6 min y determinación de volúmenes pulmonares y DLCO.

Resultados: La caída de la SaO₂ > 4 puntos estuvo presente en 60 pacientes (33.1%). De los mismos 25% mostraron una DLCO < 80%. No hubo correlación entre la magnitud de caída de la DLCO y la CVF en % del teórico (r = 0.19, NS), el VEF1 en % del teórico (r = 0.15, NS) o la relación VEF1/CVF (r = 0.15, p = NS). La caída de la SaO₂ fue mayor en los pacientes que presentaron caída de la DLCO (8.13 ? 4.18 vs 5.73 ? 3.10, p = 0.046). La sensibilidad de la caída de la SaO₂ para detectar DLCO < 80% fue solamente del 51% y la especificidad 83% con un valor predictivo positivo (VPP) de 0.75, un valor predictivo negativo (VPN) de 0.64, una relación de posibilidad positiva (LKR +) de 3.170 y una relación de posibilidad negativa (LKR -) de 0.5826. El valor de VEF1 en % del teórico (74.87 ? 26.5 vs 60.2 ? 27.6%, p = 1, NS) o de VR en % del teórico (118.4 ? 99.15 vs 107.66 ? 49.95%, p = 0.6099, NS) no fueron diferentes en ambos grupos. Sin embargo los pacientes que presentaban DLCO disminuida caminaron una menor cantidad de metros (464.78 ? 113.88 vs 557.67 ? 81.30 m, p = 0.005 CI: 29.07-156.70). La sensibilidad de la caída de la SaO₂ para detectar caída de la DLCO > 50% fue 66.6% con una especificidad de 70.8%. El VPP fue 0.22, el VPN fue 0.94, el LKR+ 2.2837 y el LKR - 0.4708.

Conclusión: La caída de la SaO₂ no es suficientemente sensible para reemplazar la medición de la DLCO. No hay elementos para predecir en qué pacientes caerá la DLCO, aunque un nú-

mero de metros caminados por debajo de lo esperado para la edad es un signo de sospecha.

15132 CO

VALOR DE LA ESPIROMETRÍA PARA DETERMINAR LA PRESENCIA DE RESTRICCIÓN.QUADRELLI, SILVIA; BORSINI, E; BOSIO, M; SALVADO, A; CHERTCOFF, J
CABA / Argentina. Hospital Británico de Buenos Aires

Objetivos: determinar la utilidad y limitaciones de la espirometría para determinar la presencia de restricción medida por pletismografía. Población y métodos: Se evaluaron 300 espirometrías realizadas en forma consecutiva en las que se realizó simultáneamente determinación de volúmenes pulmonares y DLCO por pletismografía. Se determinó la presencia de defecto restrictivo real (DRR) por la presencia de una capacidad pulmonar total (CPT) menor a 80%.

Resultados: Cuarenta y tres pacientes (14.3%) presentaron una CPT < 80% (DRR). En el grupo global la presencia de una CVF disminuida (< 80%) en la espirometría tuvo una sensibilidad para determinar DRR de 93% y una especificidad de 67.8% con un VPP de 35% y un VPN de 98%. En el grupo de pacientes que presentaban obstrucción espirométrica (VEF1/CVF y VEF1 < 80%) la sensibilidad de una CVF disminuida fue del 100% pero la especificidad solamente del 59.6%, con un VPN de 100% y un VPP de solamente 31.5%. Los pacientes que presentaron falsos positivos de restricción por espirometría (CVF disminuida pero con CPT normal) tenían mayor edad (64.03 ? 10.97 vs 57.14 ? 10.74, p = 0.0062), menor VEF1/CVF (59.09 ? 14.18 vs 71.24 ? 9.09%, p = < 0.0001), mayor relación volumen residual/CPT (VR/CPT) (51.71 ? 11.74 vs 35.6 ? 9.30, p = < 0.0001) y menor DLCO en % del predicho (78.72 ? 19.37 vs 92.00 ? 18.83, p = 0.0028). En un modelo de regresión logística la relación VEF1/CVF < 80% (OR: 4.0994, IC: 1.7370- 9.6747), el VR/CPT > 30% (OR: 20.4433, IC: 2.7069-154.3919) y una DLCO < 80% (OR: 2.2538, IC: 1.1824- 4.2959) fueron predictores independientes de falsos positivos de restricción diagnosticada por espirometría (p = < 0.0001)

Conclusión: La CVF disminuida en presencia de obstrucción espirométrica no tiene valor para el diagnóstico de restricción y debe confirmarse por determinación de CPT. En cambio una CVF normal descarta restricción. Considerando la influencia de un VR/TLC elevado y una DLCO disminuida, la causa más probable de falsos positivos es el atrapamiento aéreo con colapso dinámico de la vía aérea.

15141 PO

AMILOIDOSIS TRAQUEBRONQUIAL. A PROPÓSITO DE UN CASOSVETLIZA, GRACIELA; PRECERUTTI, JUAN; RODRIGUEZ GIMENEZ, JOSE; VIUDES, JOSE; DUBRA, CLAUDIA; KAHL, GLADYS; DE LA CANAL, ALICIA
CABA / Argentina

La amiloidosis es un desorden por depósito de proteína extracelular cuya característica anatomopatológica es ser una proteína fibrilar anormal e insoluble que se acumula en los tejidos normales. Existen varios subtipos, incluyendo amiloidosis sistémica primaria, amiloidosis sistémica reactiva asociada a procesos inflamatorios crónicos, y formas localizadas. A nivel pulmonar, los tres patrones primarios de compromiso respiratorio son la amiloidosis tráqueobronquial (ATB), el parenquimatoso nodular y el difuso con o sin derrame pleural. La ATB se caracteriza por el depósito de amiloide localizado en la submucosa de la vía aérea y se asocia típicamente a Ig monoclonales de cadenas livianas. Puede afectar la parte proximal, media y distal de la vía aérea. La forma de presentación suele ser disnea, tos, hemoptisis y disfonía. Las anomalías en la función pulmonar dependen de la localización de

las lesiones, causando habitualmente obstrucción y además en las lesiones distales, atrapamiento aéreo. El diagnóstico suele demorarse alrededor de 18 meses y es verificado por la birrefringencia verde de las áreas teñidas con rojo congo. Presentamos el caso de una paciente de 51 años de edad, oriunda de Santiago del Estero, con historia de tos, disnea, broncoespasmo e infecciones respiratorias bajas repetidas, de dos años de evolución que fue derivada inicialmente al Servicio de Otorrinolaringología con diagnóstico presuntivo de tumor en las cuerdas vocales. Las Rx de tórax mostraban atrapamiento aéreo y la TC de tórax signos de una última neumonía en resolución en base derecha. La espirometría sólo evidenciaba obstrucción leve a moderada de la vía aérea. La Rinofibrolarinoscopia mostró lesiones en ventrículo derecho, comisura anterior y cuerda vocal izquierda. Se realizó entonces resección endoscópica con microcirugía de las mismas, con buen resultado inmediato. Se observó afinidad del material extraído por el colorante Rojo Congo y birrefringencia verde, por lo que se hizo el diagnóstico de ATB. La FBC efectuada por nosotros mostró lesiones en tráquea y ambos bronquios, algunas de ellas en el bronquio fuente derecho, esta última a posteriori fue resecada con láser. Se la estudió exhaustivamente descartándose compromiso sistémico de la amiloidosis. Se planea continuar con la resección de otras lesiones que obstruyen parcialmente el bronquio fuente izquierdo.

Conclusión: En resumen, la ATB es una forma inusual de presentación, su curso puede ser de severidad dado por las infecciones repetidas que pueden comprometer la vida de los pacientes. Su tratamiento consiste en la observación, resección endoscópica intermitente incluyendo el láser y resección quirúrgica.

15146 PO

NEUMONÍA GRAVE POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE

DIÁZ, OMAR ALFREDO; FLORES, DORA; GONZÁLEZ, FABIAN; MEDINA, CRISTINA; ROVARINI, ANA; SALE, HECTOR
San Miguel Tucumán / Argentina

Mycoplasma pneumoniae: causa con frecuencia neumonía extra hospitalaria, habitualmente autolimitada y benigna, excepcionalmente se han descrito casos de evolución fatal, o graves que requirieran ventilación y cuidados intensivos.

Caso: Mujer de 20 años, no fumadora, niega antecedentes respiratorios previos. Consulta por fiebre, síntomas de rinitis y catarro, cefalea, mialgias, tos no productiva, sudoración profusa de 2 días de evolución, con empeoramiento progresivo con disnea al esfuerzo mínimo, persistencia de fiebre y sudoración, hiporexia franca y vómitos. Al ingreso: paciente en mal estado, sudorosa, fascies tóxica, F.R: de 30/ min. T.A: 95/60 mm Hg. y taquicardia a 120 l/min. Lucida, T° 38,7° C. La auscultación revelaba crepitantes diseminados con predominio en bases, sopleo tubario y síndrome en menos en base izda. Sat: 88% a FiO₂ 0,21 y 94% a 6 l/min. Rx: Radioopacidad basal bilateral, infiltrados intersticiales bilaterales con vértice derecho respetado, derrame pleural izdo. Leucocitos 6800/mm³ (88% de neutrófilos); hgb: 9 g/dl; Hto:31. VSG:60 ; GOT 62 UI/l; GPT 98 UI/l. La gasometría arterial con FiO₂ 0,21 mostró: pH 7,46; PaO₂ 53,6- PaCO₂ 33,7 HCO₃ 27 mmol/l; sat O₂ 89,9%. PaO₂/FiO₂: 255. La paciente refiere haber ingerido paracetamol y 3 dosis de claritromicina 500 mg/oral. Tratamiento: ceftriaxona (1 g IV/12h) y claritromicina IV (500 mg IV/12h). Líquido pleural: turbio, 2000 leucocitos 75% neutrófilos. Prot: 3, Glu: 0,60. L.D.H: 1180. Eco Abdominal: Esplenomegalia leve, homogénea. A las 24hs del ingreso presentó un empeoramiento clínico y gasométrico, mostrando: (FiO₂ de 0,5): PaO₂ 42,8 mmHg; PaCO₂ 30,3 mmHg; sat O₂ 80%; PaO₂/FiO₂: 85. Rto de blancos de 4200 con 57% Neu. FC: 160 l/min. T.A: 85/50 mmHg. Con

F.R: 40 comienza ventilación mecánica. TAC de tórax se apreciaron infiltrados alveolares bilaterales en parches, condensación basal derecha, condensación Izda con broncograma y derrame pleural bilateral. Permaneció 15 días internada en la UR, Se extubo al 4^a día, se drenó neumotórax derecho al 2^a día de extubada, mejorando progresivamente desde el 7^a día del ingreso. El hemocultivo, cultivos de bronco aspirado por mini Bal, urocultivo y serología para HIV. fueron negativos. Se mantuvo durante 15 días el tratamiento antibiótico inicial y al alta 7 días de claritromicina oral. Se obtuvo PCR positiva para *Mycoplasma* como único dato positivo. Comentario: Al 4^a día de interacción de la paciente se internó su padre, con neumonía de mas de un lóbulo, siendo este EPOC previo, no requirió ventilación y permaneció internado 6 días. 2 hermanas y un hermano presentaron síndrome compatible con neumonía, siendo tratados en forma ambulatoria.

Conclusión: Concluimos que debe considerarse al *Mycoplasma* como un patógeno capaz de producir neumonía grave con SDRA, a pesar de los pocos casos reportados en la literatura.

15148 PO

GRANULOMATOSIS LINFOMATOIDEA PULMONAR

GONZÁLEZ, JOSÉ ANTONIO; DERQUI, RAMÓN; DE SALVO, MARÍA C.; REY, DARIO; POLLERI, CLAUDIA
CABA / Argentina

Paciente de 16 años, con lesión ulcerada en boca y síndrome febril de 2 años de evolución, derivado de la provincia de San Luis. Tratado como Neumonía bilateral con diversos antibióticos, persistía febril. Los estudios bacteriológicos, micológicos y citológicos fueron negativos. Continuó febril con progresión de las imágenes pulmonares y, ante la sospecha de enfermedad inmunológica, se inició tratamiento IV con metilprednisolona a altas dosis, observándose desaparición del cuadro febril y regresión de las opacidades pulmonares. Los marcadores inmunológicos fueron negativos, sin evidencia de compromiso renal. Al comenzar terapéutica corticoide por VO, reaparece el cuadro febril y progresión de la imagen radiológica, decidiéndose realizar biopsia pulmonar. Los estudios fueron negativos para hongos, micobacterias y gérmenes comunes. Anatomía patológica: Microscopía: Infiltración linfohistiocitaria nodular angiocéntrica. Población celular compuesta por linfocitos pequeños; otras células con leve atipias citológicas, células linfocitarias mononucleares grandes con un fondo de histiocitos epiteloides y células plasmáticas con presencia de abscesos neutrofilicos. Parénquima pulmonar, bronquios y bronquiolos con cambios inflamatorios subagudos con exudados en organización. No se observan BAAR, ni hongos con la coloración de Ziehl Nielsen, Grocott y PAS. Inmunomarcación: AE1AE3: Negativo. Vimentina: Positivo. CD1a: Negativo. Proteínas S100: Negativo. Los hallazgos histológicos son vinculables con: Granulomatosis linfomatoidea Grado 2 (GL).

Conclusión: La GL es una enfermedad linfoproliferativa angiocéntrica con especial predilección por pulmón, piel y sistema nervioso. Originalmente había sido clasificada dentro de un grupo de enfermedades benignas caracterizadas por angeítis pulmonar y granulomatosis que incluía a la Granulomatosis de Wegener, el Síndrome de Churg-Straus y la granulomatosis broncocéntrica. Hoy en día se ha demostrado que la GL es un linfoma de células B vinculado con el virus de Epstein-Barr. El diagnóstico se basa en los hallazgos histológicos habitualmente obtenidos del pulmón: Infiltrado linfocítico polimorfo, angeítis y granulomatosis. La infiltración linfoidea produce oclusión de los vasos con necrosis y destrucción de la zona. En general, se presenta en la cuarta y quinta década de la vida con fiebre, tos, astenia y pérdida de peso siendo los órganos más frecuentemente comprometidos los anteriormente menciona-

dos. El laboratorio es característico y la Rx de tórax muestra lesiones nodulares bilaterales que predominan en campos inferiores y raramente se cavitan. El derrame pleural aparece en un tercio de los pacientes. El tratamiento se realiza con corticoides y ciclofosfamida, aunque en recientes trabajos se han comenzado a utilizar Interferon-2a con muy buenos resultados.

15149 CO

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA BRONCODILATORA EN EPOC

RODRIGUEZ MONCALVO, J.; GIAVEDONI, S.; IRUSTA, J.; ROLDAN, N.; SANGUINETTI, P.; DEL OLMO, R.; ABREU DOTIL, C.; DOMINGUEZ, N.; RINCHESKI, A.; VANOLI, C.; HTAL MARIA FERRER, LABORATORIO PULMONAR
CABA / Argentina

Objetivo: Evaluar la respuesta broncodilatadora aguda (RB) en pacientes con EPOC mediante exámenes funcionales respiratorios (EFR) incluyendo parámetros de flujo y de volumen. **Métodos:** De manera retrospectiva se examinaron los EFR de pacientes con EPOC remitidos al Laboratorio Pulmonar entre enero 2004 y junio 2006. Se consideraron los EFR que incluyeron curva flujo-volumen y medición de volúmenes pulmonares por pletismografía corporal, antes y después de 200 mcg de salbutamol inhalado. Se siguieron los criterios de ATS para la definición de RB espirométrica, aceptabilidad y reproducibilidad de los EFR. Tomando en cuenta el 95% del intervalo de confianza de la determinación, se definió la RB en la capacidad vital lenta (VC) y en la capacidad inspiratoria (IC) como el incremento de 200 mL en el valor absoluto y un aumento $\geq 10\%$ en su valor predictivo, mientras que para el volumen residual (RV) y la capacidad residual funcional (FRC) se consideró RB a la disminución $\geq 20\%$ en su valor predictivo. La interrelación de las distintas variables funcionales considerando su cambio en litros luego del broncodilatador (delta), se efectuó mediante la correlación de Pearson (r).

Resultados: Se incluyeron en el análisis los EFR correspondientes a 52 pacientes (33 hombres) de $59,2 \pm 8,7$ años ($X \pm DS$), estadio GOLD leve 4%, moderado 42%, severo 37%, y muy severo 17%. Se observó una capacidad pulmonar total (TLC) $\geq 120\%$ del teórico (% p) en el 31% de los casos, y FRC o RV $\geq 130\%$ p en el 56% y 65% de los casos, respectivamente. La RB aislada en el volumen espiratorio forzado en el primer segundo (FEV1) o en la capacidad vital forzada (FVC) se observó en el 12% y 23% de los casos respectivamente, y en ambos parámetros a la vez en el 38% de los casos. VC, IC, RV y FRC mostraron RB en el 63%, 58%, 71% y 42% de los casos, respectivamente. Se encontró un elevado índice de correlación de delta RV con delta VC (r = -0,74), delta FVC (r = -0,67), y delta IC (r = -0,56), y de delta FRC con delta VC (r = -0,67), delta FVC (r = -0,59), y delta IC (r = -0,70),

Conclusión: En pacientes con EPOC, observamos RB espirométrica en el 73% de los casos y RB en los volúmenes pulmonares hasta en el 71% de los casos. La correlación hallada entre FVC, VC e IC con volúmenes pulmonares pletismográficos como RV y FRC, sugiere que es posible evaluar el efecto potencial de los broncodilatadores sobre el atrapamiento aéreo mediante el estudio de parámetros espirométricos sencillos.

15150 PO

BROTE DE PSITACOSIS FAMILIAR (ORNITOSIS) EN TUCUMÁN.ZOONOSIS PREVENIBLE

DIAZ, OMAR ALFREDO; COLLANTE, MARCELA; BARRIONUEVO, JORGE; RIVETTI, DANIEL; SALE, HECTOR
SM de Tucumán / Argentina

Introducción: La psitacosis o fiebre del loro es una enfermedad zoonótica, de distribución mundial, puede presentarse en for-

ma de brote afectando a varios individuos a partir de una misma fuente animal, es prevenible y tratable. Las complicaciones y gravedad dependen de la respuesta del afectado y de la demora en su diagnóstico. El agente causal es la Chlamydia psittaci. Desde la 2ª a 7ª semana epidemiológica del 2004 se registraron 21 casos sospechosos de psitacosis, en 8 familias residentes en San M. de Tucumán ;Banda del Río Salí y Tafi Viejo. Describimos aquí las características clínicas y epidemiológicas presentes en los casos de neumonía sospechosos de Psitacosis en nuestro servicio.(los pacientes presentaron cuadro clínico compatible, antec. de exposición a animal enfermo, y respuesta al tratamiento).

Clasificación de casos: Sospechoso: Por sintomatología y antec. epidemiológico de exposición. Provable: se establece según la detección de anticuerpos por técnicas de I.F. Indirecta. F.C. Confirmado: por aislamiento del agente infeccioso del esputo, sangre o tejidos. De los 21 casos, con distinto grado de severidad, requirieron internación 14 pacientes. Rango etario: 21 meses a 53 años. Siendo el 57% de sexo femenino,43% masc. En 8 grupos familiares, dos relacionados entre sí. La época del año Enero-Febrero 2004.Coincidiendo con la comercialización ilegal de pichones de loros y catas provenientes de Santiago del Estero y Chaco por ferias ambulantes en la provincia, adquiridos en diciembre del 2003 y enero 2004. 21 pacientes presentaron radiología pulmonar compatible con la enfermedad: 88% consolidación segmentaria o lobular, 7% patrón reticular en parches,5% aumento unilateral o bilateral del tamaño hilar y un pac con pequeño derrame pleural. Hallazgo de laboratorio: Leucocitosis de mas de10.000 con desviación a la izda 90%, V.S.G:acelerada 47% en el 17% por encima de 40mm., el 13% presento enzimas hepáticas en valores superiores al triple de normalidad. Se tomó hemocultivo en 7 de los pac., siendo estos negativos. En solo 8 se tomo esputo, mostrando cocos positivos sin tipificar. Los síntomas iniciales fueron: fiebre, escalofríos, anorexia, faringitis, tos seca, polimialgias, poliartalgias cefalea, náuseas, vómitos, 1 pac con erupción cutánea en cara y cuello y frote pleural. Todos evolucionaron favorablemente, con remisión de los síntomas entre las 48 hs y los 9 días. El dgcto. serológico por F.C. se realizo en solo 3 de los afectados. Tratamiento: Doxiciclina: 100 mg. por vía oral, 2 veces al día. En14 adultos. Eritromicina y Claritromicina en los 5 niños restantes.

Conclusión: Los casos humanos coinciden c/los tiempos requeridos p/la diseminación, incubacion y evolución de la enfermedad. El diag serológico por fc realizado por zoonosis permitió confirmar 3 casos.

15153 PO

UTILIDAD DE LA ESPIROMETRÍA PARA DETECTAR HIPERINSUFLACIÓN PULMONAR

QUADRELLI, SILVIA; BORSINI, E.; BOSIO, M.; SALVADO, A.; BLASCO, M.; CHERTCOFF, J
CABA / Argentina

La hiperinsuflación pulmonar tiene actualmente un valor independiente de la obstrucción bronquial para definir conductas terapéuticas. El objetivo de este trabajo fue detectar la sensibilidad de la espirometría para detectar hiperinsuflación pulmonar.

Población y Métodos: Fueron analizadas 300 espirometrías en forma consecutiva e identificados los pacientes con hiperinsuflación moderada y severa definida por pletismografía (VR/CPT > 50%).

Resultados: Cuarenta y tres pacientes (14.3% del total, espirometría obstructiva, n = 33, no obstructiva= 10) presentaron hiperinsuflación pulmonar moderada o severa. La edad de los pacientes con hiperinsuflación no fue diferente (64.76 ± 10.57 vs 61.58 ± 10.19 años, p = 0.1441) como tampoco la relación VEF1/CVF (54.24 ± 12.53 vs 57.57 ± 12.76 %, p = 0.2134). Los pa-

cientes con VR/CPT > 50% tuvieron una menor CVF en % del predicho (62.56 10.61 vs 72.61 12.63%, $p = 0.0001$) y menor VEF1% (48.36 14.71 vs 58.54 15.08%, $p = 0.0016$). Los pacientes con espirometría obstructiva tuvieron valores más altos de VR/CPT (45.08 13.30 vs 34.59 9.27%, $p = < 0.0001$) y el valor de VR/CPT correlacionó en forma inversa con la DLCO en % del predicho ($r = -0.37$, $p = < 0.0001$). En un modelo de regresión logística el VEF1 < 50% predijo la presencia de hiperinsuflación (OR: 8.9130, IC: 4.1895-18.962, $p = < 0.0001$). Sin embargo la sensibilidad de un VEF1 < 50% para detectar VR/CPT > 50% fue solamente 46.5% y la especificidad 91.1%, con un VPN de 0.5% y un VPP de 89.9%.

Conclusión: La presencia de obstrucción espirométrica severa es un índice de sospecha de hiperinsuflación pulmonar. Sin embargo, el VEF1 no puede predecir la presencia de hiperinsuflación pulmonar y la misma debe constataarse por medición de volúmenes pulmonares.

15154 CO

DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPOC
SOBRINO, EDGARDO; SLIPCZUK, L; SALGADO, MV; BOSIO, M; SAAB, MA; QUADRELLI, S
Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari Universidad de Buenos Aires-Sanatorio Güemes de Buenos Aires. CABA / Argentina

Objetivos: Determinar los factores que influyen en la calidad de vida de los pacientes con EPOC.

Población y Métodos: Fueron estudiados en forma prospectiva 34 pacientes con EPOC (68,17 ± 8.02 años, 67.6% varones, VEF1 en % del predicho 52,03 ± 21.0%) en quienes se determinaron variables funcionales y evaluación de calidad de vida por administración de cuestionario de Saint-George (SGQOL).

Resultados: La calidad de vida medida por el score total del SGQOL no correlacionó con la edad ($r = 0.15$, $p = 0.3971$), el BMI (-0.20, $p = 0.160$). El BODE ($r = -0.04$, $p = 0.8223$), el índice de Charlson ($r = 0.17$, $p = 0.3364$), el VEF1 en % del teórico ($r = -0.14$, $p = 0.4297$) o la PImax ($r = -0.17$, $p = 0.3364$). En cambio correlacionó fuertemente con la magnitud de la disnea medida por la escala MRC ($r = 0.74$, $p = < 0.0001$), la PaO₂ ($r = -0.68$, $p = < 0.0001$) y los metros caminados en la caminata de 6 min (6mwr) ($r = -0.40$, $p = 0.0160$). En un modelo de regresión logística ni la PaO₂ < 65 mmHg ni una distancia menor a 250m en el 6mwt predijeron un score de calidad de vida > o igual a 45 mientras que un score de disnea > o igual a 2 fue la única variable que predijo en forma independiente una peor calidad de vida.

Conclusión: La variable que más influye sobre la calidad de vida es la magnitud de la disnea. Dado que la misma es mejorable mediante rehabilitación pulmonar, estos datos son una evidencia indirecta de los beneficios de la rehabilitación.

15161 PO

BIOPSIA QUIRÚRGICA EN EL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD INTERSTICIAL DIFUSA DEL PULMÓN

CHIMONDEGUY, DOMINGO; QUADRELLI, S; CIALELLA, L; LYONS, G; GALIANA, G; BRAGA MENENDEZ, J
CABA / Argentina

Se analizaron 65 biopsias quirúrgicas de pacientes con enfermedad intersticial difusa sin diagnóstico. Todos los pacientes (edad promedio 56.6 ± 14. 2 años, 55.6% varones) presentaban radiológicamente infiltrado intersticial difuso bilateral. En 38.4% de los pacientes se había realizado FBC que no había sido suficiente para el diagnóstico. Un 69.2% de los procedimientos se realizó por videotoroscopia, 89.2% de los pacientes no requirieron ser controlados en terapia intensiva y solamente 3 pacientes (4.6%) estuvieron más de un día en UTI. El promedio de días de internación fue 5.1 ± 18.6 días (rango 0-14) y un 26.1% de los pacientes sólo requirió un máximo de un

día de internación. En 55.3% de los pacientes el tubo de drenaje pudo ser retirado en el mismo día del procedimiento. Catorce pacientes (21.5%) presentaron complicaciones (4 neumotórax residuales, 3 aerorragia prolongada, 2 infecciones y 2 ARDS). La mortalidad operatoria fue 7.7%. Las causas de muerte fueron: ARDS n= 2, falla multiorgánica n = 1 y progresión de enfermedad n= 2. La mortalidad no fue diferente en el grupo de pacientes con videotoroscopia o toracotomía convencional (6.9 vs 10.0%, $p = 0.648$). Ni la edad, ni el tipo de cirugía, ni el tratamiento con corticoides fueron predictores de mortalidad operatoria. Los pacientes con enfermedades linfomatólogicas no tuvieron mayor mortalidad (20% vs 6.7%, $p = 0.3434$). **Conclusión:** La mortalidad asociada a la biopsia para diagnóstico de enfermedad intersticial difusa no está asociada al tipo de cirugía. La aparición de ARDS post-operatorio tiene un pronóstico ominoso.

15164 PO

TUBERCULOSIS MULTIFOCAL EN JOVEN INMUNOCOMPETENTE

BALDINI, MATIAS; MUSELLA, ROSA M; ROLDAN, NICOLAS; DE STEFANO, GASTON; CIALELLA, LORENA; ARAYA, LAURA; ABAD, SANTIAGO; GRASSETTO, M LAURA; BABICH, M LAURA; ELIAS, ENZO; CHIPANA, LUNA; ABBATE, EDUARDO H
CABA / Argentina

Introducción: La localización extrapulmonar se presenta en el 15% de los enfermos con tuberculosis (TB). La afectación de la columna ocurre en el 10% del total de los casos extrapulmonares y suele ser el resultado de una siembra hematogena, la cual puede darse en forma aislada o simultáneamente con otras lesiones. Se presenta un caso de TB miliar asociado a compromiso osteoarticular compatible con Mal de Pott, TB genitourinaria y absceso bilateral del psoas.

Caso clínico: Varón de 22 años sin antecedentes relevantes que consulta por fiebre y síndrome de impregnación de 1 mes de evolución. Al examen físico presentaba disminución del murmullo vesicular global y dolor lumbar que irradiaba a ambos miembros inferiores. Serología HIV negativa. Radiografía de tórax: patrón miliar. Espujo y orina: directo y cultivo positivo para Mycobacterium tuberculosis sensible a drogas de primera línea. Radiografía de columna dorso lumbar: despegamiento de línea paravertebral izquierda a nivel de T11, destrucción de carilla articular de T11 y aplastamiento de L5. Ecografía abdominal: Absceso del psoas bilateral. RMN de columna dorso lumbar: Espondilodiscitis en T11-12 y L5-S1 con abscesos satélites pararraquídeos. Se realizó punción percutánea guiada por ecografía de ambos abscesos en dos oportunidades obteniéndose material purulento positivo para M. tuberculosis. El paciente recibió tratamiento antifímico e inmovilización, con buena evolución clínica y ecográfica.

Conclusión: La TB multifocal o difusa, definida como el compromiso de 2 o más localizaciones extrapulmonares con o sin compromiso pulmonar, suman el 9 al 10% de los casos de TB extrapulmonar. La localización más frecuente es la ganglionar seguida por la afectación pleural. La TB ósea es muy rara y supone el 10% de las afectaciones extrapulmonares de la enfermedad y es la quinta en frecuencia. El diagnóstico rápido y definitivo de la TB extrapulmonar ha sido siempre un desafío, debido a que es la sospecha clínica de la enfermedad la que permite iniciar estudios apropiados. Destacamos en nuestro caso, la forma miliar de presentación, que permitió sospechar y buscar el compromiso extrapulmonar y las múltiples localizaciones (ósea, vertebral dorsal y lumbar, genitourinaria, absceso bilateral del psoas). La TB continúa siendo hoy día una importante causa de morbi-mortalidad y aunque la afectación pulmonar es la más frecuente, otros órganos también pueden verse implicados dando lugar a lo que denominamos TB extrapulmonar. Esta última puede ocurrir con o sin afectación

pulmonar y supone el 15% de todos los casos de TB en pacientes inmunocompetentes y más del 50% de los casos en pacientes VIH positivos.

15165 CO

HEMOPTISIS MASIVA NO TRAUMÁTICA. MANEJO QUIRÚRGICO

QUERCIA ARIAS, OLGA; URIBE ECHEVARRIA, ADOLFO; BUSTAMANTE, NESTOR; MEDEOT, NESTOR; ROTTINO, SERGIO; BOCHINFUSO, MATIAS; LOSANO, MATIAS; CASTRO, ROBERTO; SPONTON, ESTEBAN; CANALIS, GUSTAVO; CARDINALI, LUIS; ARIBAS, GRACIELA
Córdoba / Argentina

El término Hemoptisis deriva del griego haimoptysis, haima; sangre y ptyein; escupir. No es un síntoma menor, ni tampoco específico, pero por su magnitud puede comprometer la vida del paciente y exigir una conducta terapéutica de urgencia. Presentamos la experiencia del Servicio de Cirugía de Torax y Cardiovascular, del Hospital Córdoba, en hemoptisis masivas no traumáticas, asociada con tuberculosis pulmonar, y destacamos 2 casos particulares. Entre los años 2001 al 2006, ingresan al servicio 6 pacientes con hemoptisis masiva, 5 hombres y 1 mujer, con edad promedio de 40 años. Todos con antecedentes de tuberculosis pulmonar, de más de 20 años de evolución, con episodios recurrentes de hemoptisis que empeoraron hasta hacerse masiva. Tres de ellos habían recibido tratamiento antimicótico por aspergiloma intracavitario, sin que esto impidiera el sangrado. Por imágenes presentaban pulmones seculares destruidos, cavernas detérgidas colonizadas y bronquiectasias. Las baciloscopias eran negativas, y por broncofibroscopia se identificó sitio de sangrado. Todos fueron llevados a cirugía, realizándose 1 neumonectomía derecha, 2 izquierdas y 3 lobectomías superiores izquierdas. Su evolución postoperatoria fue buena. De los casos presentados se destacan dos, que tienen en particular el mal status perfomans y la mala función pulmonar, que dificultaba el tratamiento agresivo quirúrgico, debieron ir a arteriografía con embolización selectiva y superselectiva, y llegaron a cirugía hasta en 2 tiempos. No tuvimos mortalidad.

Conclusión: La hemoptisis masiva es una situación de emergencia, toda vez que por su magnitud puede poner en peligro la vida del paciente. Todo tratamiento de apoyo, y hasta la misma embolización puede prolongar la espera, pero la resolución siempre es quirúrgica, y merece considerarse con suma responsabilidad el manejo del paciente, es especial cuando la reserva funcional respiratoria es pobre y/ el status perfomans es malo.

15168 PO

HISTIOCITOSIS DE CÉLULAS DE LANGERHANS

DE LA CANAL, ALICIA; BARTOLOME, VASALLO; SMITH, DAVID; DALURZO, LILIANA; PRECERUTTI, JUAN; SVETLIZA, GRACIELA; RODRIGUEZ GIMENEZ, JOSÉ; DUBRA, CLAUDIA; KAHL, GLADYS; VIUDES, JOSÉ
CABA / Argentina

Consiste en un grupo de desórdenes que se caracterizan por la proliferación de células de Langerhans, posiblemente debido a un defecto en la inmunoregulación. Se subdivide en tres enfermedades: enfermedad de Letterer-Siwe, fulminante y diseminada que ocurre en neonatos; enfermedad de Hand-Christian Schuller, forma diseminada y crónica que ocurre en niños; y el granuloma eosinófilo, la forma más benigna que se presenta en pacientes jóvenes y afecta los pulmones y los huesos. Tiene una incidencia de 1 a 5 por millón y una edad de comienzo entre los 20 y 40 años. Antes se consideraba que la enfermedad predominaba en varones, pero actualmente se cree que tiene una prevalencia equivalente en ambos sexos. Tiene un vínculo importante con el hábito de fumar. Los pulmones se afectan inicialmente con múltiples nódulos, y quistes en ló-

bulos superiores respetando los ángulos costofrénicos. En cuanto a la evolución, los quistes de paredes gruesas, las opacidades nodulares y las imágenes en vidrio esmerilado revierten, en cambio los quistes de pared fina y las opacidades lineales no progresan o se estabilizan. El abandono del hábito tabáquico representa el tratamiento de primera línea. Existen dudas sobre la eficacia del tratamiento pero el administrar corticoides está asociado con la remisión de los síntomas. Se presenta una paciente de 24 años de edad de sexo femenino, oriunda de Tucumán y fumadora de 10 cigarrillos por día, que comienza un mes antes de la consulta con tos. Fue tratada con antibióticos sin mejoría. En la Rx de tórax se observan lesiones intersticiales con cavidades periféricas. TC de tórax de alta resolución: múltiples nodulillos pulmonares bilaterales, con aspecto miliar. Múltiples cavidades de paredes finas especialmente localizadas en lóbulos superiores. Espirometría normal. DLCO: 79% TLC: 103% RV: 112%. Se le efectúa biopsia quirúrgica en los tres lóbulos derechos: zonas de condensación del parénquima alrededor de estructuras bronquiolares dilatadas. La condensación está producida por fibrosis, proliferación fibroblástica entremezclada con macrófagos con pigmento pardusco intraci-toplasmático, linfocitos, eosinófilos, plasmocitos, células mononucleares con núcleos vesiculosos indentados, estas células son positivas con CD1a y S100 por lo que las identifica como células de Langerhans. Se inicia tratamiento con 40 mg de meprednisona, con dosis decrecientes hasta completar un año. Se realiza nueva TC de tórax observándose desaparición de las imágenes nodulillares y de algunas imágenes quísticas. DLCO: 95%.

Conclusión: El motivo de esta presentación es destacar la baja frecuencia de esta patología y mostrar la evolución favorable de las imágenes radiológicas con la supresión de tabaquismo y tratamiento corticoideo.

15174 PO

PLEURESÍA POR HIDATIDOSIS. PRESENTACIÓN INFRECUENTE DE UN CASO

BALDINI, MATIAS; ROLDAN, NICOLAS; ALVES, LEANDRO; DE STEFANO, GASTON; CIALLELLA, LORENA; MUSELLA, ROSA M; ABAD, SANTIAGO; BABICH, M LAURA; ARAYA, LAURA; GRASSETTO, M LAURA; ABBATE, EDUARDO H
CABA / Argentina

Introducción: La Hidatidosis es la enfermedad producida por el parásito *Echinococcus granulosus*, este presenta una amplia distribución geográfica y los humanos pueden infectarse accidentalmente. Los órganos más comúnmente afectados son el hígado y los pulmones, siendo el compromiso pleural una forma de presentación muy poco frecuente.

Caso clínico: Paciente masculino de 40 años de edad, oriundo de zona rural de Santiago del Estero, que ingresa por síndrome de impregnación de 2 meses de evolución, tos con expectoración mucopurulenta y dolor en hemitórax izquierdo. Examen físico: semiología de derrame pleural izquierdo, subfebril, saturometría de pulso 96% respirando aire ambiente. Radiografía de tórax: opacidad homogénea en campo medio e inferior izquierdo con velamiento del seno costofrénico homolateral y una hiperclaridad redondeada con nivel hidroaéreo en campo pulmonar medio izquierdo. Laboratorio: eosinofilia periférica 1000/mm³ (15%). Punción biopsia pleural: exudado con eosinofilia (25%), anatomía patológica: pleuritis crónica. Ecografía pleural: imagen líquida con membranas y aire en su interior. Hemoaglutinación para hidatidosis positiva; Arco 5 negativo; Elisa para hidatidosis positiva: 0,538 (infección o rango inespecífico). Se inicia tratamiento con albendazol y posteriormente quirúrgico, confirmando histopatológicamente el diagnóstico de hidatidosis en el quiste pulmonar extraído. Evolución favorable.

Conclusión: Presentamos un paciente con hidatidosis pulmonar y pleural, que se manifestó con imagen pulmonar hidroaérea y

derrame pleural eosinofílico. La presencia de eosinofilia pleural es infrecuente: por drogas, hemo-neumotórax o parásitos. El diagnóstico de hidatidosis se sospechó por los hallazgos epidemiológicos, la eosinofilia periférica y pleural, las imágenes y la serología, confirmando el mismo con la exéresis quirúrgica del quiste. La hidatidosis pulmonar es sintomática solo en el 30% de los pacientes. Los síntomas se presentan como resultado de la compresión del tejido pulmonar subyacente o la presencia de complicaciones tal como ruptura o sobreinfección. La hidatidosis pleural usualmente es causada por la ruptura de un quiste pulmonar o hepático dentro de la cavidad pleural, siendo mucho más rara la diseminación hematogena. Han sido descritas 3 formas de hidatidosis pleural: Granulomatosis pleural, hidatidotorax e implante hidatídico pleural. El tratamiento de elección es quirúrgico, aunque si hay contraindicaciones o hidatidosis recurrente, el uso de Albendazol a dosis de 10-15 mg/kg/día por 4 semanas en ciclos repetidos separados de 2 semanas sin tratamiento suele ser satisfactorio.

15179 PO

HEMORRAGIA PULMONAR

CALABRESE, CARINA; GAITAN, CRISTINA; MORALES, ROXANA; SOSSO, ADRIANA; VARVARA, NATALIA; CARAVETTA, ANA; ISCOFF, PAULA; HOSPITAL PTE PERON, NEUMOTISIOLOGIA

Buenos Aires / Argentina

Introducción: La hemorragia pulmonar es infrecuente. Se caracteriza por episodios repetidos de hemorragia pulmonar, anemia e insuficiencia respiratoria. Si se asocia a trastornos renales, debe considerarse como diagnósticos diferenciales a los síndromes reno-pulmonares, incluyendo al síndrome de Goodpasture, vasculitis necrotizantes sistémicas (granulomatosis de Wegener, enf. De Churg Strauss), asociadas a enfermedades del tejido conectivo entre otras.

Caso clínico: Paciente masculino de 16 años de edad que consulta por tos productiva, fiebre y hemoptisis. Al examen físico presentaba: TA 180/110, rales crepitantes en ambos campos pulmonares. Laboratorio: Hematocrito 10,5%, GB 11900, urea 324. Microhematuria, leucopocituria. PO₂ 68,4, PCO₂ 41,9, SO₂ 87%. Rx torax: infiltrados nodulares bilaterales. Se realiza serología VIH (-), BAAR (-), hemocultivos (-), Hisopado de fauces (-), colagenograma, serología hantavirus y leptospirosis, anticuerpos antimembrana, PCR + + + + +, Latex AR + + + + +, ASTO 3200 u/l, ANCA C +. Ecografía renal. Fibrobroncoscopia: mucosas hiperémicas, sangrado desde bronquios de lóbulos inferiores. Ingresa a UTI por insuficiencia renal e insuficiencia respiratoria. Se transfunde, se comienza con hemodiálisis, soporte ventilatorio con VNI. Se comienza con prednisona, claritromicina y ceftriaxona. Se realizó punción renal bajo TAC: glomerulopatía esclerosante focal y necrotizante. Se comenzó con prednisona 1 mg/kg/día y ciclofosfamida 2 mg/kg/día. El paciente evoluciona favorablemente.

Conclusión: La Hemorragia pulmonar es una entidad poco frecuente. De difícil diagnóstico. Antiguamente la granulomatosis de Wegener era siempre mortal. Con diagnóstico temprano y tratamiento oportuno se logra mejorar el pronóstico y la sobrevivencia, con remisiones completas en un 75% de los casos.

15191 PO

PREVALENCIA DE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA (EPOC) EN TABAQUISTAS QUE CONCURRIERON A TRAVÉS DE UNA ENCUESTA A UN HOSPITAL UNIVERSITARIO

GENE, RJ; CARDOZO, R; LASO, C; RAMIREZ PELOSI, ME; MONTALVAN, R; VALLEJOS BIANCHI, P; ANTUNI, D; BAQUERO, S

CABA / Argentina

Introducción El tabaco representa la causa más importante de EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica). El riesgo

asociado al consumo de tabaco es proporcional al tiempo y a la cantidad consumida. El 10-20% de los fumadores desarrolla EPOC; no hay datos publicados de la prevalencia con el aumento de la carga tabáquica.

Objetivos: Conocer la prevalencia de EPOC a distintas cargas tabáquicas en fumadores de la ciudad de Buenos Aires. Establecer un número de cohorte de paquetes/años (p/a) a partir del cual aumente la prevalencia de EPOC.

Metodología: Se invitó a través de los medios masivos de comunicación a participar en "la semana del EPOC" realizada en el Hospital de Clínicas de la ciudad de Buenos Aires durante el año 2005, a: personas mayores de 40 años, que fumen o hayan fumado durante por lo menos 10 años. Se les realizó un cuestionario dirigido por observador, espirometría y medición de CO exhalado. Se definió EPOC a quienes tenían síntomas de la enfermedad y espirometría con FEV1/FVC <70%. Se utilizó el índice p/a [(cantidad de cigarrillos al día / 20) x cantidad de años que fuma.], para determinar la carga tabáquica de cada persona. Se dividió ésta en cuatro grupos: Grupo 1: (<10p/y), Grupo 2: (>=10 p/y <26 p/y), Grupo 3: (26-40 p/y), Grupo 4: (>=41p/y).

Resultados: Se evaluaron 428 personas, 199 (46,5%) mujeres y 229 (53,5%) hombres, con edad media de 58,29 ± 10,70 años. Del total tenían EPOC 90 (21%) (IC 0,17-0,25). Fueron: leves (20%), moderados (50%), severos (19%) y muy severos (11%). Comparando el grupo 4 (>40 p/a) con el grupo 1, 2 y 3 (<40 p/a) la prevalencia de EPOC fue de 35% (IC 0,27-0,43) vs 13,4% (IC 0,09-0,18) respectivamente. RR=2,6 (IC 1,7-3,7). p (Fisher)= 0.

Carga tabáquica/ N	Promedio p/a	Promedio edad	EPOC %	IC 95	P
Grupo 1 (18)	6,5 (± 2)	53 (± 8)	22,2	(0,06-0,4)	0,033
Grupo 2 (123)	17 (± 4)	55 (± 11)	10,6	(0,06-0,18)	< 0,0001
Grupo 3 (135)	35 (± 4)	55 (± 10)	14,8	(0,09-0,22)	< 0,0001
Grupo 4 (152)	58 (± 19)	61 (± 9)	35	(0,27-0,43)	0,0002

Conclusión: 1) Se encontró una alta prevalencia de EPOC en personas fumadoras y ex-fumadoras (21%), valores por encima de los registros nacionales e internacionales (Estudio Platino). 2) Prevalencia de EPOC tanto en los grupos 1, 2 y 3 (<40 pack/years) entre 10-22%, similar a la prevalencia general. 3) El fumar más de 40 pack/years aumenta significativamente el riesgo de padecer EPOC.

15194 CO

NUEVOS INDICES DE CINÉTICA VENTILATORIA EN LA RESPUESTA AL EJERCICIO EN LA EPOC: IMPACTO DEL ENTRENAMIENTO

SIVORI, MARTIN LUIS; ALMEIDA, MARTA; SAENZ, CESAR

CABA / Argentina

Los habituales índices de respuesta ventilatoria al ejercicio (pre y post entrenamiento), describen evaluaciones transversales al esfuerzo máximo (VEmax, equivalente ventilatorio de oxígeno max, o Borg max), o isotiempo (VEiso, y más recientemente VT iso, IC iso y Borg iso), pero no existen otros índices que evalúen la respuesta ventilatoria de manera longitudinal, y normalizada por la variable carga.

Objetivo: Describir la respuesta al ejercicio de variables respiratorias (VE, VT y Borg), pero en relación a la carga (expresada en watts), y logitudinalmente durante toda la prueba, observando la respuesta de ellos al entrenamiento, y comparándolos con las evaluaciones más tradicionales.

Materiales: Se evaluaron pacientes con definición por GOLD de EPOC (estadios III y IV) en estabilidad clínica. Se les realizaron antes y después de entrenamiento pruebas de función pulmonar, prueba cardiopulmonar de ejercicio incremental

máxima (16 watts/min), con medición de consumo de oxígeno (VO_2), respuesta ventilatoria y escala de disnea de Borg por minuto. El entrenamiento consistió en 24 sesiones (3 veces/semana) de 45 minutos cada uno de ejercicios de fuerza y aeróbicos de miembros inferiores y superiores.

Resultados: 35 pacientes con EPOC (28 hombres, 63.8 ± 6.2 años) con severa obstrucción al flujo aéreo fueron estudiados (FEV_1 : 0.98 ± 0.26 L; FEV_1/FVC : 0.34 ± 0.08). Se describió el comportamiento de cada variable pre-entrenamiento: VE/WR, VT/WR y Borg/WR para 16.3 W, 32.6 W, 48.9, 65.2W, 81.5 W y 98W. Se observó una reducción promedio post-entrenamiento de VE/WR de 17%, de VT/WR de 16% y de Borg/WR de 26%. Las reducciones de los índices tradicionales fue: 3.22% en VEmax, 2.52% en equivalente ventilatorio de oxígeno, y de 20.2% en VE iso.

Conclusión: La observación a lo largo de la prueba de ejercicio de la cinética de nuevos índices normalizados a la carga (VE/WR, VT/WR y Borg/WR), permite describir mejor el comportamiento de la respuesta ventilatoria al ejercicio en pacientes con EPOC, además de tener mejor sensibilidad de respuesta ventilatoria a cambios post-entrenamiento (mayor eficiencia ventilatoria) que los otros parámetros tradicionales, a excepción del VEiso.

15196 PO

REPORTE DE CASO: UNA PACIENTE CON ENFERMEDAD DE POMPE DE INICIO TARDÍO

SERRANO, FERNANDO ARIEL; RHODIUS, EDGARDO; NIGRO, CARLOS; RATTI, PATRICIA; AMARTINO, HERNAN
CABA / Argentina

Introducción: la enfermedad de Pompe o déficit congénito de alfa-glucosidasa ácida es un trastorno congénito del metabolismo, transmitido en forma recesiva, con baja incidencia (1:40000/nacidos vivos). Se produce por depósito paulatino de glucógeno en diferentes tejidos, entre los cuales se encuentra el músculo estriado. En la forma de inicio tardío (Pompe-IT) se observa miopatía lentamente progresiva con compromiso respiratorio, que suele ser la causa de muerte en estos pacientes. La severidad de los síntomas y la edad de inicio de la enfermedad guardan relación inversa con el nivel de actividad de la enzima. De reciente introducción se dispone de la enzima recombinante humana para tratar a estos pacientes. Se presenta un caso de Pompe-IT, que comenzó a recibir tratamiento con reemplazo enzimático.

Resultados: paciente femenina de 54 años de edad con debilidad muscular progresiva de 13 años de evolución, con patrón electromiográfico miogénico, en quien se diagnosticó Pompe-IT 5 años después por dosaje en linfocitos de sangre periférica. Presentaba deterioro de la función respiratoria con el decúbito dorsal, presentando una presión inspiratoria máxima (PiMax) de 41% del predicho y una espiratoria (PeMax) de 32%. Se decidió iniciar terapia de reemplazo enzimático (TER), previo a lo cual presentaba caída de 37% de la capacidad vital forzada (CVF) y 41% del volumen espiratorio forzado en el primer segundo (VEF1) con el decúbito dorsal, la PiMax fue del 50% del predicho y la PeMax de 73%. Comenzó TRE con alfa-glucosidasa humana recombinante, con mejoría subjetiva a las 8 semanas (lograba caminar mayor cantidad de metros sin fatigarse), no así objetiva, con una espirometría post tratamiento que mostró 30% de caída de la CVF y 31% del VEF1, con PiMax del 77% y PeMax del 57% del predicho. Cabe destacar que el tratamiento inicial fue programado a un año, siendo quizás el presente análisis demasiado precoz.

Conclusión: Se presentó un caso de Enfermedad de Pompe de inicio tardío, patología de baja prevalencia y causal de insuficiencia respiratoria progresiva de origen neuromuscular. Co-

menzó tratamiento de reemplazo enzimático, de reciente disponibilidad, con mejoría subjetiva pero no objetiva en las primeras 8 semanas.

15201 PO

REHABILITACION RESPIRATORIA EN LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA AVANZADA

BRION, GRACIELA; ANGELINO, ARNALDO; PRIETO, OMAR; OSSER, JUAN ; CANEVA, JORGE; PEIDRO, ROBERTO
CABA / Argentina

Objetivo: comparar la capacidad funcional, gasometría arterial, espirometría y SaO_2 antes y después de un programa de rehabilitación respiratoria (RR) en pacientes (p) con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) avanzada en clase funcional (CFNYHA) III / IV.

Material y Método: 113 p estudiados prospectivamente derivados a RR, 4 sesiones/sem, 60 min/sesión durante 12 semanas, con entrenamiento de resistencia aeróbica al 60-85% de la capacidad funcional máxima (METS o VO_2 directo), 3-5 de la escala de Borg y ejercicios de fuerza y resistencia muscular al 50% de 1 RM, 3 series/10-15 repeticiones de cada grupo muscular. Se comparó CF (NYHA), espirometría, gasometría arterial, test de marcha de 6 minutos y ergometría basales y post-entrenamiento. Estadística: t test de Student para muestras apareadas. Resultados: edad 63.65 años ± 11.15 , 59.29% sexo masculino, IMC 26.85 ± 5.33 , cardiopatía asociada: 48 p (42.47%), oxigenoterapia crónica domiciliar: 34 p (30.08%), en lista de trasplante pulmonar: 12 p (10.62%).

	Basal	Post entrenamiento	p valor
CF NYHA	3.29 ± 0.52	2.14 ± 0.43	<0.0001
CF METS	4.94 ± 2.11	7.63 ± 2.53	0.008
VEF1 (L)	1.01 ± 0.49	1.13 ± 0.52	0.02
VEF1 (%predicho)	36.38 ± 15.15	40.61 ± 18.10	0.023
PaO ₂ (mmHg)	68.20 ± 10.44	68.50 ± 10.38	0.95
PaCO ₂ (mmHg)	43.40 ± 4.76	43.32 ± 6.06	0.97
Distancia TM6M (m)	268.98 ± 149.15	401.33 ± 160.62	<0.0001
Saturación O ₂ basal (%)	95.18 ± 2.28	95.91 ± 2.76	0.22
Saturación O ₂ esfuerzo (%)	91.42 ± 4.12	92.97 ± 4.39	0.026

Conclusión: La implementación de un programa de R mixto (aeróbico y fuerza muscular) se asoció con mejoría significativa de la tolerancia al ejercicio objetivado a través de reducción de la CFNYHA, aumento de la distancia en TM6M y de la CF ergométrica. También se asoció con mejoría del VEF1 y de la saturación de esfuerzo.

15214 PO

APOYO VENTILATORIO EN EL CURSO DE UNA MIELITIS.

DESTEFANI VILLAFANE, NICOLAS JAVIER; CILIBERTI, ALEJANDRA; DEL RIO, RAFAEL; ESPECHE, MERCEDES; GONZALEZ FRANCIS, MARCELO; MORENO, CAROLINA
Tucumán / Argentina

Paciente de 18 años que el día 9-10-2005 comienza con cefalea, fiebre y adinamia, somnolencia, con disminución progresiva de la fuerza en miembros inferiores. Con el transcurso de los días, progresa en forma ascendente con afectación de miembro superior izquierdo y vómitos. Ingres a U.R el 19/10, lucido, hemodinámicamente estable con fr: 20x min, SaO_2 97%, FiO_2 40%, mala mecánica ventilatoria la cual empeora al momento del ingreso por lo que se decide intubación y arm. Al examen físico, plejía de miembro inf. Izq, paresia acentuada de miembro sup. derecho y paresia de miembro superior izq., ptosis palpebral izq. Se pancultiva. Se solicita EMG con prueba de prostigmin, HIV, chagas, estudio para porfiria y ACRA EL 20/10, se realiza EMG con prueba de prostigmin para miastenia

gravis, no lograndose potenciales de denervacion ni potenciales de unidad motora, con estímulos repetitivos negativos. Se observa abolición de reflejos osteotendinosos e hipersomnia. Hemo, URO y LCR negativos. Aspirado traqueal: 103 UFC sams: Tto ampicilina sulbactam. ALA, porfobilinogeno, HIV y chagas negativo. A la semana del ingreso el paciente persiste lucido, progresa a modos de ARM asistidos con $p 0.1 = 0$ y $cv = 0,396$ ml/kg. Se solicita RMN: Lesiones cerebrales corticales simétricas bitemporales sugestivas de encefalopatía herpética en estadio inicial y lesiones cervicales y otras mas pequeñas dorsolumbares sin refuerzo sugestivas de proceso infeccioso o inflamatorio (mielitis transversa). Se envia LCR para TBC y micosis. EL 29/10: ADA, LCR para hongos y acra negativo. Se descarta entonces: Guillain-barre, tbc, miastenia gravis, encefalitis por hongos y/o HIV, chagas, porfiria. A los 14 días del ingreso moviliza miembros inferiores, persiste compromiso de musculatura respiratoria con $p0.1 = 0.3$. Se intenta modo ps = 18 con resultado negativo. No puede realizar pemax ni pimax. Al 17° día de su internación el pte moviliza los 4 miembros, aunque con disminución de la fuerza de miembros inferiores. Presenta apnea cuando se desvincula de ARM. Se realiza traqueostomía. A los 24 días se coloca en tt con ventilacion espontanea FR de 26 x min, con buena motilidad y sensibilidad de miembros y fuerza conservada. A los 25 días de internacion pasa a sala comun, lucido con buena motilidad, traqueostomizado y correcta mecánica respiratoria, moviliza los 4 miembros. En sala permanece internado el tiempo restante para cumplir esquema ATB para SAMR por NAV, durante ese tiempo se retira canula de traqueostomía con buena evolución.

Conclusión: Habiéndose descartado por metodos a nuestro alcance, las patologias mas frecuentes, se establece como diagnostico final, mielitis post-viral, la cual se manejo solamente con soporte ventilatorio mecanico.

15222 CO

HALLAZGOS MICROBIOLÓGICOS EN NEUMONIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD

DE SALVO, MC; GIANNATTASIO, JH; REY, D; GONZALEZ, J; DELGADO, G; MIRANDA, AM
CABA / Argentina

Se estudiaron 630 pacientes con NAC, en los cuales se analizaron sus características a través del score de Fine y se relacionaron con la rentabilidad de los hallazgos bacteriológicos obtenidos. Se diseñó un estudio retrospectivo con 630 pacientes tratados en la División Neumonología del Htal Tornú, Los cuales presentaban diagnóstico clínico-radiológico de NAC, se analizaron sus características y su gravedad a través de los parametros evaluados en el score de Fine (Pneumonia Severity Index), confirmando su patología con el diagnóstico bacteriológico mediante los gérmenes aislados tanto en esputo como en sangre. La media de la población fue de 48.8 años correspondiendo el 64% a adultos mayores de 65 años. El sexo comprendió 40% a hombres y 60% a mujeres, Del total de los pacientes el 66% presentaban comorbilidades y el 19% registraron episodio previo de NAC en el último año. De los 630 pacientes en 377 de ellos se aislaron patógenos en esputo y/o sangre, rescatando 1 solo germen responsable en el 59.8% de los sujetos y en el 19% de los casos se identificaron patógenos múltiples. Los gérmenes aislados con mayor frecuencia correspondieron al S. Neumoniae y H. Influenzae. Un 10% de los S. Neumoniae rescatados lo fueron de muestras de hemocultivos. El patógeno atípico mayormente aislado fue el Micoplasma Neumoniae

Conclusión: De los 630 pacientes en estudio hubo rescate bacteriológico en más de la mitad de los sujetos, ya sea por muestras de esputo o hemocultivos. Los patógenos mayormente aislados correspondieron a S. Neumoniae y a H. Influenzae. Fue

alto el porcentaje de pacientes que presentaban comorbilidades y el 70% de los casos, los mismos, se hallaban comprendidos en PSI I y II del score de Fine.

15224 PO

PARACOCIDIOIDOMICOSIS- CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-RADIOLÓGICAS. CATEDRA DE NEUMOLOGÍA -HOSPITAL DE CLÍNICAS - ASUNCION, PARAGUAY.

PERALTA, MABEL; COLMAN, AGUSTIN
Asuncion / Paraguay

Objetivo: Analizar las características clínicas y radiológicas con las que se presentan los pacientes con Paracoccidiodomicosis. *Material y Métodos:* Se estudian las historias clínicas de pacientes egresados de la Cátedra de Neumología con el diagnóstico de Paracoccidiodomicosis (confirmado por estudios bacteriológico y/o histopatológico) en el periodo diciembre/2000 – diciembre/2005. Se analizan las manifestaciones clínica y radiológica que presentaron los pacientes y la coexistencia de otras asociaciones patológicas. Resultados: en el periodo mencionado egresaron 21 ptes. con el diagnóstico de Paracoccidiodomicosis, 2 casos fueron excluidos por carecer de confirmación diagnostica. La edad osciló entre 37 y 70 años, con una edad media de 49 años. De ellos, 19 ptes presentaron síntomas respiratorios, 5 ptes restringidos solo a pulmón, 14 ptes asociados con lesiones cutáneas y/o mucosas, y 2 con compromiso ganglionar. Radiológicamente la forma mas frecuente fue el infiltrado reticular 9, retículo nodulillar con confluencias 5, nodular 3, retículo nodular 3, y lesiones excavadas combinadas con otras imágenes 8 ptes. Todos los pacientes estudiados fumaban, en algunos casos se asocio a Tuberculosis Pulmonar 5, Exposición al Sílice 3, Cáncer de Esófago 1, Cáncer Pulmonar 1. *Conclusión:* en la población estudiada se observó el predominio de síntomas respiratorios (100%), asociados a lesiones cutáneas y/o mucosas en segundo lugar, probablemente debido al sesgo de tratarse de un servicio de referencia para patologías pulmonares. En cuanto a las lesiones radiológicas, la más frecuente fue la reticular, seguida de la retículo nodular con zonas de confluencia y las excavaciones. Es importante hacer el diagnostico diferencial con la tuberculosis pulmonar con la cual puede ser confundida o la vez coexistir con la misma, como en los casos mencionados.

15229 CO

UTILIDAD DE LA MEDICIÓN DEL MONÓXIDO DE CARBONO EXHALADO EN PACIENTES ASMÁTICOS ASISTIDOS POR CONSULTORIO EXTERNO.

GARCIA, GABRIEL; BERGNA, MIGUEL; DELEO, CARLOS; GUIGNO, EDUARDO;
COLODENCO, DANIEL
Buenos Aires / Argentina

Introducción: Uno de los objetivos del tratamiento del asma es el control de la inflamación, la mayoría de los métodos usados para medirla no pueden realizarse con asiduidad en la consulta diaria debido a los altos costos, al tiempo de empleo y a la baja disponibilidad, por lo que se hallan confinados a los laboratorios de investigación. Estudios previos han documentado el hallazgo de niveles elevados de Monóxido de Carbono (CO) en el aire espirado, un marcador de la inflamación bronquial, en pacientes asmáticos no fumadores comparado con sujetos normales no fumadores. Existen evidencias de que el pobre control del asma se halla estrechamente relacionado con la intensidad de la inflamación de la vía aérea.

Objetivos: Establecer la importancia y la utilidad de la medición de CO exhalado en la práctica diaria en asmáticos como indicador de inflamación y su correlación con el Test de Control del Asma, la función pulmonar y el tratamiento de los pacientes.

Material y Métodos: En forma prospectiva, fueron evaluados 124 sujetos pacientes asmáticos, edad 41 ± 17 años, 54 hombres, VEF1 $78 \pm 19\%$, diagnosticados según criterios de la ATS, no fumadores, asistidos por consultorio externo a quienes se les realizó espirometría, medición del flujo espiratorio pico, determinación de CO exhalado, cada paciente completó un cuestionario de Test de Control del Asma (ACT), se calculó el puntaje del mismo y se registró el tratamiento previo al momento de la consulta.

Resultados: Al finalizar el estudio, los sujetos con Asma No Controlada (ACT menor de 20) presentaron un CO exhalado de 14 ± 4 ppm mientras que en los sujetos con Asma Controlada (ACT igual o mayor a 20) fue de 2 ± 1 ppm ($p < 0,001$). Se registró una correlación r^2 , ACT y CO exhalado de 0,7. El CO exhalado no pudo correlacionarse con la severidad de la obstrucción bronquial ni con el tratamiento previo.

Conclusión: La medición de monóxido de carbono exhalado correlacionado con el grado de control del asma medido por el Test de Control del Asma (ACT), es un método de bajo costo y de fácil realización en la práctica diaria.

15249 PO

EVALUACIÓN DE UNA POBLACIÓN DE RIESGO PARA EL DESARROLLO DE EFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA E.P.O.C.

GENE, RICARDO J; BAQUERO, SEBASTIAN; ANTUNI, JULIO DANIEL
CABA / Argentina

La EPOC está estrechamente ligada al hábito de fumar y se detecta tardíamente cuando los síntomas son severos.

Objetivo: detectar EPOC en un grupo de pacientes de riesgo (fumadores y ex fumadores) y analizar los síntomas como predictores de la presencia de la enfermedad.

Material y Método: a través de medios de comunicación se invitó a sujetos de mayores de 40 años y con historia de más de 10 años de tabaquismo para realizar una encuesta (se evaluó la presencia de disnea, tos, expectoración y sibilancias) y una espirometría (considerándose obstrucción FEV1/FVC?70) en el contexto de la "Semana del EPOC" en el Hospital de Clínicas (U.B.A.).

Resultados: se evaluaron 427 sujetos, 228 hombres (53,3%), 264 fumadores activos (61,8%). 90 (21,07%) presentaron obstrucción con un FEV1/FVC = $57,8 \pm 10,4$.

En el análisis de todos los pacientes: presentaron, disnea 173 (40,5%), 98 (56,6%) fumadores y 75 (43,3%) exfumadores; Tos 205 (48%), 142 (69,3%) fumadores y 63 (30,7%) exfumadores; Expectoración 170 (39,8%), 109 (64,1%) fumadores y 61 (35,9%) exfumadores; Sibilancias 136 (31,9%), 90 (66,2%) fumadores y 46 (33,8%) exfumadores.

En el análisis de los pacientes EPOC mostró que de un total de 90 pacientes, presentaron disnea 56 (58,9%), 22 (39,3%) fumadores y 34 (60,7%) exfumadores; Tos 48 (50,5%), 25 fumadores (52,1%) y 23 (47,9%) exfumadores; Expectoración 46 (48,4%), 22 (47,8%) fumadores y 24 (52,2%) ex-fumadores; Sibilancias 41 (43,2%), 20 (48,8%) fumadores y 21 (51,2%) ex-fumadores

	en presencia de síntomas		en ausencia de síntomas			
	n	FEV1/FVC	n	FEV1/FVC	P	
Disnea	56	54,7	No disnea	39	62,3	0,0002*
TOS	48	55,5	No tos	47	60,1	0,03*
Expectoración	46	56,3	No expectoración	49	59,2	0,34
Sibilancias	41	56,9	No sibilancias	54	58,5	0,82

Conclusión: la presencia de síntomas respiratorios es frecuente en pacientes tabaquistas y ex tabaquistas, siendo más conspicuos en presencia de obstrucción. La disnea y la tos son me-

jores predictores de la presencia de obstrucción al flujo aéreo y la expectoración de tabaquismo activo.

15253 CO

EFICACIA CLÍNICA DEL USO COMBINADO DE MACRÓLIDOS Y β -LACTÁMICOS EN PACIENTES CON NEUMONÍA DE LA COMUNIDAD. ESTUDIO RANDOMIZADO, CONTROLADO

CHIRINO NAVARTA, ALEJANDRO; BOCKLET, MARIA; CUELLO, HECTOR; ESPUL, CARLOS; CARENA, JOSE
Mendoza / Argentina

Objetivo: Determinar si el tratamiento antibiótico combinado con β -lactámicos más macrólidos ofrece ventajas sobre la monoterapia con β -lactámicos solos en pacientes con Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC).

Métodos: Se randomizaron 62 pacientes hospitalizados con diagnóstico clínico de NAC que ingresaron en el Servicio de Clínica Médica a recibir en forma cegada Ampicilina/Sulbactam IV más Azitromicina oral ó Ampicilina /Sulbactam IV más Placebo. Se excluyeron pacientes con NAC grave, inmunosuprimidos y con antibioticoterapia previa. El punto final primario fue la Cura Precoz (CP) evaluada al día 5to, definida como: 1) Alta hospitalaria; ó 2) Afebril por 48 horas más mejoría de signos y síntomas sin necesidad de cambio en la antibioticoterapia. Se analizaron además la estadía hospitalaria, fallo terapéutico y mortalidad. Un análisis interino de los primeros 62 pacientes arrojó diferencias significativas en el punto final primario, por lo que el estudio fue detenido. El análisis estadístico se realizó con software estadístico. Resultados: Se analizaron 62 pacientes, 32 en la rama Activa (A) y 30 en la rama Placebo (P). Las características basales, Índice de Severidad de la Neumonía (ISN), comórbidas y APACHE II, fueron similares en ambos grupos ($p = NS$). El ISN fue de 86 ± 3 vs. 92 ± 3 puntos ($p = NS$). La duración promedio del tratamiento fue de $10,4 \pm 3,6$ días, similar en ambos. La etiología se estableció en 13/32 y en 10/30 pacientes, en las ramas A vs P. Neumococo fue el germen más frecuente en ambos grupos ($p = NS$). En la rama A 26/32 pacientes (81%) alcanzaron la CP, comparado con 16/30 (53%) en la rama P ($p = 0,029$). La Reducción Absoluta de Riesgo (RAR) fue de 27.92% (IC 95%: 5.5-50.3%), con un Número Necesario a Tratar (NNT) de 4 pacientes (IC 95%: 2-18) para lograr un resultado. En un análisis por protocolo, extrayendo los pacientes en los cuales el fallo en lograr la CP no pudo ser atribuida al experimento (tuberculosis pulmonar, empiema pleural, presencia de Neumococo penicilino-resistente y muerte dentro de las primeras 48 horas de tratamiento) las diferencias en la CP persistieron: 2/28 en el grupo A versus 11/27 en el grupo P ($p = 0,004$), con una RAR de 33.6% (IC95%:12.7-54.4%) y un NNT de 3 pacientes (IC95%: 2-8). La estadía hospitalaria fue de $6,5 \pm 2,3$ días en el grupo A versus $8,5 \pm 4,5$ días en el grupo P ($p = 0,027$). Hubo una tendencia a presentar mayor fallo terapéutico en la rama P (6/30 vs. 3/32, $p = 0,47$). Un paciente murió en el grupo P.

Conclusión: La terapia antibiótica combinada de β -lactámicos IV más macrólidos VO se asoció a una más rápida resolución clínica de la NAC y a una reducción significativa de la estadía hospitalaria. Estos resultados apoyan el uso de la terapia combinada en el tratamiento de la NAC.

15254 PO

TABAQUISMO EN ASMÁTICOS. (ESTUDIO PILOTO)

MAILLO, MARTIN; PEDULLI, GABRIELA; CONTINI, LILIANA
Santa Fe / Argentina

Antecedentes: El asma en una enfermedad altamente prevalente, frecuentemente sub-diagnosticada, sub-tratada y por lo tanto, sub-controlada. Donde la exposición al humo de cigarrillo

llos, por tabaquismo activo o pasivo, es un reconocido desencadenante de exacerbaciones. El objetivo de este trabajo, es el de determinar la prevalencia y características del tabaquismo en pacientes con síntomas relacionados con asma. Determinado además, los niveles de control alcanzados por estos pacientes.

Material y Método: Se realizó un estudio de sección cruzada, mediante evaluaciones individuales a través de un cuestionario de tres cuerpos: asma, tabaquismo y Test de Control de Asma (ACT). En pacientes nuevos, consecutivos, con antecedentes de cuadros sibilantes de larga evolución. Todos realizaron espirometrías y mediciones de CO₂ en el aire espirado.

Resultados: Se evaluaron 59 pacientes mayores de 12 años, 64.41% mujeres. La edad promedio fue de 36.9 años (SD: 19.99), índice de masa corporal (IMC): 25.34 Kg/mt. (SD:4.26). En el 59,32% de los estudiados, se registró el antecedente de tabaquismo. Siendo, ex-tabaquistas: 22(37.29%), nunca tabaquistas: 24(40.68%) y fumadores activos el 22.03% (13 personas). De estos últimos, el 61,5% eran fumadores diarios, siendo el 82,6% mujeres (P:0.03). El 100% de los encuestados, manifestó haber padecido síntomas compatibles con asma bronquial. 41 personas (69.49%), manifestaron padecer asma. El 84.74%, presentó cuadros sibilantes en los últimos 12 meses. Existió asociación entre sibilancias y diagnóstico de asma (P: 3.9.10-6). No se encontró asociación estadística entre la presencia de sibilancias en el último año y el tabaquismo activo (P: 0.64). El 69,50% presentó un insuficiente control del asma. El 20.33% mostró un moderado control. El 3.39% mostró un adecuado control. El tabaquismo activo no se encontró como factor influyente en el control del asma en aquellos que presentaban menos de 20 puntos en el ACT (P:0,292). Se observaron, 37 espirometrías normales(62,71%), 16 patrones obstructivos (27,12%) y 6 patrones no obstructivos(19,17%). VEF1 promedio: 90.10 ml/seg. En 7 personas, se halló un valor superior a 10 PPM, en el CO₂ espirado.

Conclusión: En este estudio, fue importante el número de tabaquistas, aunque con una prevalencia menor a la encontrada en la población general. Aún así, el tabaquismo, no se asoció directamente como responsable de la falta de control en el A.C.T., ni en la presencia, ni en la frecuencia de las crisis referidas por los pacientes. Se encontró un significativo número de asmáticos con insuficiente control de su enfermedad. Serán necesarios nuevos estudios, con muestras poblacionales más grandes donde poder estudiar las características de la relación entre el tabaquismo y el control del asma.

15257 PO

CONTROL DEL ASMA EN PACIENTES MODERADOS/SEVEROS EN TRATAMIENTO CON NEUMONÓLOGOS Y DE ASMÁTICOS VISTOS EN UNA EVALUACIÓN DE CAMPO

GENÉ, RICARDO J; APELBAUM, G; LASO, C; SCRIMINI, S; VALLEJOS, P; GOFFREDO, D; GIMENEZ, M
CABA / Argentina

Objetivos: se busca comparar el control del asma bronquial en un grupo de enfermos con asma moderada-severa bajo atención de especialistas por mas de 6 meses de duración(grupo 1) y el de un grupo igual en número de pacientes a los que se invitó a concurrir por medios masivos a una evaluación para el día mundial del asma. (grupo 2).

Metodología: grupo 1: 164 enfermos que se encuentran en tratamiento por neumólogos desde hace mas de 6 meses y que en su mayor parte fueron clasificados inicialmente como de severidad moderada-severa según GINA. Todos reciben esteroides inhalados y muchos de ellos LABA. Grupo 2: los 164 pacientes concurren por tener síntomas sugestivos de asma y cuestionario positivo. Realizaban tratamiento sin control por especialistas.

Se los evaluó mediante espirometría, test de control del asma (ACT) y se cuantificó el tratamiento controlador con un esquema arbitrario:100mcg de Fluticasone o 200 mcg de Budesonide o Beclometasona =0.5 puntos. 1dosis de LABA=0.25.

Resultados: Grupo 1: el FEV1% fue de 84,02% (21,65), el ACT 20,7(4,2) y el puntaje de tratamiento 2,56 (1,89) versus Grupo 2: FEV1% =86,08 (19,12); ACT = 15,45(4,85) y puntaje de tratamiento =0,34 (0,82). No hubo diferencias estadísticamente significativas con el FEV1 (p<0,36) pero el ACT fue diferente (p<0.033) y el tratamiento controlador mostró una p<0.0001.

*los valores entre paréntesis se refieren a STD

Conclusión: 1) Asma moderada severa bajo tratamiento combinado alcanza FEV1 normal con ACT mayor de 20 en promedio. 2) Asma leve sin tratamiento controlador en la mayoría de los pacientes tienen un FEV1 similar pero con ACT significativamente menor. 3) ACT brinda una información adicional al FEV1. 4) La experiencia muestra que severidad no es igual a control del asma

15267 PO

ESTUDIO MULTICENTRICO ARGENTINO DE EMBOLIA DE PULMÓN (EMADEP) TRATAMIENTO MEDICO DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR EN ARGENTINA

CHERTCOFF, J; MAZZEI, JA; VELTRI, M; SMITH, R; BAUQUE, S; PEREZ, M; UBALDINI, J
CABA / Argentina

Objetivos: Analizar el tratamiento medico del tromboembolismo de pulmón en nuestro medio, las complicaciones y la mortalidad del mismo.

Material y Métodos: Se evaluaron en forma preliminar los datos de un registro de 8 centros asistenciales de nuestro país de tromboembolismo de pulmón entre Julio del 2003 a Noviembre 2004 (16 meses). Se analizo el tratamiento realizado con heparina y trombolíticos, las complicaciones hemorrágicas, la utilización de inotrópicos y la mortalidad. Se comparan estos datos con el registro europeo ICOPER (International Cooperative Pulmonary Embolism Registry).

Resultados: Los mismos se expresan en la siguiente Tabla:

	Nuestra serie			Icoper		
	Heparina	Trombolíticos	Total	Heparina	Trombolíticos	Total
N° de pacientes	265 (96%)	12 (4%)	277	2045 (87,9%)	304(12,9%)	2349
Total sangrado	22 (8.3%)	5 (41,6%)	27			
Sangrado Mayor	12 (4.5%)	2 (17%)	14	180 (8.8%)	66 (21%)	246
Sangrado Menor	10 (3.7%)	3 (25%)	13			
Uso Inotrópicos	22 (8.3%)	9 (66%)	31			
Mortalidad	51 (19,2%)	4 (33%)	55 (19,8%)	263(12,9%)	70 (23%)	333 (14,17%)

Conclusión: Comparados con el registro europeo de diseño semejante los pacientes en nuestro medio fueron tratados mas frecuentemente con heparina y el porcentaje de fibrinolíticos usados fue menor (p<0.001)con un igual rango de sangrado. El compromiso hemodinámico fue la principal causa del uso de fibrinolíticos. La mortalidad global del 19,8% fue mayor en nuestro registro (P<0,025).

15272 PO

TOXICIDAD PULMONAR POR NITROFURANTOINA

VARGAS, MARIA DE LOS ANGELES; MANONELLES, G; PIGLIACAMPO, F; VERNAY, N; VASQUEZ, J
Rosario / Argentina

La toxicidad pulmonar por nitrofurantoína (NF) es una patología infrecuente. Se ha descrito una frecuencia estimada de 5 a 25% en formas agudas y 5% en las crónicas sobre el total de personas que la reciben. El propósito de esta presentación es comunicar 3 casos de toxicidad pulmonar por NF. 1) Caso:

Varón de 68 años, presentó infección urinaria por E. Coli recibiendo NF durante 20 días. Posteriormente refiere cuadro febril, disnea, astenia marcada y tos seca. Se constató PaO₂ 66 mm Hg y eritrosedimentación 112 mm. Rx de tórax con infiltrados difusos bilaterales a predominio basal, TAC de tórax con imágenes en vidrio esmerilado bibasales. Capacidad vital 53% VTN y severa disminución de la DLCO (31% VTN) Se suspendió la droga y administraron esteroides con evolución favorable y resolución completa del cuadro e imágenes pulmonares. 2) Caso: Mujer de 72 años, DBT₂, con infecciones urinarias a repetición durante los últimos 10 años, por lo que refirió ingesta de nitrofurantoína repetidamente. Presentó cuadro de disnea insidiosa los últimos 6 meses, con empeoramiento de la clase funcional, tos seca, disfagia y astenia. Al examen presenta rales crepitantes bibasales y disminución del murmullo vesicular. Laboratorio inmunológico normal, urocultivo + para E. Coli, resto s/p. Capacidad vital 41% VTN. Rx de tórax con infiltrado difuso, bilateral a predominio campos medio y superior. TAC de tórax con patrón en vidrio esmerilado en lóbulos superiores, medio y llingula, panalización en lóbulos inferiores y bronquiectasias. Se suspende NF y recibe corticoides orales, con mejoría sintomática. 3) Caso: Mujer de 77 años, disnea de 6 meses de duración, tos seca, astenia y pérdida de peso. Presentó empeoramiento del cuadro y fue internada 7 días. Refiere ingesta de NF por infecciones urinarias repetidas los últimos 7 años. Presenta rales crepitantes bibasales y disminución del murmullo vesicular. Se evidencia PaO₂ 68 mm Hg, PCO₂ 61mm Hg, resto s/p. Rx de tórax con infiltrados difusos bilaterales. TAC de tórax: compromiso intersticial de ambas bases, con bronquiectasias. Capacidad vital 48% VTN con severa disminución de la DLCO (37% VTN). Se administraron esteroides y O₂ con posterior mejoría clínica y radiográfica.

Conclusión: La toxicidad pulmonar por NF es una entidad poco frecuente y eventualmente grave cuya vigilancia debe realizarse en todo paciente que reciba esta droga. La suspensión del medicamento y la administración de corticoides produjeron satisfactorios resultados en los 3 casos que se presentan.

15277 PO

SECUESTRO PULMONAR: PRESENTACION INUSUAL DE UN CASO

PRIETO BRANDSTAETTER, ERNESTO JORGE; RHODIUS, EDGARDO E; NIGRO, CARLOS A; DIAZ, MARIANO
CABA / Argentina

Paciente de sexo femenino de 51 años de edad que concurrió al Servicio de Emergencias de nuestro hospital por fiebre y dolor en puntada de costado en hemitórax posterolateral izquierdo. Al examen físico estaba febril (38,6 C), TA 90/60 y FR 18/minuto. A la semiología pulmonar presentaba matidez basal izquierda con hipoventilación del mismo lado. La radiografía de tórax mostró un infiltrado basal posterior izquierdo, y el hemograma reveló leucocitosis con neutrofilia (15.370 GB con 89% PMN).

Antecedentes personales: 2 neumopatías izquierdas en los años 2000 y 2001, habiendo sido estudiada con tomografía de tórax y fibrobroncoscopia; infecciones urinarias a repetición. Se decidió la internación, iniciándose tratamiento antibiótico con ceftriaxona EV y se solicitó tomografía de tórax, la cual evidenció infiltrado basal posterior izquierdo con complejo cavitario. Dada la sospecha de secuestro pulmonar se realizó una angiotomografía la cual demostró la irrigación vascular anómala de la base posterior izquierda. La arteriografía confirmó la presencia de 3 vasos provenientes de la aorta que irrigaban la base pulmonar izquierda: las arterias intercostales IX y X y la arteria diafragmática.

Conclusión: Si bien el secuestro pulmonar es una entidad rara, debe sospecharse el mismo en un paciente con neumonías recurrentes en la misma ubicación. Más raro aún es encontrar 3 arterias nutricias que irrigan el segmento afectado.

15280 PO

ESTUDIO IMAGENOLÓGICO DE LAS MANIFESTACIONES PULMONARES DE LAS ENFERMEDADES DEL COLÁGENO MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE ALTA RESOLUCIÓN

ROSSI, SANTIAGO; MONTES, FERNANDO; FRANCO, VICTORIA; RUBIO, VERONICA
CABA / Argentina. Centro de Diagnostico Dr. Enrique Rossi, Buenos Aires, Argentina

Objetivos: Destacar la utilidad de TCAR para la caracterización de las manifestaciones pulmonares en las enfermedades del colágeno. Mostrar las manifestaciones pulmonares que tienen las enfermedades del colágeno, resaltando especialmente a las enfermedades intersticiales difusas.

Material y Método: Estudio observacional, retrospectivo, de medios diagnósticos (tomografía computada de tórax reconstruida con algoritmo de alta resolución TCAR). Se analizaron las TCAR de pacientes con enfermedad del colágeno conocida, que hayan presentado (o no) manifestaciones clínicas respiratorias, realizadas en tomógrafo helicoidal.

Análisis: Las colagenopatías son un grupo heterogéneo de desórdenes mediados inmunológicamente que afectan frecuentemente al pulmón. Las manifestaciones intersticiales más frecuentes incluyen a neumonía intersticial usual (UIP), neumonía intersticial no específica (NSIP), neumonía criptogénica organizativa (COP), neumonía intersticial linfocítica (LIP), neumonitis intersticial aguda (AIP) y daño alveolar difuso entre otros. Los hallazgos de TCAR (tomografía computada de alta resolución) pueden ayudar a diferenciar la neumonitis intersticial asociada a las enfermedades del colágeno de la neumonitis intersticial usual (UIP) presentando un patrón reticular fino y menor panalización. Las colagenopatías pueden presentar afectación de la vía aérea incluyendo bronquiectasias, bronquiolitis obliterante y/o bronquiolitis folicular. Se observan también otras manifestaciones asociadas como engrosamiento o derrame pleural, hipertensión pulmonar y alteraciones esofágicas.

Conclusión: La tomografía computada de alta resolución es una herramienta diagnóstica útil para caracterizar y evaluar la extensión de las enfermedades intersticiales difusas asociadas colagenopatías.

15283 CO

CONTROL DEL ASMA EN 675 PACIENTES VISTOS EN LA SEMANA DEL ASMA, MAYO DE 2006

GENE, R J; YAÑEZ, A; APELBAUM, G; LASO, C; SCRIMINI, S; DAVIDOVICH, A; GRANDVAL, S
CABA / Argentina

El control del asma es en la actualidad un objetivo principal del tratamiento. Estudios de la realidad realizados en los últimos años demostraron que sólo una pequeña proporción de enfermos alcanzan los objetivos consensuados por los expertos.

Objetivo: evaluar en un número elevado de pacientes de Buenos Aires y alrededores el control del asma así como otras características de la enfermedad.

Metodología: Durante la primer semana de Mayo de 2006 en una acción de campo titulada Semana del Asma citamos a concurrir al Hospital de Clínicas y a la Fundación Cidea a enfermos con Asma Bronquial e implementamos un cuestionario, la realización de una espirometría y el cuestionario de Control del Asma (ACT) para completar la evaluación.

Resultados: concurrieron en total 675 enfermos habiendo encontrado datos muy claros de la importante morbilidad de esta

enfermedad: a) el 78% presentó sibilancias en el último año y 72% tuvo disnea en esas ocasiones. b) Más de la mitad tuvo dificultades para dormir por el asma y el 64% se despertó con ahogos u opresión en el pecho. c) Cerca del 60% presentó silbidos en el pecho, crisis de tos o dificultad para respirar durante o después del ejercicio. d) El 42% hizo visitas de emergencia o debió internarse en el último año. e) El control del asma por ACT fue: 1) 25: 7%; 20 a 24: 22,5%; 15 a 19: 32,5% 14 o menos: 38%. f) Sólo el 15% de los pacientes recibían dosis, generalmente bajas, de corticoides inhalados y muy pocos pacientes tratamiento combinado con esteroides inhalados y broncodilatadores beta adrenérgicos de acción larga.

Conclusión: En un significativo número de pacientes se demuestra importante morbilidad, con afectación sintomática frecuente. El ACT demostró de manera clara y objetiva el déficit de control con un promedio de 16 puntos y un 38% de los enfermos con ACT menos de 15 que denota importante déficit de control del asma. Los tratamientos que pueden mejorar este panorama son usados por una baja proporción de enfermos.

15291 PO

CRISIS MIASTÉNICA Y VENTILACIÓN NO INVASIVA NUESTRA EXPERIENCIA

CORONEL, MIRTA AZUCENA; LOPEZ CISNEROS, DANIELA
S. M. Tucumán / Argentina

Introducción: La Crisis Miasténica es la debilidad muscular severa que causa falla respiratoria, requiriendo intubación y ventilación mecánica. Sin embargo la intubación esta asociada a disconfort y complicaciones. La VNI ha sido usada en forma satisfactoria en pacientes con falla respiratoria aguda y crónica y en enfermedades neuromusculares crónicas. El motivo de esta presentación es informar sobre 1 caso clínico de Crisis Miasténica tratado con VNI. Paciente sexo masculino 31 años con MG de 3 años de evolución. Con antecedentes de crisis miasténica con ARM prolongado, con 3 meses de internación, múltiples complicaciones y reiteradas internaciones. En tratamiento con piridostigmina, prednisona y azatioprina. Ingresó a UR con insuficiencia respiratoria asociada a infección respiratoria con CV sentado 1.200 ml acostado 1000 PIMX-15. FiO₂ 21% PH 7.36 PCO₂ 56 PO₂ 75 Bic. 31 EB4 SAT 94 %. Se decide VNI durante 30 minutos con modificación de gasometría: FiO₂ 21% PH7. 38PCO₂ 44 PO2 76 Bic. 26 EB 1 Sat. 95%. El paciente presenta buena evolución clínica luego de 14 días de tratamiento con VNI, ATB, piridostigmina, prednisona y Plasmaféresis con CV 2.650 ml. de sentado y 1770 ml decúbito dorsal PIMX -40 y PEMX +75.

Conclusión: El Empleo de VNI en estadios mas tempranos (clase IVb de la Fundacion Americana de la MG) ,en pacientes seleccionados, con Insuficiencia Respiratoria Aguda podría ser intentado mientras se espera la mejoría con terapéutica específica.

15293 PO

HISTOPLASMOSIS PULMONAR AGUDA GRAVE CON REMISION ESPONTANEA: REPORTE DE UN CASO

MARTIN, GABRIEL; CHIAPELLA, MA; SERRANO, R; GODDY, M; CAPECE, P;
MONTEVERDE, A
Buenos Aires / Argentina

Introducción: La Histoplasmosis Pulmonar Aguda es una de las formas de presentación de la infección producida por el hongo *Histoplasma Capsulatum*. Este habita los suelos que contienen altos niveles de nitrógeno (provenientes del guano de aves o murciélagos). Las infecciones se producen al inhalar las esporas del hongo, aerzolizadas en sitios tales como gallineros, palomares o áticos. Aproximadamente mas del 90% de las infecciones primarias son asintomaticas o simulan un

cuadro gripal. Presentamos un caso de compromiso pulmonar grave.

Caso clínico: Paciente de sexo masculino, de 36 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, de ocupación repartidor de lácteos. Consulta por cuadro de 5 días de evolución de fiebre, disnea, cefalea holocraneana, mialgias, y dolor lumbar bilateral. Antecedente de viaje a zona rural de Entre Ríos, 15 días antes del comienzo de los síntomas (con inmersión en aguas de río, y tareas de campo). Examen físico: TA 100/60 mmHg; FC 100 lpm; FR 32 por min; Temp. axilar 37,9° Inyección conjuntival. Rigidez de nuca. Hipoventilación generalizada. Escasos rales crepitantes bibasales. No visceromegalias. Ex. Complementarios: Laboratorio: Hto 41%; Hb 13.5 g/l; GB 13600; Plaquetas 253000; Glucemia 1.14 g/l; Urea 0.30 mg/dl; Cr 1.2 mg/dl; Bilirrubina total 1.7 mg/dl; GOT 67, GPT 104; sedimento urinario s/p; LCR: límpido, incoloro, Elementos totales 60/mm³, leucocitos 10/mm³, cultivos negativos. EAB: pH 7.45/ pCO₂ 31/ pO₂ 50/ Bic 20.7/ EB -1/ SatO₂ 86.8 (FIO₂ 0.21). Serologías para: VIH, *Mycoplasma Pneumoniae*, *Clamidia Pneumoniae*, *Leptospira*, *Hantavirus* y *Brucella* negativas. Rx y TAC de Torax: opacidades micronodulillares diseminadas en ambas playas pulmonares. Ecografía Abdominal s/p. Se instaura tratamiento con Claritromicina y Ampicilina sin mejoría clínica, y con progresión de los infiltrados pulmonares; por lo que al quinto día de internación se realiza Fibrobroncoscopia con BAL. Evolucionacion posteriormente en forma favorable, externándose al 13° día de internación. Se aísla en cultivo de BAL *Histoplasma Capsulatum*. Se confirma el diagnóstico mediante: Reaccion Cutanea a Histoplasmina (25 mm) y Serología para *Histoplasma* (Inmunodifusión negativa, Contrainmunoforesis positiva). Pruebas de Función Pulmonar de control: FVC 112%, VEF1 108%, VEF1/FVC 80, DLCO 118%, Kco 101, VA 118%.

Conclusión: Pese a que las infecciones por el *Histoplasma Capsulatum* tienden a ser asintomáticas, pueden afectar en forma severa el parenquima pulmonar, cuando el inóculo micótico es elevado. El tratamiento en estas formas graves con Itraconazol, esta indicado si los síntomas persisten por más de una semana.

El presente caso da muestra de la remisión espontanea del cuadro, sin la instauración de tratamiento antimicótico. No se objetivó alteración en las Pruebas de Función Pulmonar de control.

15298 PO

OXIMETRIA DE PULSO COMO DIAGNOSTICO DE TRASTORNOS RESPIRATORIOS DURANTE EL SUEÑO UNIDAD RESPIRATORIA Y MEDICINA DEL SUEÑO .HOSPITAL PADILLA.TUCUMÁN

CORONEL, M; CARRIZO, M; D URSO, M; AVILA, J
S.M.Tucumán / Argentina

En el SAOS la evidencia muestra que para obtener beneficios del tratamiento, son los síntomas los que deciden el tratamiento en lugar del número de apneas/hipopneas durante el estudio del sueño. Whitelaw y col. demuestran que la oximetría de pulso es tan útil como la PSG para identificar los pacientes con apnea del sueño, cuyos síntomas mejoraran con tratamiento (CPAP) o predecir que pacientes cumplirán con el tratamiento. Objetivos: 1-Determinar que pacientes de los que consultan por ronquidos y/o apneas, asociados a síntomas diurnos, fundamentalmente excesiva somnolencia diurna, tienen índice de desaturación nocturna por hora compatible con diagnóstico de SAOS y tienen indicación de CPAP 2-Determinar la respuesta al uso de CPAP o NIPPV en los pacientes con diagnóstico confirmado por oximetría de SAOS u otros trastornos respiratorios durante el sueño.

Material y Métodos: Estudio Descriptivo y analítico de corte transversal realizado por evaluación de 72 H Clínicas de pa-

cientes internados. A los pacientes que consultaron por trastornos respiratorios durante el sueño se les realizó H. Clínica (somnolencia, ronquido, apnea), escala de Epworth, medición de circunferencia de cuello, BMI y oximetría de pulso nocturna (8 Hs.). Los que tuvieron desaturación mayor de 10 por hora, E. de Epworth mayor de 10 puntos se les realizó una segunda noche de estudio con oximetría de pulso y CPAP o NIPPV, con el que realizaron tratamiento 1 mes. Fue reevaluada la somnolencia con escala de Epworth.

Resultados: Se estudiaron 72 pacientes de los cuales el 50 % (6 pacientes) consultaron por apnea, el 72% (52) por somnolencia y el 81 % (58) por ronquidos. La edad media fue de 47,6 años, con un BMI de 33,5 y una circunferencia de cuello de 44,5. El 96% (69 pacientes) tuvieron una Escala de Epworth mayor de 10. El 79% (57) de los pacientes (con un IC 98 % = (68%; 88%) tenían un índice de desaturación por hora mayor o igual a 10 (obtenido por medio de la oximetría de pulso nocturna), de los cuales el 51% (29) realizaron tratamiento con CPAP o NIPPV. De estos el 83% (25 pac.) lo hicieron con CPAP y el 17 % (5 pac.) con NIPPV. La presión de CPAP se determinó por algoritmo y NIPPV manual. Luego de 1 mes de tratamiento se evaluó la somnolencia por E. de Epworth. De los 29 pac. que realizaron tratamiento, se descartó 1 (no se encontró registro). De los 28 restantes, 26 pac. (93%) tuvieron resultado positivo con disminución de la somnolencia (escala de Epworth) y solamente el 7% (2 pac.) no respondieron correctamente al tratamiento.

Conclusión: La oximetría de pulso es una herramienta útil, sencilla, confiable y de bajo costo para diagnóstico de SAOS y predecir la respuesta al tratamiento en la mayoría de los pacientes que consultan por trastornos respiratorios durante el sueño.

15309 CO

ESTUDIO SIBILANCIAS EN ADULTOS DE ARGENTINA: REPORTE PRELIMINAR

GÓMEZ, MAXIMILIANO; JOSSEN, ROBERTO; CROCCE, JUAN; ZABERT, GUSTAVO; GRUPO DE SIBILANCIAS, EN ADULTOS ARG
Neuquén / Argentina

Introducción: Las enfermedades obstructivas en su conjunto constituyen un problema de salud respiratoria de relevancia y si bien se reconoce su importancia sanitaria no se conoce la prevalencia en la población adulta. El estudio ISAAC, que exploró a nivel mundial la prevalencia de asma en la infancia, no consideró adultos y el PLATINO, que investigó la prevalencia de EPOC en Latinoamérica, no se realizó en nuestro país. Por lo tanto se desconoce la prevalencia de estas enfermedades en la población adulta de nuestro país, estos motivos son suficientes para justificar la realización de este estudio dado que aportará valiosa información de estas condiciones, que alteran la calidad de vida en quienes lo sufren y demandan recursos sanitarios en forma creciente.

Objetivos: 1. Determinar la prevalencia de sibilancias y su severidad en los adultos de Argentina 2. Explorar las diferencias en las distintas regiones estudiadas. 3. Determinar asociación con atopía, fumar y otros factores. 4 Explorar la prevalencia de diagnóstico médico de asma y EPOC.

Métodos: estudio de corte transversal de adultos de 18 a 65 años en ciudades de Argentina en el primer semestre del 2006 adaptado de ISAAC y ECRHS.

Resultados: se encuestaron 4032 personas en 8 ciudades con un rechazo menor del 1,5% y todas las unidades cumplieron con los requisitos exigidos por el protocolo. Edad promedio fue de 43 años y las mujeres constituyeron 58% de la muestra. La

prevalencia de reporte de sibilancias alguna vez fue de 25% y en el últimos 12 meses del 16%. La prevalencia de sibilancias en el ejercicio fue 11,3% y de tos nocturna sin cursar infección respiratoria alcanzó 26%. Declararon haber sido diagnosticados como asmáticos el 11,4% de la muestra y el 5% respondieron padecer de EPOC. En el momento de la encuesta 35% eran fumadores y el 28% consumían diariamente, 49% de los encuestados fue fumador alguna vez. El diagnóstico de EPOC fue más prevalente entre los fumadores (7,5% vs 3,6%) y menor el diagnóstico de asma (6% vs 14%). Las sibilancias con ejercicio y en los últimos 12 meses fue más frecuente entre fumadores. La prevalencia reportada de rinitis fue de 41% y 40,7% respondieron haber presentado problemas alérgicos en la piel.
Conclusión: La prevalencia de sibilancias en adultos en los últimos 12 meses es mayor a la reportada para jóvenes de 13 y 14 años y estos datos sugieren que 1 de cada 4 a 6 habitantes sufre de una condición obstructiva respiratoria. Por lo tanto, y tal como lo insinúan distintos reportes, el diagnóstico médico de asma y de EPOC podría subestimar la real magnitud del problema. La prevalencia de fumar es similar a la reportada en otros estudios nacionales en la población general y se asocia a mayor prevalencia de síntomas.

15312 PO

EXTUBACIÓN INTRA QUIROFANO EN CIRUGÍA CORONARIA. COMPARACIÓN CON EXTUBACIÓN EN UTI.

ROMERO, MARCELO; PIACENZA, ANGEL; CARDOZO, DARIO; KRISCOVICH, JORGE; RIERA ESTIVAL, JORGE; SILVEIRA, E
Corrientes / Argentina

Acortar la duración de la Ventilación Mecánica (VM) en el Posoperatorio de CC mejora los tiempos de internación. La Extubación en Quirófano se asocia a una mejor evolución POP. **Objetivo:** evaluar los factores perioperatorios asociados y Determinar los pacientes (ptes) que pueden ser extubados en Quirófano y las diferencias con los que se extuban en el POP en UTI.

Material y Método: Análisis de datos de 412 pacientes consecutivos ingresados a UTI en el postoperatorio inmediato de cirugía coronaria (2004-2006). Se analizaron variables: a) Preoperatorias: sexo, edad = 70 años, EPOC, obesidad, cirugía electiva. b) Intraoperatorias Cirugía sin Circulación Extracorpórea (CEC), CEC prolongada, uso de balón de contrapulsación intraaórtico (BCIA), c) Evolución Postoperatoria: bajo gasto cardíaco, fallo renal, reoperación por sangrado, uso de neurolépticos.

Análisis estadístico: análisis univariado mediante el test de Chi cuadrado. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: La incidencia de extubación en Quirófano fue de 46,1% (190 ptes). Factores perioperatorios asociados a extubación en Quirófano (EQ): Variable EQ(%) p Edad +70 años 33.3 < 0.01 , Cirugía electiva 66.8 < 0.01 , Sin CEC 84.2 < 0.001 BCIA IntraOP 0. En la evolución POP se observó mayor incidencia de hipoxemia en el grupo EQ (26% Vs 11%), mayor necesidad de Cpap y VNI (20% Vs 7%) y una mayor necesidad de reintubación (5.6% Vs 1.3%) siendo estas diferencias estadísticamente significativas. La mortalidad global fue del 3.7% sin diferencias estadísticamente significativas entre los grupos.

Conclusión: La EQ se puede lograr más frecuentemente en Ptes jóvenes, en cirugía electiva y en cirugía sin CEC. Los eventos graves en el IntraOP (BCIA) imposibilitan la EQ. La EQ se asocia a mayor morbilidad respiratoria y elevada tasa de reintubación si consecuencias en la mortalidad.

15318 PO**EXPERIENCIA HOSPITALARIA DE UN PROGRAMA DE REHABILITACION PULMONAR EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRONICA**CAÑETE, ESTELA; DAVALOS, ADRIANA; LLANES, VICENTE; PALAVECINO, VITERMAN
Formosa / Argentina

Objetivo: Demostrar los beneficios -aumento en la capacidad funcional y calidad de vida de un programa de rehabilitación respiratoria, en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC).

Material y Método: Se incluyeron pacientes ambulatorios, durante agosto y septiembre de 2005, con criterios definidos de inclusión y exclusión. Se realizaron dos evaluaciones: una, previa al ingreso al programa de entrenamiento con test de la caminata de los 6' (6'MWT), valoración del índice de disnea (Escala de Borg), cuestionario de calidad de vida (CCV Sant George); y otra, al haber concluido 56 sesiones del programa, evaluaciones utilizadas como variables. Al programa ingresaron 18 pacientes, completaron 13 (72%), abandonaron 4 (22%), falleció 1 (6%), con promedios de edades de 63 años -en un rango de 54 a 79 años- de varones (85%) y mujeres (15%). Realizado en forma individualizada a cada paciente, con entrenamiento de: caminatas programadas, entrenamiento de miembros superiores y miembros inferiores, más plan de ejercicios con patrones respiratorios, en gimnasio y en domicilio. El Programa consiste en dos sesiones por semana, de 1 hora 30 minutos (1,30hs) cada una. Valoración de parámetros iniciales: frecuencia cardíaca (FC), frecuencia respiratoria (FR), saturación de O₂ con oxímetro de pulso, tensión arterial (T/A), disnea (escala de Borg). Luego de la entrada en calor de dos minutos (2'), se inician las caminatas incentivadas, con duración a determinar de acuerdo a la valoración obtenida en el test MWT6'. Se continúan con las caminatas hasta completar 30' en el programa, de acuerdo a la capacidad del paciente. El resto de la sesión consiste en ejercicios de Miembro Superiores e Inferiores y respiratorios (patrones musculares, ventilación dirigida) acordes al sistema osteomioarticular del paciente. Resultados: Del 69% que alcanzan a caminar los 6' en el pre entrenamiento aumentan al 100% en el post entrenamiento. Los promedios de 6'MWT, de 246,61m a 417,61m, incrementan 171m recorridos, con un promedio de 12,49m/min. Los índices de disnea, en promedio, disminuyeron de 4 a 2, y la CCV, promedio, de 70,7 a 41,7.

Conclusión: Los resultados demostraron los beneficios del programa de rehabilitación pulmonar, que generan aumento en la capacidad funcional y mejora en la calidad de vida de los pacientes.

15320 PO**RESULTADOS DE LA CAMPAÑA GRATUITA PARA EL CONTROL DEL PACIENTE ASMÁTICO ADULTO - SANATORIO FRANCÉS / 2005**VANONI, SUSANA; FRANCESCONI, MARIA LAURA; FIGUEROA, MARIA LORENA
Córdoba / Argentina

El presente trabajo, de carácter epidemiológico descriptivo tiene como objetivo principal presentar los resultados la "3° Campaña Gratuita para Control del Paciente Asmático Adulto" realizada en el Sanatorio Francés de la ciudad de Córdoba en noviembre/diciembre de 2005. Los sujetos, con diagnóstico conocido de asma bronquial, fueron invitados a concurrir mediante la difusión de la Campaña a través de diversos medios masivos de comunicación.

Previo recepción del consentimiento informado, respondieron un cuestionario sobre antecedentes personales y patológicos. Todos los pacientes efectuaron una espirometría forzada con

prueba broncodilatadora a fin de completar la valoración de la enfermedad. El Servicio de Kinesiología y Fisioterapia completó la evaluación de los sujetos a fin de reconocer la capacidad para utilizar medicación por diferentes tipos de inhaladores (polvo seco, aerosol presurizado). Los integrantes de dicho Servicio instruyeron sobre la correcta utilización de los diferentes dispositivos.

Conclusión: Se evaluaron 44 pacientes de los cuales 3 padecían enfermedad pulmonar obstructiva crónica asociada a tabaquismo por lo cual no se incluyeron para procesamiento estadístico. De los 41 pacientes restantes 31 (75.6%) eran de sexo femenino y 10 (24.4%) de sexo masculino. La edad media fue de 49.61 años con una mínima de 23 años y una máxima de 73. Todos los pacientes tenían un tiempo de evolución de los síntomas de 5 años o más. La patología asociada con mayor frecuencia fue la rinitis alérgica. El parámetro utilizado para evaluar la severidad de la enfermedad fue el V.E.F.1. Estuvo reducido (79% del valor teórico o menor) en 17 sujetos (41.5%) y normal (80% del valor teórico o mayor) en 24 sujetos (58.5%), con un valor medio de 80.34%. Finalmente con relación al tratamiento, recibían corticoesteroides por vía inhalatoria (mediante aerosol presurizado, nebulización o polvo seco) 12 pacientes (29.3%) y betaadrenérgicos por similares vías de administración, continuos o a demanda, 29 pacientes (70.7%).

15322 PO**PREVALENCIA DE LIMITACIÓN PERSISTENTE AL FLUJO AÉREO EN ASMA**FIGUEROA CASAS, JUAN C.; RONDELLI, MARIA P; DIEZ, ANA R; FIGUEROA CASAS, MARCELO
Rosario / Argentina

La inclusión del término reversible para calificar la obstrucción al flujo aéreo del asma ha motivado que ésta sea tradicionalmente considerada como una afección que no conduce a lesiones irreversibles en las vías aéreas a diferencia de otras patologías obstructivas como la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar. Sin embargo, hay un creciente reconocimiento acerca de la existencia de un cierto número de pacientes asmáticos que desarrolla limitación persistente al flujo aéreo (LPFA), no totalmente reversible luego de la inhalación de broncodilatadores (BD), habiendo muy pocas publicaciones que determinen cuál es su prevalencia y severidad.

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar la prevalencia y severidad de LPFA en la totalidad de pacientes referidos para su estudio espirométrico con diagnóstico clínico de asma bronquial en un hospital general, en una muestra no seleccionada por su severidad.

Métodos: Se revisaron las espirometrías de todos los pacientes mayores de 18 años referidos para evaluación de la función pulmonar durante un periodo de 16 meses con diagnóstico clínico de asma. Se incluyeron aquellos en quienes se detectó respuesta a la inhalación de BD definida por un incremento del VEF1 post BD igual o mayor a 200 ml y 12% sobre su valor basal. Se excluyeron los fumadores de 10 o más paquetes/año. La existencia de LPFA identificada como la persistencia de obstrucción al flujo espiratorio luego de la inhalación de BD fue definida con tres criterios de diferente severidad a fin de investigar su prevalencia según cada uno de ellos: a) VEF1 post BD inferior al 80% del valor teórico normal (VTN). b) VEF1 post BD inferior al 70% del VTN. c) Relación VEF1/Capacidad Vital Forzada (VEF1/CVF) post BD inferior al 75% del VTN de dicha relación.

Resultados: Fueron incluidos 118 pacientes. Luego de la inhalación de BD 43 pacientes (36%) presentaron un VEF1 > 80% del VTN. En 75 pacientes (64%) se halló un VEF1 post BD <

80% del VTN; en 46 (39%) fue inferior al 70%, en 21 (18%) se encontró por debajo del 60% y en 13 (11%) se hallaron cifras inferiores al 50% del VTN. Treinta y ocho pacientes (32%) presentaron LPFA de acuerdo al criterio más exigente establecido (VEF1/CVF < 75% VTN); esta proporción alcanzó 64% (75 pacientes) utilizando el criterio a) (VEF1 post BD < 80% VTN) y 39% (46 pacientes) empleando el criterio b) (VEF1 post BD < 70% VTN).

Conclusión: Una proporción no inferior a un tercio del total de pacientes con asma referidos para su estudio en un hospital general desarrolla obstrucción al flujo aéreo que persiste luego de la inhalación de broncodilatadores, alcanzando un grado severo o muy severo entre 10 y 20% de los casos.

15329 PO

BULLAS GIGANTES ENFISEMATOSAS. EVALUACION Y TRATAMIENTO

QUERCIA ARIAS, OLGA ESTELA; URIBE ECHEVARRIA, ADOLFO; MALDONADO, DANIEL; ROTTINO, SERGIO; MEDEOT, NESTOR; BUSTAMANTE, NESTOR; CANALIS, GUSTAVO; BOCHINFUSO, MATIAS; CASTRO, ROBERTO; LOSANO, MATIAS; SPONTON, ESTEBAN; CARDINALI, LUIS; ARRIBAS, GRACIELA
Córdoba / Argentina

Las Bullas Gigantes Enfisematosas son espacios quísticos, de contenido aéreo, de paredes delgadas, avascularizadas, bien delimitadas, que pueden alcanzar grandes dimensiones por un efecto valvular. Su importancia radica en el efecto compresivo que ejercen sobre estructuras vecinas y las complicaciones evolutivas o accidentales que pueden sufrir con el tiempo. El presente trabajo tiene por objeto actualizar el tema y mostrar la experiencia del Servicio de Cirugía de Tórax y Cardiovascular, del Hospital Córdoba, en la evaluación funcional y el tratamiento quirúrgico.

Presentamos 3 pacientes, de sexo masculino, con una edad promedio de 43 años, sin antecedentes de tabaquismo, sanos, que consultan por dolor torácico y disnea de esfuerzo progresiva de años de evolución. Por imágenes mostraban la presencia de lesiones bullosas, de diferentes tamaños, de 30 a 120 mm de diámetro, que desplazaban órganos del mediastino y pulmón contralateral.

Todos fueron evaluados por pruebas de función pulmonar, espirometría y gasometría arterial en reposo, siendo estas normales, y luego evaluados con pruebas de provocación con ejercicio, las cuales pusieron en evidencia los síntomas que motivaron la consulta y hubo caída significativa en la saturación de oxígeno y de volúmenes y flujos pulmonares. Todos fueron llevados a cirugía, realizándose Bullectomía, con sutura mecánica, con buena evolución postoperatoria, salvo 1 de los casos que presentó aerorragia prolongada. Reevaluados a los 2 años, la función pulmonar en reposo y esfuerzo eran normales.

Conclusión: Los casos presentados, constituyen parte del capítulo de la enfermedad bullosa pulmonar localizada, en pacientes con resto de pulmón sano, que evolucionan por años silenciosamente hasta que una hallazgo radiológico o síntomas dados por el efecto compresivo que las mismas generan sobre estructuras vecinas, o por alguna de sus complicaciones, llegan a la consulta.

Es sumamente importante evaluar cuidadosamente los estudios radiológicos de tórax, en su evolución, dado que a veces son de gran tamaño que simulan un neumotórax y la colocación de un drenaje en la bulla, generaría una fístula y por lo tanto un problema en su evolución. Las pruebas de función pulmonar de provocación cumplen un importante papel, al poner en evidencia la sintomatología y la repercusión funcional que las mismas provocan y hacen al tratamiento quirúrgico definitivo de la enfermedad bullosa localizada.

15330 PO

ADENOMA BRONQUIAL

DE LA CANAL, ALICIA; VASALLO, BARTOLOME; DALURZO, LILIANA; PRECERUTTI, JUAN; SVETLIZA, GRACIELA; DUBRA, LILIANA; VIUDES, JOSE; RODRIGUEZ GIMENEZ, JOSE; KAHL, GLADYS
CABA / Argentina

Los tumores epiteliales benignos de pulmón son muy raros, se los clasifica en papilomas y adenomas. Con respecto a estos últimos, años atrás se incluían como adenomas, tumores que luego fueron reclasificados como tumores malignos siendo en general de bajo grado de agresividad: tumor carcinoide, carcinoma mucoepidermoide y carcinoma adenoidequístico. Los adenomas verdaderos son muy poco frecuentes y hay descriptos varios subtipos. Entre ellos el adenoma bronquial o adenoma de glándulas mucosas son lesiones nodulares de crecimiento exofítico en la luz de un bronquio segmentario o lobar, de igual frecuencia en ambos sexos y edad promedio 50 años. Se presenta un paciente de sexo masculino de 37 años de edad, no tabaquista, que en examen de rutina se halla en radiografía de tórax una opacidad redondeada en campo inferior derecho. En la TC de tórax se confirma la opacidad de contornos netos, de 2 cm de diámetro, en íntima relación con el bronquio y elementos vasculares, a los cuales desplaza. Antecedente de Rx de tórax previa sin alteraciones. La fibrobroncoscopia no mostró alteraciones endobronquiales. Se efectuó resección en cuña cuya anatomopatológica demostró la presencia de formaciones microquísticas de contenido mucoide revestidas por epitelio cúbico y algunas zonas cilíndrico cilado. El nódulo protruye y ocupa la luz de un bronquio de pared delgada. Buena evolución post operatoria.

Conclusión: Motiva la presentación de este caso la escasa incidencia de esta patología y las modificaciones en los últimos años de su clasificación.

15338 PO

TANGO: MODIFICACIONES CARDIORRESPIRATORIAS DURANTE EL BAILE.

OSSÉS, JUAN MANUEL; PEIDRO, ROBERTO; CANEVA, JORGE; BRION, GRACIELA; ANGELINO, ARNALDO
CABA / Argentina

Se han propuesto diferentes bailes para combatir el sedentarismo. No se hallaron investigaciones sobre cambios cardiorrespiratorios al bailar tango para inferir el tipo e intensidad de ejercicio que representa.

Objetivos: investigar el consumo de O₂ (VO₂), la ventilación minuto (VE) y la frecuencia cardiaca (FC) al bailar tango y milonga y los porcentajes que representan de los máximos en ergometría.

Material y Métodos: Se evaluaron el VO₂, la FC y la VE de 20 individuos sin cardiopatía durante una ergometría máxima y al bailar La Cumparsita y Quejas de bandoneon y La puñalada (milonga).

Resultados: Las medianas de VO₂ para los dos tangos y la milonga fueron de 12,3, 12 y 15,1 ml O₂/kg/min, respectivamente (46%, 42% y 55% del VO₂ pico). Las FC fueron 112, 108 y 118 latidos por minuto (68%, 69% y 77%). Las VE fueron 18, 20 y 25 L/min (26%, 30% y 36%). Con respecto al umbral ventilatorio, el VO₂ en el baile fue del 86%, 82% y 104% y la FC del 90%, 92% y 102%. No hubo diferencias entre los dos tangos. Al bailar milonga los valores fueron mayores. La correlación entre edad y porcentaje de VO₂ en el baile con respecto al máximo fue de 0,46 (p=0,18) para cada tema, respectivamente.

Conclusión: Bailar tango y milonga es un ejercicio de intensidad leve a moderada que se desarrolla a nivel de umbral ventilatorio o por debajo de él. El ejercicio al bailar tango es de

menor intensidad que al bailar milonga. A mayor edad, los porcentajes de FC, VO₂ y VE en el tango tendieron a ser mas elevados.

15351 PO

TUMORES DE CARINA A PROPÓSITO DE 2 CASOS

GONZALEZ, FABIAN; VAZQUEZ DE ARGIRO, NORA; FABIO, STELLA; NORMA, NAVAL; VIRGINIA, GIANFRANCISCO; MARQUEZ, OSVALDO; CATTANEO, JULIO
S.M. Tucumán / Argentina

Caso 1: Paciente de sexo masculino que consulta por disnea y sibilancias de más de 6 meses de evolución. Fue evaluado en múltiples ocasiones siendo tratado con distintos esquemas, hasta corticoides inhalados + broncodilatadores de acción prolongada, sin obtener buena respuesta clínica. Al examen paciente con buen estado general con escasa pérdida de peso, taquipleico, sibilantes en ambos campos pulmonares. Ante la sospecha de una obstrucción fija en la vía aérea superior se solicita tomografía computada; en la que se observa lesión de aspecto vegetante que infiltra carina y tercio distal de traquea con compromiso de los dos bronquios fuentes. Fibrobroncoscopia: se observa lesión vegetante de aspecto polipoideo que asienta sobre carina y se extiende comprometiendo casi la totalidad de la luz de los bronquios fuentes, se tomo muestra para biopsia, la que informo carcinoma adenocarcinoma quístico. Indicando radioterapia con buena respuesta.

Caso 2: Paciente de sexo masculino de 42 años de edad, jornalero, sin antecedentes de tabaquismo. Consulta por hemoptisis de 15 días de evolución. Con múltiple consultas previas por infección respiratorias bajas y hemoptisis. Tomografía computada; en la que se observa pérdida de volumen de lóbulo inferior izquierdo con opacidad heterogénea en su interior; en la topografía de la raíz del bronquio fuente izquierdo imagen ovoidea que compromete su permeabilidad. Fibrobroncoscopia: evidencia tumor vegetante sobre carina que cabalga sobre ambas vertientes. Biopsia muestra carcinoma mucoepidermoide.

15352 PO

ALTERACIONES DE LAS ESTRUCTURAS MEDIASTINALES EN UNA PACIENTE CON OSTEOPOROSIS

GONZALEZ, FABIAN; NORA, VAZQUEZ DE ARGIRO; FABIO, STELLA; MARQUEZ, OSVALDO; GIANFRANCISCO, VIRGINIA; NAVAL, NORMA
S.M. Tucumán / Argentina

Paciente de 67 años de sexo femenino no tabaquista, con pérdida de 20 cm de estatura en los últimos años 10 años. Con diagnóstico de osteoporosis presentando como unico antecedente ser post menopausica, y el uso de corticoides por problemas respiratorios. Al examen paciente postrada, desnutrición severa, con gran deformidad de la caja torácica por cifoescoliosis severa. Espirometría patología restrictiva severa. Tomografía computada evidencia alteración de las estructuras mediastinales por la cifoescoliosis.

15354 PO

NEUMONÍA LIPOÍDICA EN UNA PACIENTE CON TRASTORNOS DE LA ALIMENTACIÓN

MATTIUSSI, MERCEDES; RODRIGUEZ GIMENEZ, JOSE; DELATORRE, ESTEBAN; WAISMAN, GABRIEL

Sección de Neumonología, Servicio de Clínica Médica. Hospital Italiano de Buenos Aires.
CABA / Argentina

La neumonía lipoidica es una enfermedad rara, que se produce como consecuencia de la aspiración de lípidos exógenos. Una de las causas más frecuentes es la aspiración de aceites minerales utilizados como laxantes. Las complicaciones pulmonares

de la anorexia nerviosa son infrecuentes, aunque muchas conductas de estas pacientes predisponen a las mismas.

Objetivo: Describir una complicación pulmonar rara de la anorexia nerviosa, que requiere de alto índice de sospecha para su diagnóstico.

Presentación del caso: Paciente de 56 años con antecedentes de trastornos psiquiátricos, ex tabaquista, que consultó a este Hospital por síndrome de impregnación, tos productiva de meses de evolución y febrícula. Se realizó radiografía de tórax en que presentaba infiltrado pulmonar bilateral, a predominio del campo inferior izquierdo. Con diagnóstico presuntivo de neumonía, se inició tratamiento empírico con antibióticos. Debido a la persistencia de los síntomas, se decidió realizar un BAL, que resultó negativo para gérmenes comunes, BAAR, hongos y células neoplásicas. Durante el seguimiento de la paciente se realizó diagnóstico de trastornos de la alimentación: anorexia con conductas purgativas. Debido a la persistencia de los síntomas y de los infiltrados en la radiografía de tórax a pesar de los tratamientos instituidos se decidió realizar una biopsia pulmonar. Esta mostró neumonía necrotizante con abundante material de aspecto lipóidico, permitiendo realizar el diagnóstico de neumonía lipoidica.

Conclusión: Con el abuso de laxantes, frecuente en los pacientes con trastornos de la conducta alimentaria, la neumonía lipoidica es una complicación posible que requiere de un alto índice de sospecha para su diagnóstico.

15374 CO

ABLACIÓN POR RADIOFRECUENCIA EN TUMORES PULMONARES. FACTIBILIDAD, MORBILIDAD Y RESULTADOS INICIALES

SANCHEZ, CARLOS ; NOVELLO, HORACIO; DI BARTOLO, CARLOS GUSTAVO; DIBUR, EDUARDO
CABA / Argentina

Antecedentes: El tratamiento convencional para los pacientes no quirúrgicos con carcinoma pulmonar o con metástasis pulmonares consiste en radioterapia externa y/o quimioterapia sistémica. La ablación percutánea por radiofrecuencia (RF) es una técnica mínimamente invasiva capaz de producir importantes volúmenes de necrosis controlada, presentándose como una opción terapéutica viable.

Objetivos: evaluar factibilidad, morbilidad y resultados iniciales. *Material y Métodos:* Se trataron entre ene/2005 y jul/2006 25 pacientes (12 masc., 13 fem.). Tuvieron un carcinoma pulmonar no a pequeñas células 10 pacientes y 15 presentaban 33 metástasis de tumores de colon, recto, riñón, mama y melanomas. Solamente se practicó la ablación en lesiones periféricas, alejadas de estructuras vasculares y mediastinales, sin restricciones de tamaño y en número máximo de 3 por pulmón. La guía de imágenes fue la tomografía computada (TAC). Utilizamos un generador monopolar de RF de 250 w con control de temperatura de tejidos y posibilidad de ablacionar el tracto de salida. La aguja de RF es de tipo multirrayos, con apertura máxima de 7 cm de diámetro y termocuplas con microcanales de infusión. Se utilizaron protocolos de ablación concéntricos a 95° C con un margen de seguridad de 1 cm, y en los tumores mayores a 5 cm de diámetro se utilizó infusión con solución salina. La efectividad se constató en el postprocedimiento inmediato con la aparición de imágenes características y a través de una TAC con contraste IV a los 30 días y luego cada 90 días. Se consideró como favorable la estabilización o reducción del tamaño tumoral y la hipodensidad después del primer control tomográfico.

Resultados: en 23 pacientes se pudo realizar el tratamiento completo (factibilidad 92%), mostrando imágenes características de hipodensidad tumoral e hiperemia perilesional. El éxito técnico se obtuvo en el 100% de los casos tratados. Cuatro pacien-

tes presentaron complicaciones (16%), tres neumotórax y un hidroneumotórax, resueltos favorablemente. El postoperatorio fue bien tolerado y con dolor moderado de mayor intensidad en lesiones cercanas a la pleura. Las imágenes de control evolutivo fueron compatibles con necrosis y mostraron estabilización o reducción en 20 pacientes. Hubo tres enfermos (1 cáncer de pulmón, 2 mts. de cáncer de colon) con evolución lesional desfavorable (crecimiento o captación de contraste). Un paciente con evolución favorable de la lesión falleció por progresión en otros órganos (cerebro).

Conclusión: Puede concluirse que la ablación percutánea de tumores pulmonares mediante RF es una técnica factible y segura, con resultados iniciales promisorios, requiriendo un seguimiento más prolongado para obtener conclusiones definitivas.

15378 PO

NEUMOTORAX SECUNDARIO A BIOPSIA TRANSBRONQUIAL EN TRASPLANTE PULMONAR Y CARDIOPULMONAR

OSSES, JUAN MANUEL; AHUMADA, ROSALIA; WAGNER, GRACIELA; MAJO, RAUL; CANEVA, JORGE; BERTOLOTTI, ALEJANDRO; FAVALORO, ROBERTO
CABA / Argentina

Introducción: El rechazo celular agudo en pacientes con trasplante pulmonar (TxP) y cardiopulmonar (TxCP) es frecuente durante el primer año del mismo, con un espectro de manifestaciones clínicas muy amplio, desde cuadros de insuficiencia respiratoria hasta pacientes absolutamente asintomáticos. A fin de una adecuada vigilancia de los mismos, se aconseja la realización de fibrobroncoscopia (FBC), con biopsia transbronquial (BTB), considerada como el método de oro para el diagnóstico de rechazo agudo en forma programada. Las principales complicaciones de la FBC con BTB en estos pacientes son el neumotórax, sangrado e insuficiencia respiratorios.

Objetivos: evaluar la incidencia de neumotorax (NTX) secundario a BTB en una población de pacientes con trasplante cardiopulmonar y pulmonar.

Materiales y Métodos: se evaluaron 214 procedimientos fibrobroncoscopicos realizados en 52 pacientes con TxP y TxCP durante el período comprendido entre junio de 2004 y julio de 2006. Las etiologías de los pacientes trasplantados fueron las siguientes: enfisema 19; fibrosis 9; bronquiectasias 9; hipertensión pulmonar 8; silicosis 3; fibrosis quística 3, 1 con Sarcoidosis. Se incluyeron: 29 ptes con Tx UP; 15 Tx BP; 8 Tx CP. Las FBC fueron realizadas en quirófano con anestesia general, con monitoreo continuo y bajo control radioscópico en pacientes con sospecha clínica de rechazo y siguiendo un protocolo de vigilancia en pacientes asintomáticos a los 15, 30, 60, 90 y 180 días post trasplante y luego del primer año cada 12 meses. Se tomaron 3 muestras de BTB por cada lóbulo. El número total de biopsias fue de 2199.

Resultados: De los 214 procedimientos endoscópicos realizados en 52 pacientes trasplantados, en dos se produjo neumotórax: un procedimiento correspondió a un TxCP y el otro a un paciente con TxP (bipulmonar). La incidencia de neumotórax como complicación post BTB fue de 0.9%.

Conclusión: En nuestra experiencia la incidencia de neumotórax secundario a BTB múltiples en pacientes trasplantados fue baja.

15385 PO

TOXICIDAD PULMONAR POR AMIODARONA (APT). SERIE DE CASOS

GRANDVAL, S; CARDOZO, R; BELLOTTI, M; SCORZO, G
CABA / Argentina

La amiodarona (A) puede provocar toxicidad pulmonar en el 10% de los pacientes que la reciben. La mayoría por una dosis

> 200 mg/día usualmente 400 mg/d. Se describen 13 patrones de afectación pulmonar, entre los que podemos nombrar: distrés respiratorio, hemorragia alveolar, bronquiolitis obliterante, neumonitis intersticial, fibrosis, nódulos, daño alveolar difuso y derrame pleural. Puede ser rápidamente progresiva con distrés fatal, subaguda o crónica, y puede aparecer entre los 6 días y 60 meses del tratamiento. Motiva la presentación de estos 4 casos destacar su potencial severidad y formas de presentación.

Caso 1: Femenino, 80 años, Insuficiencia Suprarrenal Crónica, HTA, IAM, y FAARV por lo que 5 meses previos recibe carga de A 750 mg y luego 200 mg/d. Ingresa por disnea progresiva hasta CF IV y fiebre. RX y TC tórax: opacidades intersticiales bilaterales. Inicia ATB y diuréticos. Requiere ARM e inotrópicos. BAL: con patrón citológico anormal: polimorfos / histiocitos espumosos. Biopsia (BP): Neumonitis Intersticial por A. Recibe Metilprednisolona 1 gr/d por 3 días. Mala evolución, óbito.

Caso 2: Femenino, 79 años, con antecedentes de TBQ, HTA y FAARV tratada con A 200 mg/día. Ingresa por tos seca, disnea progresiva CF II a IV y fiebre. Por SDRa pasa a UTI. Rx de tórax: opacidades reticulonodulillares bilaterales. TC TX normal de 1 año atrás. EFR restricción severa. Se realiza biopsia: bronquiolitis obliterante, daño alveolar difuso. Se suspende A, y recibe 3 pulsos de 1 gr. de metilprednisolona, luego Prednisona 1 mgr./kg./día. Mejoría gasométrica y espirométrica.

Caso 3: Masculino, 38 años. Ingresa por Tos, disnea CF III, dolor torácico. Antecedentes: Miocardiopatía dilatada secundaria a miocarditis viral. Dextrocardia. HTP moderada. FA crónica tratada con A desde 2 meses antes. Se interpreta como ICC e inicia tratamiento sin mejoría clínica, persiste con opacidades alveolares con áreas de vidrio esmerilado bilaterales periféricas. EFR: Restricción Moderada. Se plantea APT y se suspende la droga. Inicia Glucocorticoides (GCC), sin mejoría radiológica. BP: Neumonitis Intersticial

Caso 4: Femenino, 83 años, EPOC leve, HTA, RT y Cirugía por Ca de mama 5 años previos, medicación habitual 200 Mg. / día de A por FA. Ingresa por disnea CF III-IV tos y expectoración. Se interpreta como EPOC reagudizado e ICC. Persiste con hipoxemia y TC que evidencia patrón de COP (ex BOOP), que se lo asocia a APT. Se suspende la droga y comienza con GCC. Mejoría espirométrica y radiológica.

Conclusión: Existen varias hipótesis sobre los diferentes mecanismos de injuria en la APT, su tratamiento principal consiste en el diagnóstico precoz y la suspensión de la droga. Considerar este diagnóstico en las patologías intersticiales, asociadas a drogas y optar por la amiodarona sólo cuando sea la droga de elección en la patología cardiovascular a la hora de la prescripción.

15394 PO

"IMÁGENES EN TUBERCULOSIS POSTPRIMARIA DEL TÓRAX EN ADULTOS INMUNOCOMPETENTES" RESIDENCIA DE NEUMONOLÓGIA. HTAL. E. TORNU. GCBA

DE SALVO, MC; REY, DR; GONZALEZ, JA; SAAB, MA; DERQUI, RE; VILAS, GM; BLANCO, KP; MARTINEZ, ML; SCAFATI, MR; BASILO VIGIL, H
CABA / Argentina

El objetivo del póster es ilustrar las distintas formas de presentación de la enfermedad por M. Tuberculosis en el tórax. Se seleccionaron pacientes adultos inmunocompetentes con diagnóstico de tuberculosis confirmada bacteriológicamente en el Hospital Gral. de Agudos Dr. E. Tornú en el bienio 2003-2005. Se escogieron los casos más representativos de las formas clínicas de esta enfermedad: cavitaria, neumonía tuberculosa, diseminación broncogena, miliar, pericarditis y

peripleuritis tuberculosa, pleuresía tuberculosa, endobronquial y tuberculoma.

Conclusión: Se presentan las diferentes formas de presentación de la tuberculosis torácica, con el propósito de tener en cuenta a esta enfermedad en el diagnóstico diferencial de las infecciones respiratorias. A pesar de su alta prevalencia y el avance en las técnicas de diagnóstico sigue siendo una patología de diagnóstico tardío.

15395 CO

VENTILACIÓN NO INVASIVA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA HIPOXÉMICA.

GOMEZ, OSCAR; TIRIBELLI, NORBERTO; VARELA, DANIEL; SANCHEZ, RICARDO; BONO, MARCELA; NORMANTAS, ERICA; GUAYMAS, MARIA; MARINO, ALBERTO; REVEL CHION, PABLO; SALA, EDUARDO
CABA / Argentina

Objetivo: Evaluar la implementación de Ventilación No Invasiva (VNI) en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica (IRAH) que requirieron terapia intensiva (UTI).

Material y Método: Se incluyeron pacientes consecutivos que ingresaron a UTI del Hospital Churrucá, desde Noviembre de 2005 hasta Junio de 2006, con diagnóstico de IRAH ($\text{PaO}_2 < 60$ mmHg). Se registraron prospectivamente datos de la población, etiología de la IRAH, éxito o fracaso (necesidad de intubación y conexión a ARM), tiempo hasta la falla (temprana o tardía); días de estadía en UTI, mortalidad y complicaciones. Se utilizaron ventiladores mecánicos microprocesados con interfaces oronasales. Se analizaron los datos totales y en subgrupos (éxitos vs fracasos). Los datos se expresan como mediana y rango. Para el análisis comparativo entre los grupos se utilizó el Test de Chi Cuadrado para las variables nominales y el Test de T para las variables continuas. Se considero significativa una $p < 0.05$.

Resultados: Ingresaron al estudio 33 pacientes (19 hombres y 14 mujeres) con edad de 62.4 años (29-84); APACHE II 18.9 (3-30); SAPS II 42.7 (25-68). Etiologías: EPOC ($n = 7$, 21%); neumonía ($n = 8$, 24%), edema agudo de pulmón ($n = 5$, 15%); posquirúrgico ($n = 5$, 15%) IPA ($n = 4$, 12%); enfermedad neuromuscular ($n = 3$, 9%) y postextubación ($n = 1$, 4%). La $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ al ingreso fue de 122 (68-280). Un 54% (18/33) de los pacientes tuvieron éxito. La duración de la VNI fue de 1.7 días (1-8), con una estadía en UTI de 10.8 días (1-55). La mortalidad fue del 39%. Un 27% (9/33) presentaron complicaciones (lesión cutánea 44%, sequedad bucal 22%, falla de interfase 55%). En el grupo de éxito la $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ al inicio fue de 123 (68-180), a las dos horas de VNI fue de 210 (110-476) ($p < 0.02$). La duración de la VNI fue de 2.1 días (1-8), con estadía en UTI de 6.3 días (1-22). La mortalidad fue del 11%, complicaciones 16%. Un 11% (2/18) requirieron VNI al alta. En el grupo de fracasos la $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ al inicio fue de 114 (80-166), a las dos horas fue de 147 (95-345) ($p < 0.02$). La duración de la VNI fue de 1.3 días (1-3), necesitaron ARM durante 14 días (2-54), con una estadía en UTI de 14.5 días (2-55), una mortalidad del 66% y complicaciones en un 44%. De los pacientes que fracasaron 12/15 se consideraron falla temprana (mortalidad 53%) y 3/15 falla tardía (mortalidad 66%). La mortalidad entre los grupos fue estadísticamente significativa ($p < 0.01$), así como los días de UTI ($p < 0.01$). No se encontraron diferencias entre otras variables.

Conclusión: Los pacientes con IRA hipoxémica mejoraron el intercambio gaseoso con la utilización de VNI, y los que respondieron al tratamiento tuvieron menor mortalidad y días de estadía en UTI.

15396 PO

"HALLAZGOS TOMOGRÁFICOS EN ENFERMEDADES DEL INTERSTICIO PULMONAR" RESIDENCIA DE NEUMONOLOGÍA. HTAL. E. TORNU, GCBA

GONZALEZ, J; REY, D; SCAFATI, M; SAAB, M; VILAS, G; DERQUI, R; BASILO VIGIL, H; BLANCO, K; MARTINEZ, M; DE SALVO, M
Buenos Aires / Argentina

La finalidad del póster es ilustrar los diferentes patrones de presentación tomográfica de las enfermedades del intersticio pulmonar.

Material y Métodos: En las enfermedades intersticiales se distinguen los siguientes patrones de compromiso pulmonar: septal; reticular; quístico; nodular; vidrio esmerilado; consolidación; parcheado; atenuación. Se seleccionaron las imágenes tomográficas más representativas de cada uno de ellos, en los pacientes tratados en el Servicio de Neumonología del Hospital Gral. de Agudos Dr. E. Tornú en el período 2003-2005. Se exponen los diagnósticos diferenciales de cada patrón tomográfico.

Conclusión: La tomografía computada de tórax con cortes de alta resolución es imprescindible en el diagnóstico de las enfermedades que afectan el intersticio pulmonar. Diferenciar los distintos patrones tomográficos aumentan las posibilidades de realizar un diagnóstico certero.

15397 CO

PROGRAMA DE CESACIÓN DE TABACO: LOGROS OBTENIDOS

MARTINEZ, B; DIRGAN, A; ALVAREZ, N; LAVAT, M; MORETTI, D
Buenos Aires / Argentina

Introducción: El tabaquismo es una enfermedad crónica adictiva multisistémica evitable con vulnerabilidad a la recidiva, por lo que es conveniente implementar un programa de tratamiento incluyendo una intervención intensiva combinada para lograr la mayor tasa de cesación de tabaco.

Objetivo: Implementar un Programa de Cesación de Tabaco y analizar los cambios obtenidos según etapa de Prochaska.

Material y Métodos: Durante el período enero 2005 a junio 2006 se captaron 200 pacientes fumadores que concurren: 1) al Servicio de Tisioneumonología del Hospital Cura, 2) a los Talleres de Terapia Grupal convocados a través de los medios de difusión (radio, diario y televisión) con la intervención de Nutricionista, Asistente Social, Psicóloga, Clínicos, Cardiólogo Deportólogo, Neumólogo y Ex tabaquistas. Los talleres se realizaban una vez al mes, los concurrentes respondían una encuesta con los datos de status de fumador, se les entregaba material informativo por escrito y se fijaba fecha de entrevista personalizada. Se confeccionó una ficha de registro y seguimiento determinando el status del fumador: edad, sexo, paq/año, etapa de Prochaska inicial y final, Test de Fageström, Test de Richmond, actividad física inicial y final, concurrencia a talleres, abandonos previos, terapia farmacológica. Se implementó un Plan de Seguimiento Personalizado con una intervención continua y sostenida presencial o telefónica.

Resultados: Se incluyeron 200 pacientes fumadores, 96 mujeres (48%) y 104 varones (52%); el 77.3% correspondió al grupo de más de 40 años con un límite inferior de 15 y uno superior de 72; el grado de tabaquismo fue severo en 150 (75%), moderado en 37 (18.5%) y leve en 13 (6.5%); el T. Fageström alto en 129 (64.5%), moderado en 46 (23%) y bajo en 25 (12.5%); el T. Richmond alto en 100 (50%), moderado en 77 (38.5%) y bajo en 23 (11.5%); etapa de Prochaska inicial Precontemplativa 90 (45%), Contemplativa 84 (42%), Preparación 24 (12%), Acción 2 (1%); etapa de Prochaska Actual Precontemplativa 13 (6.5%), Contemplativa 31 (15.5%), Preparación 83 (41.5%), Acción 60

(30%) y Mantenimiento 13 (6.5%); 52 pacientes (26 %) realizaban actividad física al inicio del programa y 84 (42%) realizaban al final. Concurrieron a los talleres 61 pacientes (30.5%), abandonos previos en 80 (40%), 71(35.5%) realizaron tratamiento farmacológico, fueron captados por consultorio 162 pacientes (81 %), derivados 2 (1%) y por taller 36 (18%).

Conclusión: La implementación de un Programa de Cesación de Tabaco con una intervención intensiva combinando diferentes estrategias realizado por un grupo multidisciplinario nos permitió lograr cambios en las etapas según Prochaska con un 30% que llegaron a la etapa de acción y 6,5% en mantenimiento; con la combinación de terapia farmacológica solo en el 35% y mayor adhesión a la actividad física. Se destaca la intervención psicosocial implementada en los talleres.

15398 PO

COMPLICACIONES RESPIRATORIAS EN TRASPLANTE DE MÉDULA OSEA: NUESTRA EXPERIENCIA.- UNIDAD DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS Y SERVICIO DE ONCOHEMATOLOGÍA - HOSPITAL PRIVADO - CÓRDOBA

BLUA, A; VALLONE, T; CASAS, JP; PEREZ, J; LOPEZ, AM; BASQUEIRA, A; PUIG, J; GARCIA, JJ

Córdoba / Argentina

Las complicaciones respiratorias (CR) en pacientes (ptes) con Trasplante de Médula Osea (TMO) se presentan con una frecuencia del 40 a 60% y constituyen la principal causa de muerte. El diagnóstico precoz y su tratamiento adecuado determinará la evolución y pronóstico. Presentamos nuestra experiencia en un grupo de 150 ptes con TMO.

Objetivos: 1.Determinar incidencia, tipo, presentación y factores de riesgo asociados a CR. 2.Determinar el diagnóstico etiológico y mortalidad de las CR.

Material y Métodos: Análisis retrospectivo de ptes con TMO entre 1998 y 2004. Se consideró como CR precoz y como tardía a la aparecida antes y después de los 100 días posteriores al TMO. Se calificó como neutropenia un número de leucocitos menor a 1000 /mm³.

Resultados: Se evaluaron 150 ptes: 55% varones, 45% mujeres. Edad promedio 30,3 ± 18 años (24% pediátricos). La fuente para el trasplante fue MO 79%, cordón 2%, stem cells periféricas 11% y mixta 4%. TMO autólogos 51%, alogénico relacionado 41% y no relacionado 7%. El 59% de los ptes tuvo espirometría previa al TMO: normal 69% y anormal 31%. Hubo 57 CR en 40 ptes (27%). El 23% tuvo 2 o más CR. La presentación fue precóz 53%, y tardía 48%. Manifestaciones clínicas: fiebre 75%, tos 59%, disnea 57%, expectoración 39%, hemoptisis 12 % y dolor torácico 11%. Hipoxemia severa en 36% y neutropenia en 23%. Manifestaciones radiológicas: infiltrado intersticio-alveolar 68%, nodulillar 16% y consolidación 11%; unilateral 62% y bilateral 38%; derrame pleural en 11%. El diagnóstico etiológico fue confirmado en el 47%, por hemocultivo 37%, broncoscopia 41%, angiografía pulmonar 8%, esputo 4% y otros 10%. Las CR fueron infecciosas en el 78% y no infecciosas en el 39%. Todos recibieron tratamiento según protocolo y luego adecuado al diagnóstico. La mortalidad de las CR fue del 30%. La frecuencia y la mortalidad de las CR fue mayor en TMO alogénico no relacionado, presentación precoz, neutropenia, espirometría previa anormal. Los ptes de sexo masculino y los pediátricos, presentaron menor número de CR pero mayor mortalidad.

Conclusión: 1- La incidencia de CR en TMO fue del 27 %, siendo significativamente mayores las de causa infecciosa. La presentación más común fue fiebre, tos, disnea e infiltrados pulmonares intersticio-alveolares. Fueron factores de riesgo: sexo femenino, trasplante alogénico no relacionado, presentación precoz, neutropenia y espirometría anormal previa al trasplante. 2- El diagnóstico etiológico se confirmó en 47%. La mortali-

dad de las CR fue del 30% y se asoció a sexo maculino, población pediátrica, trasplante alogénico no relacionado, presentación precoz, neutropenia y espirometría anormal previa al trasplante.

15404 PO

MALFORMACION ARTERIOVENOSA PULMONAR

BERDUC, ALAN DANIEL; VOZZI, JUAN MARTIN; OTERO, WALTER GUSTAVO; MRAD, DIEGO MARTIN
CABA / Argentina

Las malformaciones arteriovenosas pulmonares (MAVP) son comunicaciones anormales entre las arterias y las venas pulmonares. Las MAVP están caracterizadas por cortocircuitos de derecha a izquierda de grado variable y el efecto de estas comunicaciones depende del tamaño de los vasos involucrados. Las MAV pueden ser congénitas (mas del 80% son asociadas con el síndrome de Rendu Ossler- Webber o secundario a trauma, cirrosis, carcinoma, infecciones). Presentamos el caso de una mujer de 54 años que se presentó con tos y dolor torácico. La paciente presentaba como antecedente 2 episodios de epistaxis, el examen físico fué negativo. La radiografía de tórax mostraba una lesión nodular en el lóbulo inferior derecho. Se indicó antibioterapia. Los gases en sangre demostraron la presencia de hipoxemia (ph 7.46, pco2 31, po2 64) La TAC y Angiografía mostraron una masa pulmonar (34 x 29) en el lóbulo inferior derecho (segmento basal posterior RB10) con conexión de vasos aferentes y eferentes. El paciente se realizo una angiografía pulmonar que confirmo el diagnostico de MAV. (Conexión directa entre la arteria interlobar descendente derecha y la vena derecha que confluían drenando en la aurícula derecha) Ella fue tratada con embolización sin complicaciones. Ella comenzó con anticoagulación oral y fue dada de alta. En su seguimiento al alta mostró resolución de los síntomas e incremento de la PO₂. (PaO₂ 97 mmHg, PaCO₂ 32 mmHg, Ph 7,47). La paciente se encuentra en seguimiento sin complicaciones luego de 9 meses del diagnóstico.

Conclusión: El diagnóstico de las MAVPs se puede realizar con técnicas de imagen como la radiografía simple, la TAC con contraste intravenoso y la arteriografía pulmonar que es la técnica de elección pues da la certeza diagnóstica y permite ver la localización, número y la angioarquitectura de las MAVP, orientando sobre el mejor tratamiento a realizar. El objetivo del tratamiento de las fistulas arteriovenosas es disminuir la sintomatología asociada y prevenir la aparición de complicaciones por lo que se decidió la embolización que es menos invasiva que la cirugía y se puede repetir con facilidad si la enfermedad progresa. La cirugía resectiva puede ser necesaria cuando la anatomía de la MAVP y sus vasos aferentes impiden la completa embolización, así como en centros donde no existe experiencia en realizar embolizaciones.

15407 PO

REACCIONES ADVERSAS SEVERAS DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA DE BUENOS AIRES. HOSPITAL MUÑIZ. BUENOS AIRES, ARGENTINA

MUSELLA, ROSA M ; CASTAGNINO, JORGE P; BALDINI, MATIAS; ALVES, LEANDRO; ABBATE, EDUARDO
CABA / Argentina

Objetivos: Determinar la frecuencia y tipos de reacciones adversas severas (RAS) a las drogas de primera línea y la/s droga/s probablemente responsables.

Diseño: estudio de cohorte observacional prospectivo.

Material y Métodos: En un período de dos años se incluyeron los pacientes que iniciaron tratamiento antiTB con isoniacida

(H), rifampicina (R), pirazinamida (Z) y etambutol (E) o estreptomina (S) internados en un hospital de referencia de enfermedades infecciosas. RAS: fueron aquellas que requirieron la suspensión de una o más drogas. Evaluación de RAS: cuestionario dirigido, examen físico, exámenes de laboratorio y hepatogramas mensuales, y cuando fueron necesarios. Asimismo se realizaron exámenes audiométricos y oftalmológicos. Tiempo mínimo de seguimiento: 60 días.

Resultados: 662 pacientes iniciaron el tratamiento. Completaron el seguimiento 589. Sexo masculino 353 (60%). Edad media: 32 (18-83). HIV positivos 6,8%. Presentaron RAS 63 pacientes 10,7%, (CI 95%, 9,1-12,8). Total de eventos: 76: hepatitis 45, reacciones cutáneas 21, trastornos gastrointestinales 4, polineuritis 3, hipoacusia 2 y artralgias severas 1. Dos pacientes fallecieron. Ambos realizaron hepatitis; uno de ellos con insuficiencia hepática y su muerte estuvo relacionada con RAS. 60,5% eran del sexo masculino, edad media 37,4 (19-80). Todos tenían hepatograma normal antes de iniciar el tratamiento. 8 eran alcoholistas, 4 HIV/SIDA, uno, además tenía serología positiva para hepatitis B y C positivas, 1 era adicto a drogas inhaladas, y 1 era diabético. En este último se comprobó luego TBMR. Se pudo establecer la probable causa en 43 eventos: Z: 18 hepatitis, toxidermia 3 y 1 artralgias severas. H: 4 hepatitis, 2 toxidermia y 3 polineuritis. R: 3 hepatitis, 1 trastorno gastrointestinal y 3 púrpura trombocitopénica. E: 3 toxidermias. S: 2 hipoacusias. El promedio de días de estada de los pacientes con RAS fue 88, significativamente mayor que los que no presentaron RAS, 60, $p < 0,05$.

Conclusión: La frecuencia de RAS a las drogas antiTB de primera línea en pacientes internados fue 10,7% (CI 95%, 9,1-12,8). Esta proporción fue estadísticamente mayor que en estudios anteriores. Las más comunes fueron hepatitis y reacciones cutáneas. Un paciente falleció por hepatitis e insuficiencia hepática. Z fue la que más frecuentemente produjo RAS, 22 de 43 eventos (51%), especialmente hepatitis. 22% tenían comorbilidades. El promedio de días de estada de los pacientes con RAS fue significativamente mayor. RAS produjeron interrupción, cambios y prolongación del tratamiento. Se destaca la necesidad de continuar activamente con la farmacovigilancia por las frecuentes RAS que se presentan durante el tratamiento de TB.

15410 PO

HIPERTENSION PULMONAR

GAITAN, CRISTINA; MORALES, ROSANA; VARVARA, NATALIA; SOSSO, ADRIANA; CALABRESE, CARINA
CABA / Argentina

Introducción: Se define hipertensión pulmonar a la existencia de presión media en la arteria pulmonar mayor a 25 mmHg en reposo o 30 mmHg en ejercicio. Para arribar al diagnóstico de hipertensión pulmonar primaria (HPP) debemos excluir una serie de causas secundarias y condiciones asociadas.

Objetivos: 1) Presentar la casuística del servicio. 2) Destacar el caso de uno de los pacientes con evolución atípica de la enfermedad.

Material y Métodos: Se reportan 6 pacientes, 3 de sexo femenino y 3 masculino, con edad promedio de 45 años, que consultaron al servicio de Neumotisiología del Htal. Pte. Perón en el período comprendido entre el 1/7/05 y el 1/7/06. A todos se les realizó historia clínica protocolizada, Rx. y TAC de Torax, ecocardiograma, espirometría con curva F/Q, Test de marcha de los 6 m., rutina de laboratorio con serología para HIV, hepatitis y colagenograma. A 3 de ellos también se les efectuó celtello V/Q, cateterismo cardíaco y Test de vaso reactividad.

Resultados: A 5 de los pacientes le diagnosticamos la enfermedad durante el período del presente trabajo y al restante lo habíamos hecho 21 años antes. Durante este lapso permaneció sin atención ni tratamiento alguno y al evaluarlo presentaba obstrucción severa en las pruebas funcionales, la TAC sin patología pulmonar específica que justificara la aparición temprana de la enfermedad y se descartó la presencia de trombos. El ecocardiograma con dilatación moderada de cavidades derechas, las serologías fueron negativas y no pudo demostrarse shunt por cateterismo. El resto de los pacientes también tenían Rx. patológicas, a expensas del agrandamiento hilar y del índice cardiotorácico. El funcionalismo pulmonar fue normal en 2 pacientes, 2 registraban patrón compatible con restricción moderada y 1 obstructivo moderado. El ecocardiograma mostró dilatación moderada en cavidades derechas en 3 pacientes y leve en 2. La presión de la arteria pulmonar osciló entre 46 y 88 mm.Hg en los 6 pacientes. La etiología resultó ser: 2 secundaria a HIV; 2 por shunt sistémico-pulmonar congénito; 1 por enfermedad mitral y queda sin especificar aún la causa del paciente problema.

Conclusión: En la mayoría de nuestros pacientes pudimos comprobar la enfermedad y descartar la etiología primaria. Creemos interesante el caso que denominamos problema dado que, a pesar de seguir una metodología diagnóstica adecuada, no podemos aún identificar la causa que la ocasiona. Llama poderosamente la atención que, a pesar de la disnea y la limitación funcional mencionada, el paciente continúa realizando una vida relativamente normal desde los 17 años.

15412 PO

EVALUACIÓN DEL ABANDONO DEL TRATAMIENTO DE TUBERCULOSIS EN PACIENTES AMBULATORIOS DE UN HOSPITAL GENERAL DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES RESIDENCIA DE NEUMONOLOGÍA. HOSPITAL DR. E. TORNÚ. CABA.

DE SALVO, MC; REY, D; SAAB, MA; SCAFATI, MR; VILAS, GM; DERQUI, RE
CABA / Argentina

La Tuberculosis (TBC) actualmente declarada como una emergencia mundial, enfrenta un obstáculo muy importante para su control, el abandono, lo que implica graves consecuencias para el paciente y la sociedad. **Objetivos:** establecer en una cohorte de pacientes que recibieron tratamiento autoadministrado para TBC en el hospital Dr. E. Tornú de la Ciudad de Buenos Aires, el nivel de abandono y describir las características demográficas y cualitativas del mismo. **Material y métodos:** análisis descriptivo y retrospectivo de las historias de pacientes que iniciaron tratamiento para TBC entre el 1-1-03 y el 1-12-04. Se analizaron las variables: sexo, edad, nacionalidad, domicilio, localización de la enfermedad y bacteriología, tratamientos previos, fecha de inicio y fecha de finalización o abandono del tratamiento. **Resultados:** de un total de 327 tratamientos hubo 113 abandonos, que corresponde a una tasa del 34,5%. La edad media hallada en este grupo fue de 37 años (DS 14) y una relación hombre:mujer de 6,1: 4,3. Un 74% (n=77) eran de nacionalidad argentina. La proporción de pacientes con domicilio en la Provincia de Buenos Aires fue del 54,8% (n=57). La forma de tuberculosis predominante fue la pulmonar (78,8%, n=82), y se observó un total de 39 pacientes con baciloscopia de esputo positiva (27,5%). Se observó que la distribución de los pacientes respecto al momento en que abandonan en una curva bimodal, con dos picos de frecuencia, uno inicial en el primer mes y un segundo pico en el cuarto mes. El promedio de días de tratamiento en los abandonos fue de 69 (DS 52).

Conclusión: Se encontró un alto nivel de abandono, posiblemente relacionado a múltiples factores interrelacionados. Se trazan lineamientos para futuras investigaciones.

15417 CO

CULTIVO ASPIRADO TRAQUEAL (AT) EN EL SEGUIMIENTO DE PACIENTES CON NEUMONÍA ASOCIADA AL VENTILADOR (NAV).

MUÑOZ, JUDITH; SOSA, ARIEL; LOPEZ PERNAS, CRISTIAN; CARDOZO, ROCIO; SARQUIS, SERGIO; GLENDA, GUZMAN; CAPDEVILA, ABELARDO; IRRAZABAL, CELICA; FAMIGLIETTI, ANGELA; VAY, CARLOS A; LUNA, CARLOS M
CABA / Argentina

Objetivo: Determinar la utilidad de cultivos de AT luego de la aparición de una NAV.

Material y Método: se estudió a mayores de 18 años, intubados por 48 hs o más, excluyendo enfermos de SIDA, neutropénicos ($< 500/\text{mm}^3$) y moribundos, con diagnóstico clínico de NAV. Para la confirmación bacteriológica se usó el lavado broncoalveolar (LBA) positivo = 10 (4) unidades formadoras de colonia (ufc)/ml de algún patógeno. A partir de la NAV se cultivó el AT 2 veces por semana, se tuvieron en cuenta los positivos = 10 (6) ufc/ml.

Resultados: en 9 meses se evaluó a 36 probables NAV con LBA inicial y por lo menos 1 AT de seguimiento (22 LBA + y 14 LBA -). Al menos un patógeno presente en el LBA se aisló en 19 de 22 ATs los días 1-4 luego de la NAR.; en 8 de 18 entre los días 5 y 8, en 2 de 13 entre los días 9 y 12 y en 1 de 8 entre los días 13 y 16 ($p < 0.001$). El AT de seguimiento detectó gérmenes que no estaban presentes el LBA de inicio de la NAV, además aparecieron gérmenes nuevos en casos con LBA negativo. En 13 casos en los cuales se contó con un AT simultáneo al LBA inicial y al menos ATs al seg 1 y al seg 2 pudo apreciarse el efecto durante el tratamiento. Así los 7 aislamientos de *P. aeruginosa* permanecían positivos al seg 1 y solo 2 se habían negativizado al seg 2. *A. baumannii* y los bacilos aerobios Gram-negativos (BAGN) tuvieron un comportamiento similar, mientras que los 7 *S. aureus* y los 2 *H. influenzae* aislados se negativizaron al seg 1. Además se aislaron nuevos agentes que no estaban presentes en el AT inicial, siendo característicos los aislamientos de *A. baumannii* y *S. aureus* al seg 1 y *P. aeruginosa* y BAGN al seg 2, independientemente de una buena evolución clínica.

Conclusión: cultivos del AT durante el seguimiento en pacientes con NAV confirmada por cultivo del LBA mejoran en forma significativa con tratamiento antibiótico, pero muestran diferente velocidad de desaparición de los patógenos independiente de la adecuación del tratamiento. La persistencia de los patógenos o la aparición de nuevos agentes indica habitualmente colonización y no infección persistente o cambio de agente microbiano, si bien estos colonizantes pueden ser los patógenos de una futura reinfeksi3n.

15418 CO

UTILIDAD DE UN CUESTIONARIO CLÍNICO EN LA PREDICCIÓN DEL SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS DEL SUEÑO

SMURRA, MARCELA; LEROSE, CLAUDIA; KHOURY, MARINA; NIGRO, CARLOS
CABA / Argentina

Objetivo: Identificar las variables clínicas que predicen en nuestro medio el Síndrome de Apnea-Hipopnea del Sueño del Adulto (SAHS).

Material y Método: Se evaluaron los cuestionarios autoadministrados de 312 pacientes seleccionados en forma consecutiva en dos centros, a los que posteriormente se estudió con polisomnografía. Se usó el cuestionario desarrollado por la Sección Sueño de la AAMR en el año 2001.

Resultados: El modelo predictivo de SAHS, para un índice apnea-hipopnea mayor o igual a 5 (IAH ≥ 5) logrado por regresión logística múltiple con significación estadística ($p < 0,05$), estuvo integrado por: a) Sexo masculino (OR:4,4 IC95% 2,2-8,7); b) Hipertensión arterial (HTA) (OR:2,5 IC 95% 1,2-5,1);

c) Índice de masa corporal (IMC) $>26 \text{ kg/m}^2$ (OR:3,7 IC95% 1,7-8,1) y d) ronquido todas las noches (OR:18 IC95% 3,7-91). La probabilidad de SAHS cuando todas las variables estuvieron presentes fue del 95%. Las variables que no tuvieron valor predictivo para la identificación de SAHS fueron la edad, la escala de somnolencia de Epworth y la presencia de apneas referidas por terceros.

Conclusión: El modelo desarrollado a partir del cuestionario permitiría una orientación diagn3stica para el médico generalista y la toma de decisi3n del especialista para la realizaci3n de los estudios con menor costo y lista de espera para el tratamiento del SAHS.

15422 PO

MONITOREO DEL SOPORTE NUTRICIONAL EN PACIENTES EN REHABILITACION RESPIRATORIA

LORENZO, JESSICA EVA; PEDACE, PRISCILA; ARGAL, LUCRECIA; PUJOL, MARIANA; OTERO, CARLA; SUAREZ, ADRIAN; LIBERE, GUILLERMO; DE VITO, EDUARDO
CABA / Argentina

Introducci3n: En rehabilitaci3n, la adecuada administraci3n del soporte nutricional es fundamental. Lo indicado y lo recibido por el paciente no debe diferir. Con este objetivo desarrollamos un sistema de preparaci3n, administraci3n y control de las alimentaciones enterales.

Objetivos: 1- Determinar si existen diferencias cal3rico-proteicas entre la indicaci3n de alimentaci3n enteral y lo realmente administrado. 2- Analizar las causas de suspensi3n.

Materiales y M3todos: Estudio observacional prospectivo: Se siguieron durante 31 d3as todos los pacientes que requirieron alimentaci3n enteral ($n=26$). La unidad de nutrici3n est3 a cargo de una Lic. en Nutrici3n y cuenta con dos preparadores/administradores de las alimentaciones enterales diurnas. Enfermer3a se encarg3 de la administraci3n nocturna de preparados especiales por gastrostom3as. Cada preparador/administrador registr3 la velocidad y el volumen administrado para cada preparado diurno y relev3, de reportes de enfermer3a, lo sucedido con alimentaciones nocturnas. Para contrastar las variables, se tomaron los requerimientos cal3rico-proteicos calculados, y fueron comparadas con lo relevado.

Resultados: Los pacientes que requirieron soporte representan el 50.9% de los internados en la instituci3n. De los 26 pacientes, 3 recibieron alimentaci3n por v3a oral y, entre los 7 y 14 primeros d3as del estudio, cubrieron sus requerimientos por esa v3a; por ello el soporte fue retirado, no completando 31 d3as del estudio. La cantidad media de calor3as administradas fue 1834 (DS: 463.1). En prote3nas la media se encontr3 en 96.3 gr. / d3a (DS: 5.7). Se encontr3 que el 84.7% ($n=22$) de los individuos, recib3 entre el 90 -100% del requerimiento cal3rico-proteico indicado. Un 15.3% ($n=4$) de los casos recib3 entre el 70-89% de lo indicado. EL 48 % de las suspensiones se registraron en el turno noche; 30.4 % en la mañana y 21.6% durante la tarde. Causas de suspensi3n: No justificada 44%; V3mitos/N3useas/reflujo 11,8%; Diarrea o aumento tr3nsito 10,8%; Estudio 7,8%; Residuo g3strico alto 7,8%; Dolor/Malestar/distensi3n 3,9%; Higiene del paciente 3,9%; Disminuci3n de velocidad 2,9%; Negaci3n del paciente 2 %; Superposici3n actividades 2%; Paciente ausente 1%; V3a de acceso 1%; Olvido 1%. Analizando las causas encontradas el 20.6 % pudo evitarse con una mejor coordinaci3n de tareas.

Conclusi3n: Se ha encontrado un alto porcentaje de pacientes que reciben soporte adecuadamente (Al menos el 70% de lo indicado). Esto podr3a deberse al sistema desarrollado en la instituci3n y a la presencia de personal espec3fico para la tarea de preparaci3n y administraci3n, ya que la mayor parte de las suspensiones se encontraron en la franja horaria donde este personal est3 ausente.

15427 CO**POLIMORFISMO GENÉTICO EN NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) SU RELACIÓN CON EL PRONÓSTICO Y LA SUSCEPTIBILIDAD PARA DESARROLLAR COMPLICACIONES**

GIMENEZ, MARCELA; ORTIZ PONCE, MARCELO; BALSEBRE, CLAUDIA; WATERER, GRANT; LUNA, CARLOS M
CABA / Argentina

Antecedentes: es conocido que factores genéticos influyen tanto la susceptibilidad para desarrollar neumonía como su pronóstico y evolución.

Objetivos: explorar el significado de la variante de alelos codificando componentes de la respuesta inflamatoria y el sistema de reconocimiento microbiano para entender su importancia clínica a través del desarrollo de complicaciones y muerte en pacientes con NAC.

Métodos: estudio prospectivo. Se comparó una cohorte de adultos con NAC grave diagnosticada clínicamente usando criterios predefinidos (Luna CM et al. Chest 2000; 118:1344), con un grupo de individuos sanos. Se aisló el ADN de la sangre total y se tipificó el polimorfismo usando una plataforma ABI 7900.

Resultados: se obtuvo información del genotipo y fenotipo de 139 casos de NAC (edad $75,7 \pm 14,1$ años; 47,5% mujeres); y 205 controles ($40,1 \pm 11,7$ años; 26,5% mujeres), todos de ancestro caucásico. El 43,9% de los casos se internó en la unidad de Terapia Intensiva (UTI), 30,2% tuvo shock séptico y 30,9% requirió ventilación mecánica. La mortalidad en el Hospital fue 41,7%. Comparando casos con controles y ajustando corrección de Bonferroni para pruebas múltiples, los genes candidato inhibidor de la activación del plasminógeno -1 4G/5G, molécula de adhesión intracelular (ICAM)-1 Lys469Glu y factor de Von Willebrand (VWF) Q852R no mostraron diferencias, mientras que los factor VII G353A, ICAM -1 Lys56Met, glicoproteína IIIa, VWF Ala381Thr, VWF Thr789Ala, receptor de la proteína C Ser219Gly y receptor de la proteína C intrínico C/T fueron estadísticamente diferentes para una $p < 0.001$. Todos los polimorfismos mantuvieron el equilibrio de Hardy-Weinber y no se apreció desequilibrio de escalonamiento estadístico entre los polimorfismos estudiados.

Conclusión: los pacientes con NAC se caracterizaron por la portación de varios polimorfismos con una frecuencia significativamente mayor que en la población sana de la misma comunidad en Buenos Aires.

15433 PO**ADMINISTRACIÓN DE C-PAP EN PROGRAMAS DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA EN UN PACIENTE CON SEVERA DESATURACIÓN CON EL EJERCICIO**

SALVADO, ALEJANDRO; SOTO, E; SILLS, NORA
CABA / Argentina

El síndrome de Zievert Kartagener se caracteriza por la presencia de Situs inversus, bronquiectasias y sinusopatía crónica. Se presenta una paciente de 61 años de edad, sexo femenino con dicho diagnóstico desde julio de 2000, presenta además el antecedente de una cirugía de resección pulmonar (lobectomía) hace 15 años por bronquiectasias infectadas. Con requerimiento de O_2 permanente hace 2 años. La paciente es derivada al servicio de Rehabilitación respiratoria (RR) por severa disnea al esfuerzo. FEV1 post B2 620 ml (22%) FVC 1.22 (32%), saturación basal 90% en reposo con cánula, 4 L por mochila. BMI 25.5. Se intenta rehabilitación en treadmill y bicicleta, mostrando una severa caída de la saturación al primer minuto (77%), requiriendo flujos de oxígeno entre 8 y 10 litros por máscara, con intolerancia de la misma. Comenzó un programa de ejercicios de MMII y MMSS, dieta, y el agregado de C-PAP

durante el esfuerzo. Al cabo de 8 sesiones, la paciente realiza 20 min. en bicicleta con cargas interválidas de 40-20 watts, y caminatas en el treadmill a 4 Km/h de velocidad por el mismo intervalo de tiempo, por sesión. Utilizaba C-PAP 5 cm de agua de presión positiva con un flujo de 5 L/min. Llegando a saturar 96% en el esfuerzo. Pocos estudios controlados evalúan el agregado de C-PAP en la RR, pudiendo ser útil durante el reposo nocturno, con "descanso" de los músculos respiratorios, mejorando de ese modo la performance diurna. Otro grupo de pacientes, durante la RR (como en nuestro caso) mejora mediante el uso de presión positiva continua y O_2 , durante el ejercicio, prolongando la duración del mismo por sesión. *Conclusión:* Creemos que el agregado de C-PAP durante las sesiones de rehabilitación (tal como lo muestra la literatura) es una herramienta extremadamente útil en aquellos pacientes que requieran alto flujo de O_2 .

15434 PO**EVOLUCIÓN NUTRICIONAL EN UN PROGRAMA DE REHABILITACIÓN RESPIRATORIA**

SALVADO, ALEJANDRO; FORBES, CATALINA
CABA / Argentina

Se evaluaron en forma retrospectiva 13 pacientes (12 masculinos y 1 femenino), con diagnósticos de patología respiratoria (Epic 11, bronquiectasias 1, Asma crónica persistente 1) y sobrepeso BMI mayor de 25. Los pacientes fueron pesados con una balanza de Bioimpedancia (TANITA), que calculó el porcentaje de masa grasa. Se descartaron pacientes con peso mayor a 150 kg. y aquellos portadores de marcapasos. Todas las mediciones se realizaban: descalzos, con el paciente en ayunas, vejiga vacía y sin el uso de diuréticos (si el paciente los utilizaba) ni la ingesta de café, te o mate, ni actividad física 12 hs previas. Todos los pacientes comenzaron un régimen personalizado de comidas, adecuado al tipo de actividad que realizaban. Una nutricionista los controló cada 15 días. Los pacientes fueron seguidos por un lapso de 21 meses, y por 3 meses continuaron la dieta; pero no la rehabilitación respiratoria a modo de evaluar la incidencia de ésta en la evolución de los pacientes. Los resultados fueron los siguientes: El promedio de descenso de peso fue de 3.21%, sin embargo el porcentaje de masa grasa descendió casi el 5% (4.57%) lo que revela que la medición únicamente de los parámetros de peso y talla (BMI), pueden no reflejar la mejoría de la masa muscular. Entre los días 350 y 470 no hubo actividad de Rehabilitación.

Conclusiones: Creemos que la practica de ejercicios aeróbicos en este tipo de pacientes más el agregado de una dieta personalizada puede disminuir el porcentaje de masa grasa, más que la dieta solamente. Es de destacar que el porcentaje de disminución de la masa grasa no tiene una correlación lineal con la disminución BMI, esto refleja de alguna manera un aumento de la masa muscular.

15436 PO**LINFANGITIS CARCINOMATOSA ASOCIADA A CARCINOMA DE TIROIDES: PRESENTACIÓN COMO ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL DIFUSA**

FRANCOS, JOSE LUIS; FULGENZI, AUGUSTO; SANTUCHO, EDUARDO; BOGADO, ANDRES; SCHTIRBU, RICARDO; GULOTTA, HECTOR
CABA / Argentina

Introducción: la diseminación intrapulmonar de una neoplasia metastásica a través de los linfáticos y del tejido conectivo contiguo es frecuente para tumores primarios de mama, estómago, páncreas y próstata. En diferentes series se observó la presencia de metástasis pulmonares en menos del 10% de cáncer de tiroides bien diferenciado (papilares: 67%, foliculares 22%).

Objetivo: reconocer al carcinoma tiroideo como foco de origen de metástasis pulmonares, pasando a veces inadvertido clínicamente, con un patrón de presentación clínico-radiológico simulando una tuberculosis.

Caso clínico: paciente de 24 años de edad, sexo femenino, oriunda de Encarnación (Paraguay), trabajadora rural (cosecha de algodón), donde residió hasta hace 3 meses mudándose a la Argentina por razones familiares. Presenta como antecedentes patológicos retraso madurativo neurológico desde la infancia, neumopatía hace aproximadamente un año por la que estuvo internada durante 15 días, habiendo recibido tratamiento antifímico que fue suspendido luego de 3 meses por cultivos persistentes negativos para BAAR. Es traída por su familia para evaluación clínica, refiriendo tos persistente de 1 año de evolución, disnea grado 2 y fiebre desde aproximadamente 1 mes, a los que se agregan: astenia, adinamia, y pérdida de peso de 2 kg en 1 año. Datos semiológicos positivos: disnea de esfuerzo, rales crepitantes bibasales, adenopatías cervicales bilaterales y supraclavicular izquierda de consistencia duro elástica, subfebril al ingreso, resto del examen s/p. Durante su internación se realizaron: hemocultivos, BAAR de esputo (d y c), BAL (para hongos, BAAR, gérmenes comunes), serología para histoplasma y paracoccidio todos negativos, se realizó adenectomía cervical derecha con (d y c) hongos, BAAR: negativos. Perfil biológico de ingreso: glóbulos blancos: 7800 (N:7 2,1%; L: 26%; M: 2%), hb:13.6, plaq: 252000, eritro: 9, got: 17, gtp: 19, fal: 96, ldh: 279, creatinina: 0.56, kppt: 48.5, tq: 94%, vdrl: no reactiva, Chagas: negativo. Estado AB: ph: 7.4, po2:72.5, pco2: 41.9, Hco3: 24.7. Rx tórax: opacidades reticulonodulares bilaterales, simétricas y difusas. FBC: estenosis traqueal por compresión extrínseca, resto del árbol sin lesiones. Serología para HIV negativa, anatomía patológica de exéresis de adenopatía cervical. Informa: carcinoma papilar de tiroides. Recibió 12 días de tto. con amoxicilina-clavilánico, externación y seguimiento ambulatorio.

Conclusión: Considerar como diagnóstico diferencial de enfermedades pulmonares intersticiales difusas a la linfangitis carcinomatosa asociada a carcinoma papilar de tiroides. Si bien no es una presentación típica, se la debe incluir ya que puede pasar inadvertido clínicamente el aumento de la masa tiroidea, simulando enfermedades de origen infectocontagioso.

15437 PO

INTERVENCIÓN BREVE ANTITABACO EN CONSULTORIOS EXTERNOS DE UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS

POLIAK, JORGE; SINISCALCO, MARIO; ROIZARENA, SILVIA; TEDESCO, HUGO
CABA / Argentina

El tabaquismo representa un serio problema de salud pública en todo el mundo. En nuestro país fallecen 40000 persona por año por enfermedades tabacodependientes, 6000 de las cuales son fumadores pasivos. Los profesionales de la salud pueden desempeñar un rol fundamental, cualquiera sea su especialidad y el motivo de consulta, indagando sobre antecedentes de tabaquismo y brindando consejo breve. Esta intervención mínima puede lograr tasas de abstinencia de 3 a 5% anual, cifras de alto impacto epidemiológico. El objetivo de este trabajo fue determinar a través del análisis de historias clínicas (HC) de distintas especialidades, la medida en que los médicos se involucran en esta problemática y realizar propuestas de acuerdo a resultados. Se revisaron 614 HC de pacientes que consultaron en las diferentes especialidades de nuestro hospital. Se analizó: número promedio de consultas, edad y sexo, antecedente de tabaquismo activo o pasivo, severidad del mismo y consejo ofrecido. Se evaluaron resultados globales y discriminados por especialidad.

Resultados: Promedio de consultas por paciente: 3. Promedio de edad: 40 años. Predominio de sexo: Femenino. Las HC con el dato impreso (Obstetricia), contenían en el 91,6% el antecedente tabáquico contra 25% en las no impresas. El tiempo de fumador y el número de cigarrillos diarios estuvo ausente en casi todos los casos. Dato de tabaquismo según especialidades: Tocoginecología 44%; Neumonología 39%; Alergia 33%; Cardiología 30%; Clínica Médica 12%; Pediatría 1%. Antecedente de tabaquismo pasivo: en menos del 1% del total de las HC. Consejo antitabaco: sólo consignado en 8 casos.

Conclusión: 1- Dato de tabaquismo: Ausente en la gran mayoría de las HC (75% del total), aún en especialidades con alta prevalencia de patologías tabacodependientes. 2- La magnitud del tabaquismo fue raramente señalada, dato poco relevante para el consejo pero importante para establecer riesgo de enfermedad tabacodependiente. 3- El antecedente de tabaquismo pasivo fue referido excepcionalmente. Siendo causa conocida de patología pediátrica, no fue consignado en el 99% de HC de la especialidad. 4- No hay evidencia de haberse ofrecido consejo antitabaco o sólo se lo hizo raramente. 5- El impreso en las HC sobre la condición de fumador del paciente es un factor significativamente favorecedor del registro del dato, lo que sugiere la conveniencia de consignar leyendas visibles en la portada de las HC. Se propone un sello con este fin. 6- Se requiere concientizar al personal de salud acerca de su desempeño en el control de esta adicción, para que asuma un rol más activo. El Equipo Interdisciplinario de Ayuda a Fumadores de nuestro hospital, implementará talleres dirigidos a los profesionales de consultorios externos, a fin de brindar información y herramientas que faciliten su intervención.

15445 PO

SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES Y CARDIOPULMONARES

OSSES, JUAN MANUEL; AHUMADA, ROSALIA; MAJO, RAUL; WAGNER, GRACIELA; CANEVA, JORGE; BERLOTTI, ALEJANDRO; INTILE, DANTE; FAVALORO, ROBERTO
CABA / Argentina

Introducción: El trasplante de órgano sólido presenta un incremento en el riesgo de desarrollo de enfermedades neoplásicas, entre las cuales se halla el síndrome Linfoproliferativo. Se han postulado factores de riesgo para el desarrollo del mismo tales como la seroconversión para Virus Epstein-Barr (EBV), terapia de inducción y estado de Inmunosupresión.

Materiales y Métodos: Se analizaron retrospectivamente 127 trasplantes pulmonares y Cardiopulmonares: 63 son unipulmonar (TxUP), 35 Bipulmonares (TxBP) y 29 Cardiopulmonares (TxCP) realizados entre Enero de 1992 y Enero de 2006. Se evaluó edad y sexo, enfermedad de base, tipo de trasplante, inmunoserología para EBV, profilaxis para Citomegalovirus (CMV), Terapia de inducción e Inmunosupresión, diagnóstico y presentación clínica del Síndrome Linfoproliferativo Post Trasplante (SLPPT).

Resultados: 5 pacientes tuvieron SLPPT: 4 hombres y 1 mujer, (2 TxBP, 2 Tx UP y 1 TxCP). Las enfermedades de base fueron: Enfisema (1), Bronquiectasias (1), Bronquiolitis obliterante (1), Fibrosis pulmonar (2), una de ellas asociada con miocardiopatía dilatada, en un rango de edad de 23 a 58 años, todos presentaban serología para EBV (+) en evaluación pre Tx. excepto 1. Post trasplante recibieron profilaxis para CMV por 3 meses (Ganciclovir y/o Valganciclovir), triple esquema de inmunosupresión (inhibidores de calcineurina, inhibidores de la síntesis de las purinas y corticoides) y ninguno de ellos recibió terapia de inducción o aumento de inmunosupresión por rechazo. La presentación clínica de SLPPT fueron 2 por nódulos pulmonares en pulmón trasplan-

tado, 2 por abdomen agudo y adenopatías abdominales uno de ellos asociado a adenopatías laterocervicales y 1 por inversión de la fórmula leucocitaria. El tiempo de presentación y diagnóstico fue en un rango de 8 a 64 meses. 2 linfomas No Hodgking tipo B, 1 SLPPPT polimórfica y policlonal, 1 no tipificado y 1 Leucemia linfática crónica a células T. El tratamiento recibido fue disminución de Inmunosupresión excepto 1 que recibió además quimioterapia. 4 pacientes fallecieron por sepsis, continuando 1 control ambulatorio.

Conclusión: Se halló una incidencia de SLPPPT de 3.9%, de aparición a predominio tardío (> 12 meses), no hallándose relacionado este a estado de Inmunosupresión y/o seroconversión para EBV. Dichos hallazgos se correlacionan con otros reportes en la literatura.

15446 PO

SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO EN PACIENTES TRASPLANTADOS PULMONARES Y CARDIOPULMONARES

OSSES, JUAN MANUEL; MAJO, RAUL; WAGNER, GRACIELA; AHUMADA, ROSALIA; CANEVA, JORGE; INTILE, DANTE; BERTOLOTTI, ALEJANDRO; FAVALORO, ROBERTO CABA / Argentina

Introducción: El trasplante de órgano sólido presenta un incremento en el riesgo de desarrollo de enfermedades neoplásicas, entre las cuales se halla el síndrome Linfoproliferativo. Se han postulado factores de riesgo para el desarrollo del mismo tales como la seroconversión para Virus Epstein-Barr (EBV), terapia de inducción y estado de Inmunosupresión. **Materiales y Métodos:** Se analizaron retrospectivamente 127 trasplantes pulmonares y Cardiopulmonares: 63 son unipulmonar (TxUP), 35 Bipulmonares (TxBP) y 29 Cardiopulmonares (Tx CP) realizados entre enero de 1992 y enero de 2006. Se evaluó edad y sexo, enfermedad de base, tipo de trasplante, inmunoserología para EBV, profilaxis para Citomegalovirus (CMV), Terapia de inducción e Inmunosupresión, diagnóstico y presentación clínica del Síndrome Linfoproliferativo Post Trasplante (SLPPPT).

Resultados: 5 pacientes tuvieron SLPPPT: 4 hombres y 1 mujer, (2 TxBP, 2 Tx UP y 1 TxCP). Las enfermedades de base fueron: Enfisema (1), Bronquiectasias (1), Bronquiolitis obliterante (1), Fibrosis pulmonar (2), una de ellas asociada con miocardiopatía dilatada, en un rango de edad de 23 a 58 años, todos presentaban serología para EBV (+) en evaluación pre Tx. excepto 1. Post trasplante recibieron profilaxis para CMV por 3 meses (Ganciclovir y/o Valganciclovir), triple esquema de inmunosupresión (inhibidores de calcineurina, inhibidores de la síntesis de las purinas y corticoides) y ninguno de ellos recibió terapia de inducción o aumento de inmunosupresión por rechazo. La presentación clínica de SLPPPT fueron 2 por nódulos pulmonares en pulmón trasplantado, 2 por abdomen agudo y adenopatías abdominales uno de ellos asociado a adenopatías laterocervicales y 1 por inversión de la fórmula leucocitaria. El tiempo de presentación y diagnóstico fue en un rango de 8 a 64 meses. 2 linfomas No Hodgking tipo B, 1 SLPPPT polimórfica y policlonal, 1 no tipificado y 1 Leucemia linfática crónica a células T. El tratamiento recibido fue disminución de Inmunosupresión excepto 1 que recibió además quimioterapia. 4 pacientes fallecieron por sepsis, continuando 1 control ambulatorio.

Conclusión: Se halló una incidencia de SLPPPT de 3.9%, de aparición a predominio tardío (> 12 meses), no hallándose relacionado este a estado de Inmunosupresión y/o seroconversión para EBV. Dichos hallazgos se correlacionan con otros reportes en la literatura.

15449 CO

TRASPLANTE PULMONAR EN EL ENFISEMA PULMONAR AVANZADO: IMPACTO DE LA HIPERTENSIÓN PULMONAR SECUNDARIA PRE TRASPLANTE EN LA SOBREVIDA ALEJADA

BERTOLOTTI, ALEJANDRO; OSSES, JUAN M; CANEVA, JORGE O; AHUMADA, ROSALIA; ABUD, JOSE; GOMEZ, CARMEN; KLEIN, FRANCISCO; FAVALORO, ROBERTO RENE CABA / Argentina

Introducción: La hipertensión pulmonar secundaria (HPS), definida como una presión pulmonar media (PAPm) = 25 mmHg, es una de las complicaciones del enfisema pulmonar avanzado. Distintas publicaciones han sugerido que la presencia de HPS no afecta los resultados alejados del trasplante pulmonar (TxP).

Objetivos: Evaluar el impacto de la HPS en la supervivencia alejada de receptores (R) de TxP uni y bilateral por enfisema pulmonar avanzado.

Población y Metodología: Se analizaron retrospectivamente todos los R de TxP por enfisema, en el período comprendido entre junio de 1994 y abril de 2006. Se dividió a la población total, según la PAPm pre-trasplante, en un grupo con HPS y un grupo control, formado por los R con presiones pulmonares normales. Se compararon parámetros pre, intra y post trasplante. Las variables cuantitativas se analizaron con el Test de t de Student o Mann-Whitney, y las cualitativas con χ^2 . La supervivencia se analizó con el test de Kaplan-Meier. Se identificaron predictores independientes mediante test de regresión logística múltiple.

Resultados: Se realizaron 46 TxP por enfisema, 5 bilaterales y 41 unilaterales. Se identificaron 14 R (30,4%) con HPS mientras que 32 R (69,6%) conformaron el grupo control. Hubo predominio de varones en el grupo con HPS (13R, 93% vs. 14R, 44%; $p=0,003$) y de TxP bilateral (4R; 28,6% vs. 1R; 3%; $p=0,02$). Los R con HPS presentaron una pO₂ pretrasplante menor (57 ± 14 mmHg vs. 65 ± 11 mmHg; $p=0,03$), un hematocrito mayor ($47 \pm 8\%$ vs. $42 \pm 4\%$; $p=0,005$) y una menor fracción de eyección del ventrículo derecho ($36 \pm 6\%$ vs. $42 \pm 8\%$; $p=0,02$). La HPS se asoció a mayor incidencia de disfunción primaria del injerto (28% vs. 19%) y mayor mortalidad hospitalaria (35% vs. 12%) ($p=NS$). La supervivencia a 1, 3 y 5 años fue de 50%, 28% y 19% vs. 73%, 68% y 68% para los grupos con y sin HPS respectivamente ($p=0,02$). En un modelo de regresión logística, la PAPm=25 mmHg resultó un predictor independiente de mortalidad alejada (OR:8,7; IC 95%:1,06-72,3; $p=0,04$).

Conclusión: En esta población, la HPS fue un factor de riesgo independiente para mortalidad alejada. Esta variable se asoció a una peor evolución post TxP inmediato, aunque sin significación estadística. Es de gran importancia la caracterización y seguimiento de la hemodinamia pulmonar durante el período de espera, para poder establecer el pronóstico de los pacientes con enfisema avanzado esperando un TxP.

15450 PO

RESULTADOS INMEDIATOS Y ALEJADOS DEL TRASPLANTE PULMONAR UNILATERAL EN LA FIBROSIS PULMONAR: EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ARGENTINA

BERTOLOTTI, ALEJANDRO; OSSES, JUAN M; AHUMADA, ROSALIA; ABUD, JOSE; INTILE, DANTE; GOMEZ, CARMEN; KLEIN, FRANCISCO; CANEVA, JORGE; FAVALORO, ROBERTO RENE CABA / Argentina

Introducción: La inclusión en lista de espera para trasplante pulmonar, es la última opción terapéutica para diferentes formas de fibrosis pulmonar (FP) avanzada, cuyo pronóstico es

grave en el corto plazo. Para estos pacientes, la indicación más frecuente es el trasplante pulmonar unilateral (TxUP), y en menor proporción el trasplante pulmonar bilateral.

Objetivos: Analizar los resultados en una población de receptores de TxUP con diagnóstico de FP avanzada, realizados en un único centro de Argentina.

Población y Metodología: Se analizaron retrospectivamente las historias clínicas de todos los pacientes receptores de TxUP con diagnóstico de FP de diferentes etiologías, en el período comprendido entre febrero de 1993 y abril de 2006. Se compararon variables pre, intra y pos-trasplante, tratando de identificar predictores de resultados adversos en el corto y largo plazo. Se estimó la sobrevida global por el método de Kaplan-Meier. Resultados: Durante el período especificado, se trasplantaron 25 receptores con diagnóstico de FP, 17 (68%) eran varones y la edad promedio fue de 43 ± 13 años. La etiología fue idiopática en 18 pacientes (pt) (72%), silicosis en 3 pt (12%), tóxica en 3 pt (12%) y secundaria a vasculitis en 1 pt (4%). Un pt (4%) se encontraba en asistencia respiratoria mecánica al momento del trasplante, 7 (28%) estaban asistidos con VNI y 17 (68%) fueron trasplantes electivos. Todos recibieron TxUP, 6 derechos (24%) y 19 izquierdos (76%). Cinco pt (20%) requirieron circulación extracorpórea para el trasplante y el tiempo de isquemia promedio fue de 270 ± 90 minutos. En la evolución post trasplante inmediato, 7 pt (28%) desarrollaron disfunción primaria del injerto pulmonar. La mortalidad hospitalaria fue del 20% (5 pt). En el seguimiento alejado, 4 pt (16%) desarrollaron síndrome de bronquiolitis obliterante. La sobrevida alejada a 1, 3 y 5 años fue de 67%, 52% y 35% respectivamente. No se encontraron variables predictoras de mortalidad temprana o alejada.

Conclusión: En la población analizada, el TxUP resultó una terapia efectiva para el tratamiento de la FP avanzada, con una mortalidad hospitalaria y sobrevida alejada similares a los publicados en la literatura internacional. En esta serie no se identificaron posibles predictores de mortalidad.

15454 PO

RELACION ENTRE LA ESCALA DE DISNEA "MEDICAL RESEARCH COUNCIL" (MRC) Y PARÁMETROS COMO PAQUETE/AÑO Y VEF1 EN FUMADORES DE LA SEMANA DE LA EPOC

GENE, R.J.; RAMIREZ PELOSI, ME; CARDOZO, R; LASO, C; MONTALVAN, R; AYALA, J; ANTUNI, D; BAQUERO, S
CABA / Argentina

Introducción: La importancia de la cuantificación de la disnea ha crecido de forma paralela al protagonismo de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) siendo uno de los métodos de valoración la escala de disnea MRC. A mayor carga tabáquica existe mayor posibilidad de desarrollar la enfermedad. Uno de los parámetros objetivos para establecer la gravedad de la EPOC es la medición del VEF1.

Objetivos: Establecer si existen diferencias entre los rangos medios de paquetes/año (p/a) y de VEF1 con respecto a las diferentes categorías del MRC en individuos que concurren espontáneamente a la Semana de la EPOC realizada en un hospital universitario.

Metodología: Invitamos a través de medios masivos de comunicación a participar en la "SEMANA DE LA EPOC", que se realizó en un Hospital Universitario de Buenos Aires en agosto del 2005; a personas > de 40 años que fumen o hayan fumado al menos 10 años. Se implementó un cuestionario guiado por encuestador, se realizó espirometría. Se definió EPOC a todo paciente que presento una relación FEV1/FVC < 70% asociado al hábito tabáquico; y p/a.

Resultados: Se encuestaron 90 personas con criterio de EPOC, se los agrupó de acuerdo a la escala de disnea MRC en 5 esta-

dios y se calculó el rango medio de p/a en cada uno. No se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los rangos medios de p/a dentro de cada categoría del MRC (p-valor = 0.1161; alfa = 0,05), dado que el tamaño muestral dentro de cada una ha sido muy variable, no podemos afirmar que tengamos suficiente evidencia para asegurar que la ausencia de diferencias de hecho no existan. Además se determinaron rangos medios de VEF1 en cada categoría del MRC, hallándose diferencias significativas (pvalor=0.0243; alfa=0,05).

Escala MRC	N	Rango Medio de p/a	Rango Medio de VEF1
Grado 0	11	41.3	45.5
Grado 1	41	51.7	39.6
Grado 2	18	37.8	58.1
Grado 3	12	56.9	53.2
Grado 4	8	50.7	64.4

Conclusión: En cuanto a la escala del MRC podría correlacionarse a los valores del VEF1 que presentan los enfermos de EPOC en sus diferentes estadios, pero al hablar de p/a no contamos con una población suficiente para poder demostrar una relación entre ambos. Esta escala de evaluación clínica de la disnea es de utilidad por su sencillez y fiabilidad, siendo recomendable su utilización en la práctica diaria.

15455 PO

PROTEINOSIS ALVEOLAR, AL PROPOSITO DE UN CASO

VIUDES, JOSE MANUEL; DE LA CANAL, ALICIA; PRECERUTTI, JUAN; SVETLIZA, GRACIELA; DUBRA, CLAUDIA; RODRIGUEZ GIMENEZ, JOSE; KHAL, GLADYS
CABA / Argentina

Es una enfermedad pulmonar, de difícil diagnóstico y de muy baja prevalencia, de carácter congénito o adquirido. Se caracteriza por presentar depósitos importantes de material eosinofílico rico en lípidos y proteína PAS+, semejantes al surfactante pulmonar, en los alveolos y vías aéreas. Mas prevalente en hombres-3/1, entre los 40 y 50 años y mas frecuente en tabaquistas. El diagnóstico se presume por la clínica, epidemiología y estudios funcionales junto con las imágenes radiológicas y tomográficas características y se confirma con el lavado alveolar. El tratamiento reside en relizar lavados pulmonares seriados y bilaterales, llegando a la remisión de la enfermedad en mas del 50% de los casos, progresando el resto a la fibrosis pulmonar. Se presenta un paciente varon, de 50 años que consulta por disnea clase funcional 2-3 de 1 mes de evolución, al examen físico, como datos positivos presentaba: acrocianosis y rales belcos bibasales, la radiología de tórax revelo infiltrados difusos bilaterales, intersticioalveolares, ileofugaces y la gasometria demostro hipoxemia sin hipercapnia. La funcionalidad respiratoria demostró: VEF1 1.38 lts 36%, CVF 3.10 LTS 58%, Tifenu: 44%, DLCO: 58%, Test del ejercicio: sat basal: 92% al minuto 6: 82%, borg 2-3, recorrió 280 m. Se le realizó un lavado alveolar que demostró abundante material proteináceo PAS+ con escasa celularidad, sin gérmenes y alunos eosinofilos, confirmandose el diagnostico. Tratamiento: se le realizaron en un plazo de 3 meses 3 lavados pulmonares, 2 unipulmonar y el ultimo bipulmonar, a razon de 1 cada 30 dias

Resultados: Funcionalidad: FEV1: 2.74-68%, CVF: 3.38 :61%. Tifenau: 81%, DLCO: 67%, Test del ejercicio: sat basal: 96% al minuto 6: 89%, borg 0, recorriendo 380 mts.

Conclusión: Si bien se observo, con el tratamiento y luego de 3 meses, una clara mejoría en la clínica y en la funcionalidad respiratoria, no fue tan clara la mejoría radiológica en coincidencia con la literatura internacional.

15458 PO**TUMOR CARCINOIDE DE TIMO, SU EVOLUCION. A PROPOSITO DE UN CASO**

CANAVESE, HORACIO; GOMEZ, OSCAR; REVEL CHION, PABLO; COLIA, EDUARDO
CABA / Argentina

Objetivo: Presentar, por tratarse de una neoplasia extremadamente rara, la evolución y seguimiento durante seis años de un paciente con diagnóstico de tumor carcinoide de timo. Dicha patología es de origen neuroendócrino existiendo pocos casos informados a nivel mundial. Predomina en el sexo masculino, a mediana edad siendo pocas veces secretor de ACTH y rara vez manifestado como síndrome carcinoide. Lo más frecuente es que sean asintomáticos o con síntomas compresivos locales como única manifestación clínica.

Material y Método: Se trata de un paciente de sexo masculino de 51 años de edad a quien en el año 2000 se le pudo realizar solo resección parcial de tumor tímico por extensa invasión pericárdica. La anatomía patológica diagnosticó tumor carcinoide de timo. En el año 2001 consulta por primera vez al Servicio de Neumonología del Hospital Aeronáutico Central para su seguimiento evolutivo. Tanto la radiología como la tomografía computada de torax (TAC) evidenciaron extenso compromiso mediastinal y una imagen redondeada de tipo extrapleurales en campo medio de hemitórax izquierdo, interpretada como hematoma postquirúrgico. El paciente rechazó la propuesta quirúrgica realizando sólo tratamiento oncológico y radioterápico complementario. Evolucionó clínicamente estable durante años, sin cambios radiológicos ni tomográficos con un patrón restrictivo leve a moderado en los controles espirométricos seriados. En Noviembre de 2005 cambió su status clínico agregando disnea clase funcional I-II, astenia y adinamia. El control radiológico y la TAC de torax mostraron la aparición de imágenes nodulares múltiples sobre el manto pulmonar derecho. Se efectuó Centellograma con octeotride que demostró positividad para extensión lesional del carcinoide tímico. Su evolución fue rápidamente desfavorable con algias torácicas intensas requiriendo tratamiento sintomático agresivo. En mayo 2006 durante internación fallece.

Conclusión: Nuestro paciente presentó tanto las manifestaciones clínicas como la evolución esperada para esta patología. Hay que recordar que el tratamiento es quirúrgico teniendo alta probabilidad de recidiva. En casos de irreseccabilidad se realiza radioterapia/quimioterapia con eventual cirugía citoreductora de pobre pronóstico.

15460 PO**A PROPOSITO DE UN CASO: CRISIS ASMATICA SEVERA POR TIMOLOL**

ESPECHE, MERCEDES; DEL RIO, RAFAEL; MORENO, CAROLINA; DESTEFANI VILLAFANE,
NICOLAS JAVIER
Tucumán / Argentina

Paciente sexo femenino, de 46 años, con antecedentes de Asma bronquial desde de la infancia, LES (año 2002) con Nefropatía Lúpica grado VI, Fibrosis Pulmonar, e Hipertensión Pulmonar. Una semana antes del ingreso consulta en oftalmología por Herpes Facial con compromiso ocular. Realizó tratamiento con antivirales con evolución tórpida, por lo que se agrega al tratamiento oftálmico Timolol 2 gotas por día. Dos días previos a la consulta la paciente inicia el tratamiento con timolol, aplicándose 2 gotas cada 2 horas. Al examen físico presentaba broncoespasmo intenso. Es evaluada en Unidad Respiratoria: Pef 100, Frec. Resp.: 24 x', disnea grado IV, Sibilancias grado III. Se realiza rescate con B2 durante hora y media, con buena respuesta, se indica B2 cada 2 horas y control en 24 horas. Concorre entonces a consultorio externo con mayor bronco-

espasmo, con uso de musculatura accesoria. Por lo que se decide su internación. Se inicia tratamiento con Salmeterol-Fluticasona, Hidrocortisona y Salbutamol a demanda. A menos de 24 horas de internación, continua con broncoespasmo persistente, con posterior alteración del sensorio, signo de Hoover, uso de músculos accesorios, tiraje universal y signos de agotamiento muscular, por lo que ingresa a UTI y se conecta en ARM, en modo VCV, con sedación y relajación, F. respiratoria: 18 x', FiO 60%, midiéndose: Paw: 45, Plateau: 40, Resistencia Espiratoria: 22. Se realiza rescate con B2, corticoides y aminofilina e.v. Paciente con alteración hemodinámica, con requerimiento de inotrópicos, persiste con broncoespasmo intenso. Presenta taquicardia supraventricular, paro cardiopulmonar, que no responde a RCP. Obito.

Conclusión: Si bien el broncoespasmo grave por b bloqueantes no es un cuadro frecuente dentro de la neumonología crítica, la superposición de abuso y comorbilidades condicionaron la gravedad del cuadro y muerte de la paciente.

15461 PO**BACILOSCOPIA POSITIVA Y CULTIVO NEGATIVO EN PACIENTES EN TRATAMIENTO POR TUBERCULOSIS PULMONAR**

CRAGNOLINI DE CASADO, GRACIELA; AMBROGGI, M; POGGI, S; VIÑA, JL; ESTEBAN, R; MARTINEZ, D; ABBATE, E
CABA / Argentina

Introducción: La aparición de baciloscopias positivas con cultivos negativos en el transcurso del tratamiento en pacientes con tuberculosis pulmonar es un hecho infrecuente, atribuible habitualmente a bacilos muertos. La bibliografía existente a nivel mundial es escasa.

Objetivo principal: Realizar análisis de los pacientes en tratamiento por tuberculosis pulmonar con baciloscopia positiva y cultivo negativo en el transcurso del mismo.

Material y Método: análisis de datos del laboratorio Cetrángulo desde el 1ero de enero del 2001 al 31 de diciembre de 2005. Análisis retrospectivo de historias clínicas del Consultorio Esxterno del Instituto Vaccarezza y de internación del Hospital Muñiz. Soporte estadístico: Epiinfo 2000.

Resultados: Sobre un total de 4692 pacientes con diagnóstico de TB pulmonar por bacteriología positiva durante el período 2001 -2005 presentaron en el transcurso del tratamiento bacilos-copia positiva y cultivo negativo 147pacientes (3,13%). Con respecto a la sensibilidad fueron sensibles a SIRE (estreptomina/isoniacida/rifampicina/etambutol 125 (85,03%), presentaron algún tipo de resistencia: 11 (7,48%) (I:5 (3,40%); S: 5 (3,40%) IS: 1(0,68%)y multiresistencia (definida como resistencia a por lo menos isoniacida y rifampicina) 11 (7,48%). Se realizó el análisis sobre los 125 pacientes con tuberculosis sensible, quienes tuvieron las siguientes características: nacionalidad: argentinos: 111(88,8%), edad entre 17 -85 años (media: 43,3 años) El 100% presentó esputos con directo y cultivo positivo iniciales. La persistencia de la bacteriología con directo positivo y cultivo negativo se observó al 2do. mes en 54 pacientes (43,2 %), al 3er. mes en 36 (28,8%), al cuarto en 17 (13,6 %), al 5to. mes en 8 (6,4%) y al 6to mes en 10 pacientes (8%).. Todos los enfermos presentaron disminución progresiva del número de bacilos conforme progresaban los meses de tratamiento. Asociaciones morbosas: 55,2 % (diabetes: 30,4%, alcoholismo: 11,2%, HIV: 8,8%, desnutrición: 3,2% inmunosupresión: 1,6%). Asociación morbosa descompensada en el 7,2% de los casos. Con respecto a las formas de presentación pulmonar predominaron las avanzadas: BCC:69 (56,1%). El 73% de los pacientes eran virgen de tratamiento y el 70% de los pacientes realizó su tratamiento en forma combinada: internación y luego ambulatorio.

Conclusión: la persistencia de baciloscopia positiva con cultivo negativo durante el tratamiento de pacientes con tuberculosis pulmonar sensible es un hecho observable en un 3,13 % de los enfermos, con formas avanzadas de la enfermedad, con asociaciones morbosas en más de la mitad de los casos, siendo la más frecuente la diabetes. Habitualmente la evolución de la bacteriología es buena, con tendencia de las muestras a la presencia de bacilos en disminución y fragmentados.

15462 PO

NEUMONIA POR NOCARDIA, DOS FORMAS DE PRESENTACION

GONZALEZ, FABIAN; DIAZ, OMAR; ROVARINI, ANA; VAZQUEZ DE ARGIRO, NORA; ORDONEZ, ESTEBAN; FLORES, DORA; MEDINA, CRISTINA
Tucumán / Argentina

Neumonía por nocardia: dos formas de presentación.

Caso 1: Paciente de sexo masculino de 65 años con antecedentes de miocardiopatía dilatada, ex tabaquista, jubilado, criador de codornices como hobby. Consulta por síndrome febril de 3 días de evolución, tos con expectoración purulenta. Examen físico: síndrome de condensación. Se solicita laboratorio y Rx de tórax. Inicia tratamiento ambulatorio con moxifloxacina. Concorre al 4 día en IRA, hipoxemia moderada, internándose en UTI e inicia tratamiento empírico con ceftazidimaciprofloxacina. Al tercer día de internación y sin mejoría clínica se efectúa lavado bronquial que a las 48 horas informa Nocardia sp se agrega al tratamiento TMS-sulfametoxazol EV con mejoría clínica y radiológica pasa a habitación común. Reingresa por insuficiencia cardiorrespiratoria grave en ARM por 72 horas, agregándose al tratamiento corticoides con buena respuesta, continuándose igual esquema terapéutico, siendo externado con oxígeno domiciliario, alta definitiva a los 6 meses.

Caso 2: Paciente de sexo masculino de 45 años con antecedentes de operario de fábrica de plástico, tabaquista ocasional, consulta por tos crónica de más de tres meses de evolución, trata con múltiples esquemas ATB y sintomáticos sin mejoría Rx de tórax y TAC con infiltrados intersticiales biapicales persistentes asociados a eosinofilia severa 33% y VSG acelerada niega antecedentes de atopia y/o adicciones. se decide efectuar FBC aislándose Nocardia sp en BAL. Inicia tratamiento antibiótico con buena respuesta clínica mejoría de la eosinofilia y radiológica.

15464 PO

FIBROSIS PULMONAR IDIOPATICA

ESTRADA, VALERIA; CARNERO, RODRIGO; BUFFARINI, M A; BRINGAS, A L ; GOMEZ, GRACIELA
Córdoba / Argentina

A propósito del caso, de una paciente internada en UTI con ARM sin fiebre ni hallazgo bacteriológico, se replantea la necesidad de respetar los protocolos diagnósticos, ya que el diagnóstico y la posterior decisión terapéutica se logró después de 1 año de tratamiento ambulatorio con broncodilatadores y 30 días en UTI con torpida evolución y a partir de una biopsia a cielo abierto en el que se diagnosticó neumonitis intersticial usual.

Caso clínico: Paciente sexo femenino de 46 años tratada por asma desde el año 2005, con antecedente de tabaquismo de 5 paq/año, sin exposición ocupacional referida por ella, que ingresa el 25 de mayo del 2006 con diagnóstico de NAC severa. Examen Físico: afebril, taquipneica, acrocianótica con tiraje universal, roncus sibilancias, rales crepitantes y subcrepitantes bibasales.

Laboratorio: PO₂ 60 mmHg, GB: 12.400. Rx Torax: infiltrados intersticiales bilaterales, ingresa a UTI se coloca en ARM se realiza traqueotomía, y se agregan esquema de antibiótico con Vancomicina, Ceftazidima, y posteriormente Piperacilina/

tazobactam, sin respuesta favorable por lo que se realiza TAC de Tórax: el 26/6 Consolidaciones alveolares bilaterales a predominio perihilar con derrame pleural bilateral. Cultivo de BAL: Acinetobacter s/p (26/07). A los 30 días de tratamiento antibiótico sin mejora clínica sostenida se realiza Biopsia de Pulmón a cielo abierto: Parénquima pulmonar con engrosamiento irregular multifocal de los septos alveolares con aumento de la celularidad a nivel del intersticio (elementos celulares inflamatorios fibroblastos jóvenes, focos de fibrosis consolidados en evolución con hialinización. Luces alveolares: Neumocitos protruyentes algunos descamados (sin predominio descamativo). La lesión muestra evolución heterogénea con zonas más recientes, con infiltración activa y fibrosis crónica, no se evidencia signos de granulomas ni otros de especificidad. Líquido Pleural: elementos mesoteliales descamados en placas laminares de aspecto reactivo. No se observa atipia. Hay elementos inflamatorios exudativo inespecífico en moderada cantidad. Serología: Chlamydia IgM IF (-). Micoplasma IgM IF (-). Se suspende tratamiento antibiótico (03/07/06). Se decide iniciar tratamiento esteroide, 1.5 mg/Kg día Prednisona. La paciente responde satisfactoriamente se realiza retirada de ARM y pasa a sala de clínica médica donde permanece durante 7 días mejorando clínicamente y es dada de alta deambulando con tto esteroide vía oral. Presentó complicaciones propias de la ARM y el tto con corticoides.

Conclusión: Esta forma clínica sintomática de Fibrosis Pulmonar con severo compromiso funcional, replantea la biopsia pulmonar como el procedimiento más concluyente, aunque no exento de complicaciones en pacientes ventilados y es preciso no demorar su realización si el estado del paciente lo permite.

15465 CO

USO DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES INTERNADOS CON NEUMONÍA ADQUIRIDA DE LA COMUNIDAD (NAC) EN ARGENTINA.

RESULTADOS DE LA COHORTE CAPO

MARQUEVICH, VICTORIA; GONZALEZ I, M L; VIDELA, A; GANDARA, E ; LOPARDO, G; CORRAL, J; LUNA, C M; DE VEDIA, L; GONZALEZ, J; PEYRANI, P; RAMIREZ, J; CHRISTENSEN, D; CORRAL, G; PRIETO, R; PERALTA, M; MARTINEZ, J; RODRIGUEZ, M; CHRISTENSEN, D; FIGUEROA, S
Buenos Aires / Argentina

La NAC es una enfermedad cuya evolución es fuertemente influida por la elección del tratamiento antibiótico empírico inicial. A fin de analizar cuales son los antibióticos más utilizados para el tratamiento de la NAC y si los tratamientos se adhieren a normas nacionales de tratamiento se efectuó una revisión de la base de datos del estudio de cohorte multicéntrico retrospectivo internacional CAPO (Community Acquired Pneumonia Organization) de pacientes hospitalizados por NAC. Objetivos: Se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico y radiológico de neumonía que no hubieran sido internados en los 14 días previos entre junio de 2001 y mayo de 2006 de los 12 centros participantes de Argentina. Resultados: Se incluyeron 448 casos en que se disponía de información sobre el tratamiento empírico inicial recibido. Edad mediana: 70 años (16 – 101). Varones 51%. Media de índice de severidad de neumonía (PSI): 96 (SD: 47). Sobre 705 cursos de antibióticos, se utilizaron cefalosporinas no antipseudomonas en el 40%, macrolidos en el 27%, betalactámicos asociados a inhibidores de betalactamasas en el 17% y quinolonas (incluyendo ciprofloxa-cina) en el 7% de los casos. Se utilizaron combinaciones de antibióticos en 56% de los casos. Los fármacos más utilizados fueron ceftriaxona en el 35% y claritromicina en el 25% del total de tratamientos. La combinación entre estos dos antibióticos fue además la conducta más frecuente (30% de los casos). El tratamiento fue acorde a las guías nacionales en el 82% de los casos.

Los antibióticos más frecuentemente utilizados en el pasaje a vía oral fueron betalactámicos asociados a inhibidores de la betalactamasa en el 54% y macrólidos en el 17%.

Conclusión: La mayoría de los pacientes en la muestra analizada recibieron tratamientos combinados y con cobertura de gérmenes atípicos. Las cefalosporinas de espectro reducido y los macrólidos fueron los más utilizados, tanto como únicos fármacos como en combinación. En el pasaje a vía oral se utilizaron sobretodo antibióticos sin cobertura de atípicos. Existió gran adherencia a las guías nacionales, aunque estos resultados pueden no representar la realidad nacional al tratarse de centros de referencia y alta complejidad.

15467 CO

GRAVEDAD DE LA NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) Y SELECCIÓN DE ANTIBIÓTICOS EN PACIENTES INTERNADOS EN ARGENTINA. RESULTADOS DE LA COHORTE CAPO

GONZALEZ IBAÑEZ, LUZ; GANDARA, E; MARQUEVICH, V; VIDELA, A; LOPARDO, G; BENCHETRIT, G; CORRAL, J; DE VEDIA, L; LUNA, C; PEYRANI, P; RAMIREZ, J; MARZORATTI, L; RODRIGUEZ, E; RODRIGUEZ, M
Buenos Aires / Argentina

Las guías de manejo de NAC sugieren elegir tratamientos antibióticos de espectro reducido en los grupos de bajo riesgo de gravedad y utilizar tratamientos combinados en grupos de alto riesgo. A fin de evaluar si esta conducta es seguida en Hospitales locales se efectuó una revisión de la base de datos del estudio de cohorte multicéntrico retrospectivo internacional CAPO (Community Acquired Pneumonia Organization) de pacientes hospitalizados por NAC. Se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico y radiológico de neumonía que no hubieran sido internados en los 14 días previos entre junio de 2001 y mayo de 2006 de los 12 centros participantes de Argentina. Se analizó el tipo de antibiótico y el uso de combinaciones de antibióticos en función de la gravedad medida por el score de PSI.

Resultados: Se incluyeron 448 casos en que se disponía de información sobre el tratamiento empírico inicial recibido, analizándose 705 cursos. Edad mediana: 70 años (16-101). Varones 51%. Media de índice de severidad de neumonía (PSI): 96 (SD: 47). Ceftriaxone, ampicilina sulbactam y claritromicina fueron utilizados en todas las clases de riesgo de forma similar. Levofloxacina fue utilizada en el 5% de los tratamientos en grupos de bajo riesgo (grupos I y II de PSI) y en el 1% en clases de mayor riesgo (grupos III a V de PSI) (5% vs. 1% en clase V $p = 0,007$). Se utilizaron combinaciones de antibióticos en el 57% de las neumonías de bajo riesgo y en el 73% de las neumonías de alto riesgo ($p = 0,009$). En el grupo I y II se utilizaron combinaciones en el 65% y 47% de los casos.

Conclusión: La elección de clase de antibióticos no fue influida significativamente por la gravedad, salvo en el caso de levofloxacina. El uso de combinaciones de antibióticos se vio influido por la gravedad, aunque se apreció un posible sobreuso de dos antibióticos en clases de riesgo bajo manejables con un antibiótico.

15468 PO

ASPERGILOMA PULMONAR EN CAVIDAD HIDATIDICA

VIDAL, ADRIAN; GONZALEZ ROJAS, EDUARDO; MORENO, JULIO; HERRERA, CESAR; FIGUEROA, DAVID; PRAT, GUILLERMO; SPINELLI, ROXANA
Buenos Aires / Argentina

Antecedentes: El aspergiloma consiste en una masa de micelios, células inflamatorias, fibrina, mucus y detritus que se desarrollan en una cavidad pulmonar preformada. La tuberculosis es la causa más frecuentemente asociada. El inadecuado dre-

naje facilita el crecimiento del hongo en las paredes de las mismas sin invasión del parenquima pulmonar circundante.

Objetivo: Reporte de caso infrecuente.

Material y Métodos: Paciente de 31 años de edad, trabajador rural, con antecedente de cirugía pulmonar por hidatidosis que presenta como hallazgo radiológico lesión quística pulmonar derecha sospechosa de recurrencia hidatídica. Arco 5° positivo. Luego de tratamiento durante 5 meses con albendazol se realiza resección segmentaria apical del lóbulo inferior derecho.

Resultado: Buena evolución. Alta hospitalaria al 8° día post operatorio. Estudio anatomopatológico describe cavidad pulmonar tapizada con membranas hidatídicas con bola aspergilar en su interior. Control post-op.: serología para aspergilosis negativa y fibrobroncoscopia: muñón bronquial vital sin colonización fúngica.

Conclusión: El desarrollo de un aspergiloma en una cavidad hidatídica es un hecho infrecuente. La resección quirúrgica de la lesión es un recurso terapéutico eficaz.

15478 PO

DIFICULTAD EN EL DIAGNÓSTICO DE LINFOMA EN UN HOSPITAL GENERAL EN UNA PACIENTE PORTADORA DE ADENOPATÍAS CERVICALES Y SUPRAESTERNALES. DIVERGENCIA ENTRE ESPECIALISTAS.

DI FONZO, PATRICIA; PEREYRA, BETIANA; ALVAREZ, RUTH NIMSI; GONZALEZ, MARIA LAURA
Córdoba / Argentina

Antecedentes: Está descrito en la bibliografía que los LNH son más frecuentes que la enfermedad de Hodgkin diagnosticándose en EE.UU. 50000 casos anuales en todos los grupos de edad, aumentando la incidencia con ésta. En este trabajo, presentamos un caso de linfoma de grado intermedio con compromiso pulmonar.

Objetivos: Nuestra experiencia basada en diferentes diagnósticos anatomopatológicos que nos llevaron a confundir un diagnóstico usualmente rápido con enfermedades granulomatosas, enfermedad del arañazo del gato, colagenopatía, enfermedad de Kikuchi, sarcoidosis, micobacteriosis atípica, debiendo primar la clínica, que, desconcertando a los especialistas, retardó la colocación de tratamiento adecuado aumentando su deterioro.

Material y Métodos: Estudiante femenina de 21 años de edad en contacto con familiar portador de TBC ganglionar, exposición ambiental (transformadores eléctricos), trabajadora en call center. Cinco meses antes, extracción dentaria, maxilar inferior; no tabaquismo, amigdalectomizada. Concorre por consultorio externo por presentar tumoración cervical dolorosa de varias semanas de evolución. Se realiza biopsia supraclavicular izquierda que informa Linfadenitis abcedada compatible con Enfermedad del arañazo del gato PAS/ ZN negativos, se indican doxiciclinas, aines 14 días, peoría, sumándosele derrame pleural izquierdo y derrame paracardíaco derecho se rota a gentamina, claritromicina internándose anémica, fórmula invertida, leucocitosis eritro 60 mm. Febril adelgazada, con lesiones dérmicas pruriginosas en miembros inferiores y tronco en distintos estadios evolutivos. Masa tumoral aumenta sin flogosis. Biopsia pleural negativa Baar así como cultivo. Colagenograma negativo. Biopsia dérmica úlceras inespecíficas. Hemocultivos negativos. HIV (dos) no reactivos. PAAF tiroidea negativa. Recuento CD3/CD4: 55. Segunda biopsia ganglionar: Linfadenitis crónica granulomatosa, replanteamos diagnóstico: tratamiento de prueba con tuberculostáticas, quinolonas, pensando en M atípica. Se realiza una tercera biopsia ganglionar, no pudiendo acceder con broncoscopio rígido (severa incapacidad restrictiva en la espirometría); informada como Linfadenitis necrotizante asociada a LES, descartar enferme-

dad de Kikuchi, se colocan corticoides en dosis de 40mg día. La fibrobroncoscopia: paresia de cuerda vocal izquierda, carina ensanchada, mucosa congestiva sangrante. Consultada oncohematología actitud expectante se decide realizar revisión de tacs con diagnóstico de Linfoma T anaplásico (CD3 +). Inicia quimioterapia (CHOPP) con buenos resultados.

Conclusión: Ante la divergencia de resultados anatomopatológicos (por diversos especialistas) concluimos que los marcadores inmunohistoquímicos fueron los que llevaron al diagnóstico.

15482 CO

UTILIDAD DE LOS ESQUEMAS ANTIBIÓTICOS COMBINADOS CON Y SIN COBERTURA PARA BACTERIAS ATÍPICAS EN LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES INTERNADOS POR NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) EN ARGENTINA. RES

VIDELA, A; LOPARDO, G; BENCHETRIT, G; CORRAL, J; DE VEDIA, L; GONZALEZ, J; LUNA, CM; MARTINEZ, J; MARZORATI, L; RODRIGUEZ, E; RODRIGUEZ, M; VICTORIO, C; GONZALEZ IBAÑEZ, L; GANDARA, E; MARQUEVICH, V; PEYRANI, P; ORTIZ PONCE, M; GIACCAGLIA, V; RAMIREZ, J
Buenos Aires / Argentina

El uso de esquemas combinados y de cobertura de atípicas en NAC es motivo de controversia, ya que algunos datos en la literatura cuestionan su utilidad. Para evaluar la asociación entre uso de múltiples antibióticos y de cobertura de atípicas y resultados clínicos se efectuó una revisión de la base de datos del estudio de cohorte multicéntrico retrospectivo internacional CAPO (Community Acquired Pneumonia Organization) de pacientes hospitalizados por NAC. Se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico y radiológico de neumonía que no hubieran sido internados en los 14 días previos entre junio de 2001 y mayo de 2006 de los 12 centros participantes de Argentina. Se analizó el tipo de antibiótico y el uso de combinaciones de antibióticos en función de la gravedad medida por el score de PSI.

Resultados: Se incluyeron 448 casos en los que se disponía de información sobre el tratamiento empírico inicial recibido y sobre la evolución precoz. Edad mediana: 70 años (16-101). Varones 51%. Media de índice de severidad de neumonía (PSI): 96 (SD: 47). Se evaluaron los siguientes resultados clínicos: Mortalidad, tiempo hasta pasaje a vía oral y tiempo hasta cumplir criterios de alta. Recibieron tratamientos combinados el 56% de los pacientes.

Resultados: Se produjeron 53 muertes durante la internación (11%) de las cuales 35 se consideraron atribuibles a NAC (7%). Media de días hasta el pasaje a vía oral: 3,8 (SD: 1,89). Media de días hasta criterios de Alta: 4,6 (SD: 2). Al análisis univariado el uso de esquemas combinados se asoció a mayor riesgo de muerte atribuible a NAC (OR: 3,75 IC 95% 1,10-12,74). Al análisis ajustado por clase de PSI el OR fue de 3,45 (OR: 1,10- 11,75). El uso de esquemas combinados no se asoció a menor cantidad de días hasta el pase a vía oral (media 3,79 vs 3,92 p=0,65) o criterios para el alta (media 4,60 vs 4,69 p=0,7). La cobertura de atípicas no se asoció significativamente a mortalidad atribuible a NAC. (OR crudo: 1,47 IC 95% 0,73-2,98 ajustado a PSI 0,98 IC95% 0,30-3,17), días para el traspaso a vía oral (media 3,85 vs 3,82 p= 0,9) o días para cumplir criterios de alta (media 4,9 vs 4,43 p=0,09).

Conclusión: En la muestra estudiada se halló asociación entre el uso de más de un antibiótico y mortalidad atribuible a NAC que persiste a pesar del ajuste por clase de PSI. No mostró disminuir los días al traspaso a vía oral o para el alta. La cobertura de gérmenes atípicos no tuvo impacto sobre la mortalidad, los días al traspaso a vía oral o para el alta.

15483 CO

ESTADO NUTRICIONAL Y HABITOS ALIMENTARIOS EN PACIENTES RESPIRATORIOS AMBULATORIOS

GROTZER, CAROLINA; GUIDA, ROXANA; ERROBIDART, CAROLINA; DE GANCEDO, GISELA; GUTIERREZ, MARTIN
Buenos Aires / Argentina

Antecedentes y Objetivo: Si bien el estado actual de las investigaciones permite conocer la multicausalidad de las alteraciones nutricionales observadas en las patologías respiratorias, poco se sabe acerca de los hábitos alimentarios de esta población de pacientes. Por este motivo, el presente trabajo se propuso indagar, mediante la realización de encuestas, los hábitos alimentarios de pacientes con enfermedades respiratorias, a la vez que se obtuvo diagnóstico nutricional. El objetivo propuesto fue conocer las características nutricionales de esta población a fin de determinar si existían conductas erróneas comunes para poder basar en ellas futuras intervenciones.

Material y Método: El estudio se llevó a cabo a través de la implementación de una evaluación global subjetiva de una encuesta de hábitos alimentarios. Ambas fueron realizadas a todos los pacientes respiratorios que concurren para su atención en consultorios externos del Hospital del Tórax "Dr. Antonio A. Cetrángolo" en el período comprendido entre abril y julio de 2006. La valoración global subjetiva surgió de una adaptación, específica para este grupo de pacientes, de la planilla de Detsky, la cual permitió la clasificación del estado nutricional en los siguientes rangos: A. Bien nutrido; B. Moderadamente desnutrido; C. Severamente desnutrido; D. Malnutrido por exceso. La encuesta de hábitos alimentarios fue realizada mediante un instrumento específicamente diseñado que permitió evaluar el consumo habitual por grupos de alimentos.

Conclusión: 1. Existe una alta prevalencia de malnutrición por exceso, relacionada mayoritariamente con el elevado consumo de cereales, tubérculos, legumbres, aceites, grasas, azúcares y dulces. Esto se atribuyó al bajo costo de estos alimentos y a su fácil digestibilidad, lo cual favorecería la disminución de la saciedad precoz y los síntomas asociados que manifiesta gran parte de estos pacientes; 2. La mayoría de los pacientes malnutridos por exceso fueron mujeres asmáticas. Esto se atribuyó a los malos hábitos alimentarios, al sedentarismo propio de esta población y al agravante consumo de corticoides inhalados y sistémicos; 3. Se encontró un inadecuado consumo de calcio en los pacientes asmáticos. Se considera este dato de importancia, valorando la alta prevalencia y el riesgo de osteoporosis, debido al tratamiento crónico con corticoides; 4. El consumo de frutas y hortalizas fue entre regular y deficiente, hecho importante ya que esta población tiene requerimientos incrementados de vitaminas y minerales, especialmente antioxidantes y fósforo.

15486 CO

ADHERENCIA A GUÍAS NACIONALES Y EVOLUCIÓN EN PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC) HOSPITALIZADOS EN ARGENTINA. RESULTADOS DE LA COHORTE CAPO

GANDARA, ESTEBAN; VIDELA, A; MARQUEVICH, V; GONZALEZ IBAÑEZ, L; LOPARDO, G; BERNHEIT, G; DE VEDIA, L; GONZALEZ, J; MARZORATI, L; RODRIGUEZ, E; RODRIGUEZ, M; PEYRANI, P; RAMIREZ, J
Buenos Aires / Argentina

Se ha informado en la literatura sobre NAC que los tratamientos antibióticos ajustados a guías de tratamiento se asocian a mejores resultados clínicos. A fin de explorar esta asociación se efectuó una revisión de la base de datos del estudio de cohorte multicéntrico retrospectivo internacional CAPO (Community Acquired Pneumonia Organization) de pacientes hospitaliza-

dos por NAC. Se incluyeron pacientes con diagnóstico clínico y radiológico de neumonía que no hubieran sido internados en los 14 días previos entre junio de 2001 y mayo de 2006 de los 12 centros participantes de Argentina. Se analizó el tipo de antibiótico y el uso de combinaciones de antibióticos en función de la gravedad medida por el score de PSI.

Resultados: Se incluyeron 448 casos en que se disponía de información sobre el tratamiento empírico inicial recibido. Edad mediana: 70 años (16-101). Varones 51%. Media de índice de severidad de neumonía (PSI): 96 (SD: 47). Se produjeron 53 muertes durante la internación (11%) de las cuales 35 se consideraron atribuibles a NAC (7%). Media de días hasta el pasaje a vía oral: 3,8 (SD: 1,89). Media de días hasta criterios de Alta: 4,6 (SD: 2). El uso de tratamientos acorde a la guía se asoció a una disminución de mortalidad no significativa (en el análisis crudo OR: 0,67 IC 95%: 0,28-1,6). Al análisis ajustado por clase de riesgo de PSI el OR fue de 0,78 (0,32-1,89), siendo no significativo para ninguno de los grupos de riesgo. La utilización de guías tampoco no mostró una disminución en los días para el traspaso a vía oral (4,64 vs 4,86 p=0.5) o en alcanzar las condiciones de alta (3.76 vs. P=0.4).

Conclusión: La adherencia a guías de práctica clínica en la muestra estudiada, no demostró modificar en forma significativa la mortalidad asociada a la neumonía, los días al cambio a vía oral o los días necesarios para alcanzar criterio de alta. Los resultados encontrados deberían ser confirmados por estudios adicionales.

15488 PO

DETERMINANTES DEL ESTADO FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON CARCINOMA DE PULMÓN

SAAB, MARA A; CARUSSO, N; GRASSI, M; SOBRINO, E; HERES, M; TUMMINO, C; SEMENIUK, G; QUADRELLI, S
CABA / Argentina

Fueron evaluados en forma prospectiva 29 pacientes con diagnóstico de carcinoma de pulmón (edad 61,6 ? 11.1 años, varones: 65.51%, adenocarcinomas: 51.72%, Estadio IV 55.17%) en quienes se evaluó la categoría funcional medida por la escala ECOG y variables biológicas y sociales. Nueve pacientes presentaron un índice ECOG > 2. Los pacientes con peor status funcional no tuvieron mayor prevalencia de pérdida de peso (55.5 vs 75%, p = 0.3962), hemoptisis (11.1 vs 20%, p = 1.000), tos (77.7 vs 80%, p = 1.0000), astenia (22.2 vs 30%, p = 1.0000) o EPOC (55.5 vs 35.5%, p = 0.4223). Tampoco fueron diferentes en cuanto a variables sociales con similares prevalencias de desempleo (44.4 vs 20.0%, p = 0.2089), ingresos menores de 600\$ mensuales (77.7 vs 40,0%, p = 0.1086), nivel de instrucción (escolaridad primaria solamente 55.5 vs 60%, p = 1.0000) o estructura familiar (vivían solos 44.4 vs 25%, p = 0.3962). En cambio los pacientes con peor clase funcional fueron más frecuentemente adenocarcinomas (88.8 vs 35%, p = 0.0142), estuvieron en estadio IV (88.8 vs 45.0%, p = 0.0432) y tuvieron un VEF1 en % del predicho más bajo (46.50 ? 8.50 vs 64.64 ? 14.99%, p = 0.0131). Solamente 27.5% de los pacientes no conocía su diagnóstico pero 51.7% desconocía el pronóstico exacto de su enfermedad. Solamente un 20.7% de los pacientes prefería no participar en las decisiones sobre su tratamiento. Los pacientes que sí deseaban participar en las decisiones no fueron diferentes en cuanto a nivel de ingresos, nivel de escolaridad, estadio de enfermedad, ECOG o Karnofsky. La única variable que diferenció a los pacientes que preferían no tomar decisiones fue su mayor nivel de disnea (MRC 3.00 ? 0.63 vs 1.61 ? 1.20, p = 0.0111).

Conclusión: Las variables que determinan la clase funcional son fundamentalmente biológicas. Ninguna de ellas predice la actitud de los pacientes respecto al conocimiento de su enfer-

medad y toma de decisiones. La calidad de vida debería medirse rutinariamente por herramientas más amplias como los cuestionarios de calidad de vida.

15489 PO

DETERMINANTES DEL TIEMPO DE CONSULTA Y DIAGNÓSTICO EN PACIENTES CON CARCINOMA DE PULMÓN.

SAAB, MARA ANGELICA; GRASSI, M; CARUSSO, N; SOBRINO, E; VILAS, G; GARCIA, ANA; TUMMINO, C; SEMENIUK, G; QUADRELLI, S
Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari UBA - Sanatorio Güemes - Sanatorio de la Trinidad Mitre - Hospital Tornú GCBA - Hospital Posadas. CABA / Argentina.

Se evaluaron en forma prospectiva 35 pacientes con carcinoma de pulmón (edad 62,1 ? 11,02 años, 68.7% varones). Los síntomas iniciales de presentación fueron tos (75%), pérdida de peso (40.5%), astenia (34.3%) y dolor torácico (28.1%). Solamente 18.7% de los pacientes debutaron con hemoptisis. Ninguno inició su enfermedad con síntomas adjudicables a metástasis. El tiempo promedio desde el inicio de los síntomas a la primera consulta fue 49,6 ? 50,6 días y 62.5% de los pacientes consultaron en primera instancia a un clínico con solamente 9.3% de primeras consultas a neumonología. El tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la primera consulta neumonológica fue de 61,5 ? 55,8 días y el retraso desde la primera consulta médica a la consulta neumonológica fue de 40,7 ? 14,0 días. El tiempo de demora no fue diferente en las instituciones privadas o públicas (12.09 ? 8.34 vs 12.83 ? 15.31 días, p = 0.8816) ni tampoco el tiempo desde la primera consulta al diagnóstico (30,8 ? 9,8 días vs 31,5 ? 17,4 días, p = 0.9109). Aunque ningún paciente tenía signos de foco neurológico en 24.2% de los pacientes con no pequeñas células se solicitó TAC de cerebro y esta proporción no fue diferente en instituciones públicas o privadas (18.1 vs 36.3%, p = 0.6889). También fue similar el porcentaje de TAC de abdomen solicitadas (66.6 vs 72.7%, p = 1.0000) y el porcentaje de las mismas solicitadas en pacientes sin alteraciones bioquímicas o semiológicas (56.2 vs 100%, p = 0.0538). Un 31.3% de los pacientes demoró más de 45 días en asistir a la primera consulta. Los pacientes con demora > 45 días no tuvieron menor prevalencia de hemoptisis (30.0 vs 12.5%, p = 0.3284) ni diferente nivel de instrucción (solamente educación primaria (87.1 vs 52.1%, p = 0.1082). Sin embargo los pacientes que demoraron más en consultar tenían diferente estructura familiar (vivían solos 87.5 vs 43.7%, p = 0.0454), eran más frecuentemente desempleados (54.5 vs 9.5%, p = 0.0099) o tenían más frecuentemente un nivel de ingresos menor a 600\$ mensuales (87.5 vs 43.4%, p = 0.0454).

Conclusión: Los factores socioeconómicos son determinantes para el acceso a la consulta médica. Una vez dentro del sistema, el tiempo hasta el diagnóstico no es diferente en los pacientes en instituciones públicas y privadas y con y sin cobertura social.

15493 PO

FACTORES DETERMINANTES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON CÁNCER DE PULMÓN

SAAB, MARIA ANGELICA; GRASSI, M; CARUSSO, N; BOSIO, M; SOBRINO, E; GARCIA, ANA; DERQUI, R; QUADRELLI, S
Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari Universidad de Buenos Aires - Sanatorio Güemes - Sanatorio de la Trinidad Mitre. Hospital Tornú GCBA. CABA / Argentina

Fueron estudiados en forma prospectiva 30 pacientes con carcinoma de pulmón de reciente diagnóstico con el objetivo de determinar las variables que influían en la calidad de vida medida por el índice del European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire (EORTC QLQ-C30 v. 3.0). Nueve pacientes mostraron un EORTC QLQ-C30 v. 3.0 < 50 en el ítem global de "salud gene-

ral". Los pacientes con valores de EORTC QLQ-C30 $> 0 <$ de 50 no fueron diferentes en proporción de hombres (50 vs 68%), presencia de EPOC (37.5 vs 47.6%), prevalencia de adenocarcinoma (37.5 vs 57.1%), situación social (desempleados 71.7 vs 50.0%), nivel de ingresos (menos de 600\$ mensuales (55 vs 50%), situación habitacional (viven solos 57.1 vs 87.1%), nivel de escolarización (educación primaria (57.1 vs 87.1%), tipo de cobertura social (sin cobertura 50 vs 66.6%) o tipo de institución en que se asisten (25 vs 23.8%). Tampoco fue diferente la proporción de pacientes que conocían su diagnóstico (28.6 vs 37.5%) o su pronóstico (45.4 vs 62.5%). Un 63.3% de los pacientes se definió como "creyente", 23.3% como "religioso practicante" y 13.3% como agnósticos. El índice del EORTC QLQ-C30 no fue diferente entre religiosos y no religiosos ni para el score de calidad de vida general (56.08 ± 23.98 vs 66.67 ± 28.87 , $p = 0.4823$) ni para el dominio emocional (57.77 ± 27.15 vs 80.67 ± 12.66 , $p = 0.1656$). No hubo asociación entre el score de calidad de vida general y el tiempo transcurrido desde el primer síntoma al diagnóstico ($r = -0.01$), o el VEF1 en % del predicho ($r = 0.23$, $p = 0.2300$). El puntaje de calidad de vida correlacionó con el índice de Karnofsky ($r = 0.52$, $p = 0.0038$) con la magnitud de la disnea medida por la escala MRC (coef de Spearman = -0.49 , $p = 0.0007$) y con el valor de ECOG (r Spearman = -0.37 , $p = 0.0048$). Cuando se analizó por separado el dominio "emocional" ninguna de las variables de síntomas o sociales analizadas fueron diferentes en pacientes con score $< 0 > 50$ excepto la situación habitacional (EORTC QLQ emocional > 50 viven con familia 89.4 vs 50%, $p = 0.0196$).

Conclusión: En esta muestra de pacientes ninguna de las variables sociales, habitacionales o religiosas mostró influir en la calidad de vida. Los pacientes que conocen su diagnóstico y pronóstico no mostraron peor calidad de vida. La calidad de vida estuvo solamente relacionada con variables físicas y ECOG. La disnea o las reflejadas en los índices de Karnofsky y ECOG.

15495 PO

LA PERSONALIDAD DEL TABAQUISTA

MAILLO, MARTIN; PEREA, ALDO; MOLINA, JAVIER; PEDULLI, GABRIELA
Santa Fe / Argentina

El tabaquismo es una compleja adicción, socialmente aceptada y débilmente combatida. En la cual diversos factores físicos, síquicos y sociales, juegan su rol. La interpretación de las características de la personalidad de los fumadores, puede influir en la comprensión de la problemática de esta adicción. El objetivo de este estudio, es el de determinar los rasgos de personalidad en una muestra de tabaquistas. Incluyendo además, la evaluación de las características del uso de esta sustancia.

Material y Método: Se realizó un estudio de sección cruzada, en evaluaciones individuales, mediante un cuestionario de dos secciones: 1- Tabaquismo (Test de tabaquismo O.M.S. y Test de Fageström) y 2- Estudio de estilos de personalidad (M.I.P.S). En esta última, se evaluaron los rasgos generales de la muestra estudiada. En todos los casos, se realizó evaluaciones espirométricas y medición de Co2 espirado.

Resultados: Se realizaron 64 encuestas en fumadores actuales, donde se aplicó la sección 1 del estudio. 33 Hombres (51,56%). Edad promedio: 48.39 años (21-69 años). El 64.94% presentó más de 12 años de educación escolar. El 75% refirieron ingresos menores a los \$800 mensuales. El 93,75%, fuma diariamente y todos cigarrillos. Siendo, fumadores severos 34(53,12%), moderados: 17(26.56%) y leves 13(20.32%). Presentaron un promedio de 25.16 paq/año. Test de Fageström promedio: 3.5. El 54%, respondió fumar más en sus horarios de trabajo; el 37,5% más fuera de su trabajo; en ambos por igual en el 1.54% y respondieron ser desocupados el 4,25%. Las

espirometrías, mostraron: 10.54% patrones obstructivos, 12.5% restrictivos, 15.63% combinados y en el 60.93% fueron normales. El CO₂ espirado promedio, fue del 20.84%. De las 64 encuestas, se aceptaron para análisis de personalidad, 45 (70.31%). Donde, considerando las 12 escalas de rasgos de personalidad, se halló solo la presencia de "control", como rasgo característico en esta población. Acompañado de un bajo sometimiento. No arrojando otras diferenciaciones significativas en las 23 restantes bipolaridades evaluadas.

Conclusión: En esta población mayoritariamente de fumadores severos, con un buen nivel de instrucción escolar, pero con un bajo nivel de ingresos económicos. En el análisis global de los rasgos de personalidad, sobresale en esta población, un bajo "sometimiento" y un alto "control". La consideración de estos rasgos, influirá en el adecuado abordaje de estos pacientes. Serían necesarios mayores estudios, y con diferentes técnicas de evaluación de personalidad en tabaquistas.

15496 CO

COMPROMISO PULMONAR EN LA ESCLERODERMIA: CORRELACIÓN ENTRE TAC Y ESTUDIOS FUNCIONALES.

QUADRELLI, SILVIA; SPINA, JC; SOBRINO, E; CIALLELLA, L; SALVADO, A; CELLERINO, A; MOLINARI, L
CABA / Argentina

Es recomendación de varios estudios previos seleccionar los pacientes con esclerodermia en quienes debe realizarse una TAC de tórax mediante el uso de indicadores funcionales de sospecha. Fueron estudiadas en forma prospectiva 28 pacientes (edad 56,6 ? 9,83 años rango 33-70, 27 mujeres) con esclerodermia a quienes se realizó TAC de tórax con cortes de alta resolución y medición de volúmenes pulmonares, DLCO y caminata de 6 min. En 12 pacientes (42.8%) la TAC fue considerada anormal. Las pacientes con evidencia radiológica de compromiso intersticial tuvieron menor CVF en % del predicho (72.56 ? 17.71 vs 96.50 ? 11.67%, $p = 0.0008$), menor CPT en % (81.13 ? 20.27 vs 104.07 ? 12.82%, $p = 0.0038$), menor CV (69.63 ? 19.59 vs 96.86 ? 12.06%, $p = 0.0006$), menor CI (74.13 ? 28.96 vs 106.64 ? 15.43, $p = 0.0024$) y menor CRF (81.88 ? 24.80 vs 102.62 ? 19.44, $p = 0.0456$). La DLCO adj en % del predicho fue significativamente menor (60.0 ? 14.95 vs 90.43 ? 14.01, $p < 0.0001$) y también la DLCO/VA (78.09 ? 27.28 vs 109.00 ? 23.58%, $p = 0.0059$). Sin embargo, no hubo diferencias en los metros caminados en la caminata de 6 min (6mwt) (510.00 ? 41.08 vs 509.55 ? 57.20 m, $p = 0.9876$) o en la magnitud de caída de la SaO₂ durante el 6mwt (2.80 ? 1.64 vs 3.30 ? 3.62 puntos, $p = 0.7765$). La sensibilidad de la CVF para detectar compromiso intersticial fue solamente del 66% con un VPN de 82.3% y un radio de posibilidad negativo (LHR-) de 0.3333, la de la CPT fue 62.5% con un VPN de 82.3% y un LHR- de 0.375 aunque la especificidad de ambas fue del 100%. El indicador más sensible fue la DLCO (90.9% de sensibilidad con un VPN de 92.3%) que fue mucho más sensible que la DLCO/VA (sensibilidad 45.5% con VPN 66.6%) sin deterioro de la especificidad (85.7% en ambos casos). El LHR- de la DLCO (0.1061) indica una gran disminución de la posibilidad de tener compromiso intersticial medido por TAC mientras que el de la DLCO/VA (0.6364) implica apenas un mínimo cambio de posibilidad. La caída de la SaO₂ durante el 6mwt mostró escasa sensibilidad (40%) y especificidad (70%) para detectar la presencia de compromiso radiológico.

Conclusión: La sensibilidad de los indicadores espirométricos para detectar compromiso radiológico es escasa. Un 6mwt no reemplaza la DLCO para detectar compromiso intersticial. La DLCO adj% tiene mejor valor predictivo que la DLCO/VA y debiera ser el indicador utilizado para definir la indicación de una TAC de tórax.

15497 CO**CARACTERÍSTICAS FUNCIONALES EN UNA POBLACIÓN DE PACIENTES CON ESCLERODERMIA**SOBRINO, EDGARDO; SALVADO, A; CIALLELLA, L; ARCE, S; QUADRELLI, S
CABA / Argentina

La accesibilidad a la determinación de DLCO está limitada en muchas instituciones y ha sido sugerido que es posible hacer el screening de las pacientes con esclerodermia mediante caminata de 6 min (6 mwt) y detección de la caída de la SaO₂. Fueron estudiados en forma prospectiva 34 pacientes con esclerodermia (edad 57,3 ± 12.9 años, rango 33-79, 3 varones) en quienes se realizó volúmenes pulmonares, DLCO y 6 mwt. En 17 pacientes la DLCO_{adj} fue menor del 80%. Los pacientes con DLCO disminuida no fueron diferentes en cuanto a edad (54.13 ± 14.65 vs 55.50 ± 9.05 años, p = 0.7516) o tiempo de evolución de la enfermedad (5.00 ± 3.56 vs 6.36 ± 5.18 años, p = 0.6385). Los pacientes con DLCO disminuida tuvieron más frecuentemente espirometría anormal (81.2 vs 31.1%, p = 0.0113) y una media de CVF en % significativamente más baja (79.47 ± 22.01 vs 92.69 ± 13.95%, p = 0.0494). Los pacientes con DLCO disminuida mostraban también menor CPT% (87.80 ± 21.67 vs 102.94 ± 12.84%, p = 0.0239), menor CV% (79.67 ± 24.86 vs 95.00 ± 12.36%, p = 0.0362) y menor CI% (78.73 ± 26.21 vs 100.25 ± 20.60%, p = 0.0163). Sin embargo no fueron diferentes la CRF (91.93 ± 23.02 vs 103.87 ± 21.92%, p = 0.1571), los metros caminados durante el 6mwt (519.00 ± 41.89 vs 510.83 ± 56.92 m, p = 0.7775), la caída de la SaO₂ durante la caminata (3.80 ± 2.39 vs 2.91 ± 3.24 puntos, p = 0.5931) o la sensación de disnea post-6mwt medida por el Borg (2.20 ± 0.84 vs 2.36 ± 1.50, p = 0.8249). Ni la DLCO/VA (r = -0.38) ni la DLCO (r = -0.23) correlacionaron con los metros caminados. La DLCO tuvo buena correlación con la CVF (r = 0.44, p = 0.0011) y con la CPT (r = 0.55, p = 0.0011). Sin embargo la DLCO/VA no mostró correlación con ninguna de las variables mencionadas (r = 0.15 y r = 0.163 respectivamente). No todos los pacientes tuvieron patrón restrictivo en la espirometría ya que 11.7% presentaron obstrucción (VEF1 y VEF1/CVF <80%). Tres pacientes (8.8%) mostraron hiperinsuflación pulmonar definida por RV/TLC >50%. No fueron diferentes en ninguna variable espirométrica pero todos eran fumadores. La espirometría anormal predijo la presencia de una DLCO anormal (OR 0.1399, CI: 0.0300-0.6528, p = 0.0123). Hubo una fuerte correlación entre DLCO y DLCO/VA (r = 0.70) pero 52.2% de los pacientes con DLCO <80% tenían DLCO/VA normal y hubieran cambiado de categorización al utilizar este último índice.

Conclusión: Las diferencias entre DLCO y DLCO/VA son significativas y en ausencia de nomogramas específicos debe utilizarse el indicador con más sensibilidad para detectar compromiso radiológico (DLCO). La espirometría normal no descarta DLCO disminuida y tampoco un 6mwt normal y sin caída de la saturación. Sin embargo, en presencia de una DLCO y CVF disminuidas la correlación es buena y probablemente el seguimiento pueda realizarse con CVF seriada.

15498 PO**TRABAJO EPIDEMIOLÓGICO DE TABACO EN BUENOS AIRES**VIOLI, DAMIAN; PROMENCIO, FEDERICO; SCORSO, GRACIELA; APELBAUM, GLORIA;
GANDO, SEBASTIAN; GENE, RICARDO
CABA / Argentina

Introducción: El tabaquismo es la principal causa evitable de muerte; esta condición de prevenible determina un gran desafío médico para involucrarse activa y decididamente en su control.

Objetivos: elaborar un protocolo en el que se contemplen tanto pautas farmacológicas como psicológicas.

Métodos: Estudio observacional transversal realizado en Agosto de 2005. Se convocó personas con 10 o más años de hábito tabáquico donde se realizó una encuesta, se midió en ppm (partes por millón) el valor de monóxido de carbono exhalado. Se le asignaba un turno de consulta. En la primera visita, se habría una Historia Clínica con datos filiatorios, se solicitaba ECG, radiografía, espirometría, laboratorio con hepatograma, se realizaba test de Richmond, glover-nilson, fragestrom, planilla de descriptiva del hábito tabáquico, IC con Salud Metal. 1ª visita Anamnesis, examen físico y tto conductual. 2ª visita según fragestrom y cantidad de cigarrillos tto con Bupropión y parches de nicotina y designación de fecha de abandono con controles día 0-7-30 y 180 con medición CO y peso.

Resultados: Concurrieron 496 personas de las cuales 321 (64,71%) eran tabaquistas actuales (157 (48,91%) femenino y 164 (51,09%) eran hombres. Se asignaron 168 turnos, que quisieran de forma voluntaria ingresar al programa de cese tabáquico. Asistieron 46 visitas (27,38%). La edad promedio de 54 años. El consumo tabáquico promedio fue de 32,6 p/y por paciente. El promedio del año de inicio de tabaquismo fue 17,6 años. Habiendo realizado algún intento para dejarlo 235 personas (73,20%), siendo éste 2,87 intentos por persona. Sólo con la participación en la "Semana de la EPOC" 28 pacientes (60,86%) pasaron de la fase de Contemplación a la de Preparación y 18 pacientes (39,13%) lo hicieron de la fase de Preparación a la de Acción. Se observó de una importante motivación, que fue disminuyendo en el transcurso de los días y ello explica la importante deserción de pacientes a las consultas. Se midió escala de ansiedad y depresión (HADS) 22 pacientes (47,82%) acusaban depresión y 18 pacientes (39,13 %) ansiedad. Promedios: Test de Fagerstrom 6.2 (moderado) Dependencia psicológica 9 (leve) Dependencia social 6.75 dependencia gestual 4 Test de Richmond 8.8 (moderado). De los 12 (26%) pacientes que abandonaron 2 de ellos eran EPOC, solo 7 concurrieron a Psicopatología. Se observó ganancia de peso promedio de 4,5 Kg. luego de 6 meses de seguimiento. Medición de CO1ª visita 11.75 ppm a los 6 meses 2,75 ppm.

Conclusión: La implementación de un protocolo como intervención para la cesación tabaquica, logro los porcentajes de abandono (26%), similares a la bibliografía. Se destaca la necesidad de toma de acciones rápidas, debido a la deserción de las consultas iniciales y de seguimiento. Alta tasa de incumplimiento de tto. y trastornos emocionales.

15501 PO**CIRUGIA TORAXICA EN HEMOPTISIS MASIVA SERVICIO DE CIRUGIA DE TORAX Y CARDIOVASCULAR -HOSPITAL CORDOBA-CORDOBA- ARGENTINA**CANALIS PEDROTTI, GUSTAVO; URIBE ECHEVERRIA, A; BUSTAMANTE, N; MEDEOT, N;
ROTTINO, S; QUERCIA ARIAS, O; BOCHINFUSO, M; CARDINALI, E L; LOSANO BROTONS, M
Cordoba capital / Argentina

Hablamos de hemoptisis, como expulsión de sangre de procedencia subglótica, con la tos y por lo tanto procedente del árbol respiratorio. En si el término, no involucra cantidad, es un síntoma inespecífico, de mas de un centenar de patologías, corresponde a más del 15% de las consultas neumonológicas, y mas del 25% de consultas de cirugía torácica. Lo consideramos un síntoma alarmante, al contrario de la tos, la disnea o inclusive el dolor torácico, lo que exige mayor precocidad en su diagnóstico y tratamiento interrelacionando los servicios de neumonología, cirugía torácica, hemodinamia en intervencionismo vascular. Frente a un cuadro clínico de hemoptisis masiva, si bien es arbitrario, tenemos que cuantificarla, consideramos masivo cuando: > de 200 ml / en un episodio o en una hora o > de 400ml/día o > de 600ml/ en 48 hs o compromiso respiratorio o necesidad de transfusion. En la práctica operamos los

pacientes con sangrado masivo localizado no bilateral, operabilidad funcional y general, supervivencia esperada > a los 6 meses, fracaso de tratamiento alternativo, fibrobroncoscopia y/o embolización. Excluimos para este trabajo las hemoptisis leves < de 30 ml/día, moderadas de 30 a 200 ml/día y severas de 200 hasta 400 ml/día. Desde enero de 2002 hasta de enero de 2006, fueron ingresados en nuestro servicio 4 pacientes con hemoptisis masiva; se evaluó secuencialmente la fisiopatología y clínica de presentación, 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 fibrobroncoscopia y angiografía. Perseguimos ubicar la localización del sangrado y detención de hemorragia en curso. 3 pacientes fueron operados, se realizó una lobectomía inferior con diag. de bronquitis crónica, una lobectomía media con diag. de bronquiectasia y una neumonectomía izq por pulmón destruido secundario a tuberculosis, a un paciente se le realizó embolectomía efectiva de arteria bronquial. **Conclusión:** La cirugía elimina la fuente de sangrado, la decisión del tratamiento quirúrgico es interdisciplinario, y en forma individualizada para cada paciente, valorando riesgo beneficio en cada momento, si bien la casuística, es limitada no permite realizar inferencia estadística, concluimos que la cirugía es un tratamiento definitivo, seguro y efectivo.

15502 PO

REHABILITACION PULMONAR: PRIMEROS PASOS

NEGRO, A; ALVAREZ, N
Buenos Aires / Argentina

La rehabilitación pulmonar esta siendo cada vez mas reconocida como parte importante del manejo integral de pacientes con enfermedad pulmonar crónica.

Objetivo: -mejorar calidad vida y test de marcha: -controlar y disminuir los cuadros de exacerbaciones con respecto a la prerrehabilitación

Material y Métodos: se incluyeron 20 pacientes desde enero 2005 a junio de 2006, EPOC muy severos. Se realizaban 20 sesiones, 2 por semana de 1 hora cada una, incluimos kinesioterapia y plan de ejercicios respiratorios, miembros superiores e inferiores; con oxígeno el paciente que lo requería. Evaluamos al inicio y al final de las 20 sesiones test de marcha, espirometría y test de calidad de vida S George.

Resultados: Completaron todas las sesiones 12 pacientes (60%), 8 (66%) hombres y 4 (34%) mujeres; 9p eran (75%) mayores de 50 años; mejoría test marcha (+54m) y grado de disnea (Borg) 11p (92%); 5p (42%) estaban con oxígeno permanente; 8p (66%) reagudizaron su enfermedad de base pero ninguno requirió internación; 12p (100%) mejoraron el test de calidad de vida.

Conclusión: En nuestra primera experiencia en rehabilitación comprobamos lo que demuestra la bibliografía sobre la efectividad de la misma. En todos los pacientes encontramos mejoría en el test de calidad de vida y la mayoría superaron los 54 metros en el test de marcha. Solo el 60% de los pacientes concluyo las sesiones, 2 fallecieron y al resto no les agradó realizar actividad física, por lo cual creemos conveniente que debemos mejorar la información y promoción de esta actividad tanto en pacientes como en el público en general.

15503 PO

UNA EXTRAÑA CAUSA DE HEMOPTISIS: ARTERITIS DE TAKAYASU CON FISTULA CORONARIOPULMONAR

VILLAR, MARCELA; GAROFOLI, A
Mendoza / Argentina

La arteritis de Takayasu es una vasculitis con una baja prevalencia en nuestro medio (2/1.000.000hab). Se caracteriza por

afectar aorta y sus ramas principales (principalmente troncos supraaórticos). Se presenta una paciente sexo femenino de 19 años que comienza con hemoptisis recurrente (1 episodio semanal), tos, disnea a moderados esfuerzos con cianosis. Pérdida de 10 kg y escalofríos nocturnos. Sintomatología de 7 meses. Laboratorio: VSG 31-65 mm/h, TP 60%, Anticoagulante lúpico +, Ac anticardiolipina + débil, fibrinógeno 571mg%, DD 2000 ng/ml. EAB: pH 7,44, pO₂ 77 mmHg, pCO₂ 34, bic 22, satO₂ 95%. Resto normal. Rx de Tórax y ecocardiograma normales inicialmente. TAC Tórax con infiltrados en LSD y LID. Pruebas para TBC negativas pero se inicia tratamiento con 4 drogas por 2 meses que abandona por gastritis severa, laringotraqueítis y persistencia de la hemoptisis. Evolución con mal estado general, se agrega importante astenia y disnea. Con nueva evaluación se evidencia HTP de 80 mmHg por doppler. Centellograma V/Q con ausencia de flujo en hemitórax derecho, y defectos segmentarios en pulmón izquierdo. Cateterismo Der - Izq evidencia shunt de izquierda a derecha de alto flujo (arteria circunfleja-arteria pulmonar derecha con contraste que queda en pulmón, movilizable con la tos). Deterioro leve de fundón VI. Presiones: AO 105/70, VI 105/5/12, AP 90/35, VD 92/5/10, Pcapilar media 9 mmHg. Se inicia tratamiento médico con oxígeno, nifedipina y sildenafil pero ingresa a UTI por síntomas neurológicos (fotofobia, visión borrosa, parestesias en cara y lengua, disartria), y se constata ausencia de pulsos en MMSS, soplo y frémito en ambas carótidas. Doppler de vasos de cuello con estenosis carotídea bilateral, velocidades altas. Angio-RNM de tórax y cuello: dilatación cardíaca a predominio derecho, AP 38 mm, cayado aórtico sin alteraciones, estenosis severa segmentaria por engrosamiento parietal de troncoarquiocéfálico, carótidas y subclavia izquierda compatible con A.Takayasu. LFP: Reducción leve de FVC (78%). Raw normal. TGV 2,98 (114%), TLC 4,53 (95%), VR 1,65 (127%), VR/TLC 36,5 (132%). TLC(DLco)/TLC(plet) 0,81. DLCO 56%. DLCO/VA 72%. TM6M: sat basal 95%, con angor y severa desaturación al 63% a los 2 minutos. Se realizó ATC de carótidas. Se inició tratamiento con meprednisona y ciclofos-famida.

Conclusión: La Arteritis de Takayasu raras veces se asocia a fistulas diversas (esofágicas, ilíacas, entéricas, etc.) pero son pocos los casos de fistulas coronariopulmonares publicados en la literatura médica. Se presenta un caso de aparición infrecuente.

15504 PO

LINFADENITIS MADIÁSTÍNICA CON FÍSTULA ESOFÁGICA CULTIVO BAAR

FRANCOS, JOSÉ LUIS; FULGENZI, AUGUSTO; SANTUCHO, EDUARDO; BOGADO, ANDRES; ESCOBAR, JORGE; GULOTTA, HECTOR
CABA / Argentina

Introducción: presentación atípica de mycobacterium tuberculosis, estudiada como enfermedad oncohematológica durante 8 meses por un síndrome anémico severo acompañado de leucopenia leve.

Objetivo: reconocer la epidemiología como base para sospecha diagnóstica de una enfermedad como la tuberculosis de alta prevalencia en nuestro medio, a pesar de tener una presentación atípica asociada a un síndrome de impregnación con Rx tórax normal al inicio de la enfermedad.

Caso clínico: paciente de sexo femenino, de 44 años de edad, que ingresa a nuestro Hospital por un síndrome de impregnación de 8 meses de evolución al que se agrega disfagia y tos seca hace 45 días aproximadamente. Había sido estudiada por probable patología oncohematológica con punción biopsia de médula ósea negativa -para técnicas inmunohistoquímicas y cultivos negativos (hongos, BAAR)- por un síndrome anémico severo asociado a leucopenia leve. Presenta trastornos del estado de ánimo por fallecimiento de su esposo hace dos años,

familiar cercano con tuberculosis pulmonar. Datos positivos al ingreso: HIV no reactiva, hb: 6.9g/dl, eritro: 77 mm, blancos: 3.800, PPD: 15 mm, hipoproteinemia con albuminemia, Rx tórax: opacidad superior derecha que ensancha el mediastino antero superior derecho, TAC tórax: dilatación del esófago en la transición cérvico torácica, aumento volumétrico de las estructuras vasculares del hilio pulmonar derecho, adenomegalia infracarinal derecha de 30 mm, videoendoscopia digestiva alta: orificio fistuloso en esófago hacia vía aérea, FBC: engrosamiento mucoso de ambos árboles bronquiales con arquitectura alterada, estudio histopatológico de punción transcarinal y biopsia mucosa informa: bronquitis crónica inespecífica negativa para células neoplásicas, cultivo positivo a los 30 días para tuberculosis.

Conclusión: La demora diagnóstica a pesar de una PPD hiperérgica, epidemiología y clínica compatible, llevó a un retraso de 8 meses en el inicio del tratamiento sumando complicaciones posteriores. En todo síndrome de impregnación en pacientes jóvenes con presentaciones atípicas como ésta, en un medio de alta prevalencia, debería sospecharse enfermedad tuberculosa.

15505 PO

ESTUDIO EPOCA. ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO INTERNACIONAL SOBRE ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA, A TRAVÉS DE INTERNET

GRUPO EPOCA, SECCION ENF OBSTRUCTIVAS AAMR.
CABA / Argentina

Introducción: La EPOC es una enfermedad pleomórfica, con etiologías y formas de presentación clínicas diferentes que varían es los diferentes pasajes del mundo, dependiendo también de factores genéticos, climáticos y socioeconómicos.

Objetivos: El estudio EPOCA (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) es un estudio longitudinal, internacional, multicéntrico, epidemiológico que esta enfocado en las características demográficas, indagar causas, presentación clínica, características espirométricas, y el tratamiento de los pacientes con EPOC. Es un objetivo de la Sección, promover la incorporación de investigadores para este estudio.

Material y Métodos: Los investigadores se registran en la página web www.epocasite.com y posteriormente completaran la ficha de presentación inicial. Posteriormente a lo largo de nueve meses se seguirán a estos pacientes, registrando una ficha en una agudización, si esta ocurre. Luego se evaluarán los resultados a los 20 días de evolución de la agudización. Por ultimo se completara una ficha de seguimiento los 9 meses de ingresados los pacientes con las características clínicas y espirométricas de los pacientes del estudio

Resultados: Hasta el mes de julio hay un total de 155 investigadores de 22 países, han ingresado 696 pacientes. Nuestro país cuenta hasta la fecha con 49 investigadores y 110 pacientes ingresados a la base de datos. Un primer corte de la cohorte mostró que el 76,7% son hombres, y que el 80% ex fumadores. La espirometría fue realizada en un 75,4 de los casos. El FEV1 medio fue de 2,6 l con un porcentaje del predicho promedio de 68%. Los pacientes presentaron 0,5 consultas a sala de emergencias, y 0,2 internaciones, promedio, en el año previo al enrolamiento.

Conclusión: El estudio EPOCA aportara datos acerca del manejo y presentación clínica de la EPOC revelando algunas características epidemiológicas de la enfermedad en nuestro país y compararlo con el resto del mundo.

15507 CO

TUBERCULOSIS EXTRAPULMONAR EN UNA SALA DE NEUMOTISILOGÍA

GRASSETTO, M LAURA ; MUSELLA, ROSA M; BALDINI, MATIAS; ROLDAN, NICOLAS; DE STEFANO, GASTON; CIALLELLA, LORENA; BABICH, M LAURA; ABAD, SANTIAGO; ARAYA, LAURA; ABBATE, EDUARDO H
CABA / Argentina

Introducción: La tuberculosis (TB) continúa siendo un problema de salud pública en el mundo. Debido a la gran frecuencia de la localización pulmonar, el compromiso extrapulmonar tiende a ser minimizado. Se considera que el compromiso extrapulmonar representa aproximadamente 15% del total de casos, tal como es comunicado en algunas series.

Objetivo: Determinar la frecuencia, formas de presentación y localización de la TB extrapulmonar en un servicio de derivación.

Material y Métodos: Estudio descriptivo de corte transversal, realizado desde junio 2005 a junio 2006, mediante la revisión de historias clínicas de los pacientes internados con diagnóstico de TB en una sala de neumotisiología del Hospital Muñiz de la ciudad de Buenos Aires.

Resultados: Se encontraron 185 pacientes con diagnóstico de TB con promedio de edad de 34.9 años (17 a 81 años). La localización extra pulmonar se presentó en 36 pacientes (19.5%), 12 de ellos (6.5%) sin compromiso pulmonar. El grupo etéreo comprendido entre los 15 y 34 años fue el más afectado (66,7%). La forma más frecuente fue la pleural con 26 (72%) pacientes seguida de la génito-urinaria con 5 (13.8%), ósea 3 (8.3%), laríngea 2 (5.5%), pericárdica 1 (2.7%) e intestinal 1 (2.7%). Se presentaron 2 casos de TB multifocal, definida por la presencia de 2 o más localizaciones extrapulmonares con o sin compromiso pulmonar. El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 60,3 días (7 a 365 días). En los pacientes con TB extrapulmonar se encontraron las siguientes asociaciones morbosas: tabaquismo (10), alcoholismo (8), TB previa (5), drogadicción (3), diabetes (1).

Conclusión: La TB extrapulmonar representó el 19.3% del total de casos analizados, siendo las localizaciones más frecuentes la pleural, génito-urinaria y ósea. Además, se encontraron 2 casos de TB multifocal con afección pulmonar, ósea, pericárdica y pleural. La localización extrapulmonar sin compromiso pulmonar representó el 6.5% de los casos. El grupo etéreo más afectado fue el comprendido entre los 15 a 34 años causando un impacto importante en la población económicamente activa. TB extrapulmonar representa una localización grave de TB. Con frecuencia, su diagnóstico requiere la utilización de procedimientos diagnósticos invasivos y biopsias para su confirmación. Asimismo produce mayores costos para el seguimiento y el manejo de sus secuelas.

15508 PO

TABAQUISMO EN ESTUDIANTES DE UNA ESC. SUP. DE ENFERMERIA

FEOLA, MIGUEL ANGEL; HASPER, ISIDORO; CASUSO, ANA LIA; LENGE, LORENA; RAMIREZ, HORACIO
CABA / Argentina

Se realizó una encuesta anónima aleatoria entre los estudiantes de la Escuela superior de Enfermería durante el segundo semestre de 2005. De un total de 578 completaron la encuesta 379 alumnos (65.5 %); de ellos 80 (21.2%) eran hombres y 298 (78.8%) mujeres; su edad promedio era de 29.74 años. Del to-



tal, 44.6% eran No Fumadores (NF), 21.6% eran ex fumadores (EF), y el 33.8% eran fumadores (F). La edad de comienzo de los F fue entre los 9 y 43 años, promedio 16.53 años DS=4.02. Fumaban de 1 a 60 cigarrillos por día, promedio 7.37 SD 7.77 ($p=0.0000$). Fumaban desde hacía 1 mes a 48 años con un promedio de 8.72, DS 8.86 ($p=0.0000$). Entre los que no tenían amigos fumadores los F eran el 4.7%, con minoría de amigos fumadores los F eran el 35.2%, con la mayoría de amigos fumadores los F eran el 60.2%. ($p=0.0027$). De ellos querían cesar el 84.6%, y lo habían intentado el 70.6%, entre 1 y 3 veces el 76.3%; y más veces el 23.6%. El 95.6% de ellos lo había intentado por su propia voluntad y sin otro auxilio. Sólo el 55.4% del total consideraba al tabaquismo como una adicción. De los NF el 68.5%, los EF el 50% y los F el 43.3% ($p=0.0001$). El humo de otros le molestaba al 69.9%, pero al 44.4% de los F, al 72% de los EF y al 88.1% de los NF ($p=0.0000$). El 32.1% no recordaba alguna clase sobre tabaquismo. El daño grave a la salud debido al fumar activo fue reconocido por el 97.1% del total. El 98.2% de los NF, el 96.3% de los EF y el 96.1% de los NF. El daño grave a la salud debido al fumar pasivo fue reconocido por el 84.1%. Conocía la prohibición de fumar en lugares cerrados el 87.6% ($p=0.0263$) y sólo el 7.9% ($p=0.0014$) creía que se cumplía. El 72.4% fumaba más cuando estudiaba ($p=0.0490$). El 78.4% del total estaba dispuesto a desarrollar actividades antitabáquicas en ámbitos educativos.

Conclusión: Existiría un deficiente cumplimiento de las normas, así como una insuficiente información entre alumnos sobre las causas y consecuencias del tabaquismo, así como sobre los recursos accesibles para la cesación. Estas falencias serían indicadores de una pobre prevención educativa, que debería comenzar en etapas muy tempranas de la vida.

15509 PO

CORRELACION ENTRE EL TEST DE FAGESTRÖM Y OTRAS DROGAS

FEOLA, MIGUEL ANGEL; HASPER, ISIDORO; CASUSO, ANA LIA; LENGE, LORENA; SANCHEZ RUBIANCO, LAURA
CABA / Argentina

Se realizó una encuesta anónima aleatoria entre los estudiantes de la UBA que concurren a realizar el examen obligatorio de salud. Se encuestaron 1885 alumnos, de ellos 638 (33.8%) eran hombres y 1247 (66.2%) mujeres; su edad promedio era de 23 años. Del total, 60.1% eran No Fumadores (NF), 12.1% eran ex-fumadores (EF), y el 27.9% eran fumadores (F). La edad de comienzo de los F fue entre los 11 y 30 años, promedio 16 años, SD 2.48. Fumaban de 1 a 40 cigarrillos por día, promedio 7.46, SD 6.25 ($p=0.0000$). Fumaban desde hacía 1 mes a 40 años con un promedio de 5.5, SD 5.3 ($p=0.0000$). De los que fumaban (494) el Fageström eran entre, 1 y 3 en el 79.7%; entre 4 y 6 el 18.2% y entre 7 y 8 el 2%. ($p=0.0017$). Los que consumían entre 1 a 15 cigarrillos por día presentaban un Fageström de 1 a 3 el 87%, de 4 a 6 un 10.9%, y de más de 7 un 0.2% ($p=0.0000$). Los que consumían de 16 a 25 cigarrillos por día presentaban un Fageström de 1 a 3 el 14.3%; de 4 a 6 un 87.5%, y de más de 7 un 12.5%. ($p=0.0000$). Los que consumían más de 26 cigarrillos por día presentaban un Fageström de 1 a 3 ninguno, de 4 a 6 el 50%, y de más de 7 el 50% ($p=0.0000$). La relación entre el test de Fageström y el probar otras drogas se correlaciona poco sobre un total de 499 casos que habían probado, de estos el 75.8% se encontraba entre 0 y 3, el 21.4% entre 4 y 6 y solamente el 2.8% mayor de 7 ($p=0.0107$). La droga más probada fue la marihuana (87.7% del total de otras drogas); el 77.2% tenía Fageström de entre 1 y 3; el 20.9% entre 4 y 6, y solamente el 2% mayor de 7 ($p=0.0107$). De los que continuaban consumiendo (16.7% de los que probaron y el 2.1% del total) el 77.5% presento un Fageström de 1 a 3; el 22.5% de 4 a 6 y no hubo consumidores entre 7 y 8.

Conclusión: En la población estudiada no se encontró correlación entre el probar y seguir consumiendo marihuana, con la identificación de mayor adicción de acuerdo al test de Fageström.

15510 PO

UTILIDAD DE LA PUNCIÓN BIOPSIA PULMONAR GUIADA POR T.A.C.

GONZALEZ, FABIAN; VAZQUEZ DE ARGIRO, NORA; FABIO, STELLA; GIANFRANCISCO, VIRGINIA; NAVAL, NORMA; MARQUEZ, OSVALDO; DEL RIO, RAFAEL; MORENO, CAROLINA; DESTEFANI, NICOLAS; PADILLA, PABLO; MOLINA, LUCIANO; ESPECHE, MERCEDES

San Miguel de Tucumán / Argentina

En las lesiones periféricas la fibrobroncoscopia tiene una baja sensibilidad para llegar al diagnóstico; en ella habitualmente realizamos punción biopsia pulmonar guiada por T.A.C., por ser un método rápido, ambulatorio y mínimamente invasivo. Con el objeto de conocer la rentabilidad de la PBP guiada por TAC, se realizó un estudio retrospectivo, analizando la punciones realizadas por el Servicio de Neumonología del Hospital Padilla desde el 01/08/04 al 31/07/06. Se tomó como base los registros de Tomografía del Hospital, cotejando luego los resultados en los registros de biopsias del Servicio de Anatomía Patológica. Se realizaron 32 punciones, las que fueron realizadas con agujas de distinto tipo: manuales, semiautomáticas y automáticas. Las 32 biopsias de realizaron a pacientes con un rango de edad de 24 a 84 años, encontrándose algunos en muy mal estado general, lo que no dificultó la técnica. De los 32 pacientes 5 (16%) fueron mujeres el resto hombres 27 (84%). Sólo 3 (9.4%) muestras no fueron diagnosticadas, debiendo recurrir a cirugía a cielo abierto. Las 29 muestras restantes, 90.6% realizaron diagnósticos; siendo estos: Cáncer de pulmón 21, Metástasis pulmonares 2, Tuberculosis 3 y con Otros diagnósticos 3 biopsias. Con respecto a las complicaciones se presentaron solo en 3 casos, ninguno de ellos de gravedad. Neumotórax en 2 casos y hemoptisis en 1 caso.

Conclusión: La punción biopsia pulmonar guiada por TAC presenta una alta rentabilidad diagnóstica, pudiendo ser incorporada al algoritmo de investigación de los nódulos pulmonares.

15512 PO

ROTURA TRAQUEAL PROGRESIVA POST-INTUBACIÓN: TRATAMIENTO CONSERVADOR

BOCCA, XAVIER; CORONEL, ANTONIO; FARIÑA, OSVALDO; IKEDA, VICTOR
CABA / Argentina

Introducción: Las perforaciones de la pared membranosa de la pared traqueal puede ser una complicación potencialmente fatal después de la intubación endotraqueal y algunas técnicas de traqueostomias.

Caso: Se describe un caso de rotura traqueal en una mujer de 82 años después de una cirugía de ovario, durante el post operatorio inmediato presento estridor, dificultad respiratoria y hemoptisis. La Rx de tórax demostró enfisema subcutáneo y pneumomediastino. La paciente requiere reintubación y Ventilación Mecánica (VM).

Se realiza una Fibrobroncoscopia (FBC) que no pudo determinar el sitio de la lesión traqueal, solo se evidencio leve sangrado en todo el árbol traqueobronquial. La paciente presento deterioro hemodinámico y recibió antibiótico empírico. Una Tomografía Computada (TC) revelo una disrupción de la tráquea en su tercio superior. Un nuevo control videoendoscópico revelo una progresión de la rotura de la pared membranosa posterior de la tráquea en forma longitudinal de > 6 cms, con exposición de la estructura pleural y pared esofágica. Se mantuvo la conducta conservadora, la paciente mejoro su estado hemodinámico y disminuyó el enfisema subcutáneo, se logra

extubar y mantener una respiración espontánea. Posteriormente después de 2 meses la paciente fallece por falla multiorgánica no relacionada con el trauma traqueal.

Conclusión: Comentario: El tratamiento conservador que incluye, intubación, ventilación mecánica y terapia antibiótica empírica debería ser considerada en un paciente estabilizado sin complicaciones tempranas de sepsis y es una posibilidad terapéutica diferente al tratamiento quirúrgico. La progresión

de una laceración traqueal y disección puede ser explicada por la VM con presión positiva y la presión del manguito del tubo endotraqueal (cuff pressure), lo que indica la necesidad del monitoreo y seguimiento las presiones para minimizar la lesión traqueal. La FBC aún en la presencia de síntomas y signos de traumatismo traqueal no puede revelar la localización precisa de las laceraciones pequeñas excepto que sean extensas desde su inicio.