

VENTILACION NO INVASIVA EN TUBERCULOSIS SECUELAR

PO 001

Casas JP, Robles AM, Abbona H, López AM.
Hospital Privado de Córdoba. Córdoba Argentina.

En las décadas del 40 y 50 el tratamiento de la tuberculosis (TBC) pulmonar consistía fundamentalmente en el colapso quirúrgico (toracoplastia, neumotórax, frenicectomía) o la resección pulmonar (neumonectomía, lobectomía). Algunos pacientes con secuelas severas de TBC y/o su tratamiento quirúrgico desarrollan hipoventilación alveolar crónica (HAC) con marcada alteración en su calidad de vida y aumento de la mortalidad. La ventilación no invasiva a presión positiva vía máscara nasal (VNI) ha demostrado ser eficaz en este tipo de pacientes. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la VNI en la evolución de pacientes con TBC secuelear e HAC. **Material y métodos:** Análisis de pacientes con HAC atribuibles a TBC secuelear y/o de su tratamiento quirúrgico, manejados con VNI crónica, domiciliaria, nocturna, atendidos por nuestro Servicio de Neumonología. Los criterios de inclusión para VNI fueron PaCO₂ diurna >45 mmHg asociados a síntomas de HAC. La VNI fue aplicada mediante BiPAP con máscara nasal. Se evaluaron los parámetros clínicos y gasométricos previos y en el curso del primer año post BiPAP. Análisis por ANOVA, p significativa menor de 0,05. **Resultados:** Se evaluaron 6 pacientes (1 varón, 5 mujeres) edad promedio 69 años (rango 54 a 76). El antecedente de TBC remontaba a 43,2 ±7 años antes, 4 pacientes habían sido tratados quirúrgicamente, 2 con toracoplastia, 1 frenicectomía y 1 neumonectomía. La espirometría mostraba restricción severa con una CVF promedio de 0,93±0,3L (38±13% del teórico). Todos tenían manifestaciones clínicas de HAC desde varios años antes. Cuatro presentaban internaciones previas por insuficiencia ventilatoria y cardíaca derecha (2 requirieron ARM), y estaban con oxigenoterapia domiciliaria crónica (prom. 3,25 años). Previo a la VNI los síntomas más comunes fueron: astenia 100%, cefalea matinal 67%, hipersomnolencia 100%, disnea 100% y trastornos de la memoria 83%. Los gases arteriales mostraron una PaCO₂ diurna promedio de 85,1±27 mmHg. Durante el primer año de iniciada la VNI domiciliaria nocturna hubo resolución de la sintomatología, salvo disnea que persistió en 3 pacientes en menor grado, discontinuación de la oxigenoterapia y una caída en la PaCO₂ diurna promedio a 50±8 mmHg (p< 0,05). Dos pacientes discontinuaron el tratamiento a los 1,5 y 2 años de iniciado, ambos en relación a neumonía severa: uno de ellos falleció y el otro requirió traqueostomía y quedó con ARM invasiva domiciliaria. Los 4 pacientes restantes tienen un seguimiento actual de 6,25±1,5 años con una PaCO₂ diurna promedio de 43,4 ±5 mmHg (p< 0,05). **Conclusiones:** La VNI crónica, domiciliaria, nocturna demostró ser efectiva para mejorar parámetros clínicos y gasométricos en pacientes con HAC atribuida a TBC secuelear y/o su tratamiento quirúrgico.

VENTILACION NO INVASIVA EN OBESIDAD HIPOVENTILACION

PO 002

Casas JP, Robles AM, Abbona H, Perez JR, López AM.
Hospital Privado de Córdoba. Córdoba Argentina.

La obesidad morbida es una patología frecuente que en algunos pacientes se asocia a hipoventilación alveolar crónica (HAC) con incremento de la morbi-mortalidad. La ventilación no invasiva a presión positiva vía máscara nasal (VNI) ha demostrado ser una herramienta eficaz en el manejo de la hipoventilación alveolar crónica (HAC) en este grupo. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la VNI en la evolución de pacientes con Síndrome de obesidad-hipoventilación e HAC. **Material y métodos:** Análisis de pacientes con HAC atribuibles a síndrome de hipoventilación-obesidad, manejados con VNI crónica, domiciliaria, nocturna, atendidos por nuestro Servicio de Neumonología. Los criterios de inclusión para VNI fueron PaCO₂ diurna >45 mmHg asociados a síntomas de HAC. La VNI fue aplicada mediante BiPAP con máscara nasal. Se evaluaron los parámetros clínicos y gasométricos previos y en el curso del primer año post BiPAP. Análisis por ANOVA, p significativa menor de 0,05. **Resultados:** Se evaluaron 6 pacientes (3 varones, 3 mujeres) edad promedio 60,7 años (rango 42 a 76). Los pacientes presentaban obesidad mórbida con un Índice de peso corporal promedio de 48,4±7,8 kg/m², uno de los pacientes padecía síndrome de Prader Willi. La espirometría mostraba defecto restrictivo con una CVF promedio de 1,82±0,6L (49,3±11,4% del teórico). Todos tenían manifestaciones clínicas de HAC desde varios años antes. Los seis tuvieron internaciones previas por insuficiencia ventilatoria y cardíaca derecha (2 requirieron ARM). Al inicio de la VNI los síntomas más comunes fueron: astenia 100%, cefalea matinal 83%, hipersomnolencia 100%, disnea 100% y pérdida de memoria 50%. Cuatro tenían polisomnografía y uno presentaba síndrome de apneas del sueño asociado. Los gases arteriales iniciales mostraron una PaCO₂ diurna promedio de 74,8±16 mmHg. Durante el primer año de comienzo de la VNI domiciliaria nocturna hubo resolución total de la sintomatología y una caída en la PaCO₂ diurna promedio a 46,8±7 mmHg. Un paciente se perdió el seguimiento al año y otro falleció a los 3 años de iniciado el BiPAP. Los 4 pacientes restantes tienen un seguimiento actual de 1,1±1 años con una PaCO₂ diurna promedio de 47,5±6 mmHg. **Conclusiones:** La VNI crónica, domiciliaria, nocturna demostró ser efectiva para mejorar parámetros clínicos y gasométricos en pacientes con HAC atribuida a obesidad morbida.

VENTILACION NO INVASIVA EN ESCOLIOSIS HIPOVENTILACION

PO 003

Casas JP, Robles AM, Abbona H, López AM.
Hospital Privado de Córdoba. Córdoba Argentina.

La escoliosis es una anomalía del esqueleto torácico que puede causar incapacidad ventilatoria restrictiva y disminución de la complacencia torácica, conduciendo a progresiva hipoventilación alveolar crónica (HAC), con marcada alteración en la calidad de vida y aumento de la mortalidad. La ventilación no invasiva a presión positiva vía máscara nasal (VNI) ha demostrado ser una herramienta eficaz en el manejo de la hipoventilación alveolar crónica (HAC) en este tipo de pacientes. **Objetivo:** Evaluar el impacto de la VNI en la evolución de pacientes con escoliosis e HAC. **Material y métodos:** Análisis de pacientes con HAC atribuibles a escoliosis severa, manejados con VNI crónica, domiciliaria, nocturna, atendidos por nuestro Servicio de Neumonología. Los criterios de inclusión para VNI fueron síntomas de HAC y/o PaCO₂ diurna >45 mmHg. La VNI fue aplicada mediante BiPAP con máscara nasal. Se evaluaron los parámetros clínicos y gasométricos previos y en el curso del primer año post BiPAP. Análisis por ANOVA, p significativa menor de 0,05. **Resultados:** Se evaluaron 5 pacientes (2 varones, 3 mujeres) edad promedio 57 años (rango 43 a 70). La escoliosis en 2 pacientes era congénita y en 3 adquirida post-poliomielitis. La espirometría mostraba una CVF promedio de 1,15±0,4L (36,4±23% del teórico). Todos tenían manifestaciones clínicas de HAC desde varios años antes. Al inicio de la VNI los síntomas más comunes fueron: astenia 100%, cefalea matinal 60%, hipersomnolencia 100%, disnea 100% y trastornos de la memoria 20%. Los gases arteriales mostraron una PaCO₂ diurna promedio de 57,3±23 mmHg (p= ns). Durante el primer año de iniciada la VNI domiciliaria nocturna los pacientes mostraron resolución de la sintomatología, salvo disnea que persistió en 1 paciente en menor grado, y una PaCO₂ diurna promedio a 42,6±5 mmHg (p= ns). Dos pacientes discontinuaron el tratamiento a los 2,5 y 2 años de iniciado, ambos en relación a neumonía severa y muerte. Los 3 pacientes restantes tienen un seguimiento actual de 2,73±2,4 años con una PaCO₂ diurna promedio de 43,3 ±1,5 mmHg (p= ns). **Conclusiones:** La VNI crónica, domiciliaria, nocturna demostró ser efectiva en pacientes con HAC atribuida a escoliosis, para mejorar parámetros clínicos en todos y gasométricos en la mayoría de ellos.

NEUMONIA RECURRENTE EN UNA MUJER ADULTA CON DOS PATOLOGIAS ASOCIADAS

PO 004

Acero E, Alvarez L, Boyne A, Rodríguez K, Viera G.
Hospital Paroissien, La Matanza, Pcia de Bs. As.

Introducción: Las neumonías recurrentes se dan principalmente en la infancia y sus causas son múltiples. Se presenta un caso que muestra una asociación de etiologías poco frecuente. **Caso clínico:** Mujer de 30 años de edad, que presentó en los tres años previos, tres neumonías del pulmón izquierdo y episodios de broncoespasmo. Ingresó a este hospital por una nueva neumonía aguda. Los análisis de laboratorio arrojaron los siguientes resultados: VSG de 113 mm., g. blancos: 14.700, hematocrito: 34,6%, PO₂:65,4, PCO₂:32,9. Dos ELISA para HIV fueron negativos. La TAC de tórax mostró bronquiectasias centrales quísticas, lesión cavitada con nivel hidroaéreo en región lingular anterior y derrame pleural izquierdo. Recibió tratamiento con ceftriaxona. La evolución clínica fue favorable por lo que se externó luego de 8 días. Completó el tratamiento en forma ambulatoria, pero las imágenes radiológicas no se modificaron. Se realizó una fibrobroncoscopia en la cual se observó una lesión de aspecto nacarado y abollonado, fácilmente sangrante al contacto con el equipo, que ocluía el bronquio del lóbulo superior izquierdo. El informe del cepillado bronquial sugería descartar tumor carcinóide, por lo que se reiteró el estudio endoscópico, confirmando el diagnóstico por biopsia bronquial. La localización del tumor carcinóide no se correspondía con las lesiones observadas radiológicamente, por lo cual, ante la presunción diagnóstica de secuestro pulmonar se realizó una arteriografía pulmonar observándose: dos arterias bronquiales con patrón de neovascularización, compatible con proceso pulmonar hipervascularizado, y neovascularización de la arteria mamaria interna homolateral hacia la lesión antes descripta. El centello-grama de perfusión informó: hipoperfusión generalizada de todo el pulmón izquierdo. Se realizó neumonectomía izquierda con adecuada evolución postoperatoria. En la biopsia de la pieza quirúrgica se confirmó la presencia de un tumor carcinóide típico que infiltraba la pared bronquial y se extendía a tejidos blandos del mediastino con invasión por contigüidad a estructura ganglionar mediastinal, bronquiectasias, atelectasia, enfisema, focos de abscedación y pleuritis crónica. En el lóbulo inferior se halló atelectasia, enfisema, edema y hemorragia intraalveolar. **Discusión:** El cuadro clínico fue sugestivo de obstrucción parcial de la vía aérea ya que presentaba asma de difícil manejo y neumonías a repetición. El diagnóstico de carcinóide endobronquial podría haber explicado los síntomas pero este caso presenta además la asociación con probable secuestro pulmonar. La revisión de la literatura revela como muy infrecuente la coexistencia de estas dos enfermedades. Ambas pueden manifestarse separadamente como causa de neumonías a repetición. Los grados de malignidad del carcinóide son variables: en los tumores típicos y endobronquiales es posible realizar cirugías conservadoras (broncotomía con escisión simple y resección de Sleeve). **Conclusiones:** Ante la presencia de asma de difícil manejo y neumonías a repetición se impone investigar la vía aérea para descartar enfermedad endobronquial. La cirugía en el caso que nos ocupa debió ser amplia dada la coexistencia de las dos enfermedades.

GRANULOMA HIALINO DE PULMON

PO 005

A Britta A., Pattin A., Botte G., Medin M., Martinez D., Pavón J., Luppi T., Magno S., Pallares M.

Servicios de Neumología, Clínica Médica, Cirugía Torácica y Anatomía Patológica

Palabra clave: Granuloma Hialino. Se presenta un paciente de 67 años de edad del sexo femenino que comienza su enfermedad actual con disnea CF III-IV, dolor en región dorsal y tos seca de un mes de evolución. Se decide internarla en sala de clínica médica. En la RX de tórax se observa derrame pleural y opacidad en región hilar izquierda. La TAC de tórax confirma igual imagen observándose nódulos contralaterales. El líquido de punción es un exudado con predominio de linfocitos, citológico y cultivo negativos. En el estudio fibrobroncoscópico se observa estenosis del 60% de la laringe por lesión exofítica, siendo la biopsia negativa para células neoplásicas. En el laboratorio se observa Hto 33%, Bcos 12800/mm³, Glucemia 0.90g/L, VSG 124, PO₂ 67mmHg, PCO₂ 38mmHg. Se realiza biopsia pleural con sellamiento de la pleura, cuyo diagnóstico es pleuritis inespecífica. Tiene punción de médula ósea normal, FR (-); ASTO normal; FAN (-); ANCA C (+); Proteinuria (-). Se realizó Videotoracosopia con biopsia pulmonar observándose denso infiltrado en plasmocitos y linfocitos. Las tinciones de inmunoperoxidasa para la demostración de inmunoglobulinas G, A, M y cadenas livianas Kappa y Lambda revelaron positividad de grado variable, con todos los marcadores en los plasmocitos presentes, el diagnóstico anatópatológico fue Granuloma Pulmonar Hialinizante. Se realizó tratamiento con corticoides con buena respuesta; disminuyendo las opacidades pulmonares y el derrame pleural. En los controles posteriores la paciente evoluciona en forma estable; siendo internada nuevamente a los 45 días por una neumopatía. Se realiza una nueva TAC de tórax, observándose lesiones pulmonares bilaterales y adenopatías mediastinales que no presentaba al inicio. **Comentario:** El granuloma hialinizante de pulmón es un término empleado desde 1977 para describir un tumor pulmonar inusual, del cual existen menos de 80 casos descriptos en la literatura mundial. Histológicamente se presenta como numerosas laminaciones de material hialino distribuidas regularmente. Representa una afección generalmente benigna, aunque en varios casos se ha registrado enfermedad progresiva e identificación de inmunocomplejos y autoanticuerpos circulantes, sin evidencias de colagenopatía.

SINDROME DE SWYER-JAMES-MCLEOD (ENFISEMA HIPOPLASICO ADQUIRIDO DE LA INFANCIA)

PO 006

Rey DR, Pino A, Cristófoli R, Debais M, Miranda A, De Salvo MC

División Neumotisiología Hospital Dr. E.Tornú. Buenos Aires

El síndrome de Swyer James o McLeod es una causa poco común del síndrome de pulmón hiperclaro unilateral, del cual existen pocos casos descriptos en la literatura, lo que justifica su presentación. **Observación clínica:** CR. HC 298660 sexo femenino, 16 años. Consulta por tos improductiva, fiebre y sibilancias de una semana de evolución. La radiografía de tórax mostraba disminución del volumen del hemitórax izquierdo asociado con reducción de las sombras vasculares, e imagen radiopaca definida retrocardíaca y desviación homolateral del mediastino. Como antecedentes relevantes cabe destacar neumonía severa a los 3 años de edad, tos ocasional asociada a sibilancias y "neumonía" dos meses antes de la consulta, con radiología torácica de similares características a la actual. Al ingreso se encontraba afebril y normotensa. El único hallazgo positivo al examen físico fue disminución del murmullo vesicular en base de hemitórax izquierdo. Con diagnóstico presuntivo de atelectasia del lóbulo inferior izquierdo (LID) se realizó fibrobroncoscopia que informó signos leves de irritación de los bronquios basales del LID. El examen de esputo para BAAR y micológico resultó negativo, así como la PPD. **Laboratorio:** Hto 35,3%, Hb 12,2 g/dl, GB 7900/ml, VSG 76mm, química y coagulograma normales. SaO₂ (0,21) 99%. Se realizó luego TAC de tórax que mostró pérdida de volumen de pulmón izquierdo a expensas del lóbulo inferior, reducido a una zona de condensación paravertebral con imágenes quísticas en su interior, compatible con bronquiectasias y disminución de la vascularización del pulmón homolateral. Con la sospecha diagnóstica de Síndrome de Swyer James - McLeod, se realizó Rx de tórax en espiración que documentó atrapamiento aéreo en el pulmón izquierdo y se confirmó mediante angiografía de vasos pulmonares que mostró disminución del calibre de la arteria pulmonar izquierda y sus ramas. **Conclusión:** Este síndrome debe ser tomado en consideración en el diagnóstico diferencial de pulmón hiperclaro unilateral. El avance en los últimos años de las técnicas imagenológicas, permite establecer el diagnóstico con mayor rapidez y evitando maniobras invasivas (broncografía, angiografía).

MICROLITIASIS ALVEOLAR PULMONAR

PO 007

De Salvo MC, Scafati M, Invernati A, Pedernera A, Maggio P, Rey DR

División Neumotisiología Hospital Dr. E.Tornú Buenos Aires

La Microlitiasis Alveolar Pulmonar (PAM) es una neumopatía poco frecuente caracterizada por formación y acumulación intraalveolar de "microlitos o calciferitos". Los mismos consisten en pequeños corpúsculos redondeados compuestos por sales de calcio y fósforo. Existe una forma hereditaria autosómica recesiva, aunque también casos esporádicos en asociación con otras enfermedades como por ej. estenosis mitral, nefrolitiasis, fibrosis pulmonar. Su etiopatogenia permanece aún desconocida. Algunos autores consideran que se trataría de un error congénito del metabolismo cálcico circunscripto al parénquima pulmonar. Desde que en 1918 Harbis la describiera por primera vez, hay alrededor de 300 casos en la literatura. Clínicamente hay una marcada disociación de los signos y síntomas en relación con los hallazgos radiológicos. La tos y la disnea son los síntomas más frecuentes y aparecen tardíamente en el curso de la enfermedad. Radiológicamente presenta un infiltrado difuso reticulonodular característico fino, específico. **Caso clínico:** HC 299052. 15 años sexo femenino, ingresa por presentar un cuadro de un año de evolución caracterizado por molestias inespecíficas en el tórax. Oriunda de Caaguazú, zona rural del Paraguay. Antecedentes: un hermano fallecido al año de vida por patología respiratoria. Se encuentra en buen estado general, sin hallazgos al examen físico. La radiografía de tórax muestra un patrón reticulonodular fino difuso. La tomografía computada de tórax confirma este hallazgo junto con engrosamiento septal. La espirometría y pletismografía son normales, pero la DLCO fue de 15.2 mL/min/mmHg (69%) con volumen alveolar normal, lo que sugiere pérdida difusa de unidades alveolares. El resto de los estudios complementarios dentro de parámetros normales. Se realizó biopsia transbronquial que confirmó el diagnóstico de PAM, al hallarse alvéolos dilatados y ocupados con concreciones laminares de 250 a 750 μ m sueltas con intersticio conservado y/o fibrótico. La PAM presenta un curso crónico, evolucionando hacia la insuficiencia respiratoria. La sobrevida se extiende en aproximadamente 20 años. No existe tratamiento. El BAL, sumamente efectivo en la Proteinosis alveolar, carece de efectos terapéuticos en esta enfermedad.

PRESENTACION DE BRONQUIOLITIS OBLITERANTE CON NEUMONIA ORGANIZANTE (BOOP) COMO NODULO PULMONAR SOLITARIO

PO 008

Douglas Nazareno N.

Chumbita L. Hosp. Pres. Plaza, La Rioja

La entidad clínico-patológica concida como BOOP se caracteriza por un cuadro clínico similar a una neumonía, mientras que la anatomía patológica muestra grados variables de tejido de granulación, fibrosis, infiltrado inflamatorio crónico y macrófagos vacuolados en los bronquiolos distales, conductos alveolares y alveolos. Las alteraciones radiológicas más comunes son las consolidaciones bilaterales en parches. El caso que se presenta corresponde a un paciente de 50 años, trabajador rural (dedicado a la quema de ramas), con antecedentes de tabaquismo (30 pack/year). Tenía síntomas de 2 meses de evolución consistentes en tos, expectoración y picos febriles aislados. Recibió varios antibióticos previos sin resultados. Su examen físico no presentaba ningún elemento relevante. Su oximetría era de 96%. Traía un laboratorio con 5.700 leucocitos (fórmula conservada) y una VSG de 98mm. Baciloscopia de esputo negativa. La Rx de tórax revelaba una imagen nodular en lóbulo inferior izquierdo, que por tomografía mostraba un aspecto sólido y contacto con la pared posterior del tórax. Una Punción Aspirativa guiada por TAC arrojó un resultado no concluyente. La Broncofibroscopia resultó sin lesiones endoluminales y el material obtenido por biopsia transbronquial fue inadecuado. Se procedió, entonces, a la extirpación quirúrgica del nódulo. Los hallazgos en la pieza fueron compatibles con BOOP. **Conclusiones:** Es sabido que el BOOP se asocia con inhalaciones tóxicas y si bien la presentación como lesión nodular única está descrita en algún trabajo, es inusual; sin embargo debe ser considerado dentro de los diagnósticos diferenciales de nódulo pulmonar solitario.

BRONQUIECTASIAS ASOCIADAS A ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL**PO 009****Douglas Nazareno N.**

Góngora H. Hospital Pres. Plaza, La Rioja

Las manifestaciones extraintestinales en la Colitis Ulcerosa (CU) son variadas, incluyendo el compromiso respiratorio. En este sentido se conocen 5 categorías clínico-patológicas: enfermedades que afectan la vía aérea, enfermedad pulmonar intersticial, nódulos parenquimatosos, serositis y enfermedad vascular pulmonar. El caso que se describe corresponde a un paciente de 11 años con antecedentes de convulsiones (polimedicado), a quien se le diagnostica una CU por biopsia y poco tiempo después (3 meses) comienza con dificultad respiratoria progresiva, tos y expectoración. Al ingreso su EAB arterial indicaba un $PH=7,29/PCO_2=60/PO_2=47/Bicarb.=28$. La prueba funcional mostraba un patrón obstructivo severo que no se modificaba con broncodilatadores. Se hizo TAC de tórax que evidenciaba bronquiectasias bilaterales con pequeños infiltrados algodonosos periféricos sugestivos de alveolitis. Suponiendo una relación entre sus bronquiectasias y la enfermedad intestinal se decidió iniciar tratamiento con altas dosis de esteroides inhalatorios (Fluticasona 2000ug/d), sumados a la terapéutica de mantenimiento con esteroides orales que venía recibiendo por su CU. La respuesta fue buena desapareciendo la insuficiencia respiratoria, mejorando la prueba funcional (% de cambio de VEF_1 $post\ BD = 50\% - 210ml$ en valores absolutos) y la TAC mostró resolución de las áreas de alveolitis. **Conclusiones:** Pensamos que las complicaciones respiratorias deben buscarse en la CU. Si bien los esteroides son el tratamiento de primera línea para este tipo de bronquiectasias, es de destacar en este caso el vuelco evolutivo conseguido a partir del agregado de esteroides inhalatorios a los sistémicos.

SARCOIDOSIS. SERIE DE CASOS**PO 010****Moyano V, Escudero Millán A, Molnar S., Yorio M.**

Hospital Italiano de Córdoba, Argentina.

Introducción: La sarcoidosis es una enfermedad sistémica de etiología desconocida, que se caracteriza por la presencia de granulomas. La afectación más frecuente es pulmonar. Presentamos dos casos de sarcoidosis con afectación torácica. **Caso 1:** Varón 58 años de edad. Un año previo a la consulta comenzó con artritis de ambas rodillas y tobillo derecho. Posteriormente apareció en la piel de la región del codo lesión tumoral, indurada, indolora, de 10 por 6cm sin aumento de tamaño en los últimos 3 meses. Presentaba pérdida de peso significativa. Radiografía de tórax: ensanchamiento mediastinal. Laboratorio: hipergamaglobulinemia policlonal. TAC toracoabdominal: Imágenes nodulares con densidad de tejido blando sugestivas de adenomegalias mediastinales, algunas superaban los 20mm. Múltiples adenopatías retroperitoneales. Biopsia de lesión de codo: granulomas no caseificantes, BAAR (-). Fondo de ojo uveítis posterior, fluoresceinografía: vasculitis periarterioar y perivenular. Tratamiento con 60 mg de prednisona, en 15 días desaparece la masa de la región del codo y mejoran hallazgos en fundoscopia. Actualmente recibe prednisona a dosis baja y azatioprina, con buena respuesta. **Caso 2:** Varón 37 años maratonista, colombófilo. Consulta por apto físico. Refiere pérdida de peso en los últimos 3 meses. Examen: adenopatía supraclavicular izquierda de 2 cm. RXTX: infiltrado pulmonar bilateral reticulonodulillar. TAC de tórax infiltrado reticulonodulillar bilateral, adenomegalias mediastinales, leve esplenomegalia. Pruebas funcionales respiratorias normales. Biopsia transbronquica: granuloma no caseificante, BAAR (-), hongos (-). Tratamiento: prednisona, con desaparición de las adenomegalias mediastinales. **Discusión:** En el 90% de los casos el pulmón se encuentra afectado. Destacar la escasa sintomatología o compromiso del estado general. La sarcoidosis se puede presentar sin síntomas respiratorios en un tercio de los pacientes. La clave para el diagnóstico de Sarcoidosis es el hallazgo de granulomas no caseificantes además de la clínica compatible. El tratamiento de elección es la corticoterapia y en casos de tratamiento inmunosupresor prolongado la elección son metotrexate y azatioprina.

COMPLICACION INFRECUENTE DE LES**PO 011****Babini A, López A, Moyano V, Yorio M.**

Hospital Italiano

Paciente mujer, 23 años con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico (LES). Síndrome febril, adenopatías, artritis, alopecia, aftas bucales, raynaud, livedo reticularis. Anti Dna(+). ANA (+) 1/800 moteado. Rnp(+). ACL IgG 45 U/gpl. FR (-), anemia leve. Rx tórax normal. En mayo 2001: prednisona 10mg, hidroxicloroquina 400mg y aas. Predomina la fiebre recurrente y artritis, se agrega metotrexate hasta 25 mg intramuscular semanal, prednisona 12,5 mg y aines sin buen control de la artritis. Agosto 2001 se agrega azatioprina 100mg, se retira metotrexate, buen control de la artritis en un mes queda con prednisona 5mg/día. En julio 2002 deja la medicación un mes, salvo prednisona y consulta por severa disnea grado 3-4. sin edemas, sin signos de falla cardíaca ni renal. Expansión y excursión pulmonar bilateral casi nulas, RX tórax con gran restricción volumétrica bilateral, elevación de ambos diafragmas. Sin derrame pleural ni atelectasias; por radioscopia movilización mínima de ambos diafragmas en máxima inspiración. Ecodoppler cardíaco que descarta derrame pericardio y taponamiento, sin hipertensión pulmonar. Con diagnóstico presuntivo de síndrome de pulmón encogido (shrinking lung). Se medica con prednisona 40 mg/día por 20 días y luego 40/20 dejando azatioprina, aspirina, y calcio más vitamina D, mejora la dinámica respiratoria, desaparece la disnea en 3 semanas. Septiembre 2002. empeora la capacidad inspiratoria y capacidad vital, al disminuir la prednisona a dosis de 20/10 mg. Enero 2003, estable con prednisona 20mg /día, suspende azatioprina y es internada con insuficiencia respiratoria severa sin evidencia de infección, mejora con pulso EV de metilprednisolona 1gr (dividido en 2 días). **Conclusión:** considerar como complicación poco usual del LES y la refractariedad al tratamiento con prednisona y azatioprina.

SHRINKING LUNG SINDROME EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO**PO 012****Lescano, MS; Martínez, PR; Prigioni, AL; Putruele, AM; Rodríguez, DA, Taboada, FH.**

El Lupus eritematoso sistémico (LES) puede comprometer todos los componentes del sistema respiratorio (vía aérea superior, parénquima pulmonar, vasculatura pulmonar, pleura y músculos respiratorios).

El Shrinking Lung Syndrome es una complicación rara del LES, que se manifiesta clínicamente con disnea y dolor torácico, y en la radiografía de tórax (Rx) se observan pulmones pequeños con atelectasias basales y elevación diafragmática. En la espirometría se observa un patrón restrictivo. El pronóstico depende de la rapidez del diagnóstico

Paciente de sexo femenino de 24 años de edad con antecedente de LES diagnosticado en año 2002 en tratamiento con prednisona 12 mg/día, que consulta por disnea, fiebre vespertina y mialgias generalizadas de 30 días de evolución. En el examen clínico paciente estable hemodinámicamente, sin datos positivos en el examen respiratorio. En el laboratorio presenta como dato positivo eritrosedimentación: 70 mm. Evoluciona con registros febriles se interpreta como actividad de LES y se aumenta la dosis del corticoide hasta 60 mg. / día. En la radiografía de tórax presenta radioopacidad homogénea de lóbulo inferior derecho, en el examen funcional respiratorio presenta FVC: 1.93 (48%), VEF1: 1.69 (52%), VEF1/CVF: 87, VVM sentada: 103 (86%), acostada: 76 (64%), DLCO: 13.1 (61%), VA: 2.84 (61%), PI max: 62 (68%), PE max: 46 (33%). Se realiza TAC de tórax, que informa: opacidad parenquimatosa asociada a pérdida de volumen, con retracción de la vasculatura vecina, con presencia de atelectasia redonda en base pulmonar.

Con el tratamiento instaurado se controló la actividad de la enfermedad. Se otorgó el alta, con seguimiento neumonológico.

TROMBOEMBOLISMO PULMONAR (TEP) EN PACIENTES CON FIBROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA (FPI) PO 013

R Ahumada, M Zorrilla, M Mazzei, A Bertolotti, J Ossés, J Cáneva, R Favalaro

Sección Neumología y División Trasplante Intratorácico. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Fundación Favalaro. Buenos Aires. Argentina

Introducción: En el marco del severo deterioro funcional respiratorio que padecen los pacientes con FPI, muchos de ellos presentan una variedad de complicaciones graves asociadas a la enfermedad. Entre estas complicaciones se encuentra el TEP. **Objetivo:** Presentar cuatro casos de pacientes con diagnóstico de FPI que presentaron TEP como complicación. **Materiales y Métodos:** Se evaluaron cuatro pacientes con diagnóstico de FPI calificados para trasplante pulmonar, que presentaron TEP diagnosticado por centellograma V/Q de alta probabilidad. Se analizaron clase funcional (CF, NYHA), características antropométricas, parámetros de función pulmonar, hemodinamia pulmonar y exámenes complementarios de diagnóstico. **Resultado:** Paciente 1.L.P 2.M.F 3.M.I 4.T.C

	Masculino	Masculino	Femenino	Masculino
Sexo				
Edad	44	48	60	42
BMI (kg/m ²)	19	10	27	23
CF (NYHA)	IV	IV	IV	IV
FVC(%)	ND	ND	35%	42%
FEV1 (%)	ND	ND	35%	45%
DLCO (%)	ND	ND	ND	23%
pH	7.44	7.48	7.33	7.44
PCO2 (mmHg)	44	23	59	66
PO2 (mmHg)	40	47	109	43
PSAP (mmHg)	41	40	No disponible	No disponible
V/Q	Alta	Alta	Alta	Alta
	Probabilidad	Probabilidad	Probabilidad	Probabilidad
Eco Doppler MMII	Negativo	Negativo	Negativo	Negativo
Dimero D	Positivo	Positivo	Positivo	Positivo

De los resultados se observa que la CF era IV y el Eco Doppler de miembros inferiores fue negativo en todos los casos. **Conclusión:** El centellograma V/Q de alta probabilidad tiene valor diagnóstico en estos pacientes. El TEP debe incluirse en el diagnóstico diferencial del deterioro de la función pulmonar en los pacientes que ya presentan CF IV con diagnóstico de FPI.

AMILOIDOSIS ALVEOLAR SEPTAL PRIMARIA PO 014

Botas C, Morero JL, Poleri C, Vullo H.

Hospital María Ferrer. Ciudad de Buenos Aires.

La amiloidosis primaria limitada a pulmón es infrecuente y sus formas de presentación pueden ser: nodular, traqueobronquial o alveolar septal difusa.

Presentamos un paciente con amiloidosis alveolar septal difusa con características clínicas radiológicas que simulaban una neumonía intersticial. Hombre de 56 años, ex fumador que consultó por cefaleas, tos seca, fiebre y astenia. Radiografía de tórax: infiltrados intersticiales bilaterales. TAC de tórax: imágenes intersticiales bilaterales con áreas de vidrio esmerilado y consolidación alveolar en lóbulo medio y vértice. Fue tratado con claritromicina con mejoría clínica y persistencia de los infiltrados radiológicos. Gases en sangre arterial respirando aire: PaO₂ 59 mmHg, PaCO₂ 33.9 mmHg, SaO₂ 90%. El examen funcional respiratorio mostró severa incapacidad restrictiva con DLCO severamente disminuida. En el ecocardiograma Doppler se observó insuficiencia tricuspídea leve, presión sistólica de arteria pulmonar 46 mm Hg y disminución de la distensibilidad del VI. Se realizó FBC sin encontrar lesiones endoluminales. En el estudio bacteriológico del BAL no se observaron gérmenes comunes, BAAR ni hongos. La BTB mostró alteraciones del parénquima pulmonar interpretadas inicialmente como proteinosis alveolar, y que en la revisión reveló depósito de sustancia amiloide con distribución peribronquial, vascular y en septos alveolares. En el proteinograma electroforético se encontró una paraproteína de tipo monoclonal cerca del punto de siembra y en la Inmunolectro fijación de proteínas en suero y en orina, se observó una banda monoclonal correspondiente a una IgG cadena liviana lambda. La biopsia de médula ósea mostró cambios reactivos, sin evidencias de proliferación de células plasmáticas. Actualmente en tratamiento con dexametasona 8mg/d x 4 días c/ 15 días.

El depósito de cadenas livianas que se observa en la forma alveolar septal de la amiloidosis pulmonar primaria presenta una distribución similar al compromiso intersticial por otras causas, por lo que sugerimos debiera ser incluida en los diagnósticos diferenciales, destacando para ello el valor de la BTB.

HEMOSIDEROSIS PULMONAR IDIOPÁTICA ASOCIADA A ANTICUERPOS ANTI IGA ENDOMISIO PO 015

Lisanti R., Aberastain A., Delaballe E., Gonzalez L., García F.

Hospital El Carmen (OSEP), U.N.Cuyo, Mendoza

La hemosiderosis Pulmonar Idiopática es una enfermedad poco frecuente que afecta principalmente a niños y adultos jóvenes.

La etiología es desconocida, pero se ha relacionado con elevación inespecífica de Ig A en suero y con el esprue celiaco, por lo que hace pensar en una etiología inmune aún no identificada.

Se presenta una paciente de 18 años de edad, con antecedentes desde la infancia de anemia crónica (a partir de los 6 años), episodios diarreicos (sin confirmar nunca un Síndrome de mala Absorción) y que ha a partir de los 12 años presenta reiteradas internaciones por anemia y hemoptisis, que se acompañan de astenia.

En una de las internaciones se constató hipertensión arterial, que requirió tratamiento por un breve período de tiempo, sin constatar alteración renal. Al examen físico, es una paciente delgada (peso:42Kg, altura: 1,60 mts), pálida, con semiología respiratoria normal.

Se realizó fibrobroncoscopia con biopsia transbronquial, que confirma el diagnóstico de hemosiderosis (depósito pardo en tabiques alveolares histiocitos, con pigmento azul de prusia positivo).

Espirometría con limitación restrictiva leve, y TAC de tórax con infiltrado intersticial en vidrio esmerilado (55 a 60% del parénquima).

Electrocardiograma y Ecocardiograma normal.

Presencia de Anticuerpos anti Ig A endomisio y resto del estudio inmunológico negativo. Anemia severa, llegando a Hematocritos de 22%.

Se inicia tratamiento con metilprednisona, a 1 mg/Kg/día, presentando mejoría clínica, a los 6 meses presenta un Hematocrito de 42%, sin hemoptisis y con franca mejoría en la tomografía computada de tórax.

UN AÑO DE INTERNACIONES POR EXACERBACION DE EPOC EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO PO 016

Autores: Prigioni A; Garzón J; Gando S; Scorzo G; Gené R.J.

División Neumología, Hospital de Clínicas José de San Martín. Buenos Aires.

Introducción: La internación por exacerbación es un evento importante en la progresión de la enfermedad, aumenta la mortalidad, produce un deterioro de la calidad de vida, y se correlaciona con un descenso progresivo de la función pulmonar. **Métodos:** Se incluyeron 53 pacientes de manera prospectiva, internados desde 07/2002 a 06/2003, por exacerbación de su EPOC. Se analizaron las características demográficas, antecedentes de su enfermedad y comorbilidades, características funcionales previas, al ingreso y al alta, estadía hospitalaria, tratamiento recibido y factores relacionados con mortalidad intrahospitalaria. **Resultados:** edad 72 ± 8 años, BMI 26 ± 5, uso de O2 domiciliario 24.55 %, vacunación contra el Neumococo 18.89 %, antigripal 28.3 %, rehabilitación en el año previo 9.44 %. La comorbilidad más importante fue la insuficiencia cardíaca con un 30.2 %. 24.5 % de los pacientes eran fumadores activos, 65 paquetes/año (rango 40-90). FEV1 previo fue de 0.78 l/seg (30.1 %) (rango 0.62 - 0.98). Considerando los 3 criterios clásicos para definir exacerbación, los pacientes presentaron un promedio de 2.6 ± 0.56 de los criterios al ingreso (disnea, 96.23%, aumento en la expectoración 92.46% y cambios en la espirometría 71.70%) Estadía hospitalaria total fue de 9 días (rango 5-15). Gasometría arterial FIO2 21% PaO₂ 58.1 % (rango 51 - 70.2), PaCO₂ 43.8 mmHg (rango 70.2-51), SaO₂ 90.5 % (rango 83.5 - 93), PAFI 253 ± 57.4. El hallazgo más frecuente en la Rx. al ingreso fue la hiperinsuflación (64.15 %). Al alta el FEV1 post-broncodilatadores fue de 0.845 l/seg (35%) (rango 0.7 - 0.925), y el 96% de los pacientes no presentaron respuesta a broncodilatadores. La mortalidad intrahospitalaria fue del 17 % (9 pacientes). Los factores relacionados fueron: albúmina p<0.01, SaO₂ p= 0.024, años de abandono del tabaquismo p=0.045, hiperinsuflación en Rx. p=0.0392, días en UTI p=0.015 y uso de ventilación mecánica p=0.0014, uso de aminofilina en la internación p=0.029. **Conclusiones:** Los resultados muestran una población añosa, de fumadores severos y por período prolongado, EPOC severos a muy severos. Destacamos el bajo índice de vacunación, y uso insuficiente de medicación, con una elevada mortalidad. Es necesario implementar medidas preventivas como cesación del tabaquismo, vacunación, adecuada alimentación, educación y rehabilitación.

**VALORACION DE LA VARIACION DEL PC 20 EN
PACIENTES TRATADOS CON ZAFIRLUKAST**
PO 017
**Luppo Alejandra, Haag Julio, Maschio Laura,
Alzua Eduardo, Font Nine Luis, Lazaroni Angel**

Objetivo: Determinar mediante estudios cualitativos y cuantitativos el beneficio observado en un grupo de pacientes, evaluando la respuesta al tratamiento con zafirlukast. **Poblacion:** Se analizaron los resultados de 30 pacientes que completaron el plazo de seguimiento establecido a 5 meses. El promedio de edad fue de 37 años para ambos sexos. Se excluyeron aquellos que recibían corticoides inhalados u orales, teofilina, antihistaminicos y B2 de larga duración. **Metodo:** Se formaron aleatoriamente dos grupos, se les realizó espirometría y test de methacolina. Al grupo A se le indicó 20 mg de zafirlukast cada 12 hs y al grupo B no se le dio medicación. Ambos continuaron tratamiento con B2 de acción corta y no se permitió en ningún caso incluir aquellos que usaran corticoides por algún motivo. Luego de seguirlos por un plazo de 5 meses se evaluó a dichos grupos clínicamente y se realizó nuevamente espirometría y test de provocación bronquial con methacolina. **Resultados:** Ambos grupos no mostraron mejoría en su examen funcional respiratorio, ni alguna variación significativa en su PC 20. Algunos pacientes tratados con zafirlukast sí refirieron mejoría en su sintomatología, con disminución del número de sibilancias. **Conclusión:** El tratamiento a largo plazo con zafirlukast en pacientes con hiperreactividad bronquial podría mejorar la sintomatología, pero no muestra mejoría en la espirometría, ni disminución de la HRB por test de provocación bronquial.

ASMA BRONQUIAL EN HOSPITAL LENCINAS
PO 018

Mendoza

Objetivo: evaluar el comportamiento de los pacientes asmáticos que concurren habitualmente al Servicio de Guardia con descompensaciones obstructivas recurrentes, en quienes el médico de cabecera era el médico de guardia del día. **Método:** se toman en cuenta los 12 meses previos al comienzo del estudio Enero a Diciembre del 2.001, comparado con Enero a Diciembre del 2.002, en donde fueron atendidos en un Consultorio exclusivo de Asma, alimentado con pacientes provenientes de la Guardia. **Resultados:** fueron asistidos en el consultorio específico 216 pacientes, con fármacos provistos por la Cooperadora del Hospital, con una crítica caída de la curva de pacientes tratados en la guardia. **Conclusiones:** El hábito del paciente asmático que concurre a la Guardia de nuestro Hospital, sin médico de cabecera, sin contar en general con espirometrías, sin tratamiento de sostén, debe ser un llamado de atención para todos aquellos que trabajamos en la especialidad. Las interpretaciones son múltiples: dificultad en obtener turnos con neumonólogos, la habitual escasez de fármacos para su tratamiento de sostén, el desconocimiento por parte de la población de ésta patología crónica, entre otras. Esto conlleva un importante incremento en los recursos humanos y económicos disponibles por internaciones y complicaciones que pudieron ser evitadas.

**OBSTRUCCION FUNCIONAL TRANSITORIA DE VIAS
AÉREAS SUPERIORES**
PO 019
Giacaglia, V; Aruj, P; Faure, C; Gené RJ.

División Neumología, Hospital de Clínicas; UBA.

Paciente de 14 años de edad con antecedentes de broncoespasmo en la infancia; madre con asma bronquial, que 24 hs previas a la consulta comenzó con dolor torácico inspiratorio. Le indicaron tratamiento con corticoides IM con mejoría parcial. Evolucionó con ruido inspiratorio sibilante. Se realizó laringoscopia informada como normal. Se constató la existencia del ruido inspiratorio y las curvas flujo volumen mostraron variaciones grandes en la morfología con algunos registros con obstrucción inspiratoria significativa. FVC: 2,13 (78%) FEV₁:1,39(60%); FEV₁/FVC=65%; FEP 46% y FIP 37%. Se registraron mesetas inspiratorias. No mejoró con broncodilatadores. Por sus antecedentes personales y familiares se medicó con Fluticasona 500 mcg /salmeterol 100 mcg /día. Mejoró su sintomatología, desapareció el ronquido en 24 horas. Se realizó test de metacolina a los 2 semanas observándose aparición del ronquido inspiratorio y obstrucción al flujo aéreo inspiratorio y espiratorio luego de la nebulización con solución salina mejorando inmediatamente con salbutamol. Continuó con buena evolución durante 4 meses con tratamiento combinado. **Comentario:** La asociación de: mujer joven con conflictos emocionales, obstrucción de flujos inspiratorios no permanente, e indemnidad endoscópica de las cuerdas; sugiere el diagnóstico de disfunción de cuerdas vocales. Este caso podría corresponder a los que cursan asociados con asma por lo que se explica la respuesta al tratamiento instituido. La reproducción del fenómeno funcional con solución fisiológica sugiere la hiperreactividad laríngea que podría relacionarse con un desbalance autonómico.

**CONTROL DEL ASMA EN PACIENTES AMBULATORIOS
ATENDIDOS POR NEUMONOLOGOS UTILIZANDO LA
ENCUESTA AIRE/AIA**
PO 020
**Aruj P, Faure C, Brea Folco J, Apfelbaum G, Scorzo G, Giacaglia V,
Lescano S, Gené RJ**

División Neumología; Htal. de Clínicas - UBA

Los estudios AIRE y AIA demostraron déficit de control del asma en países desarrollados. **Objetivos:** Evaluar y comparar utilizando su encuesta, el grado de control de la enfermedad en una muestra de pacientes ambulatorios y analizar si el control mejora luego de 6 meses de iniciado el tratamiento. **Métodos:** Se incluyeron 2 grupos de pacientes con más y menos de 6 meses de tratamiento (Grupo 1 y 2 respectivamente). Se analizaron las conclusiones del AIRE/AIA con la finalidad de detectar el grado de control del asma en nuestros enfermos. **Resultados:** Se incluyeron 74 pacientes (57 mujeres) con edad promedio de 57,7±18 años. Grupo 1: n= 47 y duración del asma de 27,2 ±17 años. Grupo 2: n= 26 con 21.5±15.8 años de duración (p=0.2707). Grupo 1: en las últimas 4 semanas, asintomáticos el 36.2%, síntomas leves el 57.4% y síntomas moderados el 6.4%; de los cuales el 45.7% eran diurnos y 19.6% nocturnos. El 13% tuvo ausentismo laboral en el último año. Habían consultado a guardia el 19.1%, al consultorio en forma no programada el 17% y se había hospitalizado el 8.9% durante el último año. Los del Grupo 2 presentaron el doble de síntomas diurnos y nocturnos, 22% de ausentismo laboral, despertares todas las noches en 14.8% y significativa mayor frecuencia de consultas de emergencia e internaciones. **Conclusiones:** Si bien el control es similar al hallado en el hemisferio Norte y mejoran con la prosecución del tratamiento esteroideo podría lograrse mejoría adicional con mayor educación y el agregado de LABA.

INFLUENCIA DE LA EDAD Y EL SEXO EN LA PERCEPCION DE LA DISNEA DURANTE LA BRONCOCONSTRICION INDUCIDA POR METACOLINA (PBM)

PO 021

Nigro C, Alais ME, Lima S, Diaz M, Prieto E., Rhodius EER.
Servicio Neumonología - Hospital Alemán - Buenos Aires.

Objetivo: Evaluar si la percepción y la intensidad de la disnea durante la PBM varían en función del sexo y la edad. **Método:** Se estudiaron 283 sujetos que concurren al laboratorio pulmonar para realizarse una PBM por sospecha de asma bronquial. Se usó un protocolo abreviado con el método de nebulización continua para la PBM (concentración inicial-CI: 0.5 mg/ml, C2: 2 mg/ml, C3: 8 mg/ml, C4: 32 mg/ml). Los pacientes se dividieron en 4 grupos de acuerdo al sexo (F= femenino, M= masculino) y nivel de caída del FEV1 (\downarrow % FEV1: 10-30% y $>$ 30%). Se compararon 2 subgrupos de diferentes edades con similar % FEV1 (SG1: 38 \pm 11 años, % \downarrow FEV1 26 \pm 11, SG2: 67 \pm 6 años, % \downarrow 26 \pm 11). Se evaluó la intensidad de la disnea mediante escala de Borg. **Resultados:** Características de los grupos (*media y DE).

	G1 (F)	G2 (M)	p	G3 (F)	G4 (M)	p
N°	89	47		43	104	
Edad (años)	48 \pm 16*	40 \pm 16*	< 0.01	35 \pm 16*	36 \pm 17*	NS
%FEV1 basal teórico	94 \pm 14*	90 \pm 15*	< 0.01	87 \pm 14*	83 \pm 13*	NS
% FEV1 Borg	18 \pm 7*	17 \pm 8*	NS	44 \pm 12*	41 \pm 10*	NS
	3.4 \pm 2.7*	3.2 \pm 3*	NS	5.7 \pm 2.3*	4.9 \pm 2.6*	NS

Tanto la intensidad de la disnea como la frecuencia de reporte de *ausencia de disnea* (AD) fue similar en los grupos (AD: G1 14% vs. G2 19%, p NS; G3 1.5% vs. G4 4%, p NS). Los sujetos $>$ de 60 años tuvieron un Borg mediano menor que los $<$ 60 años y una mayor frecuencia de ausencia de disnea (Borg: 5 vs. 3, p < 0.05; AD: 45.2% vs. 21.7%, p < 0.05). **Conclusiones:** Durante la broncoprovocación con metacolina la percepción de disnea y su intensidad fueron similares en hombres y mujeres. Los pacientes $>$ 60 años tuvieron una menor percepción de la disnea que los $<$ 60 de años.

PERCEPCION DE LA SENSACION DE DISNEA DURANTE LA PRUEBA DE BRONCOCONSTRICION CON METACOLINA (PBM)

PO 022

Nigro C, Alais ME, Lima S, Rhodius EER.
Servicio Neumonología - Hospital Alemán - Buenos Aires.

Objetivo: 1) Establecer tipo y frecuencia de los descriptores de disnea durante la prueba de broncoprovocación con metacolina 2) Evaluar si el tipo de descriptor seleccionado varía de acuerdo a la magnitud de la caída del FEV1. **Método:** Se estudiaron 255 sujetos que concurren al laboratorio pulmonar para realizarse una PBM por sospecha de asma bronquial. La PBM se realizó con un protocolo abreviado con el método de nebulización continua (Concentración inicial-CI: 0.5 mg/ml, C2 2mg/ml, C3 8 mg/ml, C4 32 mg/ml). La intensidad de la disnea fue medida con la escala de Borg y los descriptores de disnea (DD) fueron seleccionados por el paciente de una lista (DD: 1) Siento el pecho cerrado 2) No puedo entrar el aire 3) Me cuesta trabajo respirar 4) No puedo sacar el aire 5) Falta de aire 6) Siento mi respiración pesada 7) Me siento ahogado 8) Me siento agitado/fatigado). La evaluación de la disnea se realizó durante la PBM solo una vez a diferentes niveles de descenso del FEV1. El grado de obstrucción bronquial fue medido por el % de caída del FEV1 basal (% \downarrow FEV1). Los pacientes fueron divididos en 2 grupos: G1: % \downarrow FEV1 10-30%, G2 % \downarrow FEV1 $>$ 30%. **Resultados:** Características grupos (*media y DE)

	G1 (160)	G2 (95)	p
Edad (años)	44 \pm 17*	35 \pm 16*	< 0.001
Sexo	M 56% / V44%	M 55% / V45%	> 0.05
%FEV1 basal teórico	91 \pm 14*	85 \pm 13*	< 0.01
% FEV1 Borg	21 \pm 5*	43 \pm 11*	< 0.001
	3.8 \pm 2.8*	5.4 \pm 2.5*	< 0.001

Los descriptores más seleccionados en ambos grupos fueron: 1) Me cuesta trabajo respirar 2) No puedo entrar bien el aire 3) Siento mi pecho cerrado. La frecuencia de los DD elegidos fue similar en G1 y G2 (G1: D4 18.5%, D3 14.6%, D2 14.6%; G2: D4 18.8%, D3 16.7% y D2 13.2%, p $>$ 0.05). **Conclusiones:** El tipo y la frecuencia de descriptores de disnea seleccionados durante la PBM fueron similares a pesar de los diferentes niveles de broncoconstricción inducida por metacolina.

PREVALENCIA DE RESPUESTAS CUTANEAS A ALERGENOS AMBIENTALES EN SUJETOS ASMATICOS

PO 023

Vanoni Susana, Barrionuevo Andrea, Fernández Borda Miguel

El presente trabajo recopila los resultados de una campaña gratuita destinada a sujetos asmáticos para reconocer la prevalencia de respuestas cutáneas a alérgenos ambientales. Se incluyeron todos los participantes, que informados por los medios de comunicación, concurren voluntariamente y que reunían como criterios de selección, padecer asma bronquial y tener una edad entre 21 y 50 años.

Evalúamos un total de 48 pacientes, 16 (33.3 %) de sexo masculino y 32 (66.6 %) de sexo femenino. La edad media fue de 36.92 años. Los sujetos fueron evaluados mediante: un cuestionario para establecer el estadio clínico del asma bronquial, la espirometría computarizada con igual finalidad y las pruebas cutáneas (mediante la técnica del "prick test") con una batería de 9 antígenos, además de histamina y solución salina como testigos de respuesta.

Para la respuesta cutánea se emplearon representantes de los principales grupos de alérgenos (D pteronissinus, D farinae, Radweed, Amaranthus, Cladosporium, epitelio de gato, mezcla de árboles, mezcla de gramíneas y Alternaria). Tuvieron respuesta positiva 37 (75%) de los individuos y en los 11 (25%) fue negativa para todos los alérgenos. La mayor cantidad de respuestas positivas se obtuvo con D. Pteronissinus en 33 sujetos (68.8%), seguido por D. Farinae en 30 (62.5%). El menor número de respuestas fue para Alternaria con sólo 3 (6.2%). Del total de pacientes con respuesta positiva 5 (10.4%) presentaron a un solo antígeno, 10 (20.8%) a dos, 6 (12.5%) a tres y 16 (33.4%) a cuatro o más. Sólo un paciente mostró sensibilidad a todos los alérgenos.

Finalmente analizamos la correlación entre mayor número de respuesta cutáneas positivas y severidad del asma bronquial pero obtuvimos un valor de p sin significación estadística.

DENSIDAD MINERAL OSEA (DMO) SU RELACION CON CORTICOIDES INHALADOS, PREVENCIÓN CON BIFOSFONATOS

PO 024

Lago, P. y Cacopardo L.
U.S.V.R. "Germán Argerich", Morón, Buenos Aires, Argentina.

Objetivos: Evaluar la DMO en pacientes asmáticos en tratamiento con corticoides inhalados en forma prolongada: osteopenia-osteoporosis y prevención con bifosfonatos (alendronato). **Material y Métodos:** En la U.S.V.R. "Germán Argerich" de Morón, fueron estudiados entre 1999 y 2002, 100 pacientes de ambos sexos con asma bronquial moderada (criterios GINA) que recibieron tratamiento con corticoides inhalados: Budesonide 800 mcg/d. Flunisolide 1000 mcg/d. o Fluticasona 1000 mcg/d. a los cuales se les efectuó medición de DMO (lumbar y femoral) al inicio del tratamiento. A 35 de esos pacientes se les efectuó una 2ª medición de DMO aproximadamente al año de tratamiento. De este último grupo (35) 31 fueron mujeres y 4 varones. De acuerdo a edad se los dividió en 2 grupos: 1) entre 25 y 45 años, 14 pac. (40%) 2) de más de 45 años; 21 pac. (60 %). Fueron excluidos pacientes con antecedentes de uso crónicos de corticoides sistémicos (alguna dosis dada por más de 1 mes en forma continua), pacientes embarazadas, pacientes con enfermedad concurrente o que estuvieran utilizando drogas que pudieran interferir en el metabolismo óseo (A.O.y.T.R.H.) se utilizó densitómetros: Norland Eclipse, Norland XR 36 Quick y Lunar con técnica D.E.X.A. De acuerdo a los resultados de la DMO, se los dividió en 3 grupos, siguiendo los criterios de la OMS informe 843 y la Conf. de Amsterdam 1996 con relación al Tscore (adulto/joven): normal hasta -1, osteopenia entre -1 y -2.5, osteoporosis mayor -2.5 . A los que presentaron osteopenia u osteoporosis se les indicó tratamiento preventivo con alendronato 5-10 mg/d. y dieta con calcio. **Resultados:** §1. De los pacientes estudiados (35): 1) 13 (37,14%) pacientes presentaron osteoporosis de inicio, de los cuales todos eran mayores de 45 años, 3 varones y 10 mujeres; 2) 17 (48,57%) pacientes presentaron osteopenia: 10 menores de 45 años y 7 mayores, siendo todos de sexo femenino; 3) 5 (14,28%) fueron normales, 4 menores de 45 años, sexo femenino y 1 mayor de 45 años de sexo masculino. §2. En los pacientes que recibieron alendronato y Ca se observó: 1) de los 13 pacientes con osteoporosis 12 (92,3%) presentaron aumento de la DMO y 1 (7,6%) no tuvo cambios significativos; 2) de los 17 pacientes con osteopenia 14 (82,3%) incrementaron su DMO y 3 (17,6%) se mantuvieron sin cambios. §3. En los 5 pacientes con DMO normal sin tratamiento preventivo se observó una disminución de la misma (osteopenia) en 3 pacientes (60%), en los restantes, 2 pacientes (40%) no hubo cambios. **Conclusiones:** 1.- Ante la necesidad de prescribir un corticoide inhalado, evaluar la posibilidad de solicitar la medición de DMO para detectar posibles efectos adversos sobre el metabolismo óseo, teniendo en cuenta que independientemente de la edad los pacientes con asma bronquial presentan factores de riesgo para esta entidad. 2.- En aquellos pacientes que presenten osteopenia u osteoporosis, evaluar la posibilidad de tratamiento preventivo.

CORRELACION DE FEV1 Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ASMA

PO 025

Stok MA, Altieri HH, Fabio SL, Rojas RA, Figueroa S, Willigs M, Vega N, Dantur C, Campero G, Diaz M, Naval N. Tucumán, Argentina

Se realizó un estudio prospectivo para correlacionar la medición de FEV1 y la calidad de vida (AQLQ) en pacientes con asma, considerando además otros aspectos (tabaquismo, nivel socio económico, años de evolución y severidad de la enfermedad, tratamiento con corticoides inhalados), en dos hospitales (Centro de Salud "Zenón Santillán" y Angel C. Padilla) y un Centro Privado de Tucumán. **Resultados:** Se incluyeron 101 pacientes con diagnóstico de asma, mujeres el 76,2 % y varones el 23,8 %, entre 14 y 71 años de edad (promedio 39,9 años). El 43,6 % tenía FEV1 > del 80 % del teórico, el 38,6 % entre 60-79 %, el 10,9 % entre 40-59 % y el 6,9 % < del 40 %. El 62,4 % es tabaquista de < 10 paq/year. Según la severidad los pacientes eran intermitente un 11,8 %, leves un 27,5 %, moderados un 55,9 % y severos un 3,9 %. El 61,4% tenían más de 10 años de evolución de su asma. El 33,3% no recibían tratamiento con corticoides inhalados. El 26,7 % eran de nivel socioeconómico bajo, el 53,5 % medio y el 19,8 % era alto. Los pacientes con FEV1 > 80% del teórico presentan AQLQ con puntaje < 5 (mala calidad de vida) en 59,1% y aquellos con FEV1 60 - 79% del teórico un AQLQ < 5 en un 66,7%, observamos que los que pertenecen a clases social media y baja tienen mayor porcentaje de AQLQ < 5 (mala calidad de vida) a pesar de un buen FEV1 que los de clase social alta. **Conclusión:** En los pacientes de nivel socioeconómico medio y bajo, no observamos correlación del FEV1 normal o disminuido en forma leve con el Cuestionario de Calidad de Vida (AQLQ).

EVALUACION DE PACIENTES CON SINTOMAS OBSTRUCTIVOS

PO 026

Aruj P, Brea Folco J, Faure C, Lescano S, Apelbaum G, Scorzo G, Gené R. División Neumonología - Hospital de Clínicas - UBA

Objetivos: Describir la presencia y las características de las enfermedades obstructivas mediante una encuesta administrada a pacientes portadores de síntomas obstructivos convocados por medios masivos. **Métodos:** Durante una semana se registraron datos demográficos, clínicos y farmacológicos de los pacientes mediante un cuestionario y una espirometría. Se clasificaron a los pacientes en: a) probables asmáticos, b) fumadores sintomáticos, c) riniticos, d) asintomáticos y e) indefinidos. Las espirometrías fueron clasificadas en obstructivas y no obstructivas. Se correlacionaron estos datos con sexo, edad, tabaquismo activo y pasivo, escolaridad, ocupación, diagnóstico médico, uso de medicación y tratamiento. **Resultados:** De 884 pacientes (385 hombres), 351 eran del grupo a); 123 del grupo b) y c) 625. En 72.3% se obtuvo una espirometría al finalizar el cuestionario. De los fumadores sintomáticos (45 ± 35 p/y), 22/95 tenía obstrucción de la vía aérea, sólo 22/123 realizaban tratamiento (adecuado en 9). Respecto del grupo a) 150/351 tenían diagnóstico médico previo de asma. El 39% utilizaba algún tipo de medicación (de ellos, el 50% BD de acción corta, 32% alguna forma de corticoide inhalado y 13% recibían corticoides sistémicos). El 77% presentaba síntomas compatibles con rinitis, el 42% había presentado crisis el último año, 22% eran tabaquistas activos y 38% fumadores pasivos. **Conclusiones:** El uso de cuestionarios dirigidos en forma masiva permite detectar pacientes de riesgo deficientemente evaluados y tratados y orientarlos hacia el control adecuado de su enfermedad.

EVALUACION CUALITATIVA DE DISNEA EN PACIENTES AMATICOS MAYORES DE 60 AÑOS: FIABILIDAD DEL LENGUAJE

PO 027

Lima S; Nigro C.

Obra social de trabajadores de la Energía Eléctrica. Servicio de Neumonología del Hospital Alemán.

Objetivos: 1) Determinar repetitibilidad del lenguaje de disnea (con descriptores) en pacientes asmáticos, mayores de 60 años, evaluados en estabilidad clínica y durante agudización en C Externo. 2) Evaluar si la caída del VEF1, produjo modificaciones en el lenguaje. **Método:** 1) Se evaluó la fiabilidad de descriptores de disnea en 17 asmáticos estables (7 hombres y 10 mujeres), con una *Edad Media:* 53a, *VEF1 Basal Medio:* 86.7%. Se administró una lista con 10 descriptores de disnea, en 2 visitas consecutivas, con variación del orden de la lista en cada visita. Se les preguntó: ¿Qué habían sentido durante una crisis de asma?. El tiempo entre visita 1 y 2 fue menor a un mes y mayor a una semana. 2) Determinar el Porcentaje de Acuerdo (%A) en situación de estabilidad y agudización. Se utilizó lista con 10 descriptores de disnea, en 49 pacientes (26 mujeres y 23 hombres) *Edad Media:* 69 a. *VEF1 Basal Medio:* 77%. *Delta de VEF1 (agudización):* 28%. **Análisis Estadístico:** Fiabilidad test-retest: Coeficiente de Correlación de Pearson. Test de McNemar se utilizó para determinar la asociación del cambio del lenguaje con la caída del VEF1, en un mismo paciente. **Resultados:** 1) Fiabilidad Test-retest: Porcentaje de Acuerdo en visita 1 y 2 del grupo de pacientes estables fue del 40.5%, el Coeficiente de Correlación fue de 0.63 ($r = 0.40$; $p < 0.04$). Porcentaje de Acuerdo entre estabilidad y agudización fue del 22%, coeficiente de correlación: 0.76 ($r = 0.58$; $p < 0.01$). 2) No hubo cambios estadísticamente significativos en el lenguaje de la disnea en relación a la caída del VEF1 en 9 descriptores ($p > 0.05$), excepto al referir "Fatiga" ($p < 0.02$). **Conclusiones:** La buena fiabilidad del lenguaje demostrada en esta población, indicaría la utilidad de los descriptores en la evaluación cualitativa de la disnea en al asma bronquial.

CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EPOC LUEGO DE SU INTERNACION POR EXACERBACION DE SU ENFERMEDAD

PO 028

Gando S; Garzón J; Prigioni A; Promencio F; Scorzo G; Gene R. División de Neumonología del Hospital de Clínicas - UBA

Objetivos: Observar como es la calidad de vida al alta de los pacientes internados por exacerbación de su EPOC y su evolución con un programa de seguimiento en el Hospital de Clínicas José de San Martín - UBA- y correlacionarla con otras medidas habituales de evaluación. **Métodos:** Estudio prospectivo de pacientes internados por exacerbación de su EPOC en el periodo 05/2002 al 05/2003 y seguimiento con visitas al mes de alta y cada tres meses, con evaluación a través de un examen físico, entrevista, test funcional respiratorio, test de caminata de 6 minutos y test de calidad de vida con el cuestionario de St. George's (SGRQ). Un cambio de al menos 4 puntos fue tomado como significativo (t). **Resultados:** 53 pacientes internados fueron evaluados, todos eran EPOC severos a muy severos (GOLD) con una edad de 72 ± 8.66 años. Mortalidad en internación de 17%. Se incluyeron para el seguimiento 33 pacientes. A 6 meses realizaron un total de 47 visitas. SGRQ al mes, 3 y 6 meses respectivamente (mediana - rango 25-75-): *Actividad* 72.889 (39.2) / 73.832 (19.6) / 79.179 (29). *Sintomas:* 49.781 (25) / 46.732 (25.3) / 36.785 (47.5) (t). *Impacto:* 39.796 (25.5) / 30.696 (21) (t) / 33.908 (28) (t). *Total:* 52.5 (27.48) / 47.5 (20.5) (t) / 49.807 (20). El puntaje total del SGRQ se correlacionó significativamente con datos espirométricos (VEF1 $p = 0.008$; FVC $p = 0.024$; VEF1/FVC $P = 0.0164$) y gasometría arterial (PaO2 $p = 0.029$; SatO2 $p = 0.02$ y PaO2/FiO2 $p = 0.011$). **Conclusiones:** Con un programa de seguimiento al alta se observa una mejoría significativa de la calidad de vida de pacientes EPOC severos a muy severos. EL SGRQ se correlacionó con la espirometría y gasometría arterial.

(t) Diferencia de 4 o mas puntos entre visitas en el SGRQ.

NEUMONIA EOSINOFILICA CRONICA IDIOPATICA Y ASMA

PO 029

Larrateguy L.D; Wustten C.S

Centro de Medicina Respiratoria de Paraná

Introducción: La Neumonía Eosinofílica Crónica Idiopática y el Asma, están frecuentemente asociadas y pueden influenciarse recíprocamente en su presentación clínica y evolución. **Caso clínico:** Mujer de 48 años, con antecedentes de rinitis alérgica y asma leve intermitente de varios años de evolución, tratada con B2 a demanda. Consulta por tos seca, disnea, dolor torácico, pérdida de peso leve, mialgias, astenia y febrícula. FC: 120 l/m, FR: 25 r/m, SatO₂: 96 %; y resto del examen físico normal. Rx. de tórax: infiltrados intersticioalveolares bilaterales periféricos. Lab: 17000 GB con 528 eosinófilos. Se inició un tratamiento con claritromicina. En 48 hs. un cultivo de esputo desarrolló un neumococo sensible a penicilina pero el cuadro había empeorado, con fiebre alta y mayor compromiso sistémico. En la nueva Rx. aumentaron los infiltrados y una TAC confirmó el hallazgo, el laboratorio mostró una leucocitosis con eosinofilia de 20 % (2940 eosinófilos). El parasitológico fue negativo. Con un diagnóstico presuntivo de neumonía eosinofílica y ante el gran compromiso sistémico se decide iniciar tratamiento con prednisona. Evolucionó favorablemente con caída de los eosinófilos al 1%, mejoría del cuadro clínico y radiológico en menos de 48 hs. Se mantuvo el tratamiento con esteroides por tres meses suspendiéndose ante la excelente evolución. Luego de un mes sin tratamiento consulta con los mismos síntomas de compromiso sistémico, Rx con infiltrados bilaterales periféricos y eosinofilia de 40 %. La rápida y significativa mejoría, del episodio inicial y de la recurrencia, con el tratamiento con esteroides, confirma el diagnóstico de neumonía eosinofílica crónica. **Comentarios:** Se ha descrito que los pacientes asmáticos con Neumonía Eosinofílica Crónica Idiopática tiene menor frecuencia de recaídas que los no asmáticos, posiblemente a causa del uso de corticoides inhalados y que la aparición de Neumonía Eosinofílica Idiopática en asmáticos frecuentemente se asocia con el desarrollo de asma severo. En este caso la recidiva podría deberse a que al suspender los corticoides sistémicos, la paciente no usaba esteroides inhalados porque tenía un asma leve intermitente. Actualmente está en tratamiento con fluticasona 1000 ug por día.

ISAAC III EN NEUQUEN: ASMA Y RINITIS EN NIÑOS

PO 030

Zabert G, Cechini M, Ciruzzi J, Perez Serafin C

por "ISAAC III en Neuquen", Escuela de Medicina UN Comahue

Antecedentes: La prevalencia de asma y atopía presenta grandes variación en el mundo, lo que motiva el International Study for Asthma and Allergy in Childhood (ISAAC). En la fase III, se incluyó la ciudad de Neuquen donde estas enfermedades aparentan ser muy prevalentes. **Objetivo:** Determinar la prevalencia de asma, rinitis y eccema en los escolares de la ciudad de Neuquen. **Método:** estudio de corte transversal en dos grupos etáreos de alumnos (6/7 y 13/14 años) de la ciudad de Neuquen durante el periodo lectivo 2002, siguiendo el protocolo del estudio ISAAC (fase III) con cuestionarios para padres en 6/7 años y cuestionarios auto-administrados con video en 13/14 años. **Resultados:** se encuestaron 6417 alumnos de (3113 de 6/7 años y 3304 de 13/14 años), con diferentes tasas de respuesta (62% en 6/7 y 96% en 13/14). Refirieron diagnóstico de asma el 7,2% en 6/7 años y 8,5% en 13/14 años pero la prevalencia de sibilancias en el año previo fue de 14,8% y 10,2% respectivamente. El reporte de asma severo en el ultimo año fue similar en ambos grupos (3,4% y 3,9%) y coincidió con el video cuestionario (3,8%) en el grupo de 13/14. El 25,0% de 6/7 años y el 36,7% de 13/14 años manifestó rinitis pero el diagnóstico médico fue bajo para ambos grupos (9,1% y 6,1%). La prevalencia de eccema en el ultimo año es similar para ambos grupos (15,6% y 13,3%) y se observó asociación significativa entre los reportes de estas tres entidades (p<0,05). **Conclusiones:** 1- La prevalencia de estas enfermedades esta acorde a los reportes anteriores en nuestro país. 2- Las evidencias sugieren sub-diagnóstico de asma y rinitis atópica en la población estudiada.

VALOR DEL TEST DE CAMINATA DE SEIS MINUTOS EN LA EVALUACION DEL EPOC

PO 031

Gonzalez F., Diaz O.

Instituto de Medicina Vasculat - Departamento de Neumología - Tucumán

Introducción: El test de caminata nace como un test para evaluar el entrenamiento físico, McGavin lo utiliza por primera vez en la evaluación de EPOC realizándolo con la técnica actual. **Objetivos:** Determinar la correlación entre la alteración funcional (FEV1-CVF) del paciente y el resultado obtenido en el test de caminata. Determinar la correlación entre el estado nutricional (IMC) y el test de caminata. Determinar si el test de caminata es útil en la valoración del EPOC. **Metodología:** Se evaluaron 25 pacientes de ambos sexos con diagnóstico previo de EPOC según los criterios de GOLD. Excluyeron pacientes asmáticos, EPOC con oxigenoterapia crónica domiciliar, seculares de T.B.C., insuficientes cardíacos, y con alteración osteoarticulares severas que pudieran dificultar la caminata. Se evaluó edad, altura, peso, antecedentes de tabaquismo, índice de masa corporal, luego se realizó espirometría. Se realizó test de caminata, evaluando saturación de oxígeno, frecuencia cardíaca, disnea con escala de Borg modificada, distancia recorrida en metros cada minuto y 4 minutos después de terminar la prueba. Los resultados obtenidos fueron estudiados estadísticamente y correlacionados por test de Spearman's. **Resultados:** De los 25 pacientes estudiados, 3 mujeres y 22 varones. Con un rango de edad de 50 a 77 años y una media de 65.08 años. Dos pacientes no fumadores y el resto ex fumadores de 4 a 175 Paquetes/ Años con una media de 72.06 Paquetes/ Años. La media del peso fue 77.2kg. con una talla media de 1.73 m. Y un IMC. De 25.7. Como resultado del test de caminata de 6 minutos y de espirometría se obtuvieron los siguientes datos.

FEV1	1.14 - DS 0.48	FC Basal	113.1 - DS 138
%FEV1	37.7 - DS 17.81	FC 6 M	111.08 - DS 13.2
CVF	2.68 - DS 0.68	Delta FC	28.96 - DS 14.6
%CVF	70.2 - DS 17.22	SAT Basal	93.96 - DS 10.59
FEV1/CVF	40.78 - DS 12.24	SAT 6 M	91.36 - DS 4.2
Distancia	308.84 - DS 81.06	Delta SAT	5.52 - DS 2.9

Luego se realizó la asociación de variables correlacionando FEV1 y distancia recorrida observando la no correlación estadística Spearman's (Rho)= 0,2175 - P = 0,2927. También se correlacionó la CVF y la distancia encontrándose nuevamente no correlación (Rho)= 2,615385E-02 (P = 0,899). Luego se correlacionó con el delta de saturación de estudio con la distancia sin encontrar correlación (Rho)= -0,2273077 (P = 0,2724). Finalmente se correlacionó con el IMC con la distancia sin encontrar correlación (Rho)= -0,16 P = 0,4431. **Discusión:** En nuestra experiencia no encontramos correlación entre los parámetros funcionales objetivos: FEV1, CVF y la distancia recorrida. El delta de saturación no mostró correlación a las distancias recorridas en los test efectuados. El TC6M es un método que evalúa la incapacidad para realizar actividades, no evaluando la capacidad funcional como los otros métodos de uso habitual en el EPOC. El IMC no se correlacionó con la distancia recorrida. Existe una tabla de valores de referencia la que usa como uno de sus parámetros el índice de masa corporal, en nuestra experiencia no existió tal correlación, lo que puede deberse al bajo número de pacientes. **Conclusión:** El TC6M es de utilidad para una evaluación integral del EPOC debido a que mide objetivamente otro tipo de parámetro que en lo habitual no se contempla. Al no existir una correlación directa con parámetros funcionales como el FEV1 o la CVF, tampoco con el IMC, debe ser medido en forma directa ya que no puede ser calculado indirectamente. El impacto de la actividad física influye directamente en la calidad de vida del paciente, con lo que quedaría abierta una nueva línea de investigación correlacionando ambos parámetros.

VALORACION DE LAS IG. EN EL ASMA

PO 032

Dres. Martinez Cortizas, M.A; Melnyk, P; Artana C; Pereiro, M

HIGA P. Fiorito - Servicios: Clínica Médica, ORL, Laboratorio Central Avellaneda - Buenos Aires.

Estudios experimentales demuestran la existencia de un re-ceptor para el componente secretorio de la IgA en la membrana de los eosinófilos, que explicaría su degranulación selectiva, inducida con mayor intensidad por la IgA(s) que por IgA. Tal ha-lazgo involucraría la inmunidad de mucosas, mostrando una nueva vía patogénica, importante en enfermedades inflamatorias, que cursan con infiltración de eosinófilos. Se correlacionó el perfil de Ig (A,G,M,E,A(s)), el recuento de eosinófilos y la severidad del asma, según parámetros clínicos y espirométricos. Se estudió a 80 pacientes, en Consultorios Externos de Clínica Médica y ORL, con diagnóstico de asma, con o sin rinosinusitis, entre 17 y 80 años (p.49), sexo femenino (56%). Los resultados obtenidos fueron expresados como la mediana y los 1° y 3° cuartiles, con los siguientes valores de IgA: 307mg% (198-375), IgG: 1116 mg% (887-1335), IgM: 109 mg% (76-151) IgAs 18 mg% (14-26), IgE: 155 UI/ml (39-489), Rto. de eosinófilos: 3.2k/ul (1.8-5.2). Sólo se hallaron diferencias con los valores patrón de laboratorio, para IgE y Rto. de eosinófilos. Entre estos hubo una correlación positiva con un r=0.4536 y una p<0.001. No se observó correlación con los niveles de IgA(s), IgA, ni entre otros parámetros bioquímicos analizados.

En los pacientes estudiados, la severidad clínica del cuadro asmático, con caídas del VEF1 por debajo del 60% se correlacionó con valores elevados de IgE y de los eosinófilos en suero, no logrando demostrar aumento de IgA(s) o IgA.

PERFIL DE AFECTACION VITAL EN PACIENTES CON APNEAS/HIPOPNEAS DEL SUEÑO

PO 033

Smurra M*, Fernández A, Guardia S**, Martínez R***, Sala H**, Carbajal MT******

*Lab.Sueño Hospital E.Tornú, **Lab de función pulmonar y sueño Hospital A. Posadas, ***Técnica de Lab Sueño Instituto Ferrero de Neurociencias, ****Serv. Estadística Hospital E. Tornú.

Introducción: El síndrome de apneas /hipopneas del sueño(SAHS) es una entidad que genera afectaciones neurocognitivas,sociales y se asocia con patología cardio-cerebrovascular. **Objetivo:** describir el impacto de la enfermedad en pacientes con distintos niveles de severidad de patología respiratoria vinculada al sueño,e iniciar el proceso de evaluación de calidad de vida. **Material y Método:** Se evaluaron 346 cuestionarios autoadministrados,previos al estudio polisomnográfico,de adultos con sospecha de patología respiratoria vinculada al sueño. Se investigaron lo siguientes dominios: demográficos, tipo de cobertura social, síntomas nocturnos, horarios de sueño, percepción subjetiva de calidad de sueño, síntomas diurnos, somnolencia, alteraciones neurocognitivas, trastornos del humor, hábitos, medicaciones de uso habitual, trastornos sexuales, nivel educacional y enfermedades generales. **Resultados:** Se incluyeron en el análisis 220 cuestionarios de pacientes con edad de 50,6 años (±14,7), 152 varones y 68 mujeres, com BMI de 31±8,1.El 88,6% tienen cobertura social. Elsíntoma ronquido fue el más frecuente: 91,8% de los pacientes, 65,9% relataron apneas referidas por familiar,excesiva somnolencia en 76,8%, con un score de Epworth promedio de 11,64±5,84. Se detectaron trastornos neurocognitivos y humor en 65,5% de los pacientes. Los pacientes refieren enfermedad cardio-cerebrovascular en un 74%. El síndrome de apneas del sueño severo, se presentó en el 43,5% de los pacientes con diagnóstico de SAHS. **Conclusiones:** En nuestra serie,hasta el momento, de las primeras en evaluar afectación vital en pacientes con SAHS con diagnóstico polisomnográfico, confirmamos 1) en relación con los datos internacionales, la frecuente prevalencia de alteraciones neurocognitivas y asociación con enfermedades cardio-cerebrovasculares en pacientes con SAHS y 2) La trascendencia de valorar dicho compromiso neurocognitivo y social a la hora de considerar el acceso a tratamiento,más allá del índice de apneas y la somnolencia diurna.

APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO Y SINDROME DE ROBINOW: NUEVA ASOCIACIÓN

PO 034

Dres. de la Vega, CM; Zanier, J.

Unidad de Sueño. Servicio de Neumonología. Clínica 25 de Mayo. Minstituto de Genética Humana. Mar del Plata.

La apnea obstructiva del sueño (AOS) esta bien establecida como manifestación clínica de síndromes genéticos determinantes de alteraciones craneofaciales en la infancia. Tal es el caso del síndrome de Treacher Collins, el síndrome de Down, el síndrome de Apert y la acondroplasia. El Síndrome de Robinow (SR) es una enfermedad congénita de transmisión tanto autosómica recesiva como dominante caracterizada por facies de aspecto fetal, baja talla, retardo en la edad ósea, manos pequeñas y mesomelia de miembros superiores junto a hipertelorismo ocular, frente prominente, micrognatia, macroglosia e hipertrofia gingival. Reportamos el caso de una paciente de 11 años de edad derivada a nuestra Unidad con diagnóstico de Síndrome de Robinow al momento de nacer e historia de 4 años de ronquido estrepitoso, ahogos durante el sueño y somnolencia diurna excesiva. Polisomnografía nocturna que confirmó el diagnóstico de AOS. Se realizó amigdalectomía y adenoidectomía sin modificación del cuadro clínico. La Polisomnografía terapéutica bajo CPAP nasal resultó mal tolerada e ineficaz. Se decidió realizar traqueostomía con botón traqueal de apertura nocturna, siendo éste el tratamiento eficaz y definitivo. Se documenta el caso en vista de la ausencia en nuestro conocimiento de descripciones previas que asocian la Apnea Obstructiva del Sueño y el SR y del fracaso del tratamiento con CPAP nasal en nuestro caso.

PRESION EFICAZ Y PREDICHA POR FORMULAS EN LA TITULACION DE CPAP EN PACIENTES CON SINDROME DE APNEAS/HIPOPNEAS DEL SUEÑO

PO 035

Smurra M*, Lerose C*, Fernández C*, Parpaglione C*, De Salvo MC*, Carbajal MT**

*Servicio de Neumonología. Hospital E Tornú, **Servicio de Estadística. Hospital E Tornú

Objetivo: comparar los niveles de presión de CPAP requerida por fórmula y aquellos determinados en el estudio polisomnográfico (PSG) para tratamiento del Síndrome de apneas/hipopneas del sueño (SAHS). **Material y método:** Se estudiaron 28 pacientes (20 varones, 8 mujeres), rango de edades 35-76 años con diagnóstico de Síndrome de apneas del sueño de grado severo con una media de apneas/hipopneas/hora (IAH) de 55,3 eventos/hora, que requerían tratamiento con CPAP nasal.Se calculó el requerimiento de CPAP por fórmulas predictivas, una considerando BMI, circunferencia del cuello e IAH, la segunda, que no utiliza circunferencia del cuello y mediante titulación manual con control polisomnográfico. **Resultados:** se estableció un alto grado de correlación entre la presión establecida por ambas fórmulas (r=0,97) y moderada para ambas fórmulas y la presión eficaz por PSG (r=0,55 y 0,54 respectivamente). Determinando el requerimiento de presión por PSG en > de 10 cm de H2O y < de 10 cm de H2O las fórmulas mostraron moderada correlación para requerimientos de presión < de 10 cm de H2O (r=0,61 y 0,55 respectivamente) y débil correlación para presiones requeridas >de 10 cm de H2O (r=0,22 y 0,21 respectivamente). **Conclusiones:** 1) en nuestra serie de pacientes los predictores de nivel de CPAP calculada fueron: el Índice de masa corporal (IMC) y el IAH, el uso de la circunferencia del cuello no modificó el nivel de correlación de CPAP predicha. 2) la débil correlación de fórmulas vs.CPAP por PSG en pacientes con requerimiento de altas presiones podría estar asociada a un factor no predecible, posiblemente el nivel de colapsabilidad faríngea.

VARIACION EN LA DURACION DE LAS REACCIONES DE DESPERTAR ELECTROENCEFALOGRAFICO ASOCIADAS A LA FINALIZACION DE LAS APNEAS E HIPOPNEAS

PO 036

Nigro C., Rhodius EER.

Servicio Neumonología - Hospital Alemán - Buenos Aires.

Objetivo: 1) Evaluar la duración de las reacciones de despertar electroencefalográfico (RDE) asociada a las apneas/hipopneas (A, H) 2) Analizar la relación entre los RDE con: el tipo de evento (A, H), su duración (= 20s, > 20s), la SO₂min. de las A e H, la hora de la noche y fase de sueño en el cual ocurrieron los eventos respiratorios. **Método:** Se midió la duración de las RDE asociada a las apneas e hipopneas en 10 polisomnografías. Se usaron los criterios de la Asociación Americana de Desórdenes Sueño para la identificación de los RDE cortos (3-15 seg) y los de Rechtschaffen / Kales para los RDE > 15 seg. Se evaluó la duración de todas las apneas e hipopneas, la fase de sueño en el cual ocurrieron (REM o NREM, 1-2) y la SO₂min. La hora de la noche en el cual sucedieron las A e H se dividió en antes o después de las 2.30 hs AM. Hipopnea se definió como una reducción del flujo aéreo (FA) ≥ 30% + ↓ SO₂ ≥ 3% por ≥ 10s. Categorización de las variables para análisis de regresión logística múltiple: 1) Variable dependiente: Duración RDE: 0= 3 - 11s, 1= >11s, 2) Variables independientes: a) Evento: 0= H, 1= A b) Duración eventos: 0= 10-20s, 1= > 20s c) Sueño: 0 = REM, 1= NREM (1-2) d) SO₂min.: 0= ≥ 86%, 1= < 86% e) Hora noche: 0= ≤ 2.3hs, 1= > 2.3 hs. **Resultados:** Se analizaron 1536 A/ H. El 80.3% tuvieron RDE. El 76% de las RDE fueron de 3-15s y el 24% > 15s. El 49% de las RDE ocurrieron antes de las 2.3hs y el 51% después. Los RDE de las apneas fueron mayores respecto a las hipopneas (A: 12±5.4s, H: 10±5.8s, p < 0.001). Regresión logística múltiple (*media e IC95%).

Variable predictor RDE > 11s	ODD Ratio*	p
Duración evento	1.65 (1.3-2.13)	< 0.01
Evento	2.25 (1.75-2.9)	< 0.001
SO ₂ min.	1.44 (1.1-1.9)	< 0.05

Conclusiones: Las RDE de las apneas fueron de mayor duración que las de las hipopneas. Las apneas y los eventos > 20s con una SO₂ min. < 86% tuvieron una mayor probabilidad de RDE > a 11s.

CPAP NASAL: FACTORES PREDICTORES DE CUMPLIMIENTO OBJETIVO, EFECTOS ADVERSOS
PO 037
Gallego C, Dibur E, Salomone C, Di Bartolo G
 Policlínico Bancario. Buenos Aires.

Objetivo: evaluar factores predictores y nivel de cumplimiento en un grupo de pacientes con síndrome de apnea del sueño tratados con CPAP. Valorar efectos adversos y estado de equipamiento: interfase siliconada (IS), máscara-conectores (M-C), tubuladura (TU) y arnés (A). **Métodos:** se incluyeron pacientes con >3 meses de tratamiento, se registraron las horas de encendido mediante el contador horario al inicio, 2 y 4 meses. Definimos paciente cumplidor (C+) o no (C-) según usara el CPAP >4h/d y >5d/semana, respectivamente. **Resultados:** de 46 pacientes (hombres 34; edad 62±9 años; IMC 33±7kg/m²; IAH 38±18/h; inicio 2.1±1.7 años; CPAP 9±1.4cmH₂O), 34 tenían contador horario y 24 (71%) eran C+. El motivo de consulta fue: hipersomnolencia (65%), ronquido (39%), apneas vistas por cónyuge (28%). Entre C+ y C- no hallamos diferencias significativas en edad, IMC, presión de CPAP, tiempo de tratamiento, IAH, Epworth pre tratamiento. Las horas de uso referidas vs medidas para C+ y C- fueron 6.6±1 vs 6.1±1 (p=0.02) y 5.6±1 vs 2.4±1 (p<0.005). Los C+ refirieron > disminución de somnolencia diurna (p<0.005) y de nocturia (p<0.05), menor Epworth post tratamiento (p<0.05), más frecuente consulta inicial por somnolencia (p<0.05) y poseían > grado de instrucción (p=0.01). Efectos adversos (EA)(n=45): sequedad bucal 36%, congestión nasal 27%, disrupción del sueño 11%, ruido 9%, sequedad nasal, rinorrea y abrasión cutánea 7%. El 27% de los pacientes referían disminuir el tiempo de uso del CPAP debido a EA. Las medidas tomadas incluyeron: humidificador, corticoides nasales, cirugía o infiltración de cornetes. Al comparar el estado de IS, M-C, TU y A entre ≤1 vs >1 año de uso, observamos un menor porcentaje de elementos categorizados como óptimos (87→44%, 74→44%, 83→44%, 91→78%, respectivamente). Los defectos más frecuentes fueron: endurecimiento de IS, rajaduras en IS M-C y TU, conexiones flojas. **Conclusión:** el estudio confirma la importancia del monitoreo objetivo en pacientes con CPAP. Especial atención merece la presencia de efectos adversos y el control del estado del equipo que podrían afectar el tratamiento eficaz.

OXIGENOTERAPIA EN PACIENTES INTERNADOS EN UN SERVICIO DE CLÍNICA MÉDICA
PO 038
Lisanti R, García F, Bomparolla S, Cardozo W, Gonzalez L, Delaballe E.

Servicio de Neumonología. Hospital El Carmen, U.N.Cuyo, Mendoza.

Con el objeto de conocer las características con que se realiza la oxigenoterapia en pacientes internados en un servicio de Clínica Médica, se llevaron a cabo cuatro encuestas en todos los pacientes internados con tres semanas de diferencia entre cada una. Recabando quienes reciben oxígeno y de estos, datos epidemiológicos, diagnóstico principal, estudios realizados (gases en sangre, oximetría), como está indicado el oxígeno, y si tiene especificaciones precisas en las mismas. El total de camas ocupadas sumando las cuatro encuestas totalizan 191, estaban recibiendo oxígeno 35 pacientes (18,32%), edad media 74,65 años (54 y 102 años), 15 sexo femenino y 20 masculino. Tienen medición de oxígeno arterial 21 pacientes (60%) (gases en sangre arterial 16 y oximetría de pulso 5). Se repitieron gases en sangre arterial en 7 pacientes (20%). La fuente de oxígeno fue central en 30 pacientes (85,71%) y tubo en 5 pacientes. Indicado con bigotera en 18 pacientes (51,42%), máscara en 12 pacientes (34,18%), no especificado en 5 (12,48%); con indicación de un determinado flujo solo en 11 pacientes (31,42%); indicado en forma permanente en 24 pacientes (68,57%), s/necesidad en 5 (14,28%) y no especificado en 6 pacientes (19,35%). *Enfermedades asociadas:* enfermedad cardíaca 7 (20%), de estos 3 tenía control de oxígeno arterial (42,85%) (2 gases, 1 saturación); enfermedades respiratorias 21 (60%) de estos 14 tenían estudio de oxígeno arterial (66,46%) (10 gases, 4 saturación); otras enfermedades 7 (20%). Concluimos que el 18% de pacientes internados reciben oxigenoterapia. El 40% de los que reciben oxígeno no tienen realizado estudio de gases arteriales y este porcentaje aumenta al 71% cuando no se trata de enfermedad cardiopulmonar. La mayoría recibe el oxígeno central por bigotera (85,71%). No tienen indicación de un determinado flujo el 68,57%, ni especificado el tiempo de suministro el 19,35%. Las enfermedades asociadas más frecuentes corresponden a: enfermedades respiratorias 60% y cardiovasculares 20%. Se destaca que el oxígeno, como todo medicamento, requiere indicación, forma de suministro, dosis (flujo) y tiempo de administración.

OXIGENOTERAPIA DOMICILIARIA DOCE AÑOS DE EXPERIENCIA
PO 039
Abritta A, Pattin A, Botte G, Coppo L, Martínez D, Medin M, Pallares M, Magno S, Pavon JC

Servicio de Neumonología - Complejo Médico Policial Churrucá - Visca.

Introducción: Es una forma de terapéutica destinada a pacientes en insuficiencia respiratoria crónica con Pao₂ menor o igual a 55mmHg en reposo o a una Pao₂ entre 55 y 60 mmHg que presenten asociado cor pulmonale, hipertensión pulmonar o poliglobulia y desaturación menor a 86% en ejercicio. **Objetivos:** mejorar la calidad de vida y la sobrevida de los pacientes que presentan insuficiencia respiratoria crónica. **Materiales y Métodos:** Se estudiaron 77 pacientes: 47 de sexo masculino (61%), y 30 de sexo femenino (39%). La edad media de nuestra población fue 66 años. La Pao₂ de ingreso promedio fue 53.9. Hay que considerar que 10 pacientes (12.8%) sólo presentaron hipoxemia en ejercicio; mientras que la Pco₂ media fue de 39.97. La sobrevida fue de 19.52 meses. A 7 (8.9%) pacientes se les dio de alta de oxigenoterapia. Nuestros pacientes presentaron las siguientes patologías: EPOC 53 (68.7%), fibrosis 16 (20.8%), hipertensión pulmonar primaria 3 (3.9%), linfangitis carcinomatosa: 3 (3.9%), bronquiectasias: 2 (2.6%). Presentaron hipertensión pulmonar 35 pacientes (45.4%), mientras que el resto 42 (44.6%) no la presentaron. Del total de nuestros pacientes permanecen vivos 26 (33.8) y fallecieron 51 (66.2). Con respecto a las causas de muerte se desconocieron las mismas en 54 casos (70.1%); 13 (16.9%) por insuficiencia respiratoria aguda; 3 (3.9%) por reagudización de EPOC; neumonía extrahospitalaria 3 (3.9%) y otras 2 (2.6%). **Conclusión:** La oxigenoterapia es un método que mejora la sobrevida y la calidad de vida de los pacientes. La hipertensión pulmonar es un índice de mal pronóstico de la enfermedad.

SÍNDROME DE APNEAS-HIPOPNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO. NUESTRA EXPERIENCIA
PO 040
Larrateguy, L; Rosselli, R; Hernández Rosales, A; Salas, N; Boero I; Rossa S.

Laboratorio del Sueño del Litoral. Centro de Medicina Respiratoria de Paraná.

Introducción: Desde julio del año 2000, en las ciudades de Santa Fe y Paraná, comenzó a funcionar el Primer Centro Regional para estudios de las enfermedades asociadas al sueño, aquí mostramos parte de nuestra experiencia. **Resultados:** Los primeros 100 pacientes adultos, consultaron por ronquidos y somnolencia diurna excesiva (87 pacientes tenían una Escala de Epworth mayor de 10), 2 de los pacientes habían tenido un accidente de tránsito días previos a la consulta. A 96 pacientes se les realizó PSG en el Laboratorio y a solo 4 pacientes en el domicilio. Consultaron 82 hombres y 18 mujeres, con una edad promedio de 55 años (DE 11). Se diagnosticó un SAHOS en 86 pacientes, de ellos, 73 eran varones con un IMC promedio de 33,67 y un perímetro de cuello promedio de 44,11cm y 13 mujeres con un IMC promedio de 32 y un perímetro de cuello promedio de 39,5cm. De los 86 pacientes con SAHOS, 30% eran fumadores; 53% tenían hipertensión arterial, 16% padecían rinitis o algún tipo de obstrucción nasal, y 70% eran obesos considerando un IMC > 30. Encontramos el síndrome de superposición (overlap syndrome: EPOC-SAHOS) en seis de los pacientes. El índice de apneas-hipopneas (IAH) promedio fue de 36 ev/hr para los hombres y 32 ev/hr para las mujeres. Con un cuadro leve encontramos 26 pacientes (30%), con un cuadro moderado 12 (14%) y 48 con un cuadro severo (56%). Se indicó una nueva PSG para titulación de un CPAP a 71 pacientes, de los cuales 45 la realizaron y 26 no aceptaron la titulación a pesar de estar indicada. La presión promedio utilizada fue de 10,8 cm de H₂O con una máxima de 16 y una mínima de 6, con buen nivel de aceptación y mejoría clínica en casi todos los pacientes. Otros diagnósticos hallados fueron: SRAVAS 2, síndrome de piernas inquietas 2, narcolepsia 1, insomnio 2, neurosis 2, insuficiencia respiratoria nasal 2, abuso de psicofármacos 1, hipoventilación-obesidad 1, esclerosis lateral amiotrófica 1. En estos dos últimos, se utilizó el modo ventilatorio BiPAP con buena aceptación. **Conclusiones:** La mayoría de los resultados hallados concuerdan con la bibliografía. Se destaca el alto porcentaje de diagnóstico de SAHOS, la utilidad de la Escala de Epworth como predictiva de trastornos del sueño, la alta asociación de SAHOS con hipertensión arterial y obesidad y el elevado número de pacientes con algún trastorno respiratorio nasal y hábito tabáquico.

VARIABILIDAD EN LAS PRESIONES DE CPAP DURANTE VARIAS NOCHES DE TRATAMIENTO CON CPAP AUTO-AJUSTABLE EN PACIENTES CON APNEAS OBSTRUCTIVAS DEL SUEÑO (SAHOS)

PO 041

Nogueira JF, Sobrino EM, Palermo P, Pérez Chada RD
Buenos Aires

Introducción: La utilización de equipos de CPAP Auto-Ajustable (ACPAP) constituye una alternativa de tratamiento para pacientes que no toleran una elevada presión fija de CPAP o como método de titulación de CPAP efectiva. **Objetivo:** Evaluar el comportamiento de las presiones de ACPAP noche a noche y determinar el grado de variabilidad de las presiones promedio y máxima. **Métodos:** Pacientes con diagnóstico clínico y polisomnográfico de SAHOS fueron tratados en su domicilio durante 3 a 10 noches con un equipo de ACPAP. Se analizaron posteriormente los perfiles de presiones, los niveles promedio y máximo de cada noche, el percentilo 90 de presión y los promedio de horas de uso de todas las noches. Se calculó para cada paciente la diferencia entre los valores mayores y menores de presión promedio y máxima de las diferentes noches. Los pacientes fueron dicotomizados por rango de presión tomando como punto de corte los 2 cmH2O de diferencia en las presiones promedio. Se compararon entre ambas poblaciones las variables antropométricas, los percentilo 90 de presión de CPAP de todas las noches y el índice de perturbación respiratoria (IPR). **Resultados:** 70 pacientes (68 varones, edad 56.11 ± 11.91 , BMI 33.66 ± 5.56 , IPR 49.34 ± 21.97). Los pacientes usaron el equipo 5.87 ± 1.28 hs/noche con un Percentilo 90 de presión de 8.86 ± 2.34 cmH2O. 11 pacientes (15.7%) presentaron diferencias en los niveles promedio de presión ≤ 1 cmH2O. 19 p (27.1%) entre 1 y 2 cmH2O. 40 p (57.1%) > 2 cmH2O e incluso 21 de ellos (30% del total) > 3 cmH2O. Al comparar las dos poblaciones descriptas, se encontró que los pacientes con diferencias > 2 cmH2O presentan un IPR mayor ($p = 0.0312$) y requirieron mayores niveles de presión (Percentilo 90 $p = 0.0125$). El resto de las variables no mostraron diferencia significativa. **Conclusión:** En pacientes tratados con CPAP Auto-Ajustable se evidencian notorias variaciones en los niveles de presión noche a noche.

SINDROME DE CROUZON Y APNEAS DURANTE EL SUEÑO

PO 042

Larrateguy L; Wustten S; Rosselli R; Hernández Rosales A.

Centro de Medicina Respiratoria de Paraná. Laboratorio del Sueño del Litoral.

Introducción: En la niñez, las alteraciones que disminuyen el calibre de la vía aérea superior constituyen el factor más importante y frecuente del Síndrome de Apneas-Hipopneas Obstructivas del Sueño (SAHOS) y las causas principales son la hipertrofia de tejido linfático del anillo de Waldeyer, la obesidad y la presencia de alteraciones craneofaciales como ocurre en los síndromes de Pierre-Robin, Crouzon y Trisomía 21. En este caso, un paciente con Síndrome de Crouzón, ha llegado a la adultez sin diagnóstico ni tratamiento del SAHOS. **Caso clínico:** Hombre de 50 años, portador de un Síndrome de Crouzón con antecedentes de múltiples cirugías maxilofaciales, con hipertelorismo, exoftalmos, retrognatia y paladar ojival. Consulta por somnolencia diurna excesiva, trastornos cognitivos, ronquidos violentos y apneas presenciadas por su esposa. Se realiza una polisomnografía que confirma un SAHOS con un IAH de 27 eventos por hora. Se realiza la titulación de un CPAP nasal y actualmente está durmiendo con 10 cm de H2O de presión con buena evolución clínica y mejoría de los trastornos cognitivos. **Comentarios:** El síndrome de Crouzon fue descrito por primera vez en 1912, como una malformación craneofacial asociada al cierre prematuro de las suturas craneanas. Es una enfermedad genética caracterizada por anomalías en el cráneo, la cara, y el cerebro. Presenta hipoplasia maxilar, retrognatia, craneosinostosis (cierre prematuro de las suturas) y órbitas pequeñas, retraso mental, retraso moderado del crecimiento y se hereda como un rasgo autosómico dominante. Estos pacientes con malformaciones craneofaciales que disminuyen la luz de la orofaringe, presentan una gran resistencia al flujo ventilatorio, atrayendo en la inspiración las paredes de la hipofaringe hacia la luz con el consiguiente colapso de la misma, que produce apneas obstructivas del sueño. Es importante realizar el diagnóstico temprano del SAHOS y su tratamiento con CPAP nasal, para mejorar la calidad de vida de estos pacientes con malformaciones craneofaciales, si no hubiera mejoría, luego de las correcciones quirúrgicas a las que son sometidos habitualmente.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DE TBC-MR EN PACIENTES NO HIV INTERNADOS

PO 043

Brea, A.; Cufre, M.; Ambroggi, M; Simboli, N.; Abbate, E.
Hospital F.J.Muñiz, Cátedra de Tisiología UBA. Ciudad de Buenos Aires.

Se efectuó un estudio retrospectivo en 18 pacientes (sexo masculino) internados en el Pabellón Koch con diagnóstico de TBC-MR con confirmación bacteriológica (período 2000-2002). Los resultados obtenidos fueron: El lugar de residencia del 50% de los casos fue el GBA, el 27,7% inmigrantes latinoamericanos, el 11,1% del interior del país y el 11,1% restante de Capital Federal. Todos con sintomatología clínica. En el 77,7% de los casos las lesiones eran bilaterales con caverna. Tenían antecedentes de tratamientos previos el 88,8% de los pacientes; en el 44,4% de los casos hubo resistencia a 5 y 6 drogas y asociaciones morbosas en el 55%, siendo las más frecuentes etilismo y tabaquismo. Con conductas terapéuticas de acuerdo con el antibiograma se logró, al alta, la negativización del examen directo de esputo en el 61,1% y del cultivo en el 44,4% de los casos. Fueron dados de alta el 50% de los pacientes y el 38,8% de los restantes obtuvieron el alta voluntaria o se dieron a la fuga. Registrándose un 11,1% (2 pacientes) de fallecimientos. El porcentaje de persistencia de directo + al alta coincide con el 38,8% de los pacientes que fueron externados sin alta médica. Los resultados del tratamiento en estos pacientes TBC-MR puede considerarse aceptable, seguramente serían mejores con mayor adherencia y adecuada provisión de drogas.

EVALUACION PRELIMINAR DE IMPLEMENTACION DE LA ESTRATEGIA TAES PARA EL CONTROL LA TUBERCULOSIS EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

PO 044

Dr.Corrall GracianoJ., Dra. Poggio GracielaH., Medina Andrea

Objetivos: Evaluar y analizar resultados de la aplicación de la estrategia TAES en Centros de salud de la Provincia de Buenos Aires. **Material y métodos:** Se realizó la supervisión de 50 centros de salud, utilizando Como instrumento la guía de supervisión propuesta por el INER Dr. Emilio Conide Santa Fe, con el apoyo financiero del Proyecto VIGI+A. Los cinco primeros puntos de la guía evalúan condiciones para brindar TAES; los siete ítems restantes evalúan resultados de la aplicación de la estrategia, con datos obtenidos de la revisión de la ficha "rosa" de tratamiento. Realizaron la supervisión once integrantes del Programa de Control de la Tuberculosis, previamente capacitados. **Resultados:** De los 50 centros evaluados 48 (96.6%) cuentan con personal capacitado para atención de pacientes y para la organización local del control de la Tuberculosis. En referencia a la disponibilidad de insumos 30 centros (60%) cuentan con ellos en forma continúa, 26(52%) centros tienen identificado un laboratorio para la realización de baciloscopia, envían muestra y reciben el resultado en menos de dos semanas. Solo 23 (46%) recibieron apoyo de supervisión previo desde un nivel superior. Evaluando estos cinco aspectos, se concluye en que solo 15 (30%) centros cumplen con el 100% de las condiciones para brindar TAES. Del total de los centros supervisados (n=50) 35 tenían pacientes en tratamiento para TBC al momento de la visita, de ellos 22(63%) tenían más del 90% en TDO. De 31 centros con casos de TBC pulmonar en mayores de 15 años 21(68%) tenían más de 75% confirmados por directo y/o cultivos solo el 36% solicitaba baciloscopia de control al final de la primera fase. El 38% de los centros con casos pulmonares mayores de 15 años, BAAR positivo al inicio negativiza ron al final de la primera fase por lo menos el 85% de los casos. De 31 centros, 26(84%) de ellos tenían por lo menos el 90% de los casos con esquemas de acuerdo a normas. De 29 centros, 16(55%) tenían por lo menos el 80% de los casos con contactos evaluados. De los 35 centros 20(57%) tenían por lo menos el 85% con tratamiento terminado o cumpliendo al momento de la visita. en relación a los siete ítems evaluados solo 4 centros (14%) mostraron resultados acorde con la aplicación de TAES, porque cumplían el 100% de los 7 últimos ítems. **Conclusión:** Solo el 30% de los centros cumplen condiciones para brindar TAES, 4 cumplen 100% de los ítems de aplicabilidad de la estrategia.

EVALUACION DE SERVICIOS DE SALUD EN TAES, EN LA PROVINCIA DE ENTRE RÍOS
PO 045

* TAES (Estrategia de Tratamiento Abreviado Estrictamente Supervisado)

*La estrategia TAES enunciada en numerosas publicaciones de la OPS/OMS y adoptada por el Programa Nacional de Tuberculosis, (al que adhiere nuestro Programa Provincial). Ha sido puesta en práctica, con excelentes resultados, en numerosos países.

Para realizar la evaluación se seleccionaron 3 departamentos de acuerdo a las tasas de notificación de los mismos, Federación, Feliciano, y Federal. En ellos, se observan tasas mucho más elevadas que la tasa media provincial (que es del 27,5 por 100.000).

Objetivos: Evaluar la capacidad de los distintos Servicios de Salud para la implementación del TAES. Evaluar si se cumplen las submetas esenciales de una buena estrategia. **Metodología:** Para esta evaluación se utilizó una guía de Supervisión suministrada por el Instituto Nacional Emilio Coni. Se visitaron once servicios de salud, pertenecientes a Federal (tres), Feliciano (dos), Federación (seis). Se incorporaron al estudio los pacientes registrados con TBC en esos servicios en los dos últimos dos años (mayo 2001- mayo 2003).

Resultados: En los once Servicios de Salud evaluados las condiciones para brindar TAES y los resultados obtenidos en relación con la estrategia fueron:

1- De la evaluación de las Condiciones para la aplicación de TAES en la zona Centro-Noreste de la Provincia de Entre Ríos, se realiza la siguiente lectura:

- Existe personal capacitado en el 77,8 % de los servicios de salud
- Existen insumos disponibles en el 77,8% de los establecimientos
- Se realiza buen registro y notificación en el 88,9% de los servicios.

2- De la evaluación de los resultados de la aplicación de TAES por casos atendidos, se observa lo siguiente:

- El 92 % de los pacientes tienen un tratamiento instituido de acuerdo a normas.
- Realizan TDO el 84 % de los pacientes actualmente en tratamiento.
- De los pacientes involucrados en la muestra entre mayo de 2001 y mayo del 2003, el 86,7% de los casos, finalizaron el tratamiento o lo continúan satisfactoriamente.
- La identificación bacteriológica fue del 80%
- El 29,2% de los pacientes se le estudiaron los contactos en el plazo estipulado.
- Se realizó BK al finalizar la primera fase al 56,3% de los pacientes.

Por cuanto: se cumplen la mayoría de las condiciones fijadas, *excepto* el control de contactos y la BK de control del segundo mes.

Conclusiones: La implementación del TAES en Servicios de Salud favorece la realización del tratamiento en forma adecuada, porque propicia: el esquema terapéutico correcto, el control bacteriológico oportuno, el seguimiento clínico del paciente, el control de los contactos, asegurando la cura del paciente y así la prevención de la enfermedad.

Excepto el estudio de contactos y el control de BK al segundo mes, se logran los objetivos fijados. La implementación del TAES en servicios de salud favorece la realización del tratamiento en forma adecuada, el esquema terapéutico correcto, el control bacteriológico oportuno, el seguimiento clínico del paciente, la aparición de efectos adversos en el tratamiento, el estudio oportuno de los contactos, y la finalización del tratamiento en tiempo y forma que asegura la cura del paciente y de esta manera la prevención de la enfermedad.

MYCOBACTERIOSIS PULMONAR EN PACIENTE VIH NEGATIVO + NOCARDIOSIS (A PROPOSITO DE UN CASO)
PO 046

Dra. Patricia Di Fonzo
Hospital Nuevo San Roque, Córdoba.

Paciente de 75 años con astenia y tos irritativa. Expuesto a humo de carbón y harina de trigo. Fumador social. Consulta por s de impregnación. Rx de tórax y TAC engrosamiento del intersticio en LM y lóbulo de la lingula. Imágenes bilaterales compatibles con bronquiectasias. Espudo y BAL positivos. Directo y cultivo para M. Fortuitum. Se inicia tratamiento con cuatro drogas: S.R.H.Z. durante 60 días y R.H. hasta completar el año. Estudio inmunológico: hipocomplementemia con Cd3 y Cd4 bajas, VIH no reactivo. Examen oftalmológico normal. Buena evolución clínica y radiológica. Paciente que no concurre en forma regular, al año consulta por deshidratación y hemóptisis por lo que es internado en UTI. BAL negativo para M.A. positivo para Nocardia. Centellograma óseo sin lesiones. Se inicia tratamiento con 2 gr de Ceftriaxona por 10 días continuando con 2 gr de Sulfonamidas cada 8 horas. Hasta el momento estable, llevando dos años de control. **Conclusiones:** En nuestra experiencia no es común encontrar pacientes con esta asociación producto de notable descenso de conteos de LT Cd4 con detección de anticuerpos antiVIH no reactivos siendo esta la causa de esta presentación.

PROGRAMA DE ATENCION DE TUBERCULOSIS (TBC), PARCIALMENTE SUPERVISADO, EN UN HOSPITAL GENERAL DE AGUDOS
PO 047

Malnis S.; Chirino A.; Salvatore A.J.; Bocklet M.L.
Sección Neumología, Htal L. Lagomaggiore, Mza.

Objetivo: Analizar la presentación clínica actual de la TBC en nuestro medio y evaluar la adherencia del tratamiento PARCIALMENTE supervisado (Sistema Box) para la atención de pacientes con TBC. **Material y Métodos:** Se incluyeron los pacientes con TBC diagnosticados desde Enero / 2000 a Diciembre / 2002. La modalidad de atención consta de consultas mensuales programadas, con recordatorio telefónico el día previo; trámites y turnos "sin espera" e incentivos. **Resultados:** Total de pacientes (pac.) diagnosticados 44. Edad X: 51 años (20 - 83), sexo masculino 25 (56.8 %). Vacunados con BCG 21 pac. Se realizó 29 PPD y 7 fueron positivas. El 100% de los pac. eran sintomáticos. La TBC se confirmó en 40 pac: 15 por baciloscopia de espudo, 11 directo en BAL, 8 por biopsia, 3 directo en LCR, 3 por baciluria. Seis pac. tenían tratamiento previo. La RX de tórax mostró compromiso unilateral en 9 de los cuales 2 tenían cavernas; bilateral en 15 entre ellos 5 con caverna; miliar 6 y pleural 8. La localización fue pulmonar en 28, pleural en 8, ganglionar en 5, renal en 2, SNC en 4, osteo-articular en 5, genitourinaria en 2, pericardio en 1. Hubo complicaciones por TBC en 12 pacientes: 5 abscesos, 3 pleuresias, 1 pericarditis, otras 3. Nueve pac. tuvieron complicaciones no tuberculosas: fallo respiratorio en 6, hepatotoxicidad 2 casos (fallo hepático 1), fallo renal 1 pac., enfermedades comórbidas: 16 casos de malnutrición, 10 pac alcoholismo, 8 diabetes, 1 neoplasia y 4 HIV. Peso de inicio 61.1 ± 14.6 Kg; peso de alta 69 ± 16.3Kg. La VSG X de inicio fue de 77 mm/1h (2-120) y al egreso 19 (2 - 31) (p < 0.05). El hematocrito de inicio 37.7 ± 4 y egreso 40.4 ± 3.6 (p=NS). De los 44 pacientes 16 se trasladaron a otros centros y 5 murieron en el primer mes. Estos 21 pacientes no fueron considerados para el análisis de cumplimiento del Sistema Box. Los 23 restantes ingresaron a la modalidad BOX: completaron el tratamiento 22 pac. y 1 abandonó. **Conclusiones:** Fueron posibles de ingresar a este modalidad parcialmente supervisada el 52.27% de los pacientes diagnosticados de TBC. De los que ingresaron la tasa de abandono fue extremadamente baja (0.23%). Esto demuestra una óptima adhesión al tratamiento mediante esta modalidad, con respecto a tratamientos autoadministrados habituales, e incluso en relación a terapias directamente observadas (DOT) llevadas a cabo en los mejores centros, según refiere la literatura. Esta modalidad terapéutica parcialmente supervisada (Sistema BOX) en pacientes seleccionados es altamente efectiva y tendría la ventaja teórica de un menor costo que las DOTs.

TUBERCULOSIS: ABSCESOS DE MUSCULO PSOAS
PO 048

Armano, A; DeGraci, N; Gaitan, C; Lampi, S; Morales, R; Sosso, A; Trinidad, M
Servicio de Neumología y Clínica Médica; Htal Pte. Peron, Avellaneda. Pcia de Buenos Aires.

Objetivo: presentar dos casos de TBC con compromiso del psoas sin lesión de los cuerpos vertebrales en ambos casos, y aparición concomitante de abscesos cerebrales en uno de ellos. **Material y métodos:** revisión de las historias clínicas e imágenes. **Caso1:** Varón de 46 años, HIV+, que consulta por dolor en MID y lumbociatalgia. Desde hacía un mes en tratamiento con HRZE por TBC miliar, con BAAR- y antecedentes de haber realizado un tratamiento previo durante 6 meses por igual motivo con BAAR+ en BAL en julio de 2002. Abandonó del HAART. Se solicita RMN. Diez días después ingresa al hospital por cefaleas, vómitos y desorientación temporoespacial. RMN: imagen parietooccipital izq con colapso del ventrículo lateral y desplazamiento de la línea media. RMN: psoas der., entre L1 y L2 imagen hipointensa en T1 e hiperintensa en T2, sin cambios de la señal en cuerpos vertebrales. Se realiza exéresis del absceso cerebral con examen directo para BAAR+++. Evolución favorable. **Caso2:** mujer de 43 años, HIV. Antecedentes de TBC pulmonar con tratamiento completo hace 10 años. Consulta por sme.febril, dolor y cojera en MID. RMN: imagen hipointensa en T1 e hiperintensa en T2 sin compromiso de cuerpos vertebrales. PPD+25mm, ERS 145, HTO 33%. Se realiza punción evacuadora bajo TAC. BAAR+. En tratamiento con HRZE. **Conclusión:** No desestimar la aparición de formas graves de TBC, que reaparecen en un medio con alta incidencia de esta patología.

ESTUDIO DE FOCO DE LA POBLACION EXPUESTA A TUBERCULOSIS. FACTORES DE RIESGO DE ABANDONO DE QUIMIOPROFILAXIS. PERIODO 2000-2002
PO 049
Ruano S., Cusmano L., Romano M., Bucci Z.

División Promoción y Protección de la Salud. Hospital F.J. Muñoz. C.A.B.A.

Introducción: La OMS declaró la Tuberculosis (TBC) como una emergencia mundial con alerta sanitaria. Una de las medidas preventivas de control de esta patología es el estudio de foco de los contactos directos de los pacientes con TBC. **Objetivo:** analizar el perfil epidemiológico de la población que realizó control por contacto con TBC, y determinar los factores de riesgo de abandono de quimioprofilaxis (QP). **Métodos:** Se evaluaron 3939 contactos de pacientes con diagnóstico de TBC, asistidos en el Hospital Muñoz durante el periodo 2000-2002. Se ponderaron datos demográficos. Se calculó la tasa de enfermos entre los contactos y la tasa de abandono, de los que iniciaron QP. Se analizó como factor de riesgo de abandono de QP, la escolaridad, el lugar de residencia y la ocupación. Se calculó el OR y test de X² con corrección de Yates. Fueron considerados estadísticamente significativos aquellos valores de $p < 0.01$. **Resultados:** Concurrieron al servicio 3939 contactos de 1564 casos índice con diagnóstico de TBC en el periodo 2000-2002, correspondiendo al sexo femenino 2363 y al masculino 1576. El 70.1% de los contactos residían en la Prov. de Bs. As. El 92% de las personas estudiadas estuvieron en relación directa con el paciente fuente. La tasa de enfermos entre los contactos fue de 74.26 0/0000 en el año 2000 ascendiendo a 558 0/0000 en el 2002. La tasa de abandono al finalizar el tratamiento fue de 70% en el 2000 y de 82% en el 2002. El lugar de residencia (2° Córdón del Conurbano) y la ocupación no rentable presentaron un OR 1.22 y 1.02 respectivamente con $p > 0.01$, no constituyendo un factor de riesgo de abandono de QP luego del 1° me; a diferencia de la escolaridad básica (analfabeto, primaria completa e incompleta) cuyo OR fue de 1.60 $p = < 0.01$ lo que demuestra una diferencia estadísticamente significativa. **Conclusión:** En el período en estudio, la tasa de enfermos entre los contactos aumentó 7.5 veces durante el año 2002 con respecto al 2000. El abandono de la QP luego del 1° mes se relacionó directamente con el nivel cultural. Un eficiente programa de educación para la salud es una estrategia adecuada para el abordaje de la problemática planteada.

TUBERCULOSIS PULMONAR: DIFERENTES FORMAS DE PRESENTACION CLINICA Y RADIOLOGICA. UN DESAFIO DIAGNOSTICO
PO 050
Dr. Torres R.; Dr. Sarquis J.; Dr. Navarro R.; Dr. Barrionuevo M.
 Diferentes Instituciones Privadas de la Ciudad de Córdoba.

Antecedentes: La Tuberculosis es la enfermedad mas antigua que ha padecido el hombre y la que mas lo ha diezclado a lo largo de su historia. Continúa siendo la infección humana que mayor número de enfermos y muertes ocasiona en el mundo. Si bien la TBC ha presentado un declive espontáneo en su incidencia relacionado con la mejora de las condiciones socioeconómicas y con la lucha antituberculosa organizada, la aparición de una nueva infección provocada por el virus del HIV, sumada a la depresión económica de los países en vías de desarrollo han puesto una vez mas a la "Reina de las Enfermedades" en un lugar preponderante. La TBC pulmonar no presenta ningún signo radiológico patognomónico, sino lesiones radiológicas sugestivas, que relacionado con una clínica sospechosa junto a una situación epidemiológica favorable, encaminan el diagnóstico. Por lo tanto las imágenes pueden ser variadas y obligan al diagnóstico diferencial. **Objetivo:** Aportar la experiencia obtenida con las distintas formas de presentación radiológica de la TBC y hacer hincapié que no solo es una enfermedad que se presenta en una población socioeconómica disminuida. **Lugar de aplicación:** Diferentes Centros Privadas de la Ciudad de Córdoba. **Diseño:** Presentación de numerosos casos con sus diferentes formas de expresión radiológica. **Población:** Se muestra una serie de ocho pacientes en los cuales se destaca una presentación radiológica disímil sin un patrón imagenológico uniforme. **Resultados:** Las distintas imágenes radiográficas y tomográficas obligan a un diagnóstico diferencial necesitando: la identificación del problema, elección de las posibilidades diagnósticas, un proceder diagnóstico y establecer el diagnóstico. En muchas situaciones, luego de un largo camino sin resultados positivos se necesitan procedimientos diagnósticos invasivos, por lo que la cirugía torácica no se limita solo a las complicaciones de esta infección. **Conclusiones:** Para el diagnóstico de certeza de enfermedad tuberculosa es absolutamente necesario la obtención de un cultivo que demuestre el crecimiento de colonias de M. Tuberculosis por lo que consideramos que es fundamental agotar todos los métodos diagnósticos en busca del bacilo o para ser descartado. Ninguna imagen radiológica o tomográfica es diagnóstica. Solo es sugestiva de TBC. La indigencia solo es un dato epidemiológico positivo, y una posición socioeconómica acomodada no se convierte en un anticuerpo inviolable de la TBC. Además no considerar otras posibilidades diagnósticas que las obvias significa estrechez de miras y puede acarrear consecuencias catastróficas.

TUBERCULOSIS ENDOBRONQUIAL: HALLAZGOS ENDOSCOPICOS
PO 051
Sarquis G J, Moreno A C, Wolff L S.
 Hospital Rawson. Córdoba.

La tuberculosis endobronquial (TBEB) es poco frecuente y constituye un problema porque su diagnóstico tardío determina una estenosis bronquial con serio compromiso de la función respiratoria. A menudo se confunde con asma bronquial o cáncer de pulmón. El diagnóstico precoz y el tratamiento antituberculoso eficaz son de suma importancia para disminuir las secuelas. Designamos TBEB a las lesiones de cualquier tipo y extensión situadas en bronquios fuentes, lobares o segmentarios visualizados a través del broncoscopio con aislamiento de *Mycobacterium tuberculosis*. **Objetivos:** 1) Comunicar los casos de TBEB diagnosticados broncoscopicamente y confirmados por estudios microbiológicos. 2) Poner de relieve las imágenes endoscópicas que sugieren TBEB y hacen imperativo tomar muestra clínica para aislar el agente etiológico. **Materiales y método:** Estudio observacional retrospectivo: período 1/1/1985-31/7/2003. Fuente de datos: registros de los servicios de endoscopia bronquial y microbiología. Se estudiaron 1036 pacientes con técnicas de endoscopia bronquial, con broncoscopio rígido (BR) o fibrobroncoscopio flexible (BF). Se realizó lavado bronquial (Lb) y/ o biopsia bronquial (Bb) para A) estudios microbiológicos: baciloscopia con coloración de Ziehl Neelsen, cultivo en Lowenstein Jensen y confirmación de *M tuberculosis* en Laboratorio de Referencia (Tránsito Cáceres de Allende e Instituto Malbrán) B) histopatología. **Resultados:** Se realizaron 1036 endoscopias bronquiales, 97 con BR y 939 con BF. Se diagnosticó TBEB en 16 pacientes, 12 hombres y 4 mujeres, de 22 a 63 años. Los tipos de lesión observados fueron: vegetante (6), congestiva (6), úlcero vegetante, estenosante, granular y supurativa (1 cada una). El compromiso broncopulmonar se manifestó por tos y cambios radiológicos: nódulo, infiltrado con o sin derrame pleural, atelectasias segmentarias y lobares, caverna. Se confirmó TBEB en 16 pacientes (13 Lb y 3 Lb y Bb). 3) Baciloscopia (+) en 12 (75 %). Dado que en el periodo observado diagnosticamos TBC pulmonar en 700 pacientes, la frecuencia relativa de TBEB fue del 2.25 %. El estudio histopatológico reveló la presencia de elementos específicos de TBEB en 8 de 11 pacientes (80%), cualquiera fuera el tipo lesional. **Conclusiones:** El diagnóstico de TBEB gira sobre tres ejes fundamentales: 1) tener presente esta patología, 2) reconocerla endoscópicamente y 3) enviar muestras clínicas representativas para estudios microbiológicos e histopatológicos.

PATOLOGIAS PULMONARES PRODUCIDAS POR MYCOBACTERIUM TERRAE
PO 052
Brea A., Ambroggi M., Frías A., Abbate E.
 Servicio de Tisiopneumología. Hospital F. J. Muñoz. Buenos Aires.

Objetivo: LLamar la atención sobre la presentación de patologías a nivel pulmonar causadas por *Mycobacterium terrae*, infrecuentemente descritas hasta el momento. **Método:** Se describen 6 pacientes con enfermedad pulmonar por micobacterias del complejo *Mycobacterium terrae* asistidos en el Hospital Muñoz en el periodo 1994-2002: 5 hombres y 1 mujer entre 20 y 54 años. De los 6 casos, 4 eran pacientes HIV+. Hubo 1 aislamiento de la micobacteria *terrae* en el esputo de 2 pacientes HIV + y aislamientos repetidos de la misma en los otros 2 pacientes HIV + y en los 2 pacientes inmunocompetentes. **Resultados:** Todos los pacientes tenían sintomatología respiratoria. Las radiografías eran compatibles con enfermedad pulmonar en todos ellos: 5 de los 6 pacientes tenían formas bilaterales no cavitadas y el restante forma bilateral cavitada (paciente inmunocompetente). La totalidad de nuestros pacientes tenían resistencia a isoniacida y PAS: 4 de los 6 eran sensibles al etambutol y a diferencia de lo que se describe en la literatura, 5 de nuestros 6 pacientes mostraban sensibilidad a la rifampicina. **Conclusión:** En los 2 pacientes inmunocompetentes la evolución fue favorable con negativización bacteriológica, mientras que los 4 pacientes HIV + fallecieron, no pudiéndose comprobar fehacientemente que las causas de los fallecimientos haya sido determinada por la micobacteriosis o por su enfermedad de base.

IMPACTO SOCIOECONOMICO SOBRE LAS CARACTERISTICAS Y CONTROL DE LA TUBERCULOSIS EN OLAVARRIA

PO 053

B. Martínez, M. Lavat, N. Alvarez y S. Sequeira

Hospital H. Cura, consultorios de tisiopneumología y medicina general.

Introducción: existe una marcada relación entre las características sociolaborales y condiciones de vida de nuestra población con la notificación de casos de TBC y su control. Olavarría es una ciudad de 103.952 ha cuya tasa de actividad es de un 40%, la tasa de desempleo es de 22% y de subempleo de 14% siendo las necesidades básicas insatisfechas de un 10%. Se notifican un promedio de 31 casos nuevos por año, siendo la tasa de incidencia de 32%, en la provincia de Bs.As. la tasa de notificación presentó una variabilidad entre 37-45%. **Objetivo:** determinar las características de la tuberculosis en nuestra ciudad y zona de incidencia desde 1991 hasta 2002. **Material y método:** se obtuvo información de los datos estadísticos del consultorio de neumonología y servicio de acción social durante el período 1991 - 2002, y por el método descriptivo se analizaron las siguientes características: 1) grupo etáreo: 2) Condición social: 3) bacteriología: 4) formas clínicas pulmonares: 5) formas clínicas extrapulmonares y mixtas: 6) condiciones del tratamiento: 7) resultados del tratamiento: 8) asociación con HIV. **Resultados:** 1) grupo etáreo: 0-4 años 17 pacientes (5,06%), 5-14 años 10 p (2,98%), 15-24 años 42 p (12,5%), 25-34 años 64 p (19,05%), 35-44 años 46 p (13,69%), 45-54 años 37 p (11,01%), 55- 64 años 51 p (15,18%), + 65 años 68 p (20,24%); 2) condición social: a) C1, 170 p (51 %); b) C2, 9 p (3%); c) SIAMO 3p (1 %); d) con obra social 60 p (18%); e) otras: 95 p (29%); 3) bacteriología: D- C- 86 pacientes (25,67 %), D- C+ 28 p (8,36 %), D+ C- 39p (11,64 %), D+ C+ 45p (13,43 %), D+ C no efectuado 50p (14,93 %), bacteriología no efectuada 87p (25,97 %); 4) formas clínicas pulmonares: USC 96p (39,67 %), UCC 46p (19,01 %), BSC 38p (15,07 %), BCC 56p (23,14 %), miliar 1p (0,41 %), primaria 5p (2,07 %); 5) formas clínicas extrapulmonares: renal 15p (18,07 %), pleural 27p (32,53 %), osea 9p (10,84 %), meníngea 2p (2,41 %), ganglionar 22p (26,51 %), testicular 2p (2,41 %), hepatopene-ritoneal 3p (3,61 %), otras 3p (3,61 %) mixtas 10p (2,98 %); 6) condiciones del tratamiento: virgen de tratamiento 306p (91 %) y retratamiento 29p (9 %); 7) resultados del tratamiento: tratamiento completo 283p (84 %), abandono 30p (9%) y fallecidos 22p (7%); 8) asociación con HIV 4 casos (2000-2002). **Conclusiones:** se comprueba el impacto socioeconómico en relación con el alto porcentaje de condición social C1(51%); siendo el grupo etáreo predominante entre mayores de 65 años y 25-34 años. Obtuvimos una alta incidencia de confirmados (50%), de formas pulmonares de USC (39%) y de vírgenes de tratamiento (91%) que indicarían una búsqueda activa de casos y diagnóstico precoz de la enfermedad. El bajo índice de abandonos se relaciona con la supervisión continua y permanente que realiza el equipo de salud multidisciplinario del programa de control de TBC. Se destaca un bajo índice de asociación con HIV.

TBC PULMONAR MULTIRRESISTENTE EN PACIENTES NO HIV INTERNADAS

PO 054

Vescovo M, Fulgenzi A, Zabala A, García A, Rosasco C, Santucho E, Ambroggi M, Simboli N, Abbate E.

División de Tisiopneumología. Pab. Koch. Htal F.J. Muñoz. Buenos Aires.

Objetivo: analizar epidemiología, bacteriología, radiología y evolución de pacientes con TBC MR. **Materiales y métodos:** estudio descriptivo-retrospectivo en el período enero 2000-mayo 2003, de 21 pacientes femeninos internadas en sala de aislamiento del pabellón Koch del Htal F.J. Muñoz. **Resultados:** el 48% de los casos procedían del GBA, el 29% del interior, 14% capital fed y 9,5% de países limítrofes. Predominó el grupo etario 20-39 años (48%). El 66,6% tenían asociaciones morbosas, siendo la DBT la más frecuente. El compromiso radiológico bilateral cavitario se observó en el 62%. Se constató resistencia inicial en el 66,6%, correspondiendo en el 35,7% a personal de salud. El 38% de los casos presentó al ingreso resistencia a 4 drogas, el 28,5% a 5 y el 19% entre 6 y 7 drogas. El tratamiento se realizó de acuerdo al antibiograma y a la disponibilidad de drogas en el hospital. La negativización de la baciloscopia de esputo fue del 42,8% al 2do mes de tratamiento. Las complicaciones se presentaron en el 66% de los casos, siendo las más frecuentes la hepatotoxicidad y las dermatológicas. Fueron dadas de alta hospitalaria el 76%, constatándose un fallecimiento y una fuga. **Conclusión:** es llamativo el alto porcentaje de resistencia inicial y la rápida negativización de las baciloscopias a pesar del compromiso radiológico extenso, promedio de resistencia a drogas elevada y las asociaciones morbosas presentes.

TUBERCULOSIS Y MICOBACTERIOSIS PERÍODO 2001-2003

PO 055

Gallego MJ, Otheguy SM, Raineri MC

Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer. Finochietto 849. Bs. As.

Conocer la identificación de las micobacterias halladas y su patrón de resistencia es una herramienta importante para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes.

El objetivo de este trabajo es determinar la prevalencia y sensibilidad de las micobacterias aisladas en el laboratorio de microbiología. Durante el período enero 2001 a junio 2003 se realizaron 633 cultivos para micobacterias: 566/633 de muestras respiratorias (lavados broncoalveolares, esputos, aspirados traqueales, líquidos de punción pleural y biopsias) y 67/633 de materiales no respiratorios (hemocultivos, médula ósea, ganglios, líquido cefalorraquídeo y otros líquidos de punción). Se realizó baciloscopia directa según técnica de Ziehl Neelsen; los cultivos se efectuaron en medio de Lowenstein-Jensen y Stonebrink acidificados y en el último período se agregó un método colorimétrico automatizado; los hemocultivos se realizaron por método automatizado fluorimétrico. La identificación y antibiograma de los cultivos fueron realizados en el Servicio de Micobacterias del Instituto Nacional de enfermedades Infecciosas ANLIS "Dr. Carlos G. Malbran".

Se obtuvieron los siguientes resultados: 92 aislamientos de micobacterias/633 muestras cultivadas. Baciloscopias positivas: 111, recuperándose micobacterias en 88 de esos materiales. En 3 casos (2 lavados broncoalveolares y una biopsia) las baciloscopias fueron negativas pero sus cultivos positivos. Se halló un hemocultivo positivo para micobacterias. La prevalencia de *Mycobacterium tuberculosis* (MT) fue 93% (85/92), complejo *Mycobacterium avium-intracellulare* (MAC) 4% (4/92), *Mycobacterium lentiflavus* (ML) 2% (2/92) y *Mycobacterium abscessus* (MA) 1% (1/92). Las cepas de MT resultaron sensibles a isoniácida (H), etambutol (E), rifampicina (R) y estreptomina (S) en 57/61 casos (93 %); y resistentes 2/61 (3%) a S; 2/61 (3%) a H y R. En 24 casos no se determinó la sensibilidad. Para MAC 4/4 fueron cepas multirresistentes; 2/2 ML sensibles a claritromicina y ciprofloxacina y MA fue multirresistente.

ASPECTOS EPIDEMIOLOGICOS DE LA TUBERCULOSIS EN EL HOSPITAL TRANSITO CACERES DE ALLENDE

PO 056

Cappelletti, C; Kevorkof, G V; Pozzobón, C A; Peyrani, C; Granada, R.

Servicio de Neumonología. Córdoba. 2003.

Objetivos: Determinar la incidencia hospitalaria de Tuberculosis (TBC) en relación a pacientes sintomáticos respiratorios asistidos. Caracterizar a los pacientes tuberculosos. Determinar la sensibilidad y especificidad de la baciloscopia de esputo. **Material y método:** Estudio retrospectivo, observacional, con revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de Tuberculosis en este nosocomio, mediante baciloscopia y cultivo de esputo, líquido o biopsia pleural y lavado bronquial, en el año 2002. **Resultados:** Se obtuvieron datos de 32 historia clínicas. La localización de TBC pulmonar correspondió a 29 casos (91%) y 3 (9%) a extrapulmonar, pleural. El diagnóstico se realizó por baciloscopia directa de esputo en el 62% y cultivo del mismo en el 35%. La radiología tuvo lesiones extensas hasta un 31% de los casos con cavernas bilaterales y lesiones exudativas. El tiempo desde el comienzo de los síntomas hasta el diagnóstico, varió entre menos de un mes 12,5%, 1 a 3 meses, 50%, 3 a 6 meses 6,25% y más de 6 meses 25%. El 81 % de los pacientes comenzaron tratamiento nuevo, 9% se los consideró como reactivación y el mismo porcentaje como abandono previo. Se consiguió seguimiento mensual en el 53%, en el 28% se llega a tratamiento completo en el período analizado y se llega a la curación en todos ellos, por criterios clínicos o bacteriológicos. De los pacientes en los que no se obtuvo seguimiento: 2 fallecieron (6%), otros 2 continuaron el tratamiento en su ciudad de origen, 5 (16%) desconocen el diagnóstico, sólo accedieron a una primera consulta; en un 19% hubo controles esporádicos, dentro de este grupo, un 6% corresponde a pacientes con abandono previo. La tasa de éxito del tratamiento completo fue del 100%. La sensibilidad de la baciloscopia de esputo fue del 64%, la especificidad del 99%. El valor predictivo positivo 94% y el valor predictivo negativo 0,8%. La tasa de incidencia fue de 1,05%. **Conclusiones:** Existe un retraso en la consulta para el diagnóstico. La baciloscopia es un método diagnóstico específico, pero poco sensible. La alta tasa de incidencia del hospital se corresponde con él, como centro de referencia. Debe lograrse mayor adherencia al tratamiento.

**ESPONDILITIS TUBERCULOSA.
A PROPOSITO DE UN CASO**

PO 057

Amaya R, Zamora K, Gianfrancisco V, Monayer J, Fabio S
Servicio de Neumología - Hospital Padilla - Tucumán

Paciente de sexo masculino, de 18 años sin antecedentes patológicos previos, tabaquismo de 4 P/Y, vive en condiciones de hacinamiento. Consulta por lumbalgia, de más de un año de evolución, sin antecedentes traumáticos, en el último mes parestesias en miembro inferior, astenia, adinamia, tos y expectoración. Al examen físico: Compromiso del estado general, desnutrición moderada, afebril, deformación en columna dorsolumbar (cifosis de 45°) con tumoración en región lumbar a nivel de L4; blanda y levemente dolorosa. Tiraje supraesternal, murmullo vesicular rudo, soplo tubario en región pulmonar superior izquierda. Sistema Nervioso Central: paciente lúcido, motilidad activa y pasiva conservada, nivel sensitivo a nivel de L4, sensibilidad profunda conservada, reflejo osteotendinoso positivo. **Laboratorio:** Hto: 28; VSG: 90 mm.; serología para VIH: negativa. VDRL no reactiva. Sedimento urinario. células epiteliales escasas. Leucocitos 60 - 80 x C. Píocitos 3 - 9 x C. Hematíes 15 - 20 x C. Mucus regular. Radiografía de columna lumbar presenta imágenes osteolíticas en L4-L5. Radiografía de tórax: se observa imágenes radioopacas heterogéneas confluentes a predominio de los vértices, con imagen radiolúcida de bordes netos de aproximadamente 2,4 cm de diámetro en vértice superior izquierdo. Espudo: células 1 - 2 x C, leucocitos + 100 por C, BAAR ++. Se realiza tratamiento específico con 4 drogas, más tratamiento quirúrgico: estabilización de columna. **Conclusiones:** Estamos en presencia de una espondilitis tuberculosa frecuente en países en desarrollo, donde la desnutrición y el hacinamiento es común. La afección ósea y articular se presenta en el 10% de los pacientes con TBC, la mitad de los cuales, experimenta TBC de la columna. Se desarrolla déficit neurológico en el 10 al 47% de los casos.

**NUEVAS POSIBILIDADES TERAPEUTICAS EN
TUBERCULOSIS MULTIRRESISTENTE (TBMR)**

PO 058

Dres.: Abbate E, Brea A, Cufre M, Simboli N, Ambroggi M, Rizzuti E, Bonazzi E, Vescovo M, García A.
Instituto de Tisieneumonología "Prof. Dr. Raúl F. Vaccarezza" - Facultad de Medicina, U.B.A., Hospital de Infecciosas "F. J. Muñoz" - Gob. de la Ciudad de Buenos Aires. Capital Federal, Buenos Aires, Argentina.

La tuberculosis multirresistente (TBMR) es difícil de tratar. El tratamiento requiere de medicamentos caros, tóxicos y menos efectivos que las drogas principales. El desarrollo de resistencia a la mayoría de los antituberculosos utilizados habitualmente lleva a la necesidad de ensayar nuevos esquemas incluyendo no-antibióticos como la clorpromazina o tioridazina y oxazolidinonas (linezolid) con acción demostrada in vitro contra el M.Tuberculosis. Presentamos 2 enfermos con TBMR con fallos de tratamientos previos con cultivos positivos persistentes a pesar de buena adherencia al régimen terapéutico. Ambos pacientes recibieron Linezolid 600 y tioridazina sumados a su fracasado régimen anterior. Ambos pacientes tenían documentadas resistencia a por lo menos 9 drogas antituberculosas. El nuevo esquema produjo negativización rápida. Uno de los pacientes evidenció negativización sostenida y mejoría radiológica evidente. Este esquema fue bien tolerado.

Resistente a	Tiempo anterior de tratamiento	Tiempo de conversión	Nº cultivos (negativos)
H-R-E-Z-S CAPREO - OFLOX KAM - Et. - PAS H-R-E-Z-S	1984 - 2002	12 días	8
OFLOX - CAPREOM MOXIF - KAM - Et Cs	1999 - 2003	12 días	--

**ABANDONOS DE TRATAMIENTO EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES**

PO 059

Brian, M.C; Inwentarz, S; Mosca, C; Lic. Perella, F y Huergo, N.
Instituto de Tisieneumonología Prof. Dr. Raúl F. Vaccarezza. Av. Velez Sarsfield 405. Cap. Fed. (1281)

Objetivos: demostrar la importancia del tratamiento interdisciplinario en TBC como principal factor en la notoria disminución de los abandonos de tratamiento en niños y adolescentes asistidos en pediatría desde el 1/7/00 al 30/6/03. **Material y Método:** se evaluaron siguiendo un criterio retrospectivo, observacional y transversal, con un IC del 95 % las Historias Clínicas de 2.434 pacientes habiéndoseles diagnosticado e iniciado tratamiento antibacilar a 448, las variables analizadas fueron: sexo, edad, procedencia, fecha de diagnóstico, iniciación de terapia antifimica y mes de abandono de tratamiento.

Periodo	Tratamient. iniciados		Abandonos	
	Nº	%	Nº	%
1º/7/00 al 30/6/01	71	15.84	18	25.35
1º/7/01 al 30/6/02	91	20.31	26	28.53
1º/7/02 al 30/6/03	286	63.85	31	10.83

Resultados: Procedencia: Cap. Fed. 36.38 % y del conurbano bonaerense 63.62 % pacientes. Sexo: femenino 43.75 % y masculino 56.25 %. Evaluamos: niños el 57.36 % y adolescentes 42.64 %. Abandonaron el tratamiento antes del 3º mes de iniciado 29 pacientes (38.66 %). **Conclusiones:** No hay diferencias significativas en lo referente al sexo y edad de los pacientes, pero sí existe en la procedencia de los pacientes, pues el 63.62 % provino de la Pcia de Bs. As. Durante el último periodo se triplicaron los casos de TBC, pero la incorporación de la asistente social y la psicóloga al equipo de pediatría favoreció mayor adherencia al tratamiento, demostrando una disminución significativa en el número de los abandonos.

TBCMR EN PACIENTES INTERNADAS CON HIV / SIDA

PO 060

Santucho, E; Brian, M.C; Vescovo, M; Bernardini, E; Troncoso, A y Abbate, E.H.
Pabellón Koch, Htal F. Muñoz (GABA) Uspallata 2272 Capital Federal. (1281)

Objetivo: demostrar la prevalencia de morbimortalidad entre TBCMR y HIV / SIDA. **Material y Método:** a través de un diseño retrospectivo, observacional y transversal, se evaluaron todas las historias clínicas de las pacientes internadas en el Pabellón Koch, desde el 1º/01/00 al 31/05/02 con diagnóstico de TBCMR pulmonar y HIV / SIDA. Las variables en estudio fueron: edad, procedencia, antecedentes epidemiológicos, tipo de resistencia, asociaciones morbosas, tratamiento con antirretrovirales (ARV), formas Rx, complicaciones y evolución. **Resultados:** Población en estudio: 16 pacientes; Procedencia: Cap. Fed: 18,75 % y el 81,25 % de la Prov. de Bs. As. Edad: el 73 % se encontraba entre los 20 - 39 años y el 25 % restante entre los 40- 59 años; Antecedentes epidemiológicos: el 31,25 % eran convivientes mientras que el 62,50 % tenía internaciones previas y el 6,25 % desconoce el contacto. Resistencia: el 87,50 % presentó resistencia primaria; a H y R el 100 %; a E 87,50 %; a Z 75 %; a S 75 % y a Kn el 25 %. Las 16 pacientes presentaron TBCMR-HIV / SIDA (ARV) el 81,25 %. Complicaciones: Hepatotoxicidad el 6,25 %; Polineuritis el 18,75 %; Toxoplasmosis cerebral 18,75 %; Demencia asociada al HIV / SIDA el 12,50 % y PCP el 6,25 %. Con la conducta terapéutica de acuerdo al antibiograma, se negativizaron dentro de los 2 primeros meses el 56,25 % de los pacientes. Egresos: Alta 50%; el 43,75 % fallecieron y el 6,35% se dio a la fuga. **Conclusiones:** De los resultados obtenidos se desprende la importancia que tiene el control y seguimiento del paciente HIV/SIDA asociado a TBCMR.

TRATAMIENTO EMPIRICO DE TUBERCULOSIS EN UN SERVICIO DE TISIONEUMONOLOGIA
PO 061

Alves L, Chipana M, Saab M, Elias E, Leston J, Abbate E.
División Tisioneumonología, Hospital Muñiz. Buenos Aires, Argentina

Objetivos: a: Determinar la incidencia de pacientes con tuberculosis con cultivo negativo. b: Describir las características clínicas y radiológicas de los pacientes con cultivo negativo. **Material y métodos:** Se realizó una revisión de los pacientes internados en una sala de Tisioneumonología con sospecha de tuberculosis en un periodo comprendido entre mayo y diciembre de 2002. Se obtuvieron los datos de las historias clínicas y radiografías. Las muestras bacteriológicas fueron sometidas a examen directo con tinción de Ziehl Neelsen, cultivo por BACTEC y medio de Lowestein Jensen. Se evaluó a los pacientes durante un periodo de 60 días. **Resultados:** Se internaron 97 pacientes con sospecha de tuberculosis pulmonar y/o pleural. La totalidad de los pacientes tenían epidemiología, clínica y radiología compatible. Trece pacientes (13.4%) presentaron baciloscopia negativa a su ingreso iniciando tratamiento empírico y 84 (86.6%) baciloscopia positiva. De los pacientes bajo tratamiento empírico 8 presentaron cultivo positivo y 5 pacientes cultivo negativo. La incidencia de pacientes con cultivo negativo fue de 5%. De este grupo de pacientes la PPD fue negativa en el 100%. Dos pacientes presentaron serología positiva para HIV, 2 eran portadores de EPOC. Los hallazgos radiológicos fueron: 2 pacientes con opacidades y cavidades unilaterales, ambos portadores de EPOC, 1 con derrame pleural bilateral, 1 paciente con opacidad basal y 1 con compromiso miliar, estos dos últimos HIV positivo. El 100% de los pacientes presentó mejoría clínica sin complicaciones asociadas al tratamiento. Se constató mejoría radiológica en 3 pacientes (60%) y ausencia de cambios radiológicos en 2 paciente (40%). **Conclusión:** De 97 pacientes, 13 iniciaron tratamiento empírico donde los antecedentes epidemiológicos, clínicos y radiológicos fueron determinantes para el inicio del mismo. Ocho pacientes tuvieron confirmación bacteriológica. En los 5 pacientes restantes el diagnóstico se basó en la respuesta al tratamiento. La incidencia obtenida de tuberculosis con cultivo negativo fue inferior a la registrada en la bibliografía.

ASOCIACION DE LA INFECCION POR EL VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (HIV) Y TUBERCULOSIS
PO 062

Musella R, Baldini M, Chipana M, Elias E, Leston J, Abbate E.
División Tisioneumonología, Hospital Muñiz. Buenos Aires, Argentina

Introducción: La incidencia de HIV en pacientes con tuberculosis (TB) es variable alrededor del mundo y ha mostrado un aumento progresivo en los últimos años. **Objetivos:** a. Determinar la incidencia de infección por HIV en pacientes internados por tuberculosis. b. Describir las características clínicas de los pacientes comparándolos con los pacientes con TB HIV-negativos. **Material y Métodos:** Se estudiaron todos los pacientes que ingresaron con diagnóstico de tuberculosis a un servicio de Tisioneumonología desde 1 de abril de 2002 hasta 31 de marzo de 2003 y se les realizó serología para detección de anticuerpos anti-HIV mediante prueba de tamizaje por ELISA y de confirmación por Western blot. Se describieron las características clínicas y radiológicas de los pacientes que presentaron serología positiva para HIV. **Resultados:** De 147 pacientes que tuvieron diagnóstico de TB, en 16 se detectó serología positiva para HIV (10,88%). Todos fueron varones con un promedio de edad de 38,8 años. Todos tuvieron TB pulmonar. En 1 se halló compromiso pleural y en otro compromiso de médula ósea. Las imágenes radiológicas en 4 fueron miliares, 2 imágenes basales y en 10 se observaron opacidades y cavidades en campos superiores. La prueba tuberculínica fue positiva en 3 pacientes (≥ 5 mm). CD4+ rango entre 3 y 306 por mm³, media: 77,9. Todos los pacientes tenían comorbilidades. Los pacientes mostraron buena evolución clínica y bacteriológica con el tratamiento menos 1 paciente que falleció por insuficiencia hepática y pancitopenia. **Conclusión:** La incidencia de serología positiva para HIV en enfermos internados por TB fue de 10,88%, más alta que en estudios previos. Las características clínicas y la evolución fueron similares a los HIV seronegativos. Todos los pacientes tenían comorbilidades y el recuento de CD4+ fue muy bajo a pesar que en 3 la prueba tuberculínica era aún positiva.

SEPSIS POR TUBERCULOSIS MILIAR EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDA
PO 063

Castello, LA; Legarreta, CG; Martinez, PR; Putruele, AM; Rodriguez, DA; Taboada, FH.

Los factores de riesgo para el desarrollo de Síndrome de distres respiratorio del adulto por Tuberculosis son el alcoholismo, la serología positiva para HIV, la diabetes, y la corticoterapia previa. Paciente mujer de 59 años, de bajo nivel socioeconómico, y antecedente de artritis reumatoidea desde hace 40 años, en tratamiento con corticoides (prednisona 10 mg/día). Se interna por pérdida de 15 kg. de peso de un mes de evolución, astenia, adinamia, fiebre, disnea y sudoración nocturna en los últimos 15 días. Al examen físico paciente caquética, taquipneica, con crepitantes bilaterales bibasales. Exámenes complementarios: Lab: Hto: 27, GB: 8600, Pla: 110000, Urea: 36, Creatinina: 0.7, GPT:18, GOT:28, FAL:150, LDH:627, BT:0.8, Na:130, K:3.1, Quick:85, KPTT:35 seg., ESD:25 EAB: 7.49/25/57.4/18/-3.8/89.9% (Fio 2:21%)
En la Rx tórax que muestra infiltrado reticulonodulillar bilateral. En la tomografía de tórax: infiltrados intersticio-alveolares, a predominio de segmentos centrales y formaciones nodulillares sub-pleurales. En el BAL presenta directo positivo para BAAR, iniciando tratamiento para TBC.
Evoluciona con mayor hipoxemia, fiebre y mala mecánica ventilatoria pasa a unidad de terapia intensiva con gasometría al ingreso: 7.40/21.7/70/13.2/-10/91% Fio2:50% PAFI: 140. Sin respuesta al tratamiento con oxígeno al 100%, se interpreta el cuadro como síndrome de distres respiratorio del adulto. Presenta deterioro de la función renal y hepática. Se coloca en ARM, con requerimientos de inotrópicos, se interpreta como shock séptico secundario a TBC. Fallece la paciente a los 10 días de iniciado el tratamiento.

HEMOPTISIS MASIVA COMO FORMA DE PRESENTACIÓN DE TBC
PO 064

Castello, LA; Lescano, MS; Martínez, PR; Prigioni, A; Putruele, A; Vujacich, P
Servicio de Neumonología. Hospital de Clinicas José de San Martín. Buenos Aires

Varón, 27 años, con antecedentes de tabaquismo 10 p/a, neumonía en 2002 con derrame pleural derecho. Se interna por hemoptisis y fiebre, sin signos de impregnación. Evoluciona con hematuria macroscópica.
Laboratorio: Hto 41 %, G. Bcos 8000 mm³, Pla: 202.000 mm³, VSG 40 mm/h, PaO₂ :80; Sedimento urinario: 15-20 hematies; Rx: se observan opacidades intersticio-alveolares basales derechas. Se solicita colagenograma con valores normales, serologías para HIV, hepatitis B y C negativas. Se hace biopsia renal sin anomalías.
TAC: con opacidades nodulares de contorno irregular en lóbulo inferior derecho que se extiende hacia el hilio homolateral, con bronquiolititis y áreas de vidrio esmerilado en parénquima circundante.
Se decide realizar FBC con BAL y BTB donde se observa congestión de la mucosa bronquial basal y lóbulo medio derecho. Directo para BAAR negativo, biopsia no diagnóstica. Se otorga alta hospitalaria, programándose biopsia pulmonar a cielo abierto. Se reinterna con hemoptisis de 200 ml. Se constató progresión del infiltrado, por TAC. Se realiza angiografía que mostró vasos arteriales anormales localizados en B6, los que son embolizados cediendo la hemoptisis. Un nuevo BAL evidenció positividad para BAAR; el cultivo del anterior BAL fue también positivo.
Se interpreta el cuadro como neumonía tuberculosa e inicia tratamiento con cuatro drogas.
Evoluciona favorablemente sin fiebre ni hemoptisis.

FORMAS RADIOLOGICAS MAS FRECUENTES EN LOS ABANDONOS DE TRATAMIENTO ANTIBACILAR **PO 065**

Inwentarz, S.J.; Brian, M.C.; Medin, M.I.; Estevan, R. y Mosca, C.
 Instituto de Tisioneumonología Prof. Dr. Raúl F. Vaccarezza.
 Av. Velez Sarsfield 405 Cap. Fed. (1281)

Objetivo: determinar las formas radiológicas más frecuentes en los pacientes con TBC que abandonaron su tratamiento antibacilar. **Material y Método:** a través del estudio observacional, retrospectivo y transversal, con un IC del 95 % se analizaron las HC de los 10.200 pacientes asistidos desde el 1º/01/00 al 31/12/02: habiéndoseles diagnosticado y tratado como TBC a 1.499 de ellos. Variables en estudio : sexo, edad, procedencia, estudios radiológicos de tórax frente, y mes de abandono. **Resultados:** de los 1.499 enfermos abandonaron el tratamiento 283. Del sexo femenino el 45.33 % y del masculino el 54.77 %. El mayor porcentaje de abandonos se registró entre los 20 y 40 años (64.31 %). Procedencia: Cap. Fed. 43.11 % y conurbano 56.89%. Las formas radiológicas más frecuentes fueron: Unilateral s/ cavidad 11.6 % y c/ cavidad 31.10 %; Bilateral s/ cavidad 8.83 % y c/ cavidad 19.43 %; TBC 1ª 11.31 %; Pleuro-pulmonares 8.48 %; Otras formas radiológicas 3.53 % y sin informar 5.66 %. Abandonó entre el 1º y 3er mes de comenzado el tratamiento el 39.22 % de los enfermos y el 60.78 % después del 4º mes. Conclusiones: de los 283 pacientes que abandonaron el tratamiento 143 o sea el 50.5 % presentaban formas radiológicas c/ cavidades habitualmente bacilíferas con tiempo más prolongado de negativización. Esta elevada tasa de abandonos (18.8 %) con alta incidencias de formas cavitarias ponen en serio peligro a la salud de los convivientes y de la población en general. Por ello sería aconsejable la implementación del DOTS con asistencia de personal del servicio social y psicología, para favorecer la adherencia al tratamiento. De esta forma se cortaría en forma certera la cadena epidemiológica de enfermedad.

TBC: IMPORTANCIA DEL ESTUDIO DEL GRUPO CONVIVIENTE **PO 066**

Brian, M, C; Vescovo, M; Santucho, E; Inwentarz, S, J y Abbate, E.
 División Tisioneumonología (Pabellón Koch) y Grupo de Trabajo de Medicina Familiar del Hospital Francisco J. Muñiz. Uspallata 2272 Capital Federal (1281)

Objetivo: Importancia que reviste realizar el control del grupo familiar y / o conviviente del caso índice TBC para cortar la cadena epidemiológica de la enfermedad. **Material y Método:** se eligieron al azar 5 pacientes internados en el Pabellón Koch, entre el 1º/1/02 al 31/12/02, con diagnóstico de TBC pulmonar bacilífera. Medicina Familiar realizó el estudio del grupo familiar y/o conviviente de cada uno de ellos. Las variables de estudio fueron: sexo, edad, procedencia, Pba tuberculínica, formas clínicas - radiológicas y condición de egreso. **Resultados:** Total de contactos estudiados 94 personas. Procedencia: capital federal 34.02 % y conurbano bonaerense. 65.96 %. Sexo: femenino 46.80 % y masculino 53.20 %. Edad: niños 26.59 %; adolescentes 25.53 % y adultos 47.87 %. Formas Clínicas: el 40.42 % presentó formas extraprimarias, el 27.65 % tuberculosis primarias, el 28.72 % primoinfección tuberculosa y el 3.20 % no presentó infección ni enfermedad. Formas radiológicas: cavitadas: 34.38 % y las cavitadas 64.62 %. Todos los pacientes realizaron tratamiento o quimioprofilaxis según el caso. Egreso: todos curados y continúan controlándose. **Conclusiones:** de los resultados obtenidos se desprende la importancia del control del grupo conviviente del caso índice, de no haberlo realizado el 23.40 % de pacientes con TBC cavitaria seguirían contagiando, el 44.68 % de los enfermos hubieran evolucionado a formas graves de TBC, el 28.72 % de infectados se hubieran posiblemente enfermado y el 3.20 % llegaría a infectarse. El estudio metódico y exhaustivo de los convivientes ayuda al control efectivo de la enfermedad.

AUMENTO DE LA INCIDENCIA DE TUBERCULOSIS EN NIÑOS Y ADOLESCENTES **PO 067**

Brian, M.C; Inwentarz, S; Medin, M.I; Estevan, R.I y Mosca, C.A.
 Instituto de Tisioneumonología Prof. Dr. Raúl F. Vaccarezza.
 Av. Velez Sarsfield 405. Cap. Fed. (1281)

Objetivo: determinar el aumento de la incidencia de Tuberculosis en niños y adolescentes asistidos en el servicio de pediatría desde el 1º / 07 / 00 al 30 / 06 / 03. **Material y Método:** se evaluaron siguiendo un diseño retrospectivo, observacional y transversal, con un IC del 95 %, las Historias Clínicas de 2.434 pacientes habiéndoseles diagnosticado e iniciado tratamiento antibacilar a 448. Las variables que se analizaron fueron: sexo, edad, procedencia, fecha de diagnóstico e iniciación de la terapia antifímica.

Periodo	Pacientes	
	Nº	%
1º / 07 / 00 al 30 / 06 / 01	71	15.84
1º / 07 / 01 al 30 / 06 / 02	91	20.31
1º / 07 / 02 al 30 / 06 / 03	286	63.85
TOTAL	448	100.00

Resultados: Procedencia: Cap. Fed. 36.38 % y del conurbano bonaerense 63.62 % pacientes. Sexo: femenino 43.75 % y masculino 56.25 %. Se diagnosticaron y trataron 257 niños de 0 a 12 años (57.36 %) y 191 adolescentes (42.64 %). **Conclusiones:** No hay diferencias significativas en el sexo y edad de los pacientes. Sí en la procedencia. Urge establecer una mejor articulación entre los programas de control de Cap. Fed y Prov. de Bs. As., para que los pacientes que provienen de esta última sean asistidos y tratados en sus lugares de residencia; evitándose de esta forma la carencia de medicación que en algunos momentos sufrió la ciudad de Bs. As. La implementación de la estrategia TAES / DOTS sería más que beneficiosa en ambas jurisdicciones.

SINDROME DE HIERINFESTACION POR STRONGYLOIDES STERCORALIS EN PACIETE NO H.I.V. **P068**

Diaz O, Flores D, Medina C, Rovarini A,
 Clínica Mayo, Tucumán.

Tucumán, tristemente famoso en los medios de comunicación nacionales e internacionales por su alta tasa de desnutrición, se encuentra en la región Noroeste de la R. A. Por sus condiciones geográficas, climáticas, socioculturales, económicas y étnicas presenta un alto índice de parasitosis. El Banco Mundial en Diciembre de 1996, informa un 34% de familias por debajo de la línea de pobreza, el 65% de los pobres no tienen acceso a agua corriente ni cloacas, consumiendo agua de primera napa en forma directa, higiene y preparación de alimentos. Se describe un caso que asocia Desnutrición y parasitosis mortal. Paciente varón, 17 años, 146 cm, 42 Kg. Desnutrido severo. M.C: Diarrea y vomito de 10 días de evolución, Antecedentes: Diarrea crónica desde la primera infancia, con múltiples internaciones en el Hospital de niños. Con diagnósticos diversos: Enf. Celiaca, sin confirmar. A los 13 años: Oclusión intestinal, intervenido, diagnosticado como T.B.C. intestinal, sin confirmación bacteriológica, realiza tratamiento específico completo. Múltiples consultas e internaciones por cuadros respiratorios infecciosos y obstructivos. En los dos últimos años sintomático respiratorio permanente. Examen Físico: Paciente febril, taquicárdico: 110 l/m, taquipneico: 26 por minuto, impresiona severamente desnutrido, edemas generalizados, distensión abdominal diarrea acuosa y vómitos, disnea, tos productiva, rales húmedos difusos bilaterales. Se interna. Rx de torax muestra: infiltrado basal derecho. Directa de abdomen evidencia gran distensión de asas y meteorismo intestinal. Leucocitosis 12300 blancos 58% neutrofilos 17% eosinofilos, sin formas inmaduras. G. R: 3200000, Hto: 27% Hb: 7.3. P.T: 5.8 con albumina2.74. Resto de determinaciones en valores de normalidad. Serología para Hepatitis y H.I.V: negativos. Ecografía abdominal: Hígado graso. Dilatación de intestino delgado sin peristaltismo. Hemo y urocultivos negativos. Examen de materia fecal: Reacción inflamatoria sin germen. Esputo: representativo, negativo para BAAR. Flora colonizante habitual. Endoscopia digestiva: hiperemia mucosa gástrica con escoriaciones múltiples, piloro permeable, aumento de pliegues abundante líquido bilioso. Se instituyó tratamiento con ceftriaxona-ciprofloxacina (E.V.) desde el ingreso. A las 48 hs. Por disnea progresiva y diarrea sanguinolenta masiva pasa a UTI. Insuficiencia respiratoria que obliga a ARM .RX: Opacidad bilateral extensa, Gases con Fio2:100%. 7.45 O2:86, CO2: 29 Sat:88%. Segunda endoscopia: Exulceraciones múltiples, presencia de Helicobacter pilori, en vellosidades y criptas abundantes larvas de Strongyloides en distintos estadios. Se toma lavado bronquial, encontrándose: Abundante reacción inflamatoria, cocos positivos, Strongyloides estercoralis a campo cubierto. El paciente progresa a fallo multiorgánico, fallece al tercer día del inicio de ARM. Se interpreta el cuadro como de diseminación masiva con Síndrome de Hiper infestación al aislarse el parásito del aparato respiratorio y gastrointestinal en gran número.

TUMOR FIBROSO SOLITARIO PLEURAL EN HIV+

PO 069

Rey DR, Ricardi D, Pedernera A, Cristofoli R, González JA, De Salvo MC

División Neumotisiología Hospital Tornú. Buenos Aires Argentina

Introducción: Los tumores fibrosos solitarios (TFS) son poco frecuentes (2.8 casos/100.000). No hay acuerdo sobre su histogénesis y denominación. **Objetivo:** Presentación de caso clínico hospitalario y revisión de literatura. **Material y método:** Hombre. 43 años. Tabaquista 25 pack/year. Consulta por tos seca e hipertermia a predominio vespertino. Examen físico sin hallazgos relevantes. Laboratorio: ERS. 40mm, GB. 7200/mm³, Hto. 42%, Hb. 15gr/dl, plaquetas 276000/mm³, glucemia 96gr/dl, urea 26gr/dl, Bi. Total 0.46, TGO 37, TGP 24, Na⁺ 138, K⁺ 3.9. Prot. Totales 7.58gr/dl, albúmina 3.92gr/dl. Radiografía de tórax: imagen paramediastinal superior izquierda homogénea e infiltrados tipo alveolar bilaterales subclaviculares. Tomografía de tórax y abdomen (TAC): masa ocupante en mediastino anterosuperior izquierdo de 50x60mm e imágenes en vidrio esmerilado en ambos lóbulos superiores con pequeñas cavidades: sin patología abdominal. Fibrobroncoscopia: sin lesiones endoluminales realizándose BAL con exámenes directos negativos. Evolución con rápido deterioro clínico (disnea CF IV, tos productiva mucopurulenta, hipertermia persistente, hipoxemia, pérdida de peso), gasométrico (FIO₂ 0.21 - PO₂ 50.9 y saturación 86%), LDH 954 y progresión de las imágenes radiológicas con sistema multiventricular en campos superiores. Inicia tratamiento empírico para neumonía por pneumocystis carinii con trimetoprima-sulfametoxazol y corticoideoterapia con buena respuesta clínica, radiológica y gasométrica. Se recibe cultivo del BAL a los 15 días ⊕ mycobacterium tuberculosis. Recibe tratamiento con H-R-E-Z por 6 meses. Serología HIV ⊕, CD4 59/mm³. TAC de tórax: masa de densidad sólida ubicada en mediastino anterosuperior con bordes netos sin variación de tamaño respecto a estudio previo; múltiples lesiones quísticas bilaterales en lóbulos superiores de paredes finas y algunas de paredes gruesas, sin nivel hidroaéreo. Reiteradas punciones de la masa bajo control tomográfico con resultados negativos. **Biopsia por mediastinotomía izquierda mínima a cielo abierto:** Mesotelioma pleural fibroso o tumor fibroso localizado de pleura. Están compuestos por células fusiformes formadoras de colágeno, dispuestas en fascículos entrelazados con poca o ninguna actividad mitótica. Algunos muestran marcada celularidad; otros fibrosis y hialinización. La periferia está delimitada por células mesoteliales típicas. **Discusión:** La mayoría de los TFS, localizan en sitios con tejido mesenquimático como pleura (65%), pericardio, peritoneo, glándula tiroideas y órbita. Su comportamiento es benigno en el 80 % de los casos, con crecimiento lento intratorácico y compresión sin invasión, de estructuras vecinas. La mitad de los pacientes cursan de modo subclínico. Un 4 % presentan hipoglucemia sintomática (produce una sustancia "Insulina-like"), en tanto que un 35% presentan osteoartropatía hipertrófica, hallazgos clínicos que remiten con la resección.

NEUMONIA GRAVE DE LA COMUNIDAD EN ADULTOS JOVENES

PO 070

López A, Moyano V, Bertuzzi R, Yorio M.

Servicio de clínica médica Hospital Italiano de Córdoba

Introducción: La neumonía grave adquirida en la comunidad (NACG) es una entidad importante que requiere internación en cuidados críticos. **Objetivos:** Describir las características de los pacientes jóvenes con NACG y valorar comparativamente distintas escalas pronósticas de gravedad. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo descriptivo de pacientes jóvenes con NACG que ingresaron a una unidad de terapia intensiva (UTI) y coronaria (UCO). **Resultados:** Se reunieron 22 pacientes, 20 en UTI y 2 en UCO, constituidos por 59% hombres (13) y 41% mujeres (9), edad promedio de 50 años. Todos los pacientes ingresaron a una unidad de cuidados intensivos, el 72% (16) cumplieron con los criterios de gravedad de la sociedad americana de tórax (ATS), de acuerdo a la escala de PORT (Pneumoniae Outcomes Research Team) PORT I 22.7%, II 9%, III 22.7%, IV 31.8%, V 13.6%, presentaron un puntaje promedio de APACHE II de 14.2. Respecto a las complicaciones el fallo cardíaco fue el más frecuente 50% de los pacientes, respiratorio 45.4%, renal 13.6% y hematológico y hepático 9%. Las comorbilidades encontradas fueron EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica) 36%, alcoholismo 18%, diabetes (DBT) e insuficiencia cardíaca (ICC) en el 13%. El 22 % (5) de los pacientes fallecieron, todos presentaban alguna comorbilidad, el 18% eran hombres y tenían un APACHE II promedio de 20 puntos y la mayoría correspondía a un PORT IV, V. **Conclusión:** En nuestra población la NACG en adultos jóvenes, la mayoría de los pacientes cumple con los criterios de ATS, mientras que la escala de PORT solo rescata un mínimo número de pacientes, de acuerdo al APACHE II la mortalidad fue mayor a la esperada en este grupo. Las comorbilidades más frecuentes fueron EPOC y alcoholismo y las complicaciones fueron cardiopulmonares.

NEUMONIA Y BACTERIEMIA POR PNEUMONIAE

PO 071

Otheguy SM, Gallego MJ, Raineri M

Hospital de Rehabilitación Respiratoria María Ferrer.

E. Finochietto 849. Ciudad de Buenos Aires. stella1@speedy.com.ar

Streptococcus pneumoniae (Sp) es uno de los agentes etiológicos más frecuentemente aislados de muestras respiratorias de pacientes con neumonía adquirida de la comunidad (NAC). Es objetivo conocer la tasa de bacteriemias en pacientes con diagnóstico de NAC por Sp y su perfil de resistencia a los antimicrobianos. Se realizó un estudio retrospectivo del período enero 2002-julio 2003 de 56 pacientes, sin antibioticoterapia a la toma de muestras, con diagnóstico clínico/radiológico de NAC y aislamiento de Sp de materiales respiratorios que tuviesen toma simultánea de hemocultivos. Los cultivos de sangre fueron analizados por método fluorimétrico de monitoreo continuo automatizado. Se determinó antibiograma de Sp por método de difusión en agar según recomendaciones NCCLS y luego concentración inhibitoria mínima (CIM) a las cepas que presentaron alguna resistencia por dicho método. La edad promedio fue 59 años, 64% sexo masculino. Se observó en 19/56 (34%) casos neumonía neumocócica bacteriémica (NNB) y 37/56 (66%) neumonía neumocócica no bacteriémica (NNNB). Perfil de resistencia (R) de Sp: CIM a Penicilina (P): 89% sensible (S) y 11% resistencia intermedia (RI), Tetraciclinas (TE) 11% R, Eritromicina (E) 7% R, Cefotaxima (CTX) 2% R, Levofloxacina (LE) 2% R, Trimetoprimasulfametoxazol (TMS) 9% R. Todas las cepas fueron sensibles a Vancomicina, Linezolid, Telitromicina, Imipenem y Rifampicina. La incidencia de hemocultivos positivos para Sp en pacientes con neumonía adquirida de la comunidad fue del 34%. La CIM a Penicilina de la serie estudiada indica en nuestro hospital 11% RI. No se encontraron cepas con alta resistencia para P.

CARACTERISTICAS DE LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD EN EL GERONTE

PO 072

Giannattasio J, Zabala L, Miranda A, González JA, Rey, D, De Salvo MC.

División Neumotisiología Htal. Tornú. Bs. As. Argentina. 2003.

Objetivo: Estudiar diferentes parámetros de la Neumonía Adquirida en la Comunidad (NAC) en pacientes gerontes (=65 años), con la finalidad de establecer su importancia y evaluar el riesgo relativo (RR). **Material y método:** Se incluyeron 36 pacientes de 65 o más años, pertenecientes a un grupo de 130 pacientes con Neumonía Adquirida de la Comunidad, internados en el lapso Julio 2002-Junio 2003. Se efectuó análisis de frecuencia según sus factores de riesgo, agrupándose de acuerdo con el índice de Fine. Mediante programas estadísticos se determinó el RR de pertenecer al grupo de = 65 años en relación con el resto de la población estudiada. **Resultados:** De los 36 pacientes, 22 fueron hombres y 14 mujeres, con una edad media de 73.3 años (65-91), 66.6 en los primeros y 71.0 en las segundas. Se realizaron estudios bacteriológicos de Espudo (9 rescates) y hemocultivos (6 rescates). Predominar como enfermedades asociadas: Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) 10 y patología de origen cardíaco 19, fundamentalmente Hipertensión Arterial (9) e Insuficiencia Cardíaca (5). 23 pacientes presentaron hipoxemia (64%). El tabaquismo estuvo presente en todos los hombres y sólo en 3 mujeres. Fallecieron 4 pacientes (3 hombres y 1 mujer), todos fumadores; uno era diabético y 3 tenían hipoxemia, oscilando los niveles de urea entre 42 y 75 mg%. Se realizó índice de Fine (Pneumonia Severity Index - PSI) que arrojó los siguientes resultados: PSI I: 0, II: 8, III:18, IV: 10 y V:0. Los fallecidos pertenecían al PSI III (2) y IV(2). El RR del PSI III fue de 2.94 y del PSI IV 4.35 (ambos con p<0.001). **Conclusiones:** Se observó un alto RR de los PSI III y IV y además una alta incidencia de EPOC (10/36), entre las asociaciones pulmonares halladas (10/18). Los hallazgos bacteriológicos presentaron baja rentabilidad coincidiendo con otros trabajos publicados. Un dato llamativo fue la elevada incidencia del tabaquismo 100% en los hombres, y 75% entre los fallecidos.

FACTORES DE RIESGO Y PREDICTIVOS DE EVOLUCION EN LA NEUMONIA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD

PO 073

De Salvo MC, Miranda AM, Gonzalez JA, Rey DR
División Neumotisiología Hospital Tornú. Buenos Aires Argentina

Introducción: La Neumonía adquirida de la comunidad (NAC) continúa representando en la actualidad un problema de salud pública, siendo una de las principales causas de mortalidad por enfermedad infecciosa. **Material y Método:** Se realizó un análisis retrospectivo, cuantitativo y descriptivo que resume el período comprendido entre el 1-07-02 al 1-07-03. Se estudiaron 130 pacientes con NAC internados en la División Neumotisiología del Hospital Tornú, excluyéndose los pacientes VIH positivos. **Objetivo:** Evaluar los factores relacionados con sexo, edad, comorbilidades, bacteriología y la mortalidad. Se clasificaron los casos de NAC según el score de Fine (Pneumonia Severity Index - PSI I a V). **Resultados:** La población estuvo constituida por 77 hombres (59.23 %) y 53 mujeres (41.70%). PSI I: 21 pacientes (16.5%); PSI II 58 (44.61%); PSI III 34 (26.15 %), PSI IV 16 (12.30%) y PSI V 1 (0.0076%). En nuestra serie la mortalidad total fue 5 (3,84%) distribuida en el PSI III 1,5% y el PSI IV 2,3%. Las más frecuentes 73 (56.1%) fueron las comorbilidades pulmonares: EPOC 24 (18.4%), Asma 21(16.1%) y secuelas tuberculosas en 9 (11.69%). Un total de 61 (46.91%), correspondieron a causas no pulmonares: Cardíacas 38 (29.2%), Diabetes 15 (11.5%), Hepáticas 9 (3.9%), Renales 6 (4.6%) y Neoplásicas 6 (4.6%). Registraron el antecedente de NAC en el año previo, 11 pacientes (8.4 %). El derrame paraneumónico se halló en 20 (15,3%). Se aislaron gérmenes en 44 pacientes (33.84%), de los cuales el más frecuente fue H. Influenzae 18 (13.84%), seguido de S. Pneumoniae 12 (9.23%), siendo los esputos positivos en 42 casos (32,3%) y los hemocultivos positivos en 10 casos (7.6%), coincidente con los pacientes más graves. En el 61.53 % de los casos se utilizó un esquema antibiótico adecuado. **Conclusión:** Todos los pacientes con NAC debieron ser internados, ya por comorbilidades o bien por causas sociales para el cumplimiento del tratamiento indicado. La mortalidad representa un índice bajo con respecto a otros estudios, limitándose a los grupos PSI III y IV. Otro dato llamativo fue la predominancia del H. Influenzae, sobre el S. Pneumoniae a diferencia de lo mencionado en otros estudios.

CARACTERISTICAS DE LA FLORA BUCAL DEL PERSONAL DE PLANTA DEL HOSPITAL EL CARMEN

PO 074

Lisanti R, Redondo G, Barzán M, García F., Delaballe E, Gonzalea L.
Servicio de Neumonología y Bacteriología. Hospital El Carmen - U.N.Cuyo, Mendoza.

Con el objeto de conocer las características de la flora bucal del personal de planta (médico y enfermería) del Hospital El Carmen, se realiza una muestra de saliva a 26 de ellos en junio del 2002; procesando el material para Gram, cultivo aeróbico y micológico. Se descarta una muestra por contaminación alimentaria, quedando 25 muestras. Se comparan el resultado con la muestra de saliva realizada (al ingreso) a 73 pacientes internados en Clínica Médica.

La muestra estaba formada por 15 enfermeros (7 hombres y 8 mujeres) y 10 médicos (9 hombres y 1 mujer); edad media de 41,8 años. Presentaban enfermedades asociadas 4, de estos 2 con hipotiroidismo y 2 con asma alergia. Habían recibido antibióticos previos (7 días antes) 3. Características de la flora bucal:

	Personal del Hospita (n=25)	Pacientes Internados (n=73)
Streptococo Viridans	24 (96%)	68 (93,15%)
Neisseria spp	15 (60%)	56 (76,71%)
Corynebacterium	12 (48%)	41 (56,16%)
Streptococo B hemolítico grupo A	2 (8%)	8 (10,9%)
Staphilococo epidermidis	1 (4%)	3 (4,1%)
Staphilococo Aureus	0	2 (2,7%)
Neumococo	1 (4%)	10 (13,68%)
Borrelia	8 (32%)	30 (41,09%)
Flora fusoespilarar	5 (20%)	11 (15,06%)
Candida	11 (44%)	31 (42,46%)
Aspergillus	1 (4%)	0

Conclusión: La totalidad de las muestras corresponden a flora habitual, no encontrándose flora agregada y no presentó diferencias con la flora de ingreso de pacientes internados.

CARACTERISTICAS DE LA FLORA BUCAL EN PACIENTES INTERNADOS, INGRESO Y 5° DIA

PO 075

Lisanti R., Redondo G., García F., Barzán M., Delaballe E, Gonzalez L.
Servicio de Neumonología y Bacteriología. Hospital El Carmen, Mendoza.

Con el objeto de conocer las características de la flora bucal en pacientes que se internan en un Servicio de Clínica Médica y las modificaciones de la misma al 5° día, se realiza un protocolo que incluye el estudio de saliva al ingreso y al 5° día, obteniéndose datos del gram, cultivo para gérmenes aeróbicos y hongos.

Entre el 7/ 04 al 16/09/02, se estudiaron 73 pacientes, 41 mujeres, 32 hombres, edad media 59,05 años; obteniendo solo una muestra al ingreso en 35 pacientes y dos muestras en 38 pacientes (52,05%).

La muestra inicial (73 pacientes): Streptococo Viridans 68 (93,15%), Neisseria 56 (76,71%) Corynebacterium 41 (56,16%), Neumococo 10 (13,69%), Streptococo B hemolítico grupo A 8 (10,9%), Streptococo Spp 2 (2,7%), Staphilococo epidermidis 3, Stphilococo Aureus 2 (2,7%), Cándidas 31 (42,46%), Borrelia 30 (41,09), Fusoespirales 11 (15,06%).

Muestra al quinto día (38 pac.): Streptococo Viridans 36 (94,73%), Neisseria 30 (78,94%), Corynebacterium 22 (57,89%), Neumococo 1 (2,6%), Streptococo B Hemolítico grupo A 3 (7,8%), Streptococo epidermidis 4 (10,5%), Staphilococo aureus 1 (MTR 2,6%), Cándidas 25 (65%) (Albicans 16, Crusei 8), Borrelia 13 (34,2%), fusoespirales 8 (21,0%).

Hay diferencias entre ingreso y quinto día en disminución del Neumococo del 13,6 % al 2,6 %, y un aumento de Cándida del 42,4 % al 65%.

La diferencia entre los que recibieron antibióticos internados comparados con los que no recibieron, se modifica solo para Cándida.

La población estudiada nos permite conocer la flora bucal habitual, donde se destacan el Streptococo Viridans, Neisseria y Corynebacterium. Las Cándidas se encuentran en el 42,46, Neumococo en el 13,69%, Borrelias en el 35% y flora Fusoespiralar en el 20%.

No se presentan modificaciones de la flora al quinto día de internación, a excepción de una disminución de Neumococos y aumento de Cándidas en relación con el uso de antibióticos.

HISTOPLASMOSIS: UNA ENFERMEDAD PROTEIFORME

PO 076

Zabala A, Visca M, Tziavaras M, Fulgenzi A, Negroni R, Abbate E.
División Tisioneumonología. Unidad de Micología. Hospital Muñiz. Bs As

Introducción: Micosis sistémica endémica producida por el hongo dimorfo *Histoplasma capsulatum* var. *Capsulatum*. Vive en la tierra de zonas templadas. Los humanos se infectan por la inhalación de microrganismos de la fase micelial y origina cuadros respiratorios asintomáticos o leves que curan espontáneamente. Las formas progresivas se producen como consecuencia de fallas de la inmunidad mediada por células. Se producen así histoplasmosis progresivas y diseminadas de evolución crónica, subaguda o aguda, de acuerdo a la gravedad de la inmunodeficiencia. **Material y métodos:** Paciente de 26 años, masculino, oriundo de Tucumán, que a principios de marzo de este año presentó fiebre, tos, expectoración y disnea CF II-III. Junto a un amigo, habían mantenido contacto con una paloma enferma 10 días antes de presentar los síntomas. Un mes antes de enfermar, estuvieron en una zona rural removiendo un piso de cemento de una habitación con escasa ventilación. Con el diagnóstico presuntivo de Psitacosis, realizó tratamiento con claritromicina 1gr/día y metilprednisona 60mg/día durante un mes, obteniendo leve mejoría. Durante abril y mayo presentó sintomatología similar, a lo que se sumaron artralgias migratorias, calmando con la toma de corticoides. Fue derivado a nuestro hospital en junio con diagnóstico de intersticiopatía en estudio. Su amigo presentó clínica e imágenes similares y se le hizo el diagnóstico de TBC pulmonar por técnica de PCR y directo para BARR positivo en lavado broncoalveolar. Los dos fueron contacto de un enfermo de TBC Multiresistente fallecido en el 2002. Tac de Tórax: Múltiples formaciones nodulares de contornos mal definidos, distribuidos en forma difusa por ambos campos pulmonares, asociados a cambios fibróticos parenquimatosos en áreas subpleurales. Ecografía Abdominal: Hepatoesplenomegalia. Biopsia Perbronquial: Proceso inflamatorio granulomatoso tipo tuberculoides. Serología para histoplasmosis: Inmunodifusión en gel de agar: positiva 1/8. Comenzó tratamiento con itraconazol 200mg/día con buena evolución clínica y radiológica. Luego se confirmó Histoplasmosis en su amigo. **Discusión:** Ambos pacientes, uno en Tucumán y el nuestro en Bs.As., presentaban clínica e imágenes radiológicas muy parecidas, sugestivas de una TBC hematogena. Teníamos el antecedente epidemiológico, y a uno de los pacientes se le había aislado el *micobacterium tuberculosis*. La biopsia bronquial evidenció la presencia de granulomas. Estos hechos: la jerarquía de la lesión y de la disnea, nos hicieron pensar en un principio en la necesidad de realizar tratamiento antituberculoso con un esquema de drogas de segunda línea mas el agregado de corticoides. Afotunadamente preferimos esperar hasta tener los primeros resultados y tratar en consecuencia, evitando así males mayores.

ACTUALIZACION EN CANCER OCUPACIONAL DE PULMON Y PLEURA
PO 077

Casado G.C.de, Capone L., Labatte A., Mosca C.
Instituto de Tisiopneumología "Prof. Dr. Raúl Vaccarezza" - Bs.As

Objetivos: Evaluar la frecuencia de exposición a contaminantes cancerígenos en los pacientes con cáncer de pulmón y pleura. Establecer relaciones con sexo, edad, tipo histológico y hábito tabáquico. Observar su frecuencia de acuerdo a la clasificación de la IARC. **Método:** historia clínica laboral dirigida a exposición de contaminantes cancerígenos. Estudio prospectivo. Encuestados desde el 30 de junio de 1996 al 1ero. de julio de 2003. **Resultados:** durante el periodo comprendido se asistieron 373 pacientes con diagnóstico histológico de cáncer de pulmón o pleura. Encuestados 269, de los cuales 233 (86.6%) eran masculinos y 36 (15.4%) femeninos. De ellos 157 (58.3%) tenían exposición laboral y siendo el 97.4% masculinos y el 2.6% femeninos. Los tipos histológicos fueron: carcinoma epidermoide: 50.9%, adenocarcinoma: 21.6%, pequeñas células: 19.2%, grandes células: 9.1%. El mesotelioma se observó en el 9.2% de los casos. La exposición a sustancias cancerígenas fue predominantemente a amianto (66.8%) y al silice (49.6%). La mayor parte de los pacientes presentaban exposición a más de una sustancia. **Conclusiones:** 58% de los pacientes presentaba exposición a sustancias cancerígenas fundamentalmente silice y amianto. La exposición a sólo agentes cancerígenos fue del 4.8%, mientras que la relación tabaquismo y exposición laboral se observó en el 53.9% lo que hablaría de sinergismo entre estos dos agentes. Se observó una mayor incidencia de epidermoide y adenocarcinoma en relación a las frecuencias citadas por la literatura. Se destaca la necesidad de un interrogatorio exhaustivo para la búsqueda de exposición a agentes ocupacionales.

VIGILANCIA DE LA EXPOSICION AL HUMO AMBIENTAL DE TABACO (HAT) EN AMERICA LATINA RELEVAMIENTO EN LA CIUDAD DE BUENOS AIRES - AÑO 2002
PO 078

Navas Acien A*, Pitarque R**, Angueira M**, Samet J***, Peruga A****

*John Hopkins Univ, **UATA, ***JHUniv, ****OPS

Objetivo General: Medir el HAT en lugares públicos: instituciones sanitarias, educativas, gubernamentales, aeropuertos y restaurantes y bares de Buenos Aires. **Métodos:** realizamos la medición de nicotina en fase gaseosa por medio de filtros de difusión pasiva. Se colocaron 120 monitores, 100 para mediciones, 10 duplicados y 10 blancos. Se obtuvo la concentración de nicotina en microgr/m3 dividiendo el total de nicotina recogido por cada filtro por el volumen de aire muestreado (tiempo de muestreo x por tasa de flujo que es constante para cada tipo de monitor). Los cálculos se realizaron 1) utilizando el tiempo total de muestreo, 2) utilizando el tiempo de ocupación. **Resultados:** No fueron encontrados niveles nulos en ningún lugar evaluado. El valor extremo fue en la municipalidad, en donde los valores fueron altos en general, al igual que en el hospital y los restaurantes y bares. En los colegios se perdieron monitores en lugares claves y los aeropuertos presentan niveles muy dispares entre sí evidenciando la distinta política con respecto al tabaco. **Conclusiones:** Los niveles encontrados en el conjunto de la ciudad son altos o muy altos, considerando que los filtros se colocaron en donde está total o parcialmente prohibido fumar. En la municipalidad y en el hospital es prioritario conseguir ambientes libres de humo.

CONSUMO DE TABACO EN LA FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
PO 079

J Talamoni, B Lungo

Facultad de Cs. Médicas, UNC, Córdoba, Argentina.

Objetivos: a. Aplicar un cuestionario de tres preguntas para detectar actitudes de los fumadores en el Pabellón Perú. b. Examinar las actitudes hacia el Humo de Tabaco Ambiental (HTA), la aceptación de un Programa de Asistencia al Tabaquismo (PAT) y el vínculo con el tabaco. **Material y Métodos:** Se aplicó un cuestionario para registrar las subsiguientes actitudes sobre el tabaco en 58 empleados administrativos: 1) la relación de los sujetos con el tabaco. 2) las actitudes hacia el Humo de Tabaco Ambiental. 3) la aceptación del PAT. Los datos se procesaron y se elaboraron las tablas y figuras de la muestra con el programa SPSS 9.0 de computación. **Resultados:** I. El 50 % de la muestra son fumadores y se dividen en: a) quienes contemplan abandonar en seis meses (24.1%), b) quienes no considerarán la intención de abandono (17.2%) y c) los que se preparan para abandonar en un mes (8.6%). El 50 % restante son *ex no fumadores* y se dividen en: a) los que abandonaron hace más de seis meses (17.2%), b) los que abandonaron hace menos de seis meses (1.7%), y c) los que nunca fumaron (31%). II. Las actitudes acerca del HTA se seleccionan entre: 1) *los que les molesta* (10.3%), 2) *los que les preocupa* (22.4%), 3) los que *les molesta-y-les preocupa* (44.8%), 4) a quienes *no les molesta* (19%), o 5) a quienes *no-les-molesta-ni-les-preocupa* (3.4%). El 50 % acepta el PAT, el 43.1 % no lo acepta, y el 6.9 % no sabe o no contesta. **Discusión:** La mayoría (77,6 %) de los sujetos se manifiesta *molesto, preocupado, o molesto-y-preocupado* por HTA. El resto asevera que *no le molesta* (19 %), y a quienes *no-les-molesta-ni-les-preocupa* el HTA son estrecha minoría (3,4 %). Se constata que la totalidad de los fumadores que declararon sentirse molestos y preocupados por el HTA aceptan el Programa de Asistencia al Tabaquismo. No hubo quienes desatendieran su preocupación sobre el HTA. La valoración íntegra de la prueba autoriza a emprender un consenso para el Control del HTA en el Pabellón Perú.

CONSUMO DE TABACO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA (INTERNADO ROTATORIO) DE LA U.N. TUCUMAN
PO 080

Stok AM, Altieri HH, Willigs M, Dantur C, Figueroa S, Vega N, Fabio SL
Tucumán - Argentina

Con el objetivo de conocer la prevalencia y características del consumo de tabaco en estudiantes de medicina del internado rotatorio para orientar conclusiones y acciones en futuros profesionales de la salud que modifiquen conductas de influencia en la población, se realizó una encuesta validada, anónima y autoadministrada en estudiantes de 6° año de medicina de la U.N.Tucumán. **Resultados:** Se incluyeron 154 estudiantes, mujeres 58,4% y varones 41,6%, entre 23 y 33 años de edad (promedio: 26,3 años). En la población el 26,6 % nunca fumó; el 7,8 % no contestó; el 32,5 % fue alguna vez fumador (15,6 % fuma diariamente, 7,1 % ocasionalmente y 9,7 % son exfumadores); y experimentadores en un 33,1 %. En cuanto a la cantidad de cigarrillos el 47,8 % fuma < de 10 pack/year y 48,7 % no contestó esa pregunta. El 90,3 % considera que fumar es perjudicial para la salud. Respecto si hay restricción para fumar en su lugar de actividades el 55,8 % contesta que sí. El 75,3 % cumple las restricciones y el 42,9 % las hace cumplir. Un 76,6 % desea recibir información específica del control del uso de tabaco. **Conclusión:** Teniendo en cuenta los resultados obtenidos sugerimos que el tabaquismo como tal debe ser considerado como una temática permanente en la formación del estudiante de medicina.

CONSUMO DE TABACO EN TRABAJADORES DE LA SALUD EN TUCUMAN
PO 081

Stok AM, Altieri HH, Fabio SL, Willigs M, Dantur C, Figueroa S, Vega N, Fernandez Gomez V, Amaya R, Gianfrancisco V, Naval N, Campero G, Díaz M, Nasca D, Gonzalez F, Ciliberti A.
Hospitales Centro de Salud - A.C. Padilla. Tucumán - Argentina

Teniendo en cuenta que de los *trabajadores de la salud* deben surgir las estrategias que modifiquen conductas respecto al tabaquismo en la población general realizamos este estudio con el fin de evaluar las condiciones de consumo de tabaco en dicha población. Con este objetivo se realizó una encuesta anónima, autoadministrada y validada en dos hospitales de S.M. de Tucumán (Centro de Salud "Zenón Santillán" y Angel C. Padilla). Se dividió la población a estudiar en cuatro estratos: profesionales, enfermeras/auxiliares/técnicos, administrativos y servicios generales. **Resultados:** Se incluyeron 489 personas, mujeres 56,6% y varones 43,4%, entre 18 y 78 años de edad (promedio 43,8 años). Encontramos que el 27,8 % nunca fumó; el 48,7 % fue alguna vez fumador (18,4 % fuma diariamente, 7,4 % ocasionalmente y 22,9 % son exfumadores); el 22,9 % como experimentadores en el consumo. Se observó alta prevalencia de consumo de tabaco en profesionales (54,8 %) y en personal de servicio (58,2 %). El 48,2 % fuma < 10 pack/year. El 93 % considera que fumar es perjudicial para la salud. En cuanto si hay restricción para fumar en el hospital el 60,9 % contesta que sí. El 68,7 % cumple esas restricciones y las hace cumplir un 52,1 %. Un 65,6 % desea recibir información específica al control del uso de tabaco. **Conclusión:** Observamos alta prevalencia de tabaquismo en trabajadores de la salud en nuestros hospitales lo cual motiva a iniciar estrategias de lucha antitabáquica para lograr la meta del *hospital sin humo*.

APLICACION DEL PROGRAMA ARCONTA EN CONSULTORIO DE TABAQUISMO
PO 082

Stok AM, Altieri HH, Fabio SL, Willigs M, Vega N, Nasca D, Gonzalez F.
Hospitales Centro de Salud - A.C. Padilla. Tucumán - Argentina

Los Servicios de Neumonología de los Hospitales Públicos Centro de Salud y A.C. Padilla de Tucumán implementaron un Consultorio de Cese de Tabaquismo, los cuales trabajaron en forma coordinada siguiendo las normas del programa ARCONTA (Argentina Contra el Tabaco). Desde marzo a julio de 2003 se evaluaron 52 pacientes: el 46,2% masculinos y 53,8% femeninos, de ellos el 67,3% eran fumadores de más de 20 pack/years. El 69,8% de los pacientes manifestó llevar más de 10 años de tabaquismo. Al realizar el Test de Fagestrom 75% presentó fuerte dependencia. El 82,7% refirió intentos previos de cese de tabaquismo. Cuando se analizó el Test de los Porqués el 76,9% respondió que fuma por placer, el 76,9% por apoyo o tensión, el 65,4% por adicción y el 88,5% son fumadores sociales. Con respecto al tratamiento el 46% recibió bupropion, y el 13,5% realizó tratamiento asociado (bupropion + parches de nicotina). A la 2° visita concurren 32 pacientes (61,5% del total), de los cuales 22 (68,8%) manifestaron cese de tabaquismo, observándose síntomas de abstinencia en el 93,8%. A la 3° visita concurren 31 pacientes (59,6% del total) manteniéndose en el cese de tabaquismo 20 de ellos (64,5%). **Conclusión:** En el período evaluado se obtuvo un cese de tabaquismo del 38,5%, con alta abstinencia. La mayor dificultad en la aplicación del Programa estuvo dada en la no concurrencia a la 2° visita (deserción del 36,5%) la cual coincidía con el Día D. Observamos que el Programa Arconta es factible de aplicar en nuestro medio.

TABAQUISMO Y OTRAS ADICCIONES EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO
PO 083

Hasper I, Feola MA., Perazo D.L., Yunis A. Daino L.

Comisión "Tabaco o Salud" Facultad de Medicina, UBA

Participantes: H. Británico; H.C.G. Durand; H. Evita Lanus; H. Fiorito; H. Gutierrez; H.B. Housay; H. Israelita; Instituto Lanari; H. Moreno; H. Paroisien; H. Eva Peron San Martín; H. Pte Peron Avellaneda; H. Piñero; H.Pirovano; H. Posadas; H. San Fernando; H. San Miguel; H. Santojani; Maternidad Sarda

Se realizó una encuesta anónima randomizada entre los estudiantes del Internado Anual Rotatorio de la carrera de Medicina en 19 hospitales. Se encuestaron 295 alumnos, de ellos 114 eran hombres y 181 mujeres su edad promedio era de 26.1 años. Del total 27.8% eran No Fumadores (NF), 28.5% solo habían probado alguna vez (SP), 9.2% eran exfumadores (EF), y el 34.6% eran fumadores (F). La edad de comienzo de los F fue de 10 a 25 años, promedio 17, SD 1.4; Fumaban de 1 a 40 cigarrillos por día, promedio 8.9, SD 7.1 (p=0.0000). Los F lo hacían entre 1 y 23 años con una media de 7.86 DS 4.26 (p=0.0000). Entre F y EF las marcas preferidas fueron: Marlboro (51%), Camel (28%), Phillip Morris (9%), Lucky Strike (5%), Parisien (1%) cualquiera (6%). Recordaban alguna actividad educativa sobre adicciones el 84.4% sin diferencias entre F, EF, SP y NF. Bebian habitualmente el 29.3% de los NF, el 40.9% de los SP, el 59.3% de los EF y el 54.9% de los F (p=0.001) Bebian Cerveza el 88.5%, vino el 61.5% sidra el 10.8%. Bebian en ocasiones los NF el 86.8%, los SP el 79.3% los EF el 78.3% y F 56.3%; bebian los fines de semana el 13.2% de los NF, el 20.7% de los SP, el 21.7% de los EF y el 43.7% de los F (p=0.006) Los que habían bebido alcohol en exceso alguna vez durante el último año eran el 38.5% del total, el 48.8% de los F, el 34.5% de los EF, el 40.7% de los SP y el 22.8% de los NF (p=0.019). Había probado marihuana u otras drogas el 20.1% del total, el 35.3% de los F, el 29.6% de los EF, el 12.2% de los SP y el 6.2% de los NF (p=0.0000). Seguían consumiendo el 13.6% de los que habían probado. Entre los que consumían, la marihuana era la droga preferida (94.9%). El tabaco se relaciona estrechamente con otras adicciones, como alcohol, marihuana y otras drogas, al punto que podría considerárselo como iniciador, por lo que sería necesario limitar su publicidad, y un abordaje integrado de estas sustancias en la currícula de las Facultades de Medicina, con acento en su prevención y tratamiento.

TABAQUISMO EN ESTUDIANTES DE MEDICINA DEL INTERNADO ANUAL ROTATORIO
PO 084

Hasper I, Feola MA., Perazo D.L., Yunis A. Daino L.

Comisión "Tabaco o Salud" Facultad de Medicina, UBA

Participantes: H. Británico; H.C.G. Durand; H. Evita Lanus; H. Fiorito; H. Gutierrez; H.B. Housay; H. Israelita; Instituto Lanari; H. Moreno; H. Paroisien; H. Eva Peron San Martín; H.Pte Peron Avellaneda; H. Piñero; H.Pirovano; H. Posadas; H. San Fernando; H. San Miguel; H. Santojani; Maternidad Sarda

Se realizó una encuesta anónima randomizada entre los estudiantes del Internado Anual Rotatorio de la carrera de Medicina en 19 hospitales. Se encuestaron 295 alumnos, de ellos 114 eran hombres y 181 mujeres su edad promedio era de 26.1 años. Del total 27.8% eran No Fumadores (NF), 28.5% solo habían probado alguna vez (SP), 9.2% eran exfumadores (EF), y el 34.6% eran fumadores (F). La edad de comienzo de los F fue de 10 a 25 años, promedio 17, SD 1.4; Fumaban de 1 a 40 cigarrillos por día, promedio 8.9, SD 7.1 (p=0.0000); fumaban desde 1 y 23 años con un promedio de 7.86, DS 4.26 (p=0.0000). De ellos querían cesar el 70%, y lo habían intentado el 60%, por su propia voluntad y sin otro auxilio. El 72.3% consideraba que el tabaquismo era una adicción. Convivían con fumadores el 35% de NF, el 51% de los que SP, el 69% de los EF y el 58 % de los F (p=0.0049). Entre los que no tenían amigos fumadores los F eran el 0.9 %, con minoría de amigos fumadores los F eran el 40.2%, con la mayoría de amigos fumadores los F eran el 58.8%, (p=0.0000). El humo de otros le molestaba al 76.1%, pero al 56.9% de los F, al 70.4% de los EF al 85% de los que SP y al 92.6 de los NF (p= 0.0000). El 60.7% recordaba alguna clase sobre tabaquismo. El daño grave a la salud debido al fumar activo fue reconocido por el 95.2%. El daño grave a la salud debido al fumar pasivo fue reconocido por el 70%. Del total habían tenido catarros a repetición el 6.1%, asma el 13.6%, alergia respiratoria el 14.2%. Desconocía la prohibición de fumar en los hospitales 16.9% y solo el 3.4% creía que se cumplía. De los F el 79.1% fumaba más cuando estudiaba. El 69.8% del total estaba dispuesto a desarrollar actividades antitabáquicas en ámbitos educativos. En este estudio la mayor relación de los de F ha sido con amigos y convivientes fumadores, asociado a conductas de riesgo entre los F. Se evidencia una elevada prevalencia de tabaquismo, si tenemos en cuenta su condición de futuros médicos. Sus conocimientos y capacitación resultan insuficientes sobre los efectos y tratamiento del tabaquismo, por lo que habría que reforzar su aprendizaje mediante cambios en la currícula educativa.

RELACION ENTRE CONSUMO DE TABACO POR HABITANTE Y TASA DE MORTALIDAD POR CANCER DE PULMON EN LA ARGENTINA (1960-2000)
PO 085
Pascansky D., Sivori M., Sáenz C.

Unidad de Neumotisiología, Hospital "J.M.Ramos Mejía", Buenos Aires

No existen estudios que relacionen el consumo de tabaco por habitante y la mortalidad por cáncer de pulmón en nuestro país. **Objetivo:** Determinar las tasas de consumo de tabaco por habitante y relacionarla a la tasa de mortalidad por cáncer de pulmón. **Material y Métodos:** Se recolectaron los datos de consumo de cigarrillos de la Secretaría de Hacienda del Ministerio de Economía, los datos poblacionales del INDEC y la tasa de mortalidad del Ministerio de Salud Código B 18 para el año 1968, códigos 162 (CIE:9) entre los años 1980-1996 y C34 (CIE:10) del año 1997 en adelante. Se usó correlación lineal simple considerando significativa p menor 0.05 **Resultados:**

Año	Ventas de Tabaco N° cig./hab./año	Tasa mortalidad por Cáncer de Pulmón (/100.000 hab.)
1960	1471	-
1968	1327	-
1975	1382	-
1980	1358	24.76
1985	1323	24.08
1990	1030	23.08
1995	1130	23.25
2000	996	22.71

La correlación entre ambas tasas fue de $r=0.0967$, $p=0.007$.

Conclusión: Se observó una correlación significativa entre la tasa de consumo de tabaco por habitante y la tasa de mortalidad de cáncer de pulmón, ambas en descenso en nuestro país entre 1980 y 2000.

VARIABILIDAD DEL PATRON RESPIRATORIO EN LA HIPOVENTILACION ALVEOLAR CENTRAL. DINAMICA SIMBOLICA
PO 086
D'Negri CE, Suarez AA, Pessolano FA, Montero SG, De Vito EL.
 Instituto de Investigaciones Médicas Alfredo Lanari. UBA. Bs.As.

Objetivos: Evaluar la variabilidad del patrón respiratorio en pacientes con Hipoventilación Alveolar Central (HAC) y en sujetos normales (N), utilizando estadística convencional e incorporando elementos de dinámica simbólica. **Material y método:** Se estudiaron 3 sujetos con HAC (2 masc.1 fem. edad 35, 30 y 71 respectivamente) y en tres N (2 masc.1 fem edad 25, 28 y 37 respectivamente). El patrón respiratorio se evaluó utilizando la series temporales de Ttot, Ti, Vt, Ti/Ttot, Vt/Ti, Te y Vt/Ttot (VE), analizando Media, DS, Skewness, kurtosis. y, por otro lado utilizando DiS. Con cada una de las variables se construyeron "palabras" de 2 "letras" de un "alfabeto" de 6 surgido de dividir en 6 bandas consecutivas su histograma, adjudicando un número correlativo a cada banda (letra) de 0 a 5 de izquierda a derecha. Estas palabras se representaron en base decimal respetando la secuencia temporal y se aplicó FFT obteniendo el espectro de potencias. Se calculó el área bajo toda la curva y en la banda de bajas frecuencias (LF) de 0 a 0.05 c / resp. **Resultados:** Utilizando MyW se obtuvieron diferencias significativas ($p < 0.05$) de HAC Vs. N para VT media(l): 0.54 ± 0.06 Vs. 0.33 ± 0.15 , skewness: 1.72 ± 1.43 Vs. 4.84 ± 1.63 , kurtosis: 7.46 ± 6.1 Vs. 30.6 ± 20.3 , LF: 7.43 ± 2.27 Vs. 12.17 ± 0.84 adimensional. Salvo Ti las otras variables también registraron diferencias significativas aunque ninguna en la LF. **Conclusiones:** La DiS pareciera ser de utilidad para detectar cambios en la variabilidad del patrón respiratorio en los sujetos con HAC respecto de los sujetos normales. Un componente de frecuencia pareciera tener un correlato más profundo con los mecanismos fisiológicos subyacentes que los indicadores estadísticos tradicionales. Esta pérdida de la variabilidad podría evidenciar la alteración del control central de la respiración en los pacientes con HAC?. La DiS encierra otros aspectos que en este trabajo aun no se han explorado y que permitirían otro enfoque de análisis novedoso.

VALOR DE LA ESPIROMETRIA EN LA EVALUACION DE LA RESTRICCIÓN PULMONAR
PO 087
Alejandro Salvado, Silvia Quadrelli, Julio Chertcoff, Martin Bosio, Eduardo Borsini
 Hospital Británico de Buenos Aires.

Se evaluaron 200 estudios de función pulmonar de pacientes con diagnóstico clínico de bronquitis crónica a fin de valorar la exactitud de la espirometría para determinar la presencia de defecto restrictivo (DR) en este contexto. Se definió la existencia de un DR real (DRR) por una CPT por debajo del 95% del intervalo de confianza. Espirométricamente se definió restricción (DRE) mediante una CVF por debajo del 95% del IC y una VEF1/CVF 61619:80% y obstrucción con disminución asociada de la CV si la CV era $<$ al 95% del IC pero VEF1/CVF era $<$ 80%. Un 6% de los pacientes tenía un DRE puro ($n = 6$) y 30% ($n = 30$) presentaban obstrucción con disminución de la CV. El valor predictivo negativo (VPN) de la espirometría para determinar DRR fue 100% y el VPP 11%. En los pacientes DRE puro el valor predictivo positivo (VPP) de la espirometría para DRR fue 66.6%. Para los pacientes con obstrucción más disminución de la CV el VPP de la caída de la CV para DRR fue 13.3%. La espirometría es útil para excluir defecto restrictivo aún en presencia de obstrucción. Sin embargo, su valor es muy limitado en esta población para determinar restricción, especialmente en presencia de obstrucción asociada y es absolutamente impropio hablar de defectos mixtos sin medición de volúmenes pulmonares.

ANALISIS DEL DISPOSITIVO DE ENTRENAMIENTO CON CARGA INSPIRATORIA Y ESPIRATORIA ELASTICA UMBRAL
PO 088
Monteiro SG, Suárez AA, Pessolano FA, De Vito EL.
 Instituto de Investigaciones Médicas A. Lanari, UBA, Buenos Aires.

Objetivo: Cuantificar la carga obtenida por los dispositivos Threshold PEP y IMT® en relación con el índice tensión tiempo de la caja torácica (TTc). **Material y Método:** 138 respiraciones según sigue: basal, carga espiratoria (CE) = 4, 10 y 20 cm H₂O; carga inspiratoria (CI) = 4, 10, 20, y 40 cm H₂O. Se determinó: flujo, presión bucal, volumen. Los datos se relacionaron con una Pimax = 110 cmH₂O El Δ condición - P. Media se muestra en %. **Resultados:**

Carga Umbral Inspiratoria

Condición	Presión Max	Presión media	TTc	%
Basal	0.68 \pm 0.81	0.24 \pm 0.40	0.002 \pm .0003	
- 4 cm H ₂ O	-9.32 \pm 0.08	-6.29 \pm 1.12	0.021 \pm 0.004	+57 %
- 20 cm H ₂ O	-26.48 \pm 0.26	-16.62 \pm 2.28	0.055 \pm 0.010	- 20 %
- 40 cm H ₂ O	- 46.41 \pm 2.71	-33.6 \pm 3.10	0.11 \pm 0.015	- 17 %

Carga Umbral Espiratoria

Condición	Presión Max	Presión media	
Basal	0.68 \pm 0.81	0.24 \pm 0.40	
4 cmH ₂ O	4.24 \pm 0.33	2.48 \pm 0.34	- 38 %
10 cmH ₂ O	12.42 \pm 0.37	7.92 \pm 0.89	- 20 %
15 cmH ₂ O	18.10 \pm 0.18	11.03 \pm 2.31	- 25 %
20 cmH ₂ O	24.24 \pm 0.21	15.73 \pm 1.64	- 21 %

Conclusiones: Para ambas cargas, los valores superiores tienen menor % de error. CI: con Pimax normales no se llega al umbral de fatiga de 0.30. CE: Si el efecto entrenamiento de músculos espiratorios aparece con el 50 % de la Pemax, el dispositivo es útil con Pemax de aproximadamente 30 cm H₂O o menores.

UTILIDAD DEL ESPUTO INDUCIDO EN EL DIAGNOSTICO ETIOLÓGICO DE TOS CRÓNICA
PO 089

Virga A*, Cazaux A*, Uribe Echevarría M*, Pérez P*, Maldonado C, Aoki A**, Uribe Echevarría A* y Uribe Echevarría E***
 *Instituto de fisiopatología torácica, Hospital Italiano Córdoba, **Centro de Microscopía Electrónica Facultad de Ciencias Médicas. U.N.C.

Introducción: En la práctica médica, la tos persistente se ha convertido en una de las causas de consulta y el abordar al diagnóstico etiológico, resulta un desafío profesional y un beneficio real para el paciente. **Objetivo:** A propósito de un caso, resaltar la utilidad del análisis del esputo inducido en el diagnóstico de causa de tos crónica. **Material y método:** Paciente de 31 años, que consulta con tos irritativa de 4 años de evolución. Residente de la ciudad de Córdoba, médico, deportista (natación), no hábitos tóxicos ni de exposición ambiental excepto natatorio climatizado, sin antecedentes familiares de interés. Antecedentes patológicos: no clínica de reflujo gastroesofágico (RGE), rinitis acuosa con relación a la práctica de natación, enfermedad de Gilbert controlada, NAC un año atrás con curación ad integrum. La tos era persistente a pesar de la interrupción de la natación. Laboratorio incluyendo Ig E normal; las radiografías de tórax, senos paranasales y el tránsito esófago-gastro-duodenal fueron normales; examen ORL normal; espirometría normal; prueba de provocación con metacolina normal. Realizamos el análisis de la muestra de esputo inducido según técnica previamente presentada. **Resultado:** El análisis del esputo inducido reveló un 4,5% de eosinófilos en el recuento celular, confirmando el diagnóstico de bronquitis eosinofílica. El paciente recibe budesonide inhalada mejorando la tos. **Conclusiones:** El análisis del esputo inducido es un método de aprobada seguridad, validación y reproducibilidad. Entre otras aplicaciones, debiera ser incorporado, como método de diagnóstico etiológico de tos crónica, cuando se han descartado las causas más comunes (asma, RGE y goteo nasal posterior). Es el método de elección para el diagnóstico de bronquitis eosinofílica, que aunque ésta es una causa poco frecuente de tos crónica, su prevalencia no es despreciable (13%).

MASA MEDIASTINICA Y ANGOR
PO 090

Anzulovich F, Abdala I, Fernández Lugea P, Mikulic H.
 Servicio de Neumonología, Servicio de Cardiología, Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Militar Central "Cir My Dr Cosme Argerich"

Caso clínico: Paciente de 46 años sexo masculino, que presenta dolor precordial opresivo de 48hs de evolución intensidad 10/10 con aumento a la inspiración profunda. Se interpreta como pericarditis. En la radiografía de tórax se observa infiltrado en campo pulmonar inferior derecho y doble arco izquierdo. Se realiza TAC de tórax que evidencia imagen sólida en mediastino paravascular, paracardiaco izquierdo, consolidación con broncograma aéreo en base pulmonar derecha. Se realizan serologías para hepatitis B y C, HIV, VDRL negativos, reumatograma negativo. Ecocardiograma derrame pericardico moderado RMN tórax: formación de aspecto líquida o semilíquida de paredes bien definida en mediastino anterolateral izquierdo de 14.5 x 4.6 x 8.5 cm con finos septos o lobulacion en margen inferior en intima relación con borde pericardico. El paciente evoluciona estable con resolución de su neumonía y pericarditis, se realiza control evolutivo con desaparición de la masa mediastinal interpretándose como quiste pericardico celomico en el contexto de pericarditis aguda.

UTILIDAD DE LA ASPIRACION TRANSTORAXICA CON AGUJA FINA EN EL DIAGNOSTICO DE LESIONES PULMONARES PERIFERICAS
PO 091

Una lesión pulmonar crea un problema diagnóstico que demanda una pronta solución. La Aspiración Transtorácica con aguja fina (ATTA) es un procedimiento con un elevado rédito diagnóstico. En este trabajo se evalúan 65 ATTA en 62 pacientes. Cuatro pacientes internados y cincuenta y ocho en forma ambulatoria. El total de estos pacientes no tenían diagnóstico broncofibroscópico (BFC). Las punciones se realizaron con Aguja Fina del Calibre 25GX3½ bajo control de imagen de radiografía de tórax frente y perfil, no se usó radioscopía por estar descompuesto el aparato y la TAC en algún intervalo de tiempo también estuvo fuera de uso, además hay una la sobre demanda y los turnos muy alejados. Se obtuvo un rédito diagnóstico de 61.5% y dentro de ellas las neoplasias corresponden al 90%. Falsos negativos tres que fueron al óbito. No hemos tenido que contabilizar ningún tipo de complicaciones. Con este procedimiento de Aspiración Transtorácica con Aguja fina (ATTA) y con el paciente ambulatorio es un procedimiento confiable, diligente, de alta eficacia y de muy bajo costo para el diagnóstico de lesiones pulmonares periféricas circunscriptas.

TOMOGRAFIA DE TORAX HELICOIDAL (TAC) EN DIAGNOSTICO DE TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO (TEPA). SERIE DE CASOS
PO 092

Moyano,V; Caeiro,G; Gomez, J; Minoldo, E; Camara, H; Saubidet, G; Yorio, M.
 Hospital Italiano de Córdoba.

Introducción: La TAC es un estudio mínimamente invasivo que presenta escasas complicaciones y muy pocas contrindicaciones. Existen varios ensayos clínicos controlados en donde demostró ser un procedimiento eficaz en el algoritmo diagnóstico de TEPA. **Caso 1:** Mujer de 18 años cursando un embarazo de 30 semanas de gestación. Antecedente familiar de Porfiria y antecedente patológico de parto prematuro con muerte neonatal. Ingresos con diagnóstico de amenaza de parto prematuro, disnea súbita asociada a precordialgia y taquicardia sinusal. Ecografía Doppler MMII(ECO) normal. Ecografía fetal normal. Anticardiolipinas negativo. Dímero D positivo (Título bajo). Probabilidad clínica pretest (PCPT) para TEPA moderada. TAC revela opacificación asimétrica de ramas arteriales pulmonares de lóbulo superior y región basal posterior y medial derecho, lo que sugiere tromboembolismo pulmonar. **Caso 2:** Mujer de 48 años, tabaquista severa, enolista, ingresa con diagnóstico de hepatitis alcohólica aguda. En evolución, presenta broncoespasmo, taquipnea, taquicardia. Radiografía de tórax normal(Rx). Debido a broncoespasmo con hipoxemia persistente se solicita Dímero D positivo (títulos altos). PCPT moderada. TAC revela: hipodensidad intravascular post contraste en rama segmentaria de arteria pulmonar lobar media y superior derecha. **Caso 3:** Varón de 90 años con antecedentes de insuficiencia cardíaca congestiva y accidente cerebrovascular. Ingresos a UTI con diagnóstico de insuficiencia respiratoria aguda secundaria a edema agudo de pulmón. A las 72 horas en sala común presenta taquipnea, taquicardia persistente. Rx normal. Saturación de oxígeno normal. Dímero D positivo (títulos altos). PCPT moderada. TAC revela: trastorno de la opacificación de una rama arterial dependiente de la arteria pulmonar derecha que se dirige al sector anterior del lóbulo superior. **Caso 4:** Mujer de 45 años con antecedentes de Diabetes, Artritis Reumatoidea, sometida a miomectomía vaginal 15 días antes del ingreso. Consulta por disnea progresiva, dolor torácico opresivo. Se constata broncoespasmo con respuesta parcial a broncodilatadores. PCPT alta. TAC revela: cambios de densidad intravascular en ramas principales de ambas arterias pulmonares y de sus ramas basales donde se observan imágenes hipodensas postcontraste. **Caso 5:** Varón de 69 años con antecedente de masa pulmonar no fillada, hipertenso y con fractura de cadera derecha. Presenta disnea súbita, dolor pleurítico derecho y taquipnea. Rx muestra derrame pleural derecho. Punción pleural exudado hemorrágico. ECO trombosis de vena poplitea derecha. PCPT alta. TAC revela: opacificación insuficiente de ramas posteriores e inferiores de arteria pulmonar derecha asociado a alteraciones parenquimatosas pulmonares apicobasales derechas. **Conclusiones:** 1- En nuestra experiencia la TAC ha mostrado ser de utilidad en el diagnóstico de TEPA. 2- En esta serie de casos, la tomografía helicoidal fue diagnóstica, aun siendo la probabilidad pretest moderada en tres de ellos.

ADENOMEGALIAS MEDIASTINICAS HIPODENSAS

PO 093

Bosio M, Borsini E, Spina JC, Lyons G, Chertcoff JF, Quadrelli S.

Hospital Británico. Buenos Aires. Argentina.

Paciente de 72 años, sin antecedentes clínicos de importancia. Se presentó con fiebre de 20 días de evolución. Quince días antes, una Rx de tórax normal, laboratorio con VSG 45mm y enzimas hepáticas levemente aumentadas. Al ingreso sin síntomas respiratorios, febril, examen físico normal, laboratorio: VSG 135mm, GB13000, TGO 71 (VN<35), TGP 75 (VN <40). Hemocultivos y urocultivos negativos. Serología VIH y PPD 2UT negativas. La Rx Tórax mostraba hilio derecho aumentado de tamaño (figura 1). Una TAC de tórax demostró múltiples adenomegalias mediastínicas de más de 2 (dos) cm de diámetro (pre vascular, paratraqueales derechas, subcarinales y para-aórticas) caracterizadas por marcada hipodensidad central y una fina pared periférica que realza con el contraste (figuras 2, 3 y 4). Se realizó una mediastinoscopia como procedimiento diagnóstico. La histología mostró necrosis caseosa, BAAR positivo con mas 50 bacilos por campo compatible con tuberculosis (TBC) ganglionar. La adenitis tuberculosa mediastinal en adultos es rara y es incierto si corresponde a Tuberculosis (TBC) primaria o extraprimaria. La TBC es la quinta causa en frecuencia (6%) de adenopatías mediastínicas muy por detrás de los linfomas (26%), sarcoidosis (20%) neoplasias no linfomatosas (16%) e histoplasmosis (7%), aunque seguramente estas frecuencias varían según el contexto epidemiológico. La hipodensidad de las adenopatías ha sido descrita en la TBC y corresponde a necrosis caseosa, pero hasta en 85% de los pacientes no se advierte sino después de la administración de contraste. Cuando las adenopatías son de más de 2 (dos) cm la hipodensidad central es muy frecuente (más del 80% de los casos). Los pacientes con baja atenuación central y anillo periférico que realza con el contraste muestran en la evolución respuesta más rápida y completa al tratamiento antituberculoso (disminución a los 3 meses y sin ganglios residuales al año), a diferencia de los que presentan ganglios sólidos o calcificados. Las adenopatías de baja densidad son más frecuentes en pacientes VIH seropositivos, (84% de los pacientes con TBC) por lo que son evidencia suficiente para iniciar tratamiento empírico. La presencia de áreas de baja atenuación es útil para el diagnóstico de tuberculosis. En los linfomas es poco habitual, pero puede presentarse en el Hodgkin secundariamente a necrosis. Usualmente las adenopatías del Hodgkin son prevasculares mientras que en la TBC suelen ser pretraqueales. En la sarcoidosis no ha sido descrito este patrón y en las metástasis no linfomatosas hay solo unos pocos casos descriptos. Sin embargo, en pacientes HIV negativos, en presencia de múltiples localizaciones ganglionares y sin otros elementos diagnósticos se requiere confirmación histológica. Nuestra paciente completó seis meses de tratamiento antituberculoso mostrando en la TAC de control post-tratamiento completa resolución de las adenopatías (figuras 5 y 6).

INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA Y VOMITOS INCOERCIBLES A PROPOSITO DE UN CASO

PO 094

Dres. Ciallella L., Maskin B., Rios F., Sagardia J., Villarejo F., Apezteguía C.

Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Nacional Profesor Dr. A. Posadas. Haedo. Pcia. Buenos Aires.

Se presenta paciente de 21 años, sexo femenino; con antecedentes de dolor abdominal recurrente y plenitud postprandial de 9 años de evolución con episodio aislado de hemoptisis. Consulta por vómitos alimentarios sin mejoría al tratamiento sintomático, a las horas progresa a vómitos incoercibles y disnea. Como datos relevantes al examen físico: hipoventilación en hemitórax izquierdo y timpanismo a la percusión. Rx de tórax imagen hidroaérea y desplazamiento del mediastino hacia la derecha. Se lleva a quirófano con la sospecha de hidroneumotórax, donde se coloca tubo de avenamiento pleural, sin evidencia de dicha patología. Por disnea progresiva e insuficiencia respiratoria aguda, se realiza intubación orotraqueal y se conecta a ARM. En la radioscopia con trago de Bario: imagen compatible con hernia diafragmática, visualizándose cámara gástrica en hemitórax izquierdo. Se procede a la toracostomía posterolateral izquierda: hernia diafragmática de Bochdalek con contenido gástrico y colónico, se liberan adherencias pleurales, se reduce el contenido con cierre de la brecha diafragmática. Se constata compromiso vascular del fundus gástrico con recuperación parcial al reducir el mismo a la cavidad abdominal. Se coloca tubo de avenamiento pleural. En el postoperatorio inmediato evoluciona con requerimientos de inotrópicos, ARM, y parálisis del hemidiafragma izquierdo, permaneciendo por el lapso de un mes internada en unidad de terapia intensiva por distress respiratorio e intercurencias infecciosas. **Comentario:** La hernia de Bochdalek es un defecto congénito de la porción posterolateral del diafragma. Es más común en niños de primera edad, aproximadamente en 1 de cada 2500 neonatos, siendo muy infrecuente en adultos. Tanto en niños como en adultos es más frecuente del lado izquierdo del diafragma (90%). El tratamiento es quirúrgico.

BACTERIOLOGIA DE LAS SECRECIONES BRONQUIALES EN PACIENTES CON FIBROSIS QUISTICA

PO 095

Bustamante A, Posadas Valay R, Cavaría Martínez U, Canale Zambrano JC, Ortiz López R, Garza González E, Mercado Longoria R.

Centro de Prevención de Enf. Pulmonares Crónicas, Biología Molecular, Centro regional para el control de Enf. Infecciosas. Facultad de Medicina y Hospital Universitario, UANL. Monterrey, Nuevo León, México.

La infección pulmonar es una de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad en el paciente con Fibrosis quística (FQ). La colonización del tracto respiratorio varía en cada centro debido al uso de antimicrobianos, ambiente hospitalario y a características propias de los pacientes. Históricamente previo a la organización de nuestra clínica de Fibrosis quística, se produjo un incremento de la mortalidad en la población de pacientes de la Asociación regional de Fibrosis quística. Esto llevó a dicha asociación a firmar un convenio de atención con CEPREP del Hospital Universitario en Mayo 2001. **Objetivo:** Determinar la bacteriología del grupo de pacientes FQ. **Material y Método:** Se estudiaron 95 muestras de pacientes FQ atendidos en el CEPREP. Las muestras se procesaron en el Centro Regional para el Control de Enf. Infecciosas. Se cultivaron las secreciones respiratorias de todos los pacientes al ingresar a la clínica, desde Junio 2001 a Mayo 2002 por procedimientos estándares y los microorganismos de importancia médica se identificaron con el sistema API 20 NE. De junio 2002 a julio 2003 además se adicionó el Medio BCSA selectivo para B. cepacia. Se implementó una técnica de PCR para la identificación de este organismo. Se definió multi-resistencia cuando la Pseudomona es resistente a todos los agentes de por lo menos dos de las siguientes clases de Antibióticos 1) betalactámicos Incluyendo Aztreonam e Imipenem 2) Amino glucósidos y/o quinolonas. **Resultados:** Se aisló P. aeruginosa en 57 muestras (60%) Sten. Maltophilia 1 (1%) P. Fluorescens 8 muestras (8.4%) B. cepacia 13 muestras (8 pacientes) 13. 6 % B. pseudomallei dos muestras de dos pacientes (2.1 %) Staph. Aureus metilic. sensible 4 muestras (4.4 %) MetiR. 1 (1.1 %) K. pneumoniae dos muestras (2.1 %) H. Influenzae betalactamasa negativo 1 (1%) y Cromobacterium violaceum 1 muestra (1%). En cinco casos se obtuvo flora habitual 5.2 %. Los aislamientos de B Cepacia fueron en el año 2001, no se detectaron nuevos ptes. durante el 2002-03. De los 8 ptes. 5 fueron confirmados por técnica molecular, dos ptes. fallcieron antes de la implementación de dicha técnica, un pte. no ha regresado a controles de seguimiento. P. Aeruginosa 7 cepas fueron clasificadas como multi-R (12.3 %) pertenecientes a 5 ptes. En el 2003 la multiR ha disminuido a 3.4%. Se evidenciaron otros gérmenes multiR como P. fluorescens en 4/8 cepas. Se implementaron políticas de segregación entre los pacientes portadores de B cepacia. **Conclusiones:** 1) Es posible que el incremento en la mortalidad en el grupo de FQ previo a su ingreso a la clínica de FQ del HU haya sido debido al brote de B cepacia 2) Se detectó una multi-resistencia en 12.3 % de nuestras cepas de P aeruginosa, habiendo disminuido en el primer semestre del 2003 a 3.4 %. 12.3 % de nuestras cepas de pseudomona aeruginosa son multiresistentes, aunque ha disminuido en el primer semestre del 2003 a 3.4 %.

FIBROSIS QUISTICA - NUESTRA EXPERIENCIA

PO 096

Bustamante A., Posadas Valay R., Chavarria Martínez U, Lic Torres Rodríguez J., Ortiz López R, Mercado Longoria R

CEPREP - Biología Molecular. Servicio de Neumología. Facultad de Medicina. Hospital Universitario - UANL. Monterrey, Nuevo León, México

Esta demostrado que el diagnóstico precoz, el seguimiento longitudinal y el tratamiento adecuado disminuyen la mortalidad y mejoran la calidad de vida de los pacientes afectados por fibrosis quística. En el Centro de Prevención de Enfermedades Pulmonares Crónicas CEPREP funciona desde junio del año 2001 nuestra clínica de Fibrosis Quística, desde esa fecha hasta la actualidad se han captado 46 ptes. El objetivo de esta presentación es comunicar los resultados de su evaluación. Del total de pacientes captados 20 (43%) son mujeres y 26 (57 %) varones. La edad media al diagnóstico fue de 2.6 años. La edad actual promedio es de 8.4 años (4 meses a 29 años). Nuevos diagnósticos desde Junio 2001: siete ptes. con edad promedio al diagnóstico de tres meses. Tienen efectuado el estudio de genética molecular el 100 % de los pacientes habiéndose detectado: Homocigota para el Delta F 508: 18 niños (39 %) Heterocigota Delta F 508: 21 ptes. (45.7 %) otras mutaciones 4 (8.7 %) no identificados 3 (6.5 %). Tienen insuficiencia pancreática 40 ptes. (86.9%). En cuanto el estado nutricional de los ptes. en la 1ª evaluación efectuada a los pacientes se detectaron 34 pacientes (73.9 %) con peso inferior al percentil 5; posterior a intervención nutricional 26 pacientes 56.5 % presentan peso inferior a P5. En cuanto a la talla 16 pacientes están por debajo del percentil 5 (34.7 %) Función pulmonar: 22 pacientes (54%) fueron capaces de realizar estos estudios, encontrando un FEV1 > o igual a 90 % 3 (12 %) FEV1 entre 70-89 % leve en 4 niños 16 %, FEV1 40-69 % moderado 7 pacientes 28 % y FEV1 < a 40 % 11 pacientes (44%) Score de Brasfield: promedio 19.6 puntos (rango 12 -25) Score de Shwachman 56.6 (30 a 75) Bacteriología: Pacientes no colonizados 4 (8.6%), con P. Aeruginosa 30 pacientes (65.2%) B cepacia 8 pacientes (17.4 %) Staph. Aureus 5 (10.8 %) uno de ellos oxacilina resistente. Estos datos corresponden a los primeros cultivos efectuados al ingresar a nuestra clínica. No se detectaron posterior al ingreso nuevos pacientes con B cepacia ya que se implementaron políticas de segregación de los pacientes. Complicaciones: Enf. hepática 8 niños (17.4 %) Diabetes 1 (2.1 %) Polipos nasales 2 niños (4.3 %) Cor. pulmonar (5 pacientes 10.8 %). Se indicó oxigenoterapia a seis pacientes (13 %) y participaron de nuestro programa de rehabilitación 10 pacientes (21.7%) Fallecieron 5 pacientes Uno de ellos por probable síndrome cepacia, otro por Síndrome de anemia-edema hipo-proteinemia y tres por cor-pulmonar. **Conclusión:** 1) La FQ es una patología presente en nuestra población. 2) Se ha logrado reducir la edad al diagnóstico de 2.6 años en promedio a tres meses. 3) Es posible mejorar la calidad de vida de estos pacientes mediante intervenciones en el ámbito nutricional, microbiológico y respiratorio. 5) La evaluación respiratoria objetiva tiende a realizarse tardíamente.

UTILIZACION DE BIPAP EN PACIENTES PEDIATRICOS CON INSUFICIENCIA RESPIRATORIA AGUDA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS
PO 097

Dra Pérez, S.; Badalotti, M.; Castro, L.; Genaro, M.; Gili, MJ.; Pasquali, M.; Poeta, L.; Viada, M; Seiff, MC

Unidad de Cuidados Intermedios - Hospital de Niños de la Santísima Trinidad, Córdoba.

La ventilación no invasiva (VNI) a través de BIPAP (2 niveles de presión positiva en la vía aérea) como medida de apoyo a la ventilación alveolar, sin invadir la vía aérea, ha sido ampliamente utilizado en pacientes crónicos, principalmente adultos y en reagudizaciones de insuficiencia respiratoria crónica (IRC). Son escasos los ensayos realizados en pacientes con insuficiencia respiratoria aguda (IRA). **Objetivos:** 1- Demostrar la utilidad del Bipap como asistencia respiratoria en pacientes con IRA que ingresan a la Unidad de Cuidados Intermedios (UCI). 2- Evaluar las complicaciones. 3- Costo-beneficio. **Material y método:** Estudio prospectivo, longitudinal, no randomizado de pacientes que ingresaron a UCI del Hospital de Niños de la Santísima Trinidad de Córdoba desde el 01/08/00 al 31/01/03 con IRA. **Criterio de inclusión:** 1) Ausencia de patología respiratoria previa. 2) $pO_2 < 60\text{mmHg}$ con $FiO_2 > 0.5$ y $pCO_2 > 50\text{mmHg}$. 3) trabajo respiratorio aumentado, apnea. **Criterio de exclusión:** Inestabilidad hemodinámica, rechazo a la máscara. **Resultados:** recibieron VNI por IRA 37 pacientes (1 paciente se escluyó por falta de tolerancia a la máscara). Edad promedio: 33.2 meses, rango 1-192 m (modo:1) La causa más frecuente de IRA fue infección respiratoria viral 19/37pac(51%). Ingresaron a Bipap por: aumento del trabajo respiratorio 16 pac, apnea 4 pac, hipercapnia 5 pac, hipoxemia 7 y 5 hipoxemia/hipercapnia) 10/12 pac. con hipoxemia 10 normalizaron los gases a las 2 hs ($p < 0.000022$), 70% de los pacientes con hipercapnia normalizaron la pCO_2 a las 2 hs, 2 mejoraron y un paciente empeoró. El tiempo promedio de ventilación no invasiva 61.4 hs (rango 5-240 hs) La evolución fue buena en 29 pac (78.37%), 8 pacientes ingresaron a ARM, 4 fallecieron. No hubo complicaciones severas. **Conclusiones:** El método demostró ser útil, sin complicaciones que obligaran a su suspensión y disminuyó 94 días de UTI y \$ 34.844,865.

ENFERMEDAD RENAL EN FIBROSIS QUISTICA
PO 098

Bustamante A, Posadas Valía R, Hinojosa Lezama J M, Sánchez Cortes G, Duran Rodríguez A, Chavarria Martínez U,
Mercado Longoria R- CEPREP - Servicio de Neumología y Servicio de Pediatría - Hospital Universitario UANL. Monterrey, Nuevo León, México

El riñón no presenta usualmente lesiones específicas en Fibrosis quística aunque en los últimos años se ha reportado compromiso renal particularmente secundario a Amiloidosis, Glomerulonefritis por inmuno-complejos y nefropatía por Ig A. Reportamos un lactante de un año y cuatro meses de edad con diagnóstico de Fibrosis quística desde los 3 meses, genética G542X/G542X, que consulta por edema de zonas declive y en tejidos laxos de tres semanas de evolución registrando un incremento de peso de 1 Kg en 15 días. Al ingreso Peso 10.5 kg se constata edema en miembros inferiores, edema peri orbitario y en zonas laxas, cianosis distal con saturación de Hb por oximetría de pulso 83 %. Dificultad respiratoria moderada, con estertores roncantes difusos bilaterales. ACV: ruidos normofonéticos no soplos. Rx de Tórax: Cardiomegalia -Infiltrado intersticial difuso bilateral. Laboratorio: Al ingreso Hb 17gr/l Hto 53 % Glucemia 80 mg % urea 25 mg % creatinina 70 mg % colesterol 159 mg % Proteínas totales: 4.5 gr/l albúmina: 1.7 gr/l Examen general de orina Densidad 1011 ph 6 prot 1.5 gr/dl - Hb +++ eritrocitos 10 /c leucocitos 0/c. Sodio 134 meq/l Potasio 4.2 meq/l Proteinuria de 24 hs 900 Mg ECG y Ecocardiograma: Hipertensión pulmonar. Insuficiencia tricuspídea severa - Presión pulmonar calculada en VD 75 mm de Hg. No defecto cardiaco asociado. Ecografía abdominal: Hígado y vía biliar normal Ambos riñones conservan forma y ubicación normal pero con aumento de la ecogenicidad resto sin particularidades. Se efectuó tratamiento con infusiones de albúmina, furosemida, aldactone, captopril, oxígeno y prednisona con mejoría clínica y se da alta En controles posteriores persisten en orina vestigios de albúmina y Hb +++ Eritrocitos 45/c por lo que se practica biopsia renal que es informada al M O: como glomerulopatía de cambios mínimos confirmando al ME por fusión de los procesos podócitos, sin depósitos de complejos inmunes en membrana Basal así como transformación vellosa del epitelio Se continuó tratamiento con prednisona y resto de la medicación mencionada con resolución de las alteraciones de laboratorio sin proteinuria ni hematuria a los dos meses de iniciado el tratamiento. Actualmente sin recaída, continúa el tratamiento habitual de su Fibrosis quística, aunque persiste hipoxemia requiriendo oxígeno suplementario. **Conclusiones:** 1) El paciente FQ puede presentar hipoproteinemias no nutricionales como cualquier otro paciente pediátrico. 2) El compromiso renal puede ser secundario a su proceso infeccioso crónico pulmonar.

LAVADO BRONCOALVEOLAR TERAPEUTICO Y LAVADO PULMONAR TOTAL EN PROTEINOSIS ALVEOLAR
PO 099

Vujacic P, Downey D, Berenguer R, Baquero S, Goffredo D, Gené R.

Div. Neumonología. Hospital de Clínicas "José de San Martín". U.B.A. Bs.As.

La *proteinosis alveolar (PA)* es una rara entidad de etiología desconocida con depósitos intraalveolares de material fosfolipídico-proteináceo. Se describen dos procedimientos terapéuticos en 3 pacientes con PA. **Caso 1 (1996-2002):** Varón de 42 años, tabaquista, mecánico, con disnea progresiva. Presentaba restricción leve, hipoxemia, y DLCO del 22%. La Rx de tórax y la TAC de alta resolución evidenciaban imágenes de lleno alveolar bilateral. Se efectuó diagnóstico de PA por fibrobroncoscopia (FBC) con biopsia transbronquial (BTB). Se realizaron 4 *procedimientos fibrobroncoscópicos* con *lavados broncoalveolares múltiples*, empleando 300 ml de solución salina isotónica por segmento pulmonar. Se totalizaron casi 8000 ml de solución instilada. Se utilizó anestesia local, oxigenoterapia nasal y neuroleptoanalgesia, sin asistencia respiratoria mecánica. La DLCO mejoró 46.8%. Vivo en 2002. **Caso 2 (1996-2001):** Mujer de 50 años, oficinista, con disnea de esfuerzo. La Rx y la TAC de tórax evidenciaban hallazgos similares, la DLCO era de 45%. La BTB y una biopsia toracoscópica fueron diagnósticas para PA. Se efectuaron tres *lavados pulmonares totales* según técnicas convencionales bajo asistencia respiratoria mecánica y ventilación unilateral en 1996, 1999 y 2001. La DLCO se incrementó un 106%. Viva en marzo de 2003. **Caso 3 (2001-2003):** Mujer de 23 años, residente en Mar del Plata. Consultó por disnea de esfuerzo y tos seca. Rx, TAC y FBC diagnóstica para PA. Volúmenes normales, DLCO del 40%. Se efectuó lavado pulmonar total en 2001 y 2003. Ambos tipos de procedimientos, 1 lavado pulmonar fibrobroncoscópico y 5 lavados pulmonares totales, fueron realizables sin complicaciones mayores y se asociaron con mejoría subjetiva y funcional. El primero de ellos se realizó sin ARM, bajo mínima sedación. Los lavados pulmonares totales se realizaron bajo anestesia general. El volumen empleado entre 8 l y 18 l dependió siempre del aclaramiento del líquido recuperado. Si bien los 3 pacientes mejoraron post procedimiento, en 2 de ellos fue necesario repetirlo en intervalos variables.

ASOCIACION DE HISTIOCITOSIS DE CELULAS DE LANGERHANS CON LINFOMA MALIGNO
PO 100

Pérez JR, Casas JP, Sánchez C, López AM.
Hospital Privado. Córdoba, Argentina.

La asociación de histiocitosis de células de Langerhans (HCL) con neoplasias malignas ha sido aisladamente reportada, aunque su frecuencia parece ser mayor que la previamente reconocida. Se la ha asociado a linfoma maligno, especialmente linfoma de Hodgkin, a leucemia y a una variedad de tumores sólidos, incluyendo carcinoma de pulmón. Esta asociación puede ocurrir simultáneamente, preceder a la neoplasia, o aparecer luego de su tratamiento. La patogénesis de la HCL es desconocida; es posible que haya una predisposición genética, y que la proliferación de las células de Langerhans represente una reacción inmune anormal relacionada al tabaquismo o a la inmunosupresión secundaria al tratamiento con quimioterapia y radioterapia. Presentamos un paciente con diagnóstico de linfoma no-Hodgkin (LNH) tratado con quimioterapia, radioterapia y trasplante autólogo de médula ósea, en el que la HCL con compromiso pulmonar aparece 6 años después. **Caso:** Varón de 53 años con diagnóstico de LNH folicular de pequeñas células, en lesión cervical expansiva intrarraquídea extradural. Fumador de 30 paquetes/año. Remisión completa con quimioterapia y radioterapia. Recaída hace 4 años con compromiso abdominal, tratamiento con trasplante de médula ósea. Nueva recaída hace 2 años con adenopatías mediastinales y abdominales tratada con anticuerpos monoclonales anti CD20. Hace 2 meses aparece tos, disnea y sudoración nocturna. TAC torácica con adenopatías mediastinales e infiltrado basal izquierdo. No hubo respuesta al tratamiento con antibióticos. Se realizó broncofibroscopia y la biopsia transbronquial mostró granuloma compatible con HCL e inmunomarcación con peroxidasa positiva (proteína S-100). Hubo excelente respuesta al tratamiento con esteroides. **Comentario:** La HCL debe ser considerada en el diagnóstico diferencial del compromiso pulmonar en pacientes con linfoma. Su aparición tardía se relacionaría a la inmunosupresión producida por el tratamiento del linfoma.

NEUMONIA POR HIPERSENSIBILIDAD**PO 101**

Lucini O, Baquero S, Goffredo D, Jolly E, Caldentey S

Paciente de 25 años de edad de sexo femenino sin antecedentes patológicos de relevancia que habita en poblado rural de la Provincia de Buenos Aires. Comienza con disnea progresiva hasta clase funcional IV y tos seca de un mes de evolución por lo que consulta. Se le realiza radiografía de tórax constatándose infiltrados pulmonares bilaterales que se interpretan como neumonía de la comunidad por lo que es internada. Se inicia tratamiento antibiótico adecuado sin mejoría clínica por lo que se realiza BAL con rescate de streptococo viridans y pseudomonas aeruginosa en recuento menor de 104 UFC. En la tomografía presenta infiltrados en vidrio esmerilado bilaterales por lo que se indican corticoides lográndose mejoría parcial y pudiéndose otorgar el alta hospitalaria. Se rescata antecedente epidemiológico de exposición a productos de desecho de cereales volatilizados por un silo que se encuentra en el centro del pueblo, planteándose el diagnóstico de neumonitis por hipersensibilidad; se propone realizar una biopsia quirúrgica de pulmón. Evoluciona con empeoramiento de los síntomas luego de la suspensión de los corticoides y con persistencia de los infiltrados tomográficos por lo que se realiza biopsia pulmonar con diagnóstico anatomopatológico de Neumonitis por Hipersensibilidad. Se indica evitar la exposición al antígeno y se inicia metilprednisona 1mg/kg/día con lo que desaparece la disnea, la tos y mejora la radiología.

**GRANULOMATOSIS DE CELULAS DE LANGERHANS
CASUÍSTICA DE LOS ÚLTIMOS 2 AÑOS DE LA DIVISIÓN
NEUMONOLOGÍA DEL HOSPITAL DE CLÍNICAS****PO 102**

JOSE DE SAN MARTIN

Gene RJ, Aruj P, Goffredo D, Castello L, Rovira F, Berenguer R.

Se recolectaron 4 casos de Granulomatosis de células de Langerhans durante un período de 2 años de atención en la División Neumonología del Hospital de Clínicas José de San Martín. 3 pacientes eran de sexo femenino y 1 de sexo masculino. Los 4 pacientes eran adultos y de ellos 1 había comenzado 2 años previos al diagnóstico de Granulomatosis de células de Langerhans pulmonar con enfermedad diseminada con compromiso óseo y ganglionar confirmado por biopsia. Otro paciente comenzó simultáneamente con compromiso respiratorio y diabetes insípida. Mientras que el resto debutó con síntomas respiratorios. El síntoma respiratorio de inicio en 3/4 pacientes fue la disnea progresiva, 1/4 debutó con neumotórax espontáneo, requiriendo posteriormente sellamiento pleural por neumotórax bilaterales a repetición. El resto de los pacientes no presentaron neumotórax durante su evolución. Dos pacientes presentaron polidipsia, confirmando el diagnóstico de diabetes insípida en una y de potomanía en otra.

**INFRECUENTE PRESENTACION DE BOOP
(BRONQUILITIS OBLITERANTE - NEUMONIA
ORGANIZATIVA)****PO 103**

Daniel Mattar*, Beatriz Pelicce, Laura Ruiz, Teresa Agüero

Presentamos una paciente de 53 años, sexo femenino que en enero de este año se le diagnostica carcinoma lobulillar invasivo de mama derecha el cual fue resecado, no teniendo compromiso ganglionar, luego fue irradiado y tratado desde entonces con tamoxifeno. Presenta en la última etapa de la radioterapia síndrome febril con tos seca-serosa, que recibió varios tratamientos antibióticos sin respuesta a los mismos. Concorre a la consulta con un síndrome febril prolongado de un mes. La radiología muestra infiltrado intersticial heterogéneo bilateral, bibasal, predominio periférico. TAC Tórax: con múltiples nódulos de bordes difusos en ambos capos, algunos de ellos subpleurales y algunos tractos de fibrosis bilateral. Se obtienen cultivos de esputo negativos para BAAR y otros gérmenes. Fibrobroncoscopia, negativa para distintos tipos de gérmenes, la citología del BAL y cepillado muestra neutofilia, compatible con posible infección aguda. PAAF: hallazgos citológicos inespecíficos. FAN, AntiDNA y F. Reumatoideo negativo. Se decide Toracoscopia con biopsia, que muestra Bronquiolitis Obliterante. Neumonía Organizativa. Con respuesta inmediata y contundente a los corticosteroides. Es muy poco frecuente la existencia de esta patología relacionada con la radioterapia, se presenta este caso para que sea sospechado en todo paciente cuando aparezca este tipo de cuadro luego de radioterapia el tórax.

**LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS PULMONAR EN MUJER
POSTMENOPAUSICA****PO 104**

Dr. de la Vega, CM

Servicio de Neumonología. Clínica 25 de Mayo. Mar del Plata.

La Linfangioleiomiomatosis Pulmonar (LP) es una enfermedad infrecuente de causa desconocida en la cual hay proliferación de células musculares inmaduras y el desarrollo de lesiones pulmonares quísticas de paredes finas. Otra característica de la enfermedad es su desarrollo exclusivo en el sexo femenino y casi exclusivamente en edad reproductiva, hecho que sugiere una base hormonal de la patología. Los pocos casos reportados en mujeres postmenopausicas en su mayoría han estado asociados a terapias de reemplazo estrogénico. Presentamos a una paciente de 74 años de edad, madre de un hijo, menopausica a los 44 años, con antecedente de disnea progresiva de 30 años de evolución hasta hacerse de reposo en la actualidad. Examen físico sin datos positivos. Sin historia de tabaquismo, uso de anticonceptivos orales o terapias de reemplazo hormonal. Sin antecedentes de neumotorax, derrame pleural o hemoptisis. Espirometría: VEF1/CVF: 59; VEF1: 0.82; CVF: 1.37. Gases en sangre: PaO2: 55mmHg Paco 2:38. Test de marcha de los 6 minutos (O2 a 2l/min): 210m. Detención por disnea. Dosaje de alfa1 antitripsina normal. TAC de tórax con presencia de quistes bilaterales difusos de pared delgada que fueron interpretados como diagnósticos de la enfermedad. El severo compromiso funcional contraindicó la realización de métodos diagnósticos invasivos. Se inició tratamiento con esteroides orales y oxigenoterapia domiciliaria y posteriormente con progestágenos orales sin cambios significativos en los síntomas y en las pruebas funcionales a 2 años de seguimiento. Nuestra paciente integra un subgrupo raro dentro de una patología infrecuente. Presenta características clínicas similares a la LP en la mujer joven y un curso evolutivo más lento. El rol del tratamiento hormonal en éste grupo de pacientes no está aún bien determinado.

NEUMONIA INTERSTICIAL LINFOIDEA **PO 105**

Billone R.; Borrajo C.; Callegari S.; Poleri C.
Htal. Ntra. Sra. De Luján, Luján, Pcia. de Buenos Aires
Htal. María Ferrer, Capital Federal

La Neumonía Intersticial Linfóidea (NIL) es un desorden cuya incidencia y prevalencia son desconocidas y su pronóstico incierto. Recientes revisiones atribuyen la enfermedad a una proliferación no controlada del Sistema BALT (bronchus-associated lymphoid tissue) como respuesta inespecífica a una serie de antígenos inhalados y circulantes entre los cuales se encuentran virus como el HIV. Un 40% de los casos se asocia con enfermedades autoinmunes siendo la más frecuente el Síndrome de Sjogren y gran número de casos permanecen como idiopáticos. Clínicamente se presenta con disnea progresiva y tos haciéndola indistinguible de otra neumonía intersticial. La edad de comienzo es alrededor de la quinta década de la vida y parece haber preponderancia del sexo femenino. La Rx de Tx no es específica y se presenta con opacidades reticulares o reticulonodulares bilaterales con predominio de zonas basales que en la TACAR se observan periféricas, con imagen en vidrio esmerilado y tendencia a la formación de quistes (82%). El paciente que presentamos es un varón de 34 años, no fumador, que comienza en Mayo de 2001 con astenia, pérdida de peso, fiebre y tos. La RX de Tx mostró infiltrados bilaterales confluentes de tipo acinar con predominio en bases. Presentaba PaO2 de 45 mmHg, respirando aire. Se realizó biopsia a cielo abierto que determinó cambios compatibles con Neumonía en Organización. Se interpretó como BOOP y se comenzó tratamiento con 40 Mg de meprednisona. Continuó en dosis decrecientes y con buena evolución clínica y radiológica hasta Abril de 2002 en que permanece con 8 mg./día. En el mes de Mayo comienza con empeoramiento del estado general y aumento de los infiltrados que responde a un aumento de la dosis de corticoides que solo comienza a disminuir en el mes de Septiembre. En Enero de 2003 presenta nueva recaída y se realiza broncoscopia con biopsia donde se observan cambios compatibles con Neumonía Intersticial Linfóidea. Desde entonces nuevamente con altas dosis de esteroides que se mantuvieron por tiempo más prolongado con buena evolución. Existen referencias sobre que hasta el 50% de los pacientes con LIP mueren en los primeros cinco años del diagnóstico siendo la causa más frecuente las complicaciones de la supresión inmune por esteroides. Cerca de un 5% tiene posibilidades de adquirir Linfomas posteriormente a una LIP.

MORTALIDAD DE LA ENFERMEDAD INTERSTICIAL AVANZADA (EIA) EN ASISTENCIA RESPIRATORIA MECÁNICA (ARM) **PO 106**

M Zorrilla, R Ahumada, M Mazzei, A Bertolotti, J Ossés, J Cáneva, R Favalaro
Sección Neumología y División Trasplante Intratorácico. Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. Fundación Favalaro. Buenos Aires. Argentina

Introducción: La Fibrosis pulmonar se caracteriza por mostrar una función pulmonar restrictiva, resultante de una reducción de la complacencia pulmonar secundaria a fibrosis difusa. Es conocido que los pacientes que ingresan a asistencia respiratoria mecánica (ARM), presentan un weaning dificultoso asociado a una alta mortalidad. **Objetivo:** Evaluar el pronóstico de la EIA sometida a ARM. **Materiales y Métodos:** entre febrero y julio 2003 se evaluaron cuatro pacientes con diagnóstico de EIA, calificados para trasplante pulmonar ingresados a ARM por insuficiencia respiratoria. En 3 pacientes el diagnóstico fue de fibrosis pulmonar idiopática (FPI) y en 1 de fibrosis pulmonar asociada a artritis reumatoidea (AR). El motivo del ingreso a ARM fue la progresión de la enfermedad en 3 de ellos mientras que en el 4° se debió a neumonía por Nocardia y Klebsiella. Se analizaron tiempo de diagnóstico, motivo de ARM, parámetros funcionales, gasométricos, duración de la ARM y pronóstico. **Resultado:**

Paciente	Sexo	Edad	Diag.	Causa de ARM	Ph P	CO2	Mm deHg	PO2 deHg	Mm deHg	Dias	FVC	FEV1	TLC	DLCO
1G.F	Masc.	60	FPI2001	Prog. Enf.	7.32	95	54	21	31%	30%	42%	ND		
2P.R	Masc.	66	FPI2002	Prog. Enf.	7.26	60	106	14	37%	44%	63%	46%		
3R.H	Masc.	67	FPI2.000	Neum. Kleb/ Noc.	7.45	34	69	27	36%	37%	41%	25%		
4M.C	Masc.	54	FPAR2002	Prog. Enf.	7.11	105	99	5	49%	75%	ND	46%		

Conclusión: En la pequeña muestra analizada, el pronóstico de la ARM en EIA es ominoso, por mostrar mortalidad del 100%.

SINDROME ANTISINTETASA Y ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL **PO 107**

Castello, LA; Legarreta, CG; Lescano, MS; Prigioni, AL; Rodriguez, DA; Taboada, FH

El síndrome antisintetasa es un trastorno incluido hasta ahora dentro de las miopatías inflamatorias idiopáticas, se caracteriza por presentar anticuerpos antisintetasa (ACAS) que son anticuerpos tipo IgG. El estudio de estos ACAS se ha relacionado a las enfermedades del colágeno, como en la dermatopolimiositis. El interés de este síndrome es su asociación con una enfermedad pulmonar intersticial difusa con mejor pronóstico que la fibrosis pulmonar idiopática. Paciente de sexo femenino de 62 años con diagnóstico de polimiositis desde diciembre de 2002 en tratamiento con deltisona y metotrexate que se intermite por diarrea, fiebre y disnea progresiva de dos meses de evolución. En laboratorio presenta: Hto 33%, G. Bcos 7800 mm3, Pla. 101.000 mm3, VSG 70 mm/h, EAB (0.50) 7.46/30.6/63.3/21.4/-/194.5%, ASTO positivo, anticuerpo anti -JO positivo y en radiografía de tórax se observan infiltrados intersticiales bilaterales. Se realiza funcional respiratorio con evidencia de restricción moderada (CVF: 1.42 (49%), VEF1: 1.30 (61%), Índice: 92) y DLCO: 5.7 (27%). En tomografía de tórax se observan infiltrados de tipo vidrio esmerilado a predominio de ambos lóbulos inferiores, de distribución subpleural y central, con engrosamiento de septos intra e interlobulillares y engrosamiento peribronquial. Se realiza biopsia a cielo abierto y dada la mala evolución se inicia tratamiento con pulsos de metilprednisona con mejoría del cuadro. Informe de anatomía patológica que evidencia en parénquima pulmonar neumonía de tipo usual con áreas de daño alveolar difuso.

HISTIOCITOSIS DE CELULAS DE LANGERHANS **PO 108**

Rey D, Ambrosino N, Pino A, Díaz S, Ricardi D, De Salvo MC

División Neumotisiología. Hospital Tornú Buenos Aires. La Histiocitosis de células de Langerhans, abarca un grupo de enfermedades (Leterer-Siwe, Hand-Shüller-Christian y granuloma eosinófilo) que tienen en común la proliferación de histiocitos anormales y que afectan a diferentes órganos. La afección aislada del pulmón se produce en el 60 % de los casos y se denomina Histiocitosis X Pulmonar Primaria. LM. 18 años. Varón H.C:290968. Consulta por tos seca de un año de evolución, hemoptisis leve, disnea CF I-II, máculas dérmicas hiperpigmentadas en tórax y abdomen. Tabaquismo 20 cigarrillos / día. Etílista ocasional. Riesgo para HIV. Ap. Respiratorio: Hipoventilación generalizada en ambas playas pulmonares a predominio de las bases. Rx de Tórax(RxTx): Signos de hiperinsuflación pulmonar y patrón intersticial generalizado en ambos campos pulmonares de tipo millar. TAC de Tórax: Intersticiopatía interlobulillar bilateral con pequeñas bullas, sin signos de consolidación aparentes, vestigios tímicos en el mediastino. Laboratorio: GR 5.090.000, HB 14.9, Hto. 44, glu. 92, ur.23, creat: 0,29 Pl. 254.000. HIV:(-).PPD(-). BAAR en esputos y Hemo-cultivos (-Espirometría. CVF.5.08-5.46 (101-108%) FEV1.4.12-4.39 (93-99%), FEF 25/75:3.76-4.24 (74-84%). Test de marcha: Desaturación y aumento de la frecuencia cardiaca, DLCO: 80%. FBC: Árbol bronquial sin alteraciones. BAL y BTB no significativas. Biopsia de pulmón: Por toracotomía mínima a cielo abierto: Aislados acúmulos de linfocitos, plasmocitos, eosinófilos e infrecuentes células de Langerhans. Otras zonas centrolobulillares con fibrosis y escaso infiltrado inflamatorios. Aunque no patognomónicas, pueden corresponder a Histiocitosis X. La clínica y la radiología, sumado a los resultados de la BTB, orientaban a la patología intersticial proliferativa. Si se tiene en cuenta que los pacientes tabaquistas jóvenes, con síntomas como: tos improductiva, disnea, hemoptisis, RxTx con patrón reticulonodular ó nodular, y TAC de tórax que muestra patología intersticial, espacios quísticos aéreos, y además es multiorgánica, (hueso, hígado, piel,etc.), la sospecha es alta. En la presente observación, el diagnóstico final debió hacerse por biopsia de pulmón a cielo abierto, ya que el BAL y la BTB no fueron significativos. Cuando se asocian lesiones cutáneas, el pronóstico es menos favorable que en la presentación pulmonar pura.

SINDROME DE LOBULO MEDIO POR TERATOMA ENDOLUMINAL**PO 109****Abdala J, Barimbom E, Guevara J, Motta R, Berti B, Monge C.**

Carrera de Neumología. Facultad de Ciencias Médicas. UNC. Hospital Central de Mendoza.

Objetivo: Comunicar el hallazgo de patología endobronquial inusual. **Método:** Historia clínica, rx de torax, TAC, BFC, Cirugía y Patología. Paciente de 67 años, hijo de padres consanguíneos con hemóptisis de un año de evolución. Nofumador. Siete meses antes, internado por neumonía adquirida de la comunidad (NAC). Internación actual (2003), por NAC de lóbulo medio, asociada a hemóptisis. 3 años atrás opacidad basal derecha. Rx actual opacidad de lóbulo medio. Espudo Streptococo viridans. Ecografía abdominal 2 lesiones hepáticas compatibles con hemangioma. Broncofibroscopia (BFC) lesión pediculada revestida por mucosa de aspecto normal que ocluye el 90% de la luz del segmento medial del lóbulo medio. Citología neoplásica: negativa. Espirometría: restricción moderada. TAC: colapso parcial del lóbulo medio, tractos fibrosos en lóbulo inferior izquierdo con mínimo engrosamiento pleuro basal. **Resultado:** ante la persistencia de hemóptisis se realiza toracotomía posterolateral derecha con lobectomía media. El estudio anatomopatológico informa: Teratoma endobronquial con histología de médula ósea, tejido hematopoyético, islotes de tejido adiposo, cartilaginosa y focos de calcificación. Evolución favorable. **Conclusiones:** Se reporta una patología muy poco frecuente. Tampoco encontramos casos de síndrome de lóbulo medio reportados por este hallazgo.

OSTEOCONDROMATOSIS MULTIPLE PULMONAR**PO 110****Ryan G., Gagliardi S., De Rosas J. M.**
Hospital Español. Mendoza.

Objetivos: Presentar un caso anatómico-clínico de rara presentación. **Método:** Se trata de una mujer de 65 años de edad que ingresó al hospital el 6-8-01 y nuevamente el 23-11-01 por neumonía aguda con infiltrados radiológicos en campo medio e inferior derechos que luego del tratamiento antibiótico persiste una doble imagen nodular en lóbulo inferior derecho, confirmada por TAC. La broncofibroscopia mostró un árbol bronquial izquierdo normal y el árbol bronquial derecho en bronquio intermedio presentaba engrosamiento y congestión del mismo con sangramiento fácil donde se tomaron biopsias, también se realizaron biopsias transbronquiales y BAL en segmento apical de lóbulo inferior derecho. La anatomía patológica fue sospechosa para células neoplásicas en BAL por lo que se decidió hacer una toracotomía exploradora pero previamente a la misma se realizaron TAC de cerebro, Centellograma óseo total y Ecografía abdominal (todos normales). Intraoperatoriamente se encontraron 2 nódulos separados por escasos milímetros y la biopsia por congelación fue muy sospechosa de neoplasia por lo que se procedió a la lobectomía inferior derecha. **Resultados:** Buena evolución clínico radiológica hasta la fecha. Diagnóstico histológico: Osteocondromatosis múltiple pulmonar. **Conclusiones:** La entidad es una variedad muy poco frecuente de los hamartomas pulmonares, 17 casos publicados s/ Medline (1 bilateral), de comportamiento benigno pero que puede presentarse como tumor pseudomaligno. Creemos correctas las intervenciones efectuadas por la multiplicidad de los nódulos y la forma de presentación clínica.

TORACOCAVERNOSTOMIA COMO TACTICA DE EXCEPCION PARA EL TRATAMIENTO DE LA ASPERGILOSIS PULMONAR INTRACAVITARIA**PO 111****Dres. Pibida J.C., Moraña E.J., Arévalo J., Aizenscher D.G.**
Servicio de Cirugía Torácica del Instituto de Tisiología
Prof. Dr. R. Vaccarezza U.B.A. (Htal. Muñiz)

La aspergilosis pulmonar intracavitaria es una entidad no poco frecuente en pacientes portadores de secuelas tuberculosas o de otro tipo de cavidades (quistes congénitos, bullas, etc.). Tiene como característica clínica frecuente la presencia de hemoptisis, provocada muchas veces por el mismo aspergilo y otras por las lesiones que circundan a la cavidad infectada. Razón por la cual creemos que la lobectomía es la táctica quirúrgica de elección. Pero lamentablemente, muchas veces ya sea por el mal estado general del paciente, o porque posee un funcional respiratorio que contraindica la lobectomía, o por condiciones locales muy desfavorables, no puede realizarse la táctica quirúrgica electiva por lo que debemos recurrir a operaciones que llamamos de necesidad. El caso que presentamos se encuentra en este grupo de pacientes; se trata de un masculino de 63 años, portador de una aspergilosis pulmonar intracavitaria de lóbulo superior izquierdo, con antecedentes de una decorticación realizada hace 20 años. Dado que presentaba una C.V. de 3150ml. Y un V.E.F. de 2100ml, intervenimos al paciente con la indicación quirúrgica de lobectomía superior izquierda. Al intentar penetrar en cavidad pleural encontramos una adherencia parieto-parenquimatosa total, que conformaba una sinfisis completa e impedía cualquier intento de neumonolisis, por lo que se procedió a realizar una neumonotomía sobre la cavidad, extracción de la bola fúngica y aerostasia con puntos en "x" de ácido poliglicólico 2-0; luego de lo cual se procedió a rellenar la cavidad con colgajos pediculados de intercostales y de músculo romboides. El cierre de la pared se realizó en un plano y sin drenaje torácico. La evolución postoperatoria del paciente fue favorable, siendo dado de alta al 8vo. Día postoperatorio. Su evolución postoperatoria alejada fue muy buena, hallándose en la actualidad a 15 meses de la cirugía libre de síntomas y sin complicaciones. Dado el caso y los resultados obtenidos, creemos que esta técnica debe ser tenida en cuenta dentro de las posibilidades quirúrgicas para pacientes que no sean candidatos a una cirugía electiva.

OPACIDADES PULMONARES MULTIPLES EN CORIOCARCINOMA METASTASICO PRESENTACION DE UN CASO**PO 112****Gando, S¹⁻²; Luna C²; Villarejo, S¹; Maskin, B¹**¹Servicio de Terapia Intensiva del Hospital Nacional Prof. Dr. A. Posadas. Buenos Aires). ²Sección de Neumología Crítica, Servicio de Neumología, Hospital de Clínicas José de San Martín

Introducción: Neoplasia Trofoblástica Gestacional (ETG) incluye al Coriocarcinoma, forma agresiva con metástasis frecuentes. La diseminación es hematológica, comprometiendo al pulmón (85%), generalmente como metástasis múltiples (88%), con o sin infarto pulmonar. Los síntomas respiratorios son raros (disnea) producto de las metástasis, infartos y el shunt que se produce. La hemoptisis se produce por embolias tumorales y/o los infartos pulmonares. La radiografía de tórax muestra imágenes nodulares múltiples o en patrón miliar, falta de imágenes vasculares periféricas (embolia) y derrame pleural (metástasis pleurales). La TC muestra imágenes nodulares con halo difuso o patrón en vidrio esmerilado en la TC de alta resolución (hemorragia). El diagnóstico se confirma descartando embarazo, y con un aumento de la hormona gonadotropina coriónica (β-HCG) ya sea en sangre o plasma. Sin tratamiento el coriocarcinoma es un tumor fatal. Con quimioterapia, esquema EMA/CO (etoposido, metotrexate, actinomicina D, ciclofosfamida y vincristina) disminuye a 15%. Las muertes se producen por hemorragia, generalmente cerebral y por insuficiencia nodular pulmonares se debe sospechar el coriocarcinoma. **Caso clínico:** Mujer de 37 años admitida en clínica médica con 15 días de disnea, tos y hemoptisis, tratada con antibióticos, con esputo con baciloscopia (-). Antecedentes: 5 hijos e historia de hipertensión inducida por embarazo y embarazo molar hace 5 años. Examen físico: taquipnea y rales gruesos bilaterales. Laboratorio: PaO₂/FIO₂= 150 G. Blancos de 18600/mm³. Rx tórax: múltiples imágenes nodulares. Inicio antibióticos parenterales, evolucionando con mayor insuficiencia respiratoria, ingresa a UTI ese día, requiriendo ventilación mecánica. Las imágenes nodulares se confirmaron por TC de tórax. Ecografía abdominal: útero heterogéneo aumentado de tamaño, ambos ovarios con imágenes quísticas. β-HCG plasmática > 200.000 UI/L (VN < 5 UI/L). A 36 horas de su ingreso inició tratamiento con esquema EMA/CO. Luego de 24 hs la paciente falleció por hemoptisis masiva, hipoxemia y shock. **Conclusiones:** una mujer en edad reproductiva con síntomas de embolia pulmonar, hipertensión pulmonar o imágenes El diagnóstico temprano con altos de β-HCG y descartando embarazo es fundamental, ya que el rápido inicio del tratamiento cambia dramáticamente el pronóstico.

**GRANULOMATOSIS LINFOMATOIDE (GL):
PRESENTACION DE CASO**
PO 113
**Videla, AJ, Perez Chada RD, Venditti J., Kusminsky G.,
Chimondeguy D, López Aráoz A., Grassi DG**
Hospital Universitario Austral, Bs. As., Argentina.

Paciente de sexo femenino de 38 años de edad que consulta por tos seca de un mes de evolución, y dolor dorsal paraespinal continuo. Antecedentes de cuadro de dorsalgia, fiebre de 39 °C sudoración nocturna y astenia tres años antes con hallazgo de BAAR en esputo, VSG de 37 mm y PPD+ (20mm) interpretado como TBC cumpliendo tratamiento con 4 drogas con buena evolución posterior. Se le efectúa radiografía de tórax donde se evidencian opacidades nodulares bilaterales de aparición reciente e imagen de aspecto secular en LSD. Se le efectúa TAC de Tórax con hallazgo de nódulos pulmonares múltiples bilaterales de vértice a base, algunos subpleurales cercanos a los 10 mm. Se realiza fibrobroncoscopia sin resultados diagnósticos. Laboratorio: Recuento glóbulos blancos: 6850/ ml (PMN 63%; linfoc 26%; mono 6%; eosin 3%); Hematocrito: 34%; ESD 41mm. Se decide realizar biopsia quirúrgica con diagnóstico de granulomatosis linfomatoide (GL) presentando celularidad predominantemente linfóide constituida por células pequeñas con núcleos hiper cromáticos, plasmocitos, histiocitos y algunos eosinófilos, con infiltración de paredes vasculares por elementos linfoides T. Presentaba escasas células B escasas y presencia de cuerpos de Masson intraluminales. Se inicia esquema quimioterápico con ciclofosfamida, vincristina y prednisona con profilaxis anti TBC con buena respuesta al tratamiento y disminución de las imágenes en TAC. La GL es una neoplasia constituida por elementos linfoides, plasmocitos, histiocitos y células grandes atípicas con localización angiocéntrica. Se han reportado 600 casos en la literatura. La presentación radiológica mas frecuente es la de opacidades nodulares bilaterales que en algunos casos desaparecen espontáneamente. Se describen tres grados: I) con proliferación linfóide T con marcadores de Virus de Epstein Barr (EBV + II). Infiltrado con células grandes irregulares de tipo B, EBV+ y células linfoides pequeñas T CD3+. III) población celular monomorfa de células grandes con EBV +, también llamado linfoma angiocéntrico. Debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de enfermedades pulmonares intersticiales siendo infrecuentes el fenotipo y la ausencia de marcadores para EBV que presenta este caso.

TUMOR FIBROSO SOLITARIO PLEURAL (TFS)
PO 114
**Rey D, Siguelboim D, Scafati M, Cristofoli R,
Ricardi D, Pino A.**

Mujer asintomática 75 años, derivada a Neumonología en 1998, por una opacidad en una radiografía de tórax (RxTx). Examen clínico: FC 76 por minuto, T.A.: 130/80 mmHg, afebril. Auscultación pulmonar: hipoventilación global. **Rx Tx:** Opacidad bien delimitada, en base del pulmón derecho. **Tomografía computada (TC) de tórax:** Formación polilobulada bien delimitada, con densidad de partes blandas y gran calcificación en su interior, en región posterolateral izquierda. Extenso contacto con pared costal. La paciente no aceptó un procedimiento diagnóstico y abandonó el seguimiento por 6 meses. Consultó varias veces en el Servicio de Urgencia por deterioro del sensorio, constatándose hipoglucemias con valores entre 20 y 30 mg/dl. **Insulinemia:** 6.8 mU/ml (v.n. 5 -30 mU/ml). **TC de abdomen:** Normal. En el 2000, la imagen tumoral en la Rx Tx había aumentado su tamaño. **Fibrobroncoscopia:** Colapso pasivo del bronquio lobular inferior izquierdo. Bacteriología y citología del lavado bronquial: (-). Continuó bajo control clínico. Persistió con hipoglucemias y se agregó disnea progresiva hasta CF III. En la Rx Tx, incremento del tumor. Se realizó una **Espirometría:** CVF 590 ml (33%) FEV1 420 ml (29%) FEV1/CVF 71%. Ante el elevado riesgo quirúrgico y con consentimiento familiar, se decidió la resección. **Toracotomía posterolateral izquierda:** Exéresis tumoral completa. En el posquirúrgico, permaneció en ARM durante 22 días. Evolución favorable. **Anatomía patológica: Macroscopía:** formación lobulada de 1800 g, superficie parcialmente despulida. Al corte, elástica y blanda, con focos amarillos. **Microscopía:** proliferación fusocelular circunscripta y encapsulada. Áreas de fascículos fibrosos densos hipocelulares. Coexisten zonas hemangiopericitomatosas muy vascularizadas. Índice mitótico muy bajo. Zonas de necrosis isquémica. Técnica de Gomori: Fibras colágenas abundantes en áreas hipocelulares y fibras reticulínicas que circunscriben las células en las zonas hemangiopericitomatosas. **Inmunomarcación: compatible con TUMOR FIBROSO SOLITARIO DE PLEURA.** Controles periódicos hasta Julio 2002. Paciente *sin episodios de hipoglucemia ni recidiva de la enfermedad.* El TFS representa menos del 5% de los tumores pleurales, con una incidencia de 2.8/100.000 en casos hospitalizados. Asintomáticos en un 54 %, se acompañan de hipoglucemia al secretar factores tipo Insulina. La resección, por lo general, no se acompaña de recidivas, siendo habitualmente curativa. El pronóstico depende de la resecabilidad, su tamaño y, en menor grado, del índice mitótico, la presencia de polimorfismo y necrosis. En la mayoría de los pacientes, la cirugía es curativa.

FIBROSARCOMA DE BRONQUIO
PO 115
**Dres. Rey D R, Pino A, Ricardi D, Cristofoli R,
Díaz Stella, De Salvo M C**

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

Los tumores mixtos malignos son poco frecuentes y su localización pulmonar, de excepción. El fibrosarcoma pulmonar primario es el segundo en frecuencia luego del leiomiomasarcoma, calculándose su incidencia en 1 / 500 carcinomas. **Caso clínico:** Mujer. 40 años. Tabaquista 15 paquetes / año. Consulta en Julio 2001, por tos hemoptoica, sensación febril y dolor en hemitórax derecho. Cumple tratamiento antibiótico sin mejoría sintomática. Expectoración material blando, amorfo y sanguinolento. Examen respiratorio: murmullo vesicular conservado con sibilancias diseminadas a predominio del hemitórax derecho. Laboratorio: Valores dentro de parámetros normales. **T.A.C. Tórax:** Lesión en hilio pulmonar derecho ovalada, hipodensa que disminuye la luz bronquial con imagen nodular y otra triangular en sector anterior de base pulmonar derecha compatible con atelectasia. No adenomegalias. E.F.R.: FVC 2.25 (77%), FEV1 1.87 (74%), FEV1/FVC 83.2, sin respuesta a BD. **F.B.C:** Masa endoluminal en bronquio intermedio; BAL: citológico (-). BAAR (-). **Biopsia:** no significativa. **Toracotomía posterolateral derecha:** Evoluciona con dificultad respiratoria progresiva durante la anestesia. Se procede a realizar **FBC intraoperatoria de urgencia:** Masa tumoral supracarinal en tráquea proveniente de bronquio intermedio. **Resección endoluminal parcial. Cirugía torácica programada a los 7 días:** Bilobectomía media e inferior derecha. **Anatomía patológica:** Fibrosarcoma de bronquio con compromiso parenquimatoso, sin afectación ganglionar ni del bronquio lobar (límite quirúrgico). Último control (07/2003): Asintomática. **T.A.C. Tórax:** Engrosamiento pleural izquierdo y líquido encapsulado en la gotera paravertebral derecha. Colapso pasivo del parénquima pulmonar adyacente. **T.A.C. abdomen y pelvis:** sin patología. La denominación de fibrosarcoma y su histogénesis, es motivo de controversia, no existiendo consenso sobre su evolución y pronóstico. Presenta crecimiento endobronquial como masa polipoidea afectando con mayor frecuencia a niños y adultos jóvenes, o intraparenquimatoso en edad media y ancianos. Se presenta el caso por la muy baja incidencia del mismo (menos de 100 casos publicados hasta 1989) y la escasa bibliografía existente en la literatura médica.

SÍNDROME DE EATON LAMBERT Y CANCER DE PULMÓN
PO 116
**Larrateguy L; Secchi J; Rossetto L; Nicolosi;
Wustten C.S; Arenillas F.**

Centro de Medicina Respiratoria de Paraná. Departamentos de Neurología, Cirugía Torácica y Medicina Respiratoria. Clínica Modelo. Paraná. E.R

Introducción: El síndrome de Eaton Lambert o síndrome miasténico facilitante, afecta a menos del 2 % de los pacientes con cáncer de pulmón, pero ha sido reportado hasta en 5% de los cánceres de pequeñas células. El 60% de todos los pacientes con este Síndrome, tienen un carcinoma de pulmón de células pequeñas. **Caso clínico:** Paciente de 60 años que consulta por debilidad muscular que se agrava por las mañanas, pero mejora en el transcurso del día, afectando grandes grupos musculares, menos los de la cara y oculares. Este cuadro fue en aumento a pesar del tratamiento con piridostigmina. Ante la sospecha de la presencia de un Síndrome de Eaton Lambert, es derivado a Neumonología para descartar neoplasia pulmonar asociada. El paciente es un gran fumador por lo que se le solicita una Rx. de tórax que muestra un nódulo pulmonar en el lóbulo superior izquierdo. Se realiza TAC y la RMN de tórax que confirman la lesión de 2.3 cm con adenomegalias mediastínicas homolaterales, no pudiendo realizarse punción aspirativa por dificultades técnicas. La BFC no mostró lesiones endobronquiales y los lavados bronquiales fueron negativos para células neoplásicas. Ante la falta de diagnóstico etiológico, se decide la toracotomía, realizándose una cirugía oncológica con resección del lóbulo y de los ganglios del mediastino luego de la biopsia por congelación positiva para células neoplásicas. La anatomía patológica definitiva fue carcinoma de pulmón de células pequeñas (oats cells) y el diagnóstico final del caso: Síndrome paraneoplásico de Eaton Lambert por carcinoma de células pequeñas. **Comentarios:** Se debe sospechar este síndrome paraneoplásico, ante un paciente con debilidad muscular, que a diferencia de la miastenia, mejora con el ejercicio y no lo hace con la administración de piridostigmina. Además puede tener fatiga, boca húmeda, disartria, disfagia, visión borrosa y mialgias. Ante un Síndrome de Eaton Lambert se debe descartar cáncer de pulmón de células pequeñas como causa más frecuente.

HEMANGIOMA ESCLEROSANTE PULMONAR

PO 117

Larrateguy L; Rossetto L; Sap J; Wustten C. S.
Centro de Medicina Respiratoria de Paraná.

Introducción: El hemangioma esclerosante, es un raro tumor pulmonar cuya histología ha sido motivo de debate durante años. La presentación clásica es como nódulo pulmonar solitario bien delimitado y homogéneo. Presentamos este caso, por su baja frecuencia, fácil confusión con cáncer de pulmón y atípica presentación con hemoptisis. **Caso clínico:** Hombre de 35 años, previamente sano, no fumador, que consulta por hemoptisis severa, de varios días de evolución. El examen físico era normal, salvo escasas sibilancias en pulmón derecho. La Rx. de tórax era normal y la TAC mostró una imagen tumoral en zona hilar posterior derecha, sin adenopatías en mediastino. Se realiza broncofibroscopia que muestra tumoración en bronquio de lóbulo inferior derecho, que se biopsia. Esta es negativa por lo que se realiza punción aspirativa de la lesión bajo TAC. Esta arroja como resultado células atípicas compatible con carcinoma. Luego de realizar las evaluaciones clínicas preoperatorias, se decide la cirugía. En el acto quirúrgico no se encuentra lesión tumoral típica, salvo una zona de mayor consistencia, con hemorragia reciente. Se extirpa esta zona y se envía a anatomía patológica. El resultado de la biopsia de la pieza quirúrgica es *hemangioma esclerosante pulmonar*. **Comentarios:** Esta rara neoplasia pulmonar, fue descrita por primera vez por Liebow y Hubbel en 1956. En un estudio retrospectivo publicado en el año 2000 se encontraron 100 casos en 35 años, lo que da una magnitud de su frecuencia. El hemangioma esclerosante es una neoplasia que parecería derivar de los neumocitos tipo II no diferenciados. Como diagnóstico diferencial están: el carcinoma primario y metastásico, carcinoma, adenoma papilar de células tipo II, adenoma alveolar, hemangioendoteloma epitelioide, histiocitosis X, meningioma y nódulos meningoteliales. La OMS lo incluye en la categoría de "misceláneas tumorales" en su Clasificación para el Estudio del Cáncer de Pulmón de 1999, y aunque se le reconoce un comportamiento benigno puede dar metástasis ganglionares o nódulos de carácter neuroendocrino (tumorlets) adyacentes a la masa dominante. El tratamiento es la extirpación quirúrgica.

LINFOMA ANGIOCENTRICO DE LINFOCITOS B

PO 118

de la Canal A, Vasallo B, Dalurzo L, García H.,
Precerutti J., Svetliza G., Dubra C., Rodríguez Jiménez J.,
Viudes J, Smith D.
Hospital Italiano de Buenos Aires.

El linfoma angiocéntrico de linfocitos B, anteriormente era denominado granuloma linfatoide. Es una entidad relativamente nueva que afecta al pulmón causando lesiones angiocéntricas y angiodestructivas con proliferación linforreticular y granulomas. Presenta tos, fiebre y disnea. En la Rx de tórax se observan infiltrados inespecíficos especialmente en lóbulos inferiores. En el 25% de los casos hay compromiso del SNC. **Presentación del Caso:** Paciente de sexo masculino de 42 años de edad. Dos meses antes de su internación comienza con síndrome febril de una semana de evolución tratado con Amoxicilina. Reaparece fiebre y astenia por lo que se lo interna para estudio. Al examen físico como datos positivos: fiebre, hepatoesplenomegalia. **Rx de tórax:** sin infiltrados pulmonares. **Análisis de rutina:** plaquetopenia, leucopenia, eritrosedimentación elevada, transaminasas elevadas, Serologías antivirales negativas. **Punción y biopsia de médula ósea:** normal. **TC de tórax y abdomen:** pequeño infiltrado pulmonar bibasal. **BAL:** negativo para bacteriología y citología en dos oportunidades. A las 72 hs de su ingreso se agrega disnea CF III-IV y una nueva Rx de tórax muestra aumento de infiltrado pulmonar en 4 cuadrantes, por lo que se decide efectuar biopsia quirúrgica. Dada la mala evolución del paciente se agrega tratamiento corticoideo, mejorando la fiebre y la disnea. **Biopsia pulmonar:** infiltrado mononuclear perivascular y de las paredes vasculares. Zonas de necrosis y estructuras pequeñas pseudogranulomatosas. Se realiza inmunomarcación con CD20 y CD3 y LMB1 siendo los linfocitos pequeños CD3 positivos, moderada cantidad de linfocitos de mayor tamaño positivos con CD 20. El LMP1 es negativo. Proliferación clonal de células linfoides B, que incluye un clon de linfocitos B principal y dos oligoclonos menores. **Diagnóstico:** Linfoma angiocéntrico de linfocitos B (Granulomatosis linfatoide). Se presenta este caso por lo poco frecuente de la patología.

MESOTELIOMA PLEURAL MALIGNO.
NUESTRA EXPERIENCIA

PO 119

Moritán E.A., Vigo S.A., Leonardi M.E.
Sala de Oncología. Hospital San Juan de Dios. La Plata.
Pcia. de Buenos Aires. Argentina

Introducción: El mesotelioma Pleural Maligno (MPM) constituye una enfermedad poco frecuente con una incidencia en aumento de 2000 a 3000 casos por año en Estados Unidos. Esta íntimamente asociado a la exposición al asbestos (aproximadamente 80 % de los casos) y un 20 % relacionado con otros factores entre los cuales se encuentra el virus SV40. Es una enfermedad con un comportamiento naturalmente agresivo con una sobrevida de aproximadamente 9 meses desde el momento del diagnóstico confirmado. En general la opción terapéutica es el tratamiento sistémico, aunque la evaluación de los distintos esquemas de quimioterapia es muy difícil debido a su baja frecuencia y a su comportamiento heterogéneo. **Objetivo y métodos:** Se realizó un análisis retrospectivo sobre las historias clínicas de los pacientes con diagnóstico de MPM de la Sala de Oncología en el período comprendido entre Mayo de 2001 y Mayo de 2003. **Resultados:** Se revisaron las historias clínicas de 14 pacientes con diagnóstico de MPM, correspondiendo las mismas a 10 hombres y 4 mujeres con un promedio de edad de 66,5 años. Cinco pacientes presentaban antecedente de contacto previo con asbestos (35,71). Las manifestaciones clínicas predominantemente fueron: dolor torácico (9 pacientes), disnea (7 pacientes) y tos (3 pacientes). Todos los pacientes tuvieron derrame pleural al momento del diagnóstico. El 78,56% de los pacientes tuvo performance status 0-1 de acuerdo con la escala ECOG. En 13 pacientes se pudo tipificar la histología: variedad sarcomatoide (5 pacientes), epitelioide (3 pacientes) y mixto (5 pacientes). La estadificación según la clasificación de Butchart correspondió a 8 pacientes E: I, 4 pacientes E: II y 2 pacientes E: IV. Fueron pasibles de tratamiento en forma activa 10 pacientes recibiendo 9 de ellos Quimioterapia y 1 Quimioterapia mas Radioterapia, utilizándose como esquema terapéutico base la combinación Cisplatino mas Doxorubicina. El promedio de ciclos realizados fue de 4, obteniéndose beneficio terapéutico en 5 pacientes (3 con respuesta parcial y 2 con enfermedad estable), con un promedio de duración de respuesta de 8 meses. La sobrevida media global fue de 5,7 meses en los pacientes (7,6 meses en los tratados y 1 mes en los no tratados). **Conclusiones:** Nuestra experiencia coincide en general con lo reportado internacionalmente en cuanto a respuesta al tratamiento y sobrevida. Las estrategias terapéuticas actuales han demostrado tener un bajo impacto en la historia natural de los pacientes con MPM. La Quimioterapia puede ofrecer beneficio sintomático y se han evaluado nuevas combinaciones de líneas activas que están causando cierto optimismo.

ENDOSCOPIA RESPIRATORIA EN PACIENTES MAYORES
DE 80 AÑOS

PO 120

de la Canal A., Precerutti J., Rodríguez Jiménez J.,
Dubra C., Svetliza G., Viudes J.
Hospital Italiano de Buenos Aires

Una mayor expectativa de vida lleva a esperar una mayor demanda de servicios en la ancianidad. Parece evidente que el tratamiento ofrecido a los ancianos debe tener en cuenta tres pilares de la bioética: lo que es apropiado según el estado del arte, lo que es bueno o satisfactorio para usuarios y profesionales, y lo que es justo en el plano social. **Objetivo:** Evaluar la utilidad de la endoscopia respiratoria en pacientes mayores de 80 años. **Material y métodos:** Se evaluaron en forma retrospectiva 1979 endoscopias realizadas entre enero de 2001 y junio de 2003. **Resultados:** De las 1979 endoscopias, 68 fueron efectuadas en pacientes de más de 80 años, 8 se excluyeron del estudio por no ser evaluables. La edad mediana fue de 82 años (80-93 años). El sexo masculino (65%) predominó sobre el femenino. El motivo del estudio fue la aparición de Rx de tórax patológica asociada a fiebre, disnea o hemoptisis. Las patologías previas más frecuentes: Neumonía 17%, ACV 13%, Estenosis traqueal 8%, Hemoptisis 8%, Enf. cardiovascular 5%, Abdomen agudo 5%. El 33% de los enfermos se encontraba bajo ARM. Se efectuaron 42 BAL desarrollando > 10⁶ de conteo de colonias en 29 de ellos (69%). Germen único: 22. Siendo los gérmenes más frecuentes: SAMS (24%), SAMR (17%), Acinetobacter (10%), Pseudomona (10%), Serratia (7%). Cultivos con gérmenes combinados: 7 (24%). Asociación más frecuente: SAMS-Acinetobacter. De las 11 biopsias endoscópicas efectuadas 8 (72%) fueron diagnóstica: Ca Epidermoide 5, Ca. Bronquioloalveolar 1, Adenocarcinoma 1, Mts Ca de colon 1. En 5 pacientes se realizó endoscopia intervencionista: 3 resección con LASER por carcinoma y 2 colocaciones de prótesis traqueal por estenosis secundaria a ARM prolongada. No existieron complicaciones, evaluadas con oximetría de pulso, monitoreo cardíaco, radioscopia durante biopsia transbronquial y la clínica. **Conclusión:** La endoscopia respiratoria brindó utilidad diagnóstica en el 75% de los casos. La perspectiva hacia el futuro no deja dudas sobre la creciente importancia de los desafíos que plantea el envejecimiento de la población.

MANEJO DE UNA INUSUAL LESION TRAQUEAL POR ARMA DE FUEGO
PO 121

Bocca Xavier, Ikeda Victor, Garrido Sergio
Servicios de Neumonología y Cirugía de Tórax.
Clínica Monte Grande, M. Grande, BA

Las lesiones penetrantes del árbol traqueobronquial son raras, pero pueden ser rápidamente fatales. Debido a la escalada de la violencia en nuestra sociedad se ha incrementado el número de heridas de armas de fuego (HAF), por lo que el reporte de este caso puede ser de interés en el manejo de este tipo de injurias. Se describe a un paciente de 34 años, que ingresa por HAF con orificio de entrada hemotórax izquierdo a nivel clavicular en su tercio medio, con fractura clavicular, enfisema subcutáneo, desarrollo Insuficiencia Respiratoria que requirió Ventilación Mecánica (VM), el control Radiográfico demostró imagen metálica compatible con proyectil a nivel del hilio derecho, la tomografía computada de tórax (TAC), evidencia importante enfisema subcutáneo y neumomediastino, derrame pleural izquierdo y moderado neumotórax izquierdo. Se realizó exploración Fibrobronoscópica, observándose perforación traqueal izquierda en su 1/3 superior endotorácico, con profusión cartilaginosa a nivel de orificio de entrada de proyectil, con hematoma importante en pared contralateral de traquea pero sin orificio de salida del proyectil, se comprueba que el proyectil (bala) se encuentra a nivel del bronquio del lóbulo inferior derecho. Se decide realizar Broncoscopia Rígida, Dumon-Efer, para extracción del proyectil 9mm, debido a la dificultad de lograrlo por medio de Fibrobroncoscopia y la intubación O/T. La reparación Traqueal y exploración quirúrgica Hilio-Mediastinal se realiza mediante toracotomía postero-lateral, con sutura simple de lesión traqueal, con control endoscópico. El paciente evoluciona favorablemente y sin complicaciones posteriores. **Conclusión:** Es necesario tener un alto nivel de sospecha diagnóstica para identificar este tipo de injuria traqueobronquial, debido a la potencial letalidad de las mismas, además de la importancia de contar con la asistencia broncoscópica diagnóstica y potencialmente terapéutica, asociado a la decisión quirúrgica de la reparación de este tipo de lesiones.

EDEMA PULMONAR DE PRESION NEGATIVA (EPPN). PRESENTACION DE DOS CASOS
PO 122

Videla, AJ; Grassi DG; Cacheiro F; Belaustegui S; Perez Chada RD
Hospital Universitario Austral, Bs. As., Argentina.

Caso 1: Paciente masculino de 23 años internado para cirugía ligamentaria de tobillo. Sin antecedentes de importancia salvo tabaquismo. Previo al ingreso refirió catarro de vías aéreas superiores que resolvió espontáneamente. Se efectuó anestesia general con sevoflurano tras fracaso de peridural. Se utilizó máscara laríngea sin advertirse complicaciones en la colocación. Tras el retiro de la máscara presentó tos, esputo hemoptoico y desaturación hasta 88% a FiO2 21%. Se colocó oxigenoterapia con cánula nasal a 3 l/min. La Rx Tx inicial fue normal. Tres horas después el paciente persistía con desaturación, disnea y ortopnea, con hallazgo de ingurgitación yugular y rales crepitantes bilaterales. ECG sin alteraciones. Una nueva Rx Tx mostró infiltrados alveolares bilaterales en parches. Se le administraron diuréticos con rápida mejoría. El paciente fue externado a los 3 días de la cirugía. **Caso 2:** Paciente masculino de 43 años internado por coleliscistis aguda. Antecedentes de hipertensión arterial y broncoespasmo. Se efectuó colecistectomía laparoscópica y presentó en el posoperatorio inmediato, luego de la extubación obstrucción de vía aérea superior I, desaturación, disnea, tos, hemoptisis, crepitantes e infiltrados radiológicos alveolares bilaterales y más tarde, ligero derrame pleural. No se constató ingurgitación yugular. ECG sin alteraciones. Se efectuó balance negativo con mejoría de los síntomas y la Rx Tx. Se descartó lesión de la vía aérea con laringoscopia y embolia pulmonar con centellograma V/Q. Evolucionó favorablemente y se le otorgó el egreso hospitalario al 4to día. El EPPN es un fenómeno infrecuente con una incidencia de 9,4/1000 procedimientos. Se aprecia en 11% de pacientes con laringoespasmo. Se produce en adultos sanos jóvenes y deportistas, tanto con intubación endotraqueal o máscaras laríngeas. Se considera que se debe al desarrollo de elevadas presiones intratorácicas por obstrucción de la vía aérea superior con lesión de capilares pulmonares por estrés. Se debe sospechar esta complicación cuando un paciente joven presenta disnea, hemoptisis, desaturación e infiltrados pulmonares en un postoperatorio.

IMPACTO ECONOMICO DE LA BRONCOFIBROSCOPIA (BF) EN NEUMONIA INTRAHOSPITALARIA (NIH) DE PACIENTES CRITICOS
PO 123

Barimboim E., Abdala J, Vernazzi M, Antonio M, Calleja O, Santamarina M.; Navarrete M.
Carrera de Médicos especialistas en Neumonología, FCM, UNC.
Hospital Central de Mendoza. Mendoza.

Objetivo: Evaluar el impacto económico a través del consumo racional de ATB Producido por la introducción de BF con BAL., en el manejo de pacientes críticos con NIH. **Material y Métodos:** Estudio retrospectivo, observacional, desde Enero a Diciembre de 2002. Criterios de inclusión: todas las NIH (nuevos infiltrados pulmonares, fiebre, secreciones purulentas, leucocitosis) asistidas en una UTI polivalente, divididos en 2 grupos: A (1º semestre) aislamientos bacteriológicos por aspirado traqueal (AT) y B (2º semestre) aislamientos por BAL. Este grupo fue evaluado a través de BF, realizándose lavado bronquial, aspirado traqueal y lavado broncoalveolar (BAL) instilándose 100 cc de solución fisiológica y recuperando aproximadamente el 60%. En ese material se realizó recuento cuantitativo. Se consideró significativo un valor > a 10 4 UFC / ml gérmenes. Se calculó el consumo de ATB en base a la Dosis Diaria Definida (DDD) y los costos según el N° de ampollas consumidas. **Resultados:** Grupo A: n 13, edad x 51.8 años (rango 19-79), M/F 10/3; Mortalidad 5/13. Diagnósticos: posoperatorios 3, politraumatismos 5, HDA 1, Mediastinitis 1, paro cardíaco 2, tumor renal 1; Requiritieron ARM 11 ptes (x 9.8 días). AT 13 aislamientos, 1 polimicrobiano. En 2 pacientes se cambió el esquema ATB inicial en base a los resultados. Gasto de ATB según DDD y n° de ampollas consumidas \$23338,05. Grupo B: n 17, edad x 48.9 años (rango 19-78) M/F 6/11; Mortalidad 5/17. Diagnósticos: posoperatorios 3, politraumatismos 6, IRA 1, ahorcamiento 1, ACV 1, meningitis 1, sepsis 2, NIH 2. En ARM 17 ptes (x 7.9 días). Se realizaron 21 procedimientos broncoscópicos (BF) con BAL obteniéndose gérmenes en recuento significativo en 19 oportunidades. No se cambiaron esquemas ATB post BAL. Gasto de ATB según DDD y N° de ampollas consumidas \$27333,01. **Conclusiones:** 1. La BF con BAL en este grupo seleccionado de pacientes no ha permitido reducir el gasto por consumo de ATB en el período estudiado. 2. En el grupo de pacientes con aislamientos por BAL (grupo B) no se realizaron cambios en los ATB indicados empíricamente.

EXPERIENCIA CON VENTILACION NO INVASIVA (VNI) EN UNA UNIDAD DE TERAPIA INTENSIVA POLIVALENTE
PO 124

Bellusci, J.; Chiappori, R.; Mancedo, D.; Stucker, N.
Sanatorio Nosiqlia - Posadas, Misiones

Introducción: La ventilación no invasiva (VNI) es un método de abordaje terapéutico que en la actualidad cuenta con numerosos adeptos, en función de trabajos científicos que avalan la técnica¹. Este soporte ventilatorio suministrado sin el uso del tubo endotraqueal, incluye CPAP, con o sin soporte de presión inspiratoria, sistemas ciclados por presión y/o volumen, ventilación proporcional asistida, todo esto enriquecido con oxígeno². El objetivo terapéutico principal de la ventilación no invasiva es evitar la intubación endotraqueal, disminuyendo el trabajo respiratorio, bajando la frecuencia respiratoria, revertiendo la sensación de disnea logrando el confort del paciente y mejorando el intercambio gaseoso. **Objetivos:** Establecer un protocolo interno de VNI siguiendo los criterios de inclusión y exclusión sugeridos por la SATI, con planilla de monitoreo propia que incluya variables respiratorias clínicas, gasométricas, y selección de parámetros ventilatorios aplicados. **Metodología:** Se seleccionan a los pacientes según el protocolo de inclusión/exclusión. Se aplica CPAP y se evalúa al paciente según planilla de monitoreo, controlando las variables que indiquen la eventual exclusión. Se continúa con CPAP hasta mejoría clínica y gasométrica. Se utilizan equipos de asistencia respiratoria mecánica no invasiva que cuentan con la posibilidad de programar diferentes modos ventilatorios y monitorear flujo, volumen, relación I:E, frecuencia respiratoria y saturación. Definimos fracaso a la suspensión de la VNI, intubación de la vía aérea y ventilación convencional. Definimos éxito al mantenimiento de la VNI sin necesidad de ventilación convencional. **Resultados:** N° de pacientes: 14; Sexo: Fem. 3 Masc. 11; APACHE promedio 18; Edad promedio: 60 años; Patología quirúrgica 1; Patología clínica: 13 (neutropenia febril, EPOC reagudizado, insuficiencia cardíaca); N° de fracasos: 5; N° de éxitos: 9; Modo ventilatorio: CPAP en todos los casos; Presiones empleadas: entre 5 y 7 cm de H2O. **Conclusiones:** Si bien nuestra experiencia no nos permite obtener resultados estadísticamente significativos, la misma se correlaciona con la de otros centros, en los que la VNI reduce la frecuencia de intubación endotraqueal.

PREVALENCIA DE DISFUNCIÓN TIROIDEA EN UNA UNIDAD DE CUIDADOS INTERMEDIOS RESPIRATORIOS

PO 125

Suárez AA, Rabec C, Torres WA, Potenzoni M, De Vito EL.

Unidad de Cuidados Intermedios Respiratorios, Clínica de Parque, Buenos Aires.

Introducción: La disfunción tiroidea es una causa no suficientemente establecida de desvinculación dificultosa del respirador. Pandya y col (Arch Intern Med. 1989; 149: 2115-6.) describieron 4 pacientes con dependencia prolongada al respirador e hipotiroidismo severo. Su desvinculación se asoció a la corrección del hipotiroidismo. **Objetivos:** 1) Cuantificar la prevalencia de disfunción tiroidea al ingreso en una unidad de cuidados intermedios respiratorios. 2) Correlacionar disfunción tiroidea con la dependencia al respirador. **Material y Método:** Estudio prospectivo, de marzo 2001 a junio 2003, ingresaron 51 pacientes, 1 paciente tenía hipotiroidismo conocido pero no tratado. Tiempo estimado de enfermedad crítica desde ingreso a UTI hasta derivación a Unidad de cuidados intermedios respiratorios: 2.25 ± 1.16 meses. Se determinó sistemáticamente TSH plasmática al ingreso a la unidad (método de MEIA, Axsy-Abbott, VN: 0.4 – 4.0 mUI/ml). Se consideró 1) valores alterados de función tiroidea TSH entre 4.0 – 10.0, 2) hipotiroidismo, TSH > 10.0. Los resultados se obtuvieron a los 15 días y se procedió al tratamiento sustitutivo según correspondiera. **Resultados:** 8 pacientes con TSH > 4.0 (16 % del total). Sus diagnósticos fueron: Insuficiencia respiratoria, n 6 (2 pacientes neuromusculares); neurológicos n 2. Ningún paciente tenía evidencias clínicas de hipotiroidismo. TSH > 4 n 5 (5.39 ± 1.5 rango 4.47-8.04); TSH > 10 n 3 (27.03 ± 12.35 rango 17.2 – 40.9). Cuatro de los 8 pacientes, estaban en condiciones clínicas de ser desvinculados del respirador, su desconexión fue exitosa, dos con TSH siempre menor de 10, mientras que en los 2 restantes, si bien la TSH había descendido en promedio un 68 % del valor inicial, permaneció > 10.0. **Conclusiones:** Con los datos preliminares hasta el momento disponibles, el 16 % de los pacientes ingresados a la unidad tenían TSH > 4.0. El análisis de los pacientes en condiciones de ser desconectados no arrojó datos en favor de que el hipotiroidismo (TSH > 10.0) constituya un problema para la desconexión. Estos datos no modifican la idea que el hipotiroidismo no es una causa común de dependencia al ventilador pero puede ser más frecuente de lo esperado.

VENTILACION A FUGA EN PACIENTES NEUROMUSCULARES BAJO VENTILACIÓN MECÁNICA PROLONGADA

PO 126

Morel Vulliez G, Lebus J, Urdapilleta M, Gadea G, Altobelli L, Rabec C, Suarez A, De Vito EL.

Unidad de Cuidados Intermedios Respiratorios, Clínica del Parque, Buenos Aires.

Introducción: La ventilación a fuga (VF) es una modalidad que permite mantener la fonación en pacientes con asistencia respiratoria prolongada. La posibilidad de implementarla puede depender de factores la mecánica y de la función orofaríngea (deglución y fonación). **Objetivos:** Analizar en un grupo de pacientes en los que se probó VF: los éxitos /fracasos, las características de los pacientes y el tiempo de utilización. Se consideró éxito a ≥ 3 hs/día de VF y posibilidad de fonación en forma comprensible. Fracaso a < 3 hs/día de VF y/o imposibilidad de fonación. **Material y Método:** En el período 12/2000 al 08/2003 se intentó VF en 7 pacientes: Esclerosis lateral amiotrófica (ELA) bulbar n=3, espinal n=3 y Guillain Barre n=1. Edad 65 ± 8 años (4 varones), CV 775 ± 271 ml, Pimax 23 ± 7 cm H₂O, Pemax 21 ± 14 cm H₂O. Tiempo de evolución de la enfermedad: 28.2 ± 20 meses. Tiempo de ARM: 18 ± 11 meses con una dependencia al respirador de 19 ± 5 hs/día. Se utilizó un respirador EOLE 3XO a VCV, el VT fue de 770 ± 200 ml y VT espirado 550 ± 60 ml. **Resultados:** En 5 de los 7 pacientes la VF fue considerada exitosa. La misma fue mantenida durante 14 ± 9.6 meses. El período máximo de VF/día fue de 12 hs n=2 y 24 hs n=3. La PaCO₂ durante la VF fue 33.2 ± 7 mmHg. Se observaron en el tiempo de VF 2 Neumonías (una fatal a 28 meses de VF). Los 2 pacientes que fallaron en la VF (ELA bulbar) presentaban severo compromiso deglutorio y fonatorio. **Conclusiones:** En la mayoría de nuestros pacientes la VF permitió recuperar la función fonatoria. Debería ser implementada en todo paciente con ARM prolongada, que conserva cierta capacidad fonatoria efectiva. La VF podría facilitar la mecánica deglutoria (balón desinflado) y la calidad de vida.

TRATAMIENTO DE LA HEMOPTISIS QUE COMPROMETE LA VIDA CON ARTERIOGRAFÍA Y EMBOLIZACIÓN

PO 127

Musella R, Baldini M, Alves L, Saab M A, Abbate E

División Tisieneumonología, Hospital Muñiz, Buenos Aires, Argentina

Objetivos: a- Evaluar la efectividad a corto y largo plazo de la arteriografía y embolización en el control de sangrado en pacientes con hemoptisis con riesgo de vida. **Material y Métodos:** Se realizó una revisión de los pacientes con hemoptisis con riesgo de vida sometidos a arteriografía sistémica internados en el servicio entre 1998 y 2000. Los datos fueron obtenidos de las historias clínicas, Rx tórax, TAC tórax y arteriografía. Se realizó un seguimiento hasta 12 meses posteriores al procedimiento. Se definió hemoptisis con riesgo de vida a la expectoración ≥ 200 ml de sangre por hora en un paciente con función pulmonar normal, o al menos 50 ml de sangre por hora en pacientes con insuficiencia respiratoria crónica. La arteriografía fue realizada por el Servicio de Diagnóstico por Imágenes del Hospital Argerich, siguiendo el método de Seldinger. La embolización se realizó con esponjostán. **Resultados:** Se realizaron 13 arteriografías sistémicas en pacientes con hemoptisis con riesgo de vida. Cinco de sexo femenino y 8 de sexo masculino, edad promedio 42 años (rango 25 - 65). La Rx tórax y TAC de tórax fue patológica en el 100% de los casos. La etiología de la hemoptisis correspondía a aspergilosis intracavitaria en 5 pacientes (38.5%), tuberculosis pulmonar 4 (30.8%), bronquiectasias 3 (23%), broncolito 1 (7.7%). Los principales hallazgos angiográficos fueron vasos de neoformación, áreas de hipervascularización y tronco común intercostobronquial. Se realizó embolización en 11 pacientes (84.6%) con control inmediato del sangrado en 8 (80%). A los 6 meses se detectó recurrencia de hemoptisis en 1 paciente (12.5%) y a los 12 meses en 2 pacientes (25%). **Conclusión:** El control inmediato del sangrado se logró en el 80% de los pacientes reafirmando la efectividad de la embolización en el manejo de la hemoptisis que compromete la vida. En el seguimiento a largo plazo la recurrencia de hemoptisis se presentó en un porcentaje inferior al registrado en la bibliografía.

VENTILACION NO INVASIVA A PRESION POSITIVA: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL ITALIANO DE CORDOBA

PO 128

Cazaux A, Virga A, Torres A, Uribe Echevarría ME, Uribe Echevarría EM, Uribe Echevarría A.

Instituto de Fisiopatología Torácica. Hospital Italiano de Córdoba.

Introducción: La Ventilación no invasiva a presión positiva (VNIPP) ha demostrado ser efectiva en la insuficiencia respiratoria aguda (IRA) de distintas etiologías. **Objetivo:** Mostrar nuestra experiencia con VNIPP. **Material y Método:** Se estudiaron prospectivamente 56 casos con VNIPP en 16 meses. Se analizaron datos demográficos, variables clínicas, parámetros funcionales al ingreso, indicación de VNIPP, patología causal de IRA, ámbito de aplicación, parámetros de equipo y complicaciones de su uso. Utilizamos el protocolo de Brochard y col. adaptado. **Resultados:** 55,4% fueron hombres. Edad media: 57,7 años. Indicaciones: IRA hipoxémica hiper-cápnica n=31 (55,4%) (exacerbación EPOC n=21, exacerbación enfermedad restrictiva n=10), media de pCO₂=61, IRA hipoxémica n=14 (25%), (neumonía n=9, TEPa n=1, insuficiencia cardíaca n=4), media de PaO₂/FIO₂=264, weaning n=11 (19,6%) (cardiociugía n=4, cirugía abdominal n=5, crisis asmática n=1, síndrome obesidad-hipoventilación n=1). Lugar de aplicación: UTI en 44,7% (n=25), sala general 33,9% (n=19), UCCI 19,6% (n=11) y guardia 1,8% (n=1). Media de días y horas/ día de uso: 3,95 y 11,5 respectivamente. Frecuencia respiratoria: $27,3 \pm DS 6,7$, disnea (BORG) $5,4 \pm DS 2,3$. 18 pacientes (32,1%) presentaron algún grado de encefalopatía con una media de score de 2,05. El modo de asistencia fue BIPAP en 53 pacientes (94,6%) y CPAP en 3 (5,4%). Se usó máscara nasal en 43 pacientes (76,8%) y facial en 13 (23,2%). El porcentaje de éxito de VNIPP fue 85,7% (n=48) y fracaso en 14,3% (n=8). Complicación más frecuente: escara facial n=9 (16,1%) y se correlacionó con los días y horas de uso. **Conclusiones:** 1) La VNIPP es un recurso en el tratamiento de la IRA de diferentes causas. 2) Puede ser aplicada en diferentes áreas de un hospital. 3) Debe disponerse de variadas interfases y equipos. Personal con entrenamiento debe aplicar este recurso. 4) Es necesario un alto nivel de monitoreo, a fin de detectar precozmente parámetros predictores de fracaso.