

Infectología

Infectology

I-1

RETO TERAPÉUTICO EN BACTERIEMIA POR SAMR

RUEDA GALVIS MYRIAM, BAUTISTA-MIER H, BERNAL E, HIGUERA J.

UNAB-UNAL, Bucaramanga-Bogotá, Colombia.

Introducción. La bacteriemia por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente (SAMR), es una entidad frecuente, plantea un reto terapéutico cuando se convierte en entidad persistente. A continuación presentamos un caso.

Diseño. Descriptivo.

Métodos. Reporte de caso.

Resultados. Hombre de 64 años, portador de prótesis valvular aórtico y mitral mecánico, usuario de cardio-desfibrilador implantable (CDI) 2006 para prevención secundaria muerte súbita.

En 2015 reducción abierta de fractura iliaca. Ingresa un mes después febril, hipotenso, petequias conjuntivales; documentación de bacteriemia por SAMR. Tomografía toraco-abdominal normal, ecocardiograma trans-esofágico (ECOTE) negativo para vegetaciones. Manejo inicial con Vancomicina con deterioro de función renal; bacteriemia persistente, se repitió ECOTE negativo, gammagrafía leucocitos marcados total negativa, se consideró endocarditis sin vegetación: 1 criterio mayor (hemocultivos), 3 menores (predisponente, fiebre, fenómeno vascular: hemorragia subconjuntival), se cambia esquema por Daptomicina, Rimfapicina y Gentamicina con aclaramiento microbiológico, hemocultivos negativos. El día 29 de terapia reaparición de fiebre, sospecharon resistencia antibiótico vs complicación de endocarditis, hemocultivos aislaron SAMR ahora resistente a Rifampicina, sensible a Daptomicina. Se adicione Oxacilina, se descarto complicaciones infecciosas.

Presentado en junta médica, no candidato a reemplazo valvular o del CDI por no documentación de vegetaciones o disfunción y alto riesgo de complicación.

Hemocultivos de control positivos, adicionan Ceftaroline. Una semana después de completar terapia, reaparece bacteriemia. Se replanteo retiró CDI, electrodos auricular y ventricular con láser en los que creció el germen. Se cambio esquema a Vancomicina riesgo-beneficio, con respuesta exitosa.

Conclusiones. No toda endocarditis tiene vegetaciones, como este caso, fiebre con germen habitual más otras condiciones debería considerarse el diagnóstico.

Aún con tratamientos adecuados la bacteriemia por SAMR puede recurrir.

Hay terapias de salvamento en bacteriemias persistentes por SAMR en pacientes con difícil aclaramiento.

I-2

ABSCESO HEPATICO POR *PEDIOCOCCUS PENTOSACEUS*. REPORTE DE UN CASO

MORA JAVIER, FUENTES C, ÁLVAREZ C.

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, Colombia.

Introducción. El absceso hepático piógeno es causado principalmente por *Streptococcus* del grupo *milleri*, *Staphylococcus aureus*, *E. coli* y *Klebsiella pneumoniae*. Sin embargo, se han descrito bacterias menos frecuentes entre las que se encuentran las del género *Pediococcus* como causante de absceso hepático. Presentamos el caso de un paciente que presentó absceso hepático por *Pediococcus pentosaceus*.

Presentación del caso clínico. Paciente hombre de 61 años, con antecedente de tabaquismo y neumopatía crónica sin estudios funcionales, ingresa con cuadro de 20 días de disnea, tos seca, dolor torácico atípico, cianosis, asociado a pérdida de peso de 8 kg en 2 meses, hiporexia, disfagia, astenia y adinamia. Se descartó tromboembolismo pulmonar por angiotac de tórax, con evidencia incidental de masa solido-quística en hígado, por lo cual se realizó tac de abdomen que mostró imagen compatible con absceso en lóbulo hepático izquierdo. Se inició manejo con piperacilina/tazobactam-metronidazol, realizándose punción y drenaje percutáneo de 200 mililitros de material purulento, se tomó muestra para cultivo obteniéndose aislamiento de *Pediococcus pentosaceus*, por lo que se ajustó manejo a ampicilina/sulbactam y se continuó metronidazol, por riesgo de coinfección con *Entamoeba histolytica*. Adicionalmente, se encontró candidiasis oral y esofágica que requirió manejo con fluconazol y nistatina por 14 días.

Presento evolución tórpida dado por cuadro de obstrucción intestinal, choque séptico asociado, por lo que requirió manejo quirúrgico, se escalonó manejo a meropenem por 14 días y vancomicina este última solo se suministró por 5 días. Presentando evolución favorable, por lo que se pudo dar egreso.

Conclusión. El *Pediococcus pentosaceus* es infrecuente como etiología de abscesos hepáticos. No se obtuvo perfil de resistencia a vancomicina sin embargo tuvo respuesta favorable con el manejo instaurado.

I-3

INFECCIONES DEL TORRENTE SANGUÍNEO EN PACIENTES CON PATOLOGÍA MÉDICA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN BUCARAMANGA – COLOMBIA

SÁNCHEZ PARDO SANTIAGO, OCHOA-DÍAZ A, RODRÍGUEZ R, ROJAS EM.

Universidad industrial de Santander, Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Introducción. Las infecciones del torrente sanguíneo son un problema creciente y actualmente son una amenaza para la salud pública, superando enfermedades como el VIH. La bacteriemia representa aproximadamente 15% de todas las infecciones nosocomiales y afecta al 1% de todos los pacientes hospitalizados.

Diseño. Estudio retrospectivo, observacional, de corte transversal con inclusión de pacientes adultos hospitalizados por el servicio de medicina interna en el hospital universitario de Santander durante los años 2014 a 2016, que hayan presentado una infección del torrente sanguíneo. El protocolo fue aprobado por el comité de ética Hospitalaria y por el comité de ética en Investigación de la Universidad Industrial de Santander.

Métodos. Selección de los pacientes con hemocultivos positivos proveniente únicamente del servicio de medicina interna, se incluyeron hombres o mujeres mayores de 14 años que cumplieran los criterios de los CDC para infección del torrente sanguíneo.

Resultados. Se han revisado hasta el momento 359 registros. Aplicando los criterios de exclusión se tiene un total de 99 pacientes. El 53% corresponden al género masculino. Los antecedentes más frecuentes fueron: Hipertensión arterial (53,5%), VIH (30,3%), Diabetes Mellitus (19,1%), EPOC (7%), Cirrosis (1%). El sistema vascular y urinario ocupan los sitios anatómicos más frecuentemente comprometidos como fuente de la infección con 37,3 y 38,3% respectivamente. La mortalidad fue del 29%. Los patógenos más frecuentemente aislados fueron: *K. pneumoniae*, *A. baumannii*, *E. coli*, *P. aeruginosa* 49,2%, *Staphylococcus aureus* en segundo lugar con 14,1%, grupo SPICE (*S. marcescens*, *P. Vulgaris*, *P. spp*, *C. freundii*, *M. morgani* y *E. cloacae*) 5,8%.

Conclusiones. La bacteriemia es una infección frecuente durante la atención hospitalaria que presenta gran mortalidad. Es destacable el predominio de aislamientos de enterobacterias con perfiles amplios de resistencia. El antecedente de infección por VIH es uno de los más frecuentes el cual amerita ser evaluado como grupo de riesgo.

I-4**UTILIDAD DE UNA PRUEBA DE PCR MULTIPLE PARA LA DETECCIÓN DE ETIOLOGIAS VIRALES EN PACIENTES CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD ATENDIDOS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL**

SYLVA DAYANA, CARDONA P, VILLA P, MOLINA F, RETREPO R, AGUDELO C.

Universidad Pontificia Bolivariana, Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia.

Introducción. La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) es una de las principales causas de hospitalización. Debido a las dificultades para aislar el agente etiológico, el tratamiento se ha basado en datos epidemiológicos. La identificación microbiológica podría ayudar a dirigir la terapia, mejorar los desenlaces, disminuir los costos y minimizar los efectos adversos. Este estudio evaluó la utilidad en la vida real de una prueba de PCR múltiple para la detección de agentes respiratorios en pacientes hospitalizados con NAC.

Diseño y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo en pacientes ≥ 18 años, con diagnóstico de NAC atendidos en la Clínica Universitaria Bolivariana entre enero de 2016 y marzo de 2017 en quienes se realizó prueba de PCR múltiple (FilmArray®, bioMérieux). En la mayoría de los pacientes se obtuvo cultivo de esputo y hemocultivos (estos últimos en pacientes con indicaciones definidas).

Resultados. 89 pacientes fueron incluidos, 57% eran mujeres y 57% tenían alguna comorbilidad, 43% tenían un CURB ≥ 2 . Se obtuvo al menos una identificación viral en 40 (45%) pacientes. Se identificaron 21 aislamientos bacterianos, 3 gérmenes atípicos y 12 aislamientos mixtos, dos de ellos con aislamiento viral dual.

Se identificó Influenza en 12 pacientes, 7 (58%) de ellos recibieron oseltamivir. Antes de la introducción de la prueba de PCR, 100% de los pacientes recibía tratamiento para atípicos con claritromicina. Posterior a su inclusión el uso de claritromicina disminuyó al 27% de los pacientes que no ingresaron a UCI. En 54% de los pacientes en los que se inició claritromicina se suspendió en las primeras 48 horas.

26 pacientes (29%) requirieron estancia en UCI/UCE, 12 (14%) ventilación mecánica, 8 (9%) fallecieron.

Conclusiones. Las pruebas moleculares apoyan el diagnóstico microbiológico y ayudan a definir el tratamiento dirigido, aumentando la cobertura para infecciones por Influenza y disminuyendo el uso innecesario de antibióticos.

I-5

TUBERCULOSIS PULMONAR POR MYCOBACTERIUM BOVIS EN COLOMBIA: REPORTE DE CASO.

LAVERDE J. LIGIA.

Hospital universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, D.C.

Introducción. La tuberculosis es un problema de salud pública en Colombia, la incidencia reportada en el 2016 fue 27.5 casos por 100.000 habitantes. El *M. Bovis* hace parte del *M. tuberculosis complex* y es la principal causa de tuberculosis en el ganado. Se ha descrito que menos de 0.05% de casos de tuberculosis en humanos son debidos a *M. Bovis*. La infección humana puede ocurrir por ingesta de leche contaminada, vacunación con BCG, o instilación de BCG, o entre humanos por vía respiratoria. El *M. bovis* tiene homología genotípica con *M. tuberculosis* del 97%, la diferencia reside en menos de 100 genes y las pruebas de reconocimiento de *M. bovis* no son de rutina. Hasta el 2015 no se habían descrito casos en Colombia de aislamiento de *M. bovis* en humanos.

Diseño. Reporte de caso.

Métodos. Se presenta el caso de un paciente con tuberculosis pulmonar en quien se aisló *M. Bovis* haciendo énfasis en las pruebas genotípicas (spoligotyping) o de hibridación de ácido nucleico que permiten distinguir entre miembros de *M. tuberculosis complex*.

Caso clínico. Paciente masculino de 58 años con antecedente de tratamiento de quimioterapia por mieloma múltiple con cuadro de 2 semanas de síntomas respiratorios y picos febriles, se realizaron baciloscopias (3 negativas), imágenes pulmonares y biopsia de pulmón en cuña con hallazgo de algunos granulomas con necrosis y macrófagos espumosos (enfermedad granulomatosa crónica necrotizante).

Resultados. El cultivo para micobacterias fue positivo al día 16 para complejo *M. tuberculosis*, con sensibilidad a isoniazida, etambutol, rifampicina y estreptomina. Para la identificación de la especie en el Instituto Nacional de Salud se realizó el método “spoligotyping” donde el código octal confirmó similitud del aislamiento del paciente con *M. bovis* 1 BCG. El paciente fracasó al esquema de primera línea y requirió tratamiento con levofloxacino, imipenem y estreptomina.

Conclusiones. A pesar que se sospecha subdiagnóstico de infección por *M. Bovis* en Colombia por la dificultad de las pruebas específicas, este caso cobra relevancia al ser el primer caso descrito en el país. Su identificación no sólo tiene fines epidemiológicos sino que también para el tratamiento ya que su perfil de sensibilidad es distinto.

I-6

EMPIEMA NECESSITATIS COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DE TUBERCULOSIS

COGOLLO-GONZÁLEZ MARYSABEL, BORRÉ-NARANJO D.

Universidad de Cartagena, ESE-Hospital Universitario del Caribe, Cartagena, Colombia.

Introducción. La tuberculosis constituye un problema de salud pública en Colombia. El compromiso extrapulmonar más frecuente es el pleural (14,3-19,3%). El empiema necessitatis (EN), es una rara complicación de la efusión pleural extendida al tejido blando extratorácico. Las causas principales son: *Mycobacterium tuberculosis*, *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y bacilos gram negativos. El manejo implica tratamiento antibiótico y drenaje quirúrgico ocasional. El objetivo de este trabajo, es describir un caso, que se presentó con: fiebre prolongada y masa torácica, con diagnóstico de tuberculosis pulmonar y EN por *Mycobacterium tuberculosis* y resaltar la respuesta exitosa al tratamiento etiológico específico.

Diseño. Informe de Caso.

Método y resultados. Sujeto masculino de 50 años, sin antecedentes médicos, quien consultó por un mes de fiebre, pérdida de peso (4Kg) y tumefacción torácica. Al ingreso, taquicárdico, taquipneico, con masa torácica posterior derecha, blanda (diámetro de 6x5cms), sin signos inflamatorios. Paraclínicos relevantes: leucocitosis, proteína C reactiva elevada, virus de inmunodeficiencia humana (VIH) negativo y radiografía de tórax con opacidades intersticiales bilaterales. Se consideró síndrome febril por neumonía, iniciando antibioticoterapia, sin respuesta. La tomografía de alta resolución y contrastada de tórax, mostró opacidades reticulares bilaterales y líquido pleural encapsulado basal derecho con extensión a tejidos blandos extratorácicos. La baciloscopia de esputo fue positiva y la citología de la lesión torácica, evidenció inflamación crónica, predominando los monocitos. Se consideró tuberculosis pulmonar y EN secundario a *Mycobacterium tuberculosis*, iniciando tratamiento etiológico, con mejoría clínica y desaparición de la masa torácica.

Conclusiones. En presencia de fiebre prolongada, derrame pleural y tumefacción torácica ipsilateral, en zonas de moderada y alta prevalencia de tuberculosis, debe considerarse el diagnóstico de EN por *Mycobacterium tuberculosis*, especialmente si no responde, al manejo antimicrobiano para patógenos comunes.

I-7**SÍNDROME DE LADY WINDERMERE COMO PRESENTACIÓN DE INFECCIÓN POR COMPLEJO MYCOBACTERIUM AVIUM**

DELGADO VILLARREAL ANDRÉS, CABRERA-SILVA J, MARTÍNEZ-SALAZAR G, BALDIÓN-ELORZA M, MORALES-GONZÁLEZ A, ROA-BUITRAGO JAIRO.

Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia.

Introducción. El síndrome de Lady Windermere es una presentación no clásica en mujeres inmunocompetentes de la infección pulmonar por el complejo *Mycobacterium avium* (MAC). El diagnóstico tiene criterios clínicos como tos crónica, imagenológicos por presencia de opacidades nodulares, cavitaciones o bronquiectasias multifocales y microbiológicos con aislamiento del MAC.

Diseño. Serie de casos.

Métodos. Presentación tipo poster de serie de casos.

Resultados.

Caso 1. Mujer de 59 años con tos más expectoración de 5 años de evolución. Se realizó tomografía de tórax con bronquiectasias en el lóbulo medio y llingula, lesiones nodulares centrilobulillares difusas bilaterales y caverna en el segmento posterior del lóbulo superior derecho. El cultivo del lavado bronquioalveolar en medio líquido fue positivo a los 30 días para *Mycobacterium avium complex*, antibiograma sin evidencia de resistencia, se descartaron inmunodeficiencias. Se instaura tratamiento con azitromicina y etambutol 3 veces por semana mejorando sintomatología, se suspendió rifampicina por alergia.

Caso 2. Mujer de 78 años con tos y expectoración hialina de 1 año de evolución, tomografía de tórax con compromiso parenquimatoso pulmonar multilobar, consolidación con bronquiectasia y nódulo centrilobulillar en el lóbulo inferior derecho. Lavado bronquioalveolar con crecimiento en medio líquido de *Mycobacterium avium complex* al tercer día de incubación y antibiograma sin resistencias microbiológicas, biopsia transbronquial con granulomas necrozantes. Se descartaron inmunodeficiencias. Se instauró tratamiento con claritromicina, rifampicina y etambutol, resolviendo síntomas.

Conclusiones. Presentamos dos casos clínicos de infección por MAC compatibles con el Síndrome de Lady Windermere. Es una presentación clínica poco frecuente, sin embargo se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de mujeres inmunocompetentes con síntomas respiratorios crónicos.

I-8

SÍNDROME DE WATERHOUSE FRIDERICHSEN, UNA CONDICIÓN POTENCIALMENTE MORTAL. REPORTE DE CASO

VÉLEZ MARIANA, VARGAS MT, MUÑOZ I, DUQUE A, BUSTOS M.

Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Introducción. El síndrome de Waterhouse-Friderichsen (SWF) es una condición poco frecuente en adultos, ocurre predominantemente en niños, caracterizado por ser potencialmente fatal. Se manifiesta con aparición súbita de fiebre, exantema petequeal o purpúrico, pudiendo progresar a púrpura fulminans, presenta hipotensión y necrosis hemorrágica suprarrenal, llevando a insuficiencia adrenal de instauración rápida. Su etiología es principalmente infecciosa, cuyo agente causal más frecuente es *Neisseria meningitidis*.

Descripción de caso. Paciente masculino de 51 años, con un día de evolución de odinofagia, 3 horas de rash facial y en miembros superiores, asociado a síntomas constitucionales y picos febriles de hasta 40°C. Al ingreso se diagnostica choque séptico de probable foco pulmonar por hallazgo en Rx de tórax de Neumonía Multilobar y posible estafilococcemia. A las pocas horas presenta deterioro del estado general y a pesar de recibir atención médica hospitalaria fallece como consecuencia de sepsis fulminante por *Neisseria meningitidis* y SWF diagnosticado post-mortem.

Conclusión. Aunque la meningococcemia con desenlaces fatales representa un bajo porcentaje de la enfermedad por meningococo, su infección continúa siendo un problema de salud pública a pesar de las medidas de prevención instauradas. En este caso, el paciente cursó con cuadro clínico que orientó el manejo médico a Neumonía Multilobar; lo que dificulta la sospecha diagnóstica temprana de infección por *N. meningitidis*, y a pesar de un manejo adecuado el desenlace fatal no pudo evitarse. Lo anterior demuestra que no necesariamente se debe presentar sintomatología meníngea o cursar con meningitis para sospechar o diagnosticar una infección por meningococo, debiéndose tener en cuenta siempre como diagnóstico diferencial. Así mismo, es importante la correlación clínica para evitar demoras en la detección del foco de infección y siempre recordar el uso de profilaxis contra meningococo en todas las personas que hayan tenido contacto cercano o convivan con el paciente como medida de prevención.

I-9**FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO Y DERRAME PERICÁRDICO EN TERCER TRIMESTRE DEL EMBARAZO: ¿CHAGAS AGUDO?: AL FILO DE LA SOSPECHA****SANDOVAL JENNIFER, ARDILA M, CASTAÑO E, ECHEVERRIA L.***Fundación Oftalmológica de Santander - Carlos Ardila Lulle (FOSCAL),
Fundación Cardiovascular (FCV), Floridablanca, Colombia.*

Existen pocos reportes en el mundo sobre infección aguda por *Tripanosoma Cruzi* (TC) en el embarazo, siendo las características de la infección, el tratamiento y las consecuencias materno-fetales poco conocidas.

Paciente de 24 años, con embarazo de 36 semanas, procedente de área rural de Lebrija (Santander), presenta fiebre, edema maleolar y trabajo de parto pre-término con sufrimiento fetal agudo dado taquicardia fetal y desaceleraciones tardías, requiriendo cesárea emergente. Neonato a término sano. Panel infeccioso de la madre negativo, incluyendo test directos para Chagas, dándose alta. Reingresa 16 días después por fiebre persistente, edema bi-palpebral y signos de falla cardíaca. A pesar de microstrout negativo previo se insiste en directos, encontrando tripomastigotes. Se evidencia además efusión pericárdica severa con signos de taponamiento cardíaco realizándose ventana pericárdica con presencia del parásito en líquido. Deterioro hemodinámico posterior requiriendo soporte inotrópico. Recibe benznidazol con mejoría clínica y controles parasitológicos negativos. Tres familiares presentaron síntomas similares y simultáneos, siendo positivos para TC sugiriendo vía de transmisión oral. Neonato sin manifestaciones clínicas y test directos para TC negativos hasta los 6 meses de edad. Aunque la presentación aguda de la enfermedad de Chagas durante el embarazo es inusual, algunos reportes de caso aportan luces al respecto. El parto pre-término es usual. La transmisión vertical es más frecuente en el primer trimestre. Los síntomas son similares a la infección fuera del embarazo siendo la presencia de edema bi-palpebral y derrame pericárdico características comunes. Los test directos iniciales fueron negativos posiblemente a baja parasitemia relacionada a la invasión tisular en la forma no circulante del TC, dato que también se ha reportado en la infección congénita haciendo vital la sospecha clínica de una enfermedad potencialmente letal para el binomio madre-hijo.

I-10

COMPROMISO NEUROLÓGICO Y PULMONAR POR VIRUS VARICELA ZÓSTER

CAJAMARCA JAIRO HERNAN, PINZON P, JC MATEUS, F. LUNA.

Universidad Nuestra Señora del Rosario, Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia.

Reporte de caso. Paciente de 27 años con cuadro clínico 5 días de evolución de aparición de lesiones maculares, papulares y vesiculares generalizadas, asociado a picos febriles hasta de 38.5 C, tos productiva amarillenta, astenia y adinamia. Tuvo noxa de contagio epidemiológico de varicela con su hija. Posteriormente desarrolla hemiparesia derecha y disartria por lo cual consulta. Al ingreso con taquicardia, evidencia de lesiones en manos, cara y tórax. Examen neurológico con dificultad para nominar, parafasias semánticas y fonémicas, sin otras alteraciones. Hemograma de ingreso con monocitosis y trombocitopenia; resto de paraclínicos sanguíneos normales. VIH y Ac anti *Treponema pallidum* negativos. Radiografía del tórax con múltiples micronódulos difusos en ambos campos pulmonares asociado a opacidad de ocupación alveolar retrocardiaca con broncograma aéreo. Tomografía axial computarizada de torax con múltiples nódulos centrilobulillares algunos con vidrio esmerilado a su alrededor máximo de 6 mm con distribución difusa. Dado compromiso neurológico y tomografía de cráneo normal, se decide solicitar resonancia magnética donde se evidencia infarto agudo temporoparietal izquierdo. Dado el antecedente exposicional de riesgo y clínica sugestiva se consideró infección por virus varicela zóster (VVZ) con compromiso de sistema nervioso central (vasculitis) y pulmonar (neumonía). Se inició manejo con aciclovir 15mg IV c/8hrs por 7 días con lo cual el paciente presenta mejoría significativa de sintomatología pulmonar y neurológica.

Discusión. La neumonía por VVZ es la complicación más común y grave de la infección por varicela en adultos, con hallazgos en imágenes de micronódulos con distribución difusa; en comparación con el compromiso vasculítico del sistema nervioso central que puede presentarse como un evento isquémico, hemorrágico, aneurismático, ectásico o por disección.

I-11

PRESENTACION INUSUAL DE HISTOPLASMOSIS INVASIVA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: PRESENTACION DE CASO Y REVISION DE TEMA

CARREÑO-JAIMES MARISOL, USCATEGUI A, RUIZ A.

Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, Colombia.

Introducción. La histoplasmosis es una enfermedad causada por un hongo dimorfo intracelular, con manifestaciones clínicas diversas y potencialmente fatales. Es común en paciente inmunocomprometidos provenientes de zonas endémicas.

Diseño. Reporte de caso

Métodos. Paciente masculino de 73 años procedente de Villavicencio con historia de pérdida de peso, síntomas respiratorios bajos diarrea y síndrome asteniforme de 2 semanas de evolución. No refirió antecedentes de importancia al ingreso.

Resultados. Se hospitalizó con sospecha de tuberculosis, se realizó tac de tórax que reportó patrón de árbol en gemación, se inició tratamiento empírico para TBC, presentó deterioro progresivo del patrón respiratorio y se inició tratamiento con Anfotericina B con lo cual presenta rápida mejoría de los síntomas, y se da egreso después de completar esquema de tratamiento parenteral y se inicia esquema ambulatorio. Regresó 2 semanas después con mayor deterioro del estado general gran masa pulmonar en ápice izquierdo, se reinició tratamiento sospechando histoplasmosis, se realizó mielocultivo que confirmó histoplasmosis y el paciente fallece en shock séptico 10 días después

Conclusiones. Las presentaciones inusuales de la histoplasmosis son más frecuentes en pacientes inmunocompetentes, razón por la cual esta entidad es un reto diagnóstico especialmente por el curso fatal de la enfermedad sin tratamiento oportuno.

I-12

ENFERMEDAD DE CHAGAS AGUDA POR TRANSMISION ORAL EN GESTANTE

MARTÍNEZ VILLAREAL JAIR, CARBALLO-ZARATE V, BORRÉ-NARANJO D.

Hospital Naval Cartagena de Indias

Introducción. La enfermedad de Chagas es la infección por protozoos zoonótica más importante en las Américas, superando la malaria por su morbimortalidad, causada por *el Trypanosoma cruzi*, transmitido por insectos triatomínicos; con 5,7 millones de casos en 2015. La fase aguda de la enfermedad puede ser asintomática o grave (<1%) con miocarditis aguda, derrame pericárdico y / o meningoencefalitis.

Objetivo. Presentar un informe de caso de miocarditis aguda por *Trypanosoma cruzi* adquirido por transmisión oral en gestante.

Diseño. Presentación de caso.

Caso clínico. Femenina de 27 años con embarazo de 19 semanas, residente en Santa Rosa, Bolívar, consulta por fiebre, poliartalgias, edema generalizado de 72 horas de evolución, ingresa hipotensa, oliguria con insuficiencia respiratoria hipoxémica, rayos x revelan cardiomegalia grado 3-4, EKG taquicardia sinusal y QRS prolongado (250 mseg), con diagnóstico de choque se traslada a UCI. Ecocardiograma muestra derrame pericárdico con signos de taponamiento, pericardiocentesis con líquido de aspecto cetrino en moderada cantidad, evolución tórpida con falla multiorgánica fallece a las 48 horas. Necropsia clínica reporta pericardio marcadamente engrosado, abundante líquido pericárdico, dilatación de las cámaras cardíacas, válvulas tricúspide y mitral con alteración de su arquitectura con infiltrado inflamatorio de linfocitos, histiocitos y ocasionales eosinófilos; fibras de músculo cardíaco con múltiples quistes conteniendo estructuras ovales pequeñas, tipo amastigotes, a favor de miocarditis aguda severa de probable etiología chagásica; se confirma con serología (IgM) positiva. Documentado de forma retrospectiva consumo de alimento contaminado (caña de azúcar) por triatomínicos con 3 casos en un mismo núcleo familiar.

Conclusión. La miocardiopatía aguda por *typanozoma cryzzi*, causó la evolución rápida y tórpida que culminó con la muerte de la gestante; el brote epidémico en un mismo núcleo familiar debe llevar a la búsqueda de la ingesta oral como modo de transmisión de la enfermedad de Chagas.

I-13**NEUMONIA NECROZANTE POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* METICILINO SENSIBLE****RUBIANO WENDY, ORDOÑEZ J, FRANCO C.***Hospital Santa Clara, Universidad El Bosque.*

La neumonía necrosante está asociada con una alta tasa de mortalidad. Entre sus patógenos etiológicos se encuentra el *Staphylococcus aureus* meticilino resistente. Su presentación clínica suele iniciar con síntomas respiratorios superiores asociando co-infección generalmente con virus como AHIN1. Su importancia radica en una rápida detección para iniciar las intervenciones necesarias en pro de cambiar el curso de la enfermedad. Se presenta un caso adquirido en comunidad sin factores de riesgo con una progresión clínica fatal en menos de 24 horas.

Mujer de 58 años, consulta por cuadro clínico de 5 días de evolución consistente en tos con expectoración hialina, disnea y picos febriles. Asocia dos días con deterioro súbito de la clase funcional IV/IV, ortopnea, disnea paroxística nocturna, episodio de dolor torácico típico con disautonomía. Antecedentes de Hipertensión arterial, obesidad y tabaquismo pesado, se considera síndrome coronario agudo iniciándose manejo antiisquémico, concepto hemodinamia. Durante evolución paciente progresa a hipotensión y falla respiratoria, requiere intubación orotraqueal, radiografía de tórax infiltrados pulmonares compromiso alveolar, ecocardiograma sin alteración en la contractilidad miocárdica. Se replantea caso basado en síntomas respiratorios altos, hipoxemia y rápida progresión de la enfermedad, bajo sospecha de neumonía viral se inicia oseltamivir. Tomografía de tórax nódulos cavitados periféricos con consolidación de lóbulo medio, adiciona cubrimiento antibiótico. Paciente ingresa a la unidad de cuidados intensivos donde fallece. Se realiza cuña pulmonar con evidencia de necrosis de licuefacción con infiltrado linfocitario, consistente con neumonía necrosante, se recibe panel viral negativo y hemocultivos con crecimiento de *Staphylococcus aureus* meticilino sensible. Neumonía necrosante por *Staphylococcus aureus* meticilino sensible adquirido en comunidad.

I-14

SÍNDROME DE DEDO AZUL ASOCIADO A SÍFILIS: REPORTE DE CASO CLÍNICO.

LEAL BELLO JANETH, URIBE IC, VELANDIA JP.

IPS Universitaria Servicios de Salud, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

Introducción. El síndrome del dedo azul (SDA) se define como la aparición de una coloración azul o violácea en uno o más dedos en ausencia de traumatismo, daño intenso inducido por frío o alteraciones que produzcan cianosis generalizada.

Diseño. Estudio descriptivo, tipo reporte de caso.

Métodos. Informe de caso.

Resultados. Se describe el caso de paciente masculino de 64 años, vendedor ambulante, sin comorbilidades conocidas, con aparición súbita de cianosis, edema y dolor de 2do a 4to dedo de mano izquierda, sin otras manifestaciones clínicas sistémicas; se inician estudios vasculares, se evidencia en pletismografía de miembros superiores severa caída de la perfusión digital, se descarta síndrome acral paraneoplásico y enfermedades autoinmunes asociadas, solo con serología confirmatoria positiva para sífilis en el tamizaje de enfermedades infecciosas. Se reporta además lesiones en vejiga (paredes engrosadas irregulares con presencia de múltiples pequeños divertículos en toda la superficie de su pared) descrito por algunos autores como sugestivos de sífilis latente vesical, sin embargo hay controversia ya que no se ha podido documentar histopatológicamente al *treponema pallidum* en este tipo de lesiones.

Se hace diagnóstico de vasculitis asociada a sífilis y se inicia tratamiento con calcio antagonistas y penicilina benzatínica con evolución clínica favorable.

Conclusión. El caso en mención revela que el síndrome del dedo azul es de diagnóstico fácil por su presentación clínica, pero determinar la etiología es un reto que implica una historia clínica completa con estudios vasculares hematológicos y radioimágenes.

I-15

HTLV-1 ASOCIADO A MICOSIS FUNGOIDE CD4/CD8 DOBLE POSITIVO: INUSUAL VARIANTE DE LINFOMA CUTANEO DE CELULAS T. REPORTE DE UN CASO.

SÁNCHEZ MALPICA MIGUEL ÁNGEL, SUAREZ LOAYZA GE.

Hospital II Vitarte Essalud y Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Essalud, Lima, Perú.

Introducción. La Micosis fungoide es la forma cutánea más común del linfoma no Hodgkin cuyas células exhiben un fenotipo CD4- y CD8+ o un fenotipo CD4/CD8 doble negativo, no siendo frecuente su coexpresión de CD4 y CD8; su agente causal no es del todo clara como en el caso de leucemia/linfoma de células T y paraparesia espástica tropical, las cuales están asociadas al virus HTLV- I, esta asociación es controversial con una incidencia entre 0% y cerca del 100%.

Reporte de caso. Varón de 51 años con tiempo de enfermedad de 2 meses caracterizado por presentar adenopatías cervicales de aprox. 2 cm no dolorosas, poco blandas, sin cambios de piel adyacente de evolución progresiva a zonas axilares e inguinales asociadas a exantema máculopapular eritematosa confluyentes en zona dorsal, 1/3 superior de abdomen, brazos y 30% de zona facial con edema sin compromiso de mucosas. Ecografía cervical: adenopatía submaxilar derecha 20x 12 mm, izquierda 19 x 12 mm; múltiples adenopatías cervicales bilaterales, la mayor en III grupo derecho de 26 x 13 mm, izquierda 27 x 14 mm con pérdida de su relación córtico medular.

leucocitos 18580 cel/mm³ linfocitos 32% linfocitos reactivos 6%, Glucosa: 185 mg/dl, urea: 41 mg/dl, creatinina: 0,57 mg/d, TGO : 50 U/l, TGP 28 U/l, billirubina total: 3.03 mg/dl, a predomino directo: 2.07 mg / ml, GGTP 320 U/l, fosfatasa alcalina 535 U/l, DHL: 2256 U/l, TORCH negativo, INMUNOBLOT HTLV-I POSITIVO, β2 microglobulina: 3.56 (0.8 -2.2 mg/L)

Biopsia de piel: infiltrado dermal por escasos linfocitos atípicos sin epidermotropismo con infiltrado intersticial y perivascular con inmunohistoquímico CD3+, CD4+ (10%), CD8+ (80%), CD19-, CD20-, CD 45+, GRANZYMA: negativo, PERFORINA: negativo, TdT: negativo.

Conclusiones. Se describe a un varón con infección HTLV- I que presenta un linfoma cutáneo primario tipo micosis fungoides con una variedad fenotípica CD4 y CD8 ambos positivos lo cual resulta ser una variedad poco reconocida.

I-16

POLISEROSITIS COMO PRESENTACIÓN INUSUAL DE TUBERCULOSIS MILIAR COMPLICADA: REPORTE DE CASO

BASTIDAS MELISSA, BASTIDAS J, BORJA W, VIZCAÍNO Y, BORRÉ D.

ESE-Hospital Universitario del Caribe, Cartagena, Colombia.

Introducción. La poliserositis tuberculosa definida por la coexistencia de tuberculosis pleural, peritoneal y pericárdica, es una complicación infrecuente de la tuberculosis miliar, representa el 1,1% de todas las causas de poliserositis; la sospecha clínica inicia con el compromiso de dos o más serosas por exudado linfocitario, con aumento de ADA (Adenosin Deaminasa), confirmando el diagnóstico la presencia de granulomas caseificantes por biopsia. El objetivo es presentar un informe de caso de paciente con tuberculosis miliar que debutó con poliserositis.

Diseño. Presentación de caso.

Métodos. Se plantea el reporte de un caso.

Resultados. Masculino de 25 años, consultó por cuadro de 4 meses de fiebre subjetiva, diaforesis nocturna, pérdida de peso y disnea. Presentó murmullo vesicular abolido en bases, hepatomegalia dolorosa y ascitis. Laboratorios reportan leucopenia con linfopenia; proteína C reactiva, anticuerpos antinucleares y serología para VIH negativos. Los estudios de imágenes revelan derrame pleural bilateral y derrame pericárdico sin signos de taponamiento. Líquido pleural y ascítico de tipo exudado linfocitario con ADA en ambas muestras negativo y proteínas totales en líquido ascítico de 5.6 g/dl. Se realiza un segundo citoquímico de líquido ascítico, con ADA esta vez en 45, y se recibe reporte de biopsia de peritoneo con reacción inflamatoria crónica granulomatosa caseificante. Dada la alta probabilidad de tuberculosis se inició terapia antifímica con remisión de la sintomatología.

Conclusión. El diagnóstico de tuberculosis miliar requiere un alto índice de sospecha, sobretudo en presentaciones inusuales como la poliserositis, entidad que ha sido olvidada a través de los años, con altos índices de infradiagnóstico, por tanto, es primordial la adecuada realización de ADA en el líquido analizado, en especial en áreas endémicas, para su reconocimiento precoz.

I-17**SÍNDROME DESTRUCTIVO DE LÍNEA MEDIA SECUNDARIO A FISTULA NASO PALATINA POR ACTINOMICOSIS**

KATIME ABRAHAM, ORDOÑEZ K, GUTIÉRREZ D, SUAREZ H, PEDRAZA L, PUELLO G.

Clínica Mar Caribe, Universidad Metropolitana, Santa Marta, Colombia.

Introducción. El síndrome de destrucción de línea media tiene múltiples causas dentro de estas las infecciones por actinomicosis una bacteria Gram positiva anaerobia que afecta principalmente la zona nasofaríngea en un 50 % de los casos; el agente causal más común es el *Actinomyces israelí*; enfermedad poco común con escasos reportes a nivel mundial y nacional.

Métodos. masculino 54 años, que acude por rinorrea mucopurulenta de 7 meses de evolución odinofagia y fiebre, se observa ulceración palatina más pérdida de úvula, realizándose una impresión diagnóstica de síndrome de destrucción de línea media del paladar, se ordena biopsia de lesión faríngea para estudio microbiológico e histopatológico.

Resultados. Histopatología reporta un denso exudado inflamatorio rico en histiocitos y polimorfo nucleares encontrándose inmersos, gránulos sulfurosos compatibles con actinomicosis.

Conclusiones. En esta patología siempre se debe descartar como causa de la misma el origen infeccioso y debemos tener en cuenta que La actinomicosis Al contrario de la nocardiosis es una enfermedad endógena en la que para el diagnóstico se debe realizar un estudio histológico que nos muestra la secreción de “gránulos de azufre” que consisten en conglomerados de microorganismos provenientes de fístulas, la cual es típica de esta enfermedad, el tratamiento antimicrobiano se puede extender hasta los 12 meses según la gravedad de la lesión.

I-18

CARACTERIZACIÓN DE 296 PACIENTES VIH ATENDIDOS EN EL HOSPITAL ESCUELA, EN EL SEGUNDO PERIODO DEL 2015

DÍAZ ROMERO JOSÉ, DÍAZ-SALAZAR L.

Hospital Militar Hospital Escuela Universitario, Honduras.

Diseño. Estudio Descriptivo transversal.

Objetivos. Determinar las características clínico y laboratorio de los pacientes VIH atendidos en el Hospital Escuela Universitario.

Método. Se realizó una entrevista recolectando datos clínicos medidas antropométricas, estudios de laboratorio e imagen para determinar las características clínicas de laboratorio de los pacientes VIH atendidos en el Hospital Escuela Universitario.

Resultados. Se encontró que el 8% de los pacientes tenían PPD positiva y eran asintomáticos respiratorios, el 17% tenían bajo peso, el 22.6% tenían menos de 200 CD4, y el 29.4% tenían Rx de tórax con secuelas de Tuberculosis.

Conclusión. La mayoría de los pacientes atendidos con VIH se encontraba asintomáticos, con tratamiento ARV, en buen estado inmunológico, con un 23% de riesgo para adquirir tuberculosis.

I-19**ESTRONGILOIDIASIS BRONQUIAL ASOCIADO A COINFECCIÓN CON TUBERCULOSIS PULMONAR**

PATÍÑO LF, RAMÍREZ DIANA CRISTINA, GIL P, PULIDO J, GARCÍA OM, GALINDO L, LUTZ JR.

Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia.

Objetivo. Describir un caso clínico

Métodos. Estudio descriptivo, reporte de caso

Resultados. Paciente femenina de 34 años con infección por VIH desde 2010, para el cual no recibió tratamiento hasta el año 2016, para ese momento presentaba carga viral de 59.867 copias y conteo de CD4: 4 células/mm³. Antecedentes importante: toxoplasmosis cerebral, aspergilosis angioinvasiva, criptococosis meníngea y neumonía por *P. jirovecii*. Adicionalmente síndrome de Guillan Barré y Linfoma Hodgkin Clásico Ann Harbor II variedad esclerosis nodular. Consulta por dolor intenso en muslo izquierdo y febrícula, ahora con recuento CD4: 115 células/mm³ y carga viral 130 copias. Abordaje diagnóstico: Se encuentra lesión en fémur distal compatible con infarto óseo vs infección a este nivel, se llevó a biopsia abierta la cual no reportó anormalidades. Paralelamente refería síntomas respiratorios: tos hemoptoica de 3 meses de evolución. Se tomaron baciloscopias negativas, radiografía de tórax y TACAR, en donde se evidencia atelectasia de lóbulo medio. Se lleva a fibrobroncoscopia encontrando masa que obliteraba bronquio para el lóbulo medio y material caseoso. Se tomaron biopsias que reportaron proceso granulomatoso necrosante. En la citología del lavado broncoalveolar, se realiza coloración de Gomory, compatible con una única estructura: *Strongyloides stercoralis*. Se inicia ivermectina. El cultivo de éste reporta tuberculosis pulmonar como co-infección; se inicia tetraconjugado.

Conclusiones. La infección por *S. stercoralis* aunque causa rara, debe tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial del síndrome lóbulo medio. La infección puede diseminarse como resultado de cambios en la fase larva y principalmente afecta al pulmón. Se ha planteado aumento de inflamación local, invasión por larvas y carga de citoquinas de células Th2, generando mecanismos de obstrucción bronquial. Aunque se puede dar en pacientes inmunocompetentes, la infección sistémica es más frecuentemente vista en inmunocomprometidos como el caso de nuestra paciente.

I-20**MIASIS FORUNCULOIDE POR *DERMATOBIA HOMINIS*
IMPORTADO EN COLOMBIA. PRIMER CASO INFORMADO**

SIERRA-MERLANO RITA, SIERRA-JURADO D, MARTÍNEZ-SIERRA MT.

Universidad de Cartagena, Cartagena. Colombia.

Introducción. La miasis es la infestación en humanos vivos (o animales vertebrados) por larvas de insectos del orden Diptera (mosca) que en Colombia se llama “nuche”. Las miasis se clasifican geográficamente en: rural, urbana, foránea (importada) o nativa y nosocomial. *D. Hominis* se distribuye ampliamente en Latinoamérica y la infestación se relaciona, en las zonas endémicas con higiene deficiente e indigencia. En años recientes se ha informado miasis forunculoide por *D. Hominis* importadas, en viajeros europeos procedentes de zonas endémicas latinoamericanas.

Objetivo. Llamar la atención sobre la posibilidad de miasis por *D. hominis* importada en viajeros con forunculosis procedentes de áreas endémicas y enfatizar la búsqueda de los signos clínicos diagnósticos.

Diseño. Informe del caso.

Resultado. Presentación del caso. Sujeto masculino de 32 años, Israelí, sin antecedente de inmuno-supresión. Consulta por nódulos dolorosos, eritematosos y pruriginosos en testículo izquierdo y codo izquierdo con orificio central y secreción sero-sanguinolenta y sensación de movimiento en las lesiones. Procedente de la selva neo-tropical en Bolivia, Sur America recibió tratamiento para forunculosis sin mejoría. Sin signos de compromiso sistémico, a la digito presión de los nódulos protruye cuerpo móvil con apariencia de larva. Con sospecha de miasis forunculoide se aplica parafina a la lesión y se extraen dos especímenes. Por las características morfológicas se clasificaron como larvas de *D. Hominis* estadio dos

Conclusión. El interés de este caso es resaltar la importancia de la sospecha clínica de miasis por *D. Hominis* forunculoide en sujetos provenientes de zonas endémicas, que no responden al tratamiento convencional, con características clínicas de miasis que difieren epidemiológicamente de los casos nativos No encontramos casos previos de forunculosis por *D. Hominis* importada en Colombia.

I-21**HIDATIDOSIS POLIQUÍSTICA TROPICAL POR *ECHINOCOCCUS VOGELI*. REPORTE DE UN CASO.**

YUCUMÁ-GUTIÉRREZ SAMUEL, DURÁN-GUTIÉRREZ LF, ESCOBAR-MONTEALEGRE F, MONDRAGÓN-CARDONAA.

Departamento de Medicina Interna, Universidad Surcolombiana, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Neiva, Huila, Colombia.

Introducción. La hidatidosis poliquística tropical en una entidad característica en regiones de Suramérica especialmente en áreas rurales donde se consume carne de pacas y perros de monte. Clínicamente tiene una instalación insidiosa con dolor abdominal y presencia de alteración en pruebas de función hepática e ictericia.

Caso clínico. Se presenta el caso de una paciente femenina de 47 años de edad, habitante del sur de Colombia con presencia de lesiones poliquísticas hepáticas e ictericia asociados a hallazgos quirúrgicos e histológicos compatibles con *Echinococcus vogeli*. Se realizó diagnóstico molecular por secuenciación Ev3-ev5 con reacción en cadena de la polimerasa (PCR), logrando amplificación de 188/188 pares de bases con compatibilidad completa para genoma mitocondrial del 100% para *Echinococcus vogeli*.

Discusión y conclusiones. Hace 30 años se reconoció que las tumoraciones poliquísticas en 13 pacientes autóctonos de países tropicales sudamericanos eran producidas por una nueva especie de parásitos, el *Echinococcus vogeli*, ahora se conocen 200 casos en 12 países (desde Panamá hasta Brasil y Perú). Esta enfermedad emergente era casi desconocida en los países de clima tropical de Suramérica, es evidente que el área endémica de la hidatidosis quística por el *E. granulosus* en Sur América está limitada a regiones templadas de cría de ovinos, bovinos, porcinos, caprinos y equinos en la Argentina, Uruguay, Chile, Perú y Sur del Brasil. El presente es el primer caso de hidatidosis poliquística tropical por *E. vogeli* en nuestra región, procedente de una zona donde es común el consumo de carne de boruga (*Cuniculus paca*)

Palabras clave. hidatidosis poliquística tropical, *Echinococcus vogeli*, Colombia.

I-22

ENFERMEDAD DE KAWASAKI: CASO CLÍNICO DE UN ADULTO CON FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO

MARIA JULIANA PIZZA RESTREPO, RESTREPO-CORREA RC, PINTO LF, ERAZO RM, RESTREPO M, MUÑOZ C, MÁRQUEZ JD, ANDRÉS ECHEVERRI A.

Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

Introducción. La enfermedad de Kawasaki también conocido como síndrome mucocutáneo linfonodular, es una vasculitis necrotizante aguda de medias y pequeñas arterias, cuya complicación se relaciona con aneurismas coronarios. La enfermedad de Kawasaki no es una causa frecuente de fiebre de origen desconocido y mucho menos de aparición en adultos, por lo tanto, podría ser subdiagnosticada, teniendo en cuenta que la presentación difiere a la de los niños.

Presentación del caso clínico. Hombre de 35 años, residente en Medellín, sin antecedentes patológicos de importancia, antecedente de viaje reciente al desierto de Tatacoa (Huila). Consulta por cuadro de 20 días de evolución de síndrome febril persistente, de predominio vespertino, asociado a odinofagia y brote micropapular eritematoso con posterior descamación en inglés, glúteos, manos y pies, además de conjuntivitis bilateral no supurativa de 5 días de duración y mialgias generalizadas.

Al examen físico se encuentra un paciente febril, con uveítis anterior no granulomatosa bilateral, eritema faríngeo, placas descamativas eritematosas bipalpebrales en pliegues y región inguinal.

Se inicia manejo con gammaglobulina y aspirina, con mejoría clínica, resolución del síndrome febril y de las lesiones cutáneas.

Discusión. La enfermedad de Kawasaki es una vasculitis de pequeño a medio vaso, aguda y autolimitada, que afecta principalmente a niños, puede ocurrir en adultos, aunque es inusual y su presentación es diferente. Los adultos presentan con mayor frecuencia adenopatía cervical (93% de los adultos vs. 15% de los niños), hepatitis (65% vs. 10%) y artralgias (61% vs. 24-38%). En contraste, los adultos son menos frecuentemente afectados por meningitis (10% vs. 34%), trombocitosis (55% vs. 100%) y aneurismas coronarios (5% vs. 18-25%).

Se han notificado menos de 60 pacientes con enfermedad de Kawasaki en adultos, la mayoría de los cuales presentan entre 18 y 30 años.

I-23**ENCEFALITIS HEMORRAGIA POR INFLUENZA A H1N1:
PRESENTACION DE UN CASO.**

RAMIREZ CRISTHIAN, GONZALEZ G, CLAROS K, CUADROS L.

Departamento de Medicina Interna y Semillero de Investigación en Medicina Interna (SIMI), Universidad Surcolombiana. Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Neiva Huila.

Universidad UDCA y Medica Fundación Universitaria Juan N Corpas. Bogotá D.C.

Introducción. Las complicaciones neurológicas asociadas a los virus respiratorios (en especial la influenza) son descritas de manera poco frecuente. Particularmente el virus Influenza A subtipo H1N1 tiene pocos reportes, la mayoría de las cuales provienen de niños y adultos jóvenes.

Presentación del caso. Paciente masculino inmunocompetente, de 69 años de edad con un cuadro clínico de 5 días de evolución de febril y síntomas respiratorios, con deterioro progresivo, compromiso respiratorio y multisistémico con requerimiento de soporte ventilatorio, vasoactivo, metabólico y renal. Luego de la extubación notan en el paciente una inadecuada respuesta neurológica con cuadro encefalopático, sin ninguna interacción con su medio exterior, sin la capacidad de obedecer órdenes sencillas y sin compromiso de la función motora. En su tomografía se encontraron múltiples focos hiperdensos diseminados tanto a nivel cortical- subcortical en todos los lóbulos cerebrales, sin otro particular. Su obtuvo confirmación por reacción en cadena de la polimerasa de virus Influenza AH1N1. El cuadro neurológico mejoro previo a su egreso con neuroimagen de control dentro de la normalidad.

Discusión. Las complicaciones neurológicas de esta infección son una manifestación infrecuente; la mayoría provienen de reportes de casos y series de casos. La variante de encefalitis hemorrágica es una forma poco usual, con una incidencia al momento desconocida. Las entidades patológicas descritas han sido clasificadas en 5 subtipos de encefalopatía, la miopatía, movimientos anormales con compromiso de la vía extrapiramidal, mielitis trasversa, el síndrome de Guillain Barré, y la encefalomiелitis aguda diseminada post-infecciosa.

I-24**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE INFECCIONES DE VÍAS URINARIAS PRODUCIDAS POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO EN DUITAMA (COLOMBIA), DURANTE 2010-2015**

MÉNDEZ FANDIÑO YARDANY RAFAEL, CAICEDO-OCHOA EY, GUIO-GUERRA SA, FERNÁNDEZ-NIÑO DS, URRUTIA-GÓMEZ JANDRÉS, PRIETO ACA.

Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja, Colombia.

Objetivo. Caracterizar las infecciones de vías urinarias (IVU) producidas por enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) en Duitama (Colombia) durante 2010-2015.

Metodología. Se realizó un estudio descriptivo en 2 instituciones prestadoras de salud a partir de los aislamientos de patógenos BLEE asociados a IVU. Se tomaron variables sociodemográficas, comorbilidades, hospitalizaciones por IVU en el último año, agentes aislados, tratamiento empírico y dirigido, y respuesta clínica.

Resultados. Se obtuvo un registro de 169 pacientes, con edad promedio de $66,01 \pm 19,19$; el 55,62% eran mayores de 65 años; el 59,2% eran de género femenino y el 73,6% provenían del área urbana. Las comorbilidades más frecuentes fueron enfermedad pulmonar obstructiva crónica (26%), diabetes (24,9%) y enfermedad renal crónica (16%), con un índice de Charlson de $4,43 \pm 2,61$. El 61,6% había sido hospitalizado en el último año a causa de IVU. Los agentes aislados más comunes fueron *Escherichia coli* (94,7%) y *Klebsiella spp.* (2,4%). Los tratamientos empíricos usados fueron ampicilina/sulbactam (15%), ciprofloxacino (29,6%) y nitrofurantoína (10,7%). Frente al tratamiento dirigido, el 36,7% no recibió ningún escalonamiento, el 32% fue tratado con ertapenem y el 8,9% con piperacilina/tazobactam. La mortalidad fue del 5,9% y la estancia hospitalaria fue en promedio de $7,24 \pm 7,43$ días.

Conclusión. Los datos regionales son similares a los datos mundiales. Frente al tratamiento empírico se debe realizar una revaloración, ya que las guías actuales no recomiendan el uso de ciprofloxacino. También se debe hacer mejor seguimiento a las BLEE, ya que hay fallas en cuanto al tratamiento dirigido en gran porcentaje de las cepas.

I-25**FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO: PRESENTACIÓN INUSUAL DE INFECCIÓN POR PARVOVIRUS B19**

GARCÍA AF, VALLEJO F, LÓPEZ I, RÍOS C, BALCÁZAR CARLOS MARIO, BEDOYA V, CASTAÑO O, OCAMPO JM.

Universidad Libre y Clínica Nueva Rafael Uribe (Cali – Colombia)

Introducción. La fiebre de origen desconocido se caracteriza por presencia de temperatura superior a 38.3°C durante al menos 3 semanas, sin tener un diagnóstico después de 3 días de estancia hospitalaria o después de 3 visitas ambulatorias; cuenta con una amplia variedad de diagnósticos diferenciales, y determinar la causa de la fiebre es un desafío para el cuerpo médico.

Diseño: estudio descriptivo de caso.

Metodología. Se revisó retrospectivamente la historia clínica de un paciente hospitalizado en sala de medicina interna de la Clínica Nueva Rafael Uribe, de la ciudad de Cali. Se revisó la literatura y se desarrolló el caso.

Resultados. Hombre de 36 años, con cuadro clínico de 4 semanas de evolución consistente en alzas térmicas cuantificadas en 39°C acompañado de mialgias limitantes y lesiones eritematosas en gastroneumios. Laboratorios evidenciaron reactantes de fase aguda elevados. Inicialmente se manejó con doxiciclina por sospecha de celulitis, sin mejoría luego de 5 días de tratamiento, persistió febril; se suspendió antibiótico. No se encontró un foco infeccioso claro, con estudios reumatológicos negativos, linfopenia, pero finalmente reportó anticuerpos IgM e IgG para parvovirus B19, de 7.2 (positivo) y 3.8, respectivamente. Se estableció el diagnóstico de infección por parvovirus B19, recibió manejo sintomático con posterior resolución clínica.

Conclusiones. La infección por parvovirus B19 en adultos es poco frecuente, con pocos reportes descritos en la literatura. Responde a un fenómeno inmunopatológico mediado por depósito de inmunocomplejos, con manifestaciones heterogéneas que dependen del estado inmunológico y hematológico del paciente, lo que dificulta su diagnóstico. La importancia del reconocimiento del mismo radica en evitar el contagio de población en riesgo.

I-26**POLINEUROPATIA DESMIELINIZANTE INFLAMATORIA AGUDA POSTERIOR A INFECCION POR *PLASMODIUM FALCIPARUM***

OSORIO CV, CASANOVA MARÍA EUGENIA, BRAVO V, SANTRICH M, CHALARCA GC, VELASCO M, CÁRDENAS JM.

Universidad Libre y Centro Nuestra Señora de los Remedios, Cali, Colombia.

Introducción. Las manifestaciones neuropsiquiátricas de la malaria son variables las cuales pueden presentarse en presencia y/o ausencia de la parasitemia, siendo la polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda (Síndrome de Guillain Barré), una complicación poco frecuente posterior a la infección. Son alrededor de 23 casos reportados en el mundo hasta el momento, especialmente en Asia y África; este es el primer caso reportado en Colombia y el segundo en Latinoamérica.

Diseño. Descripción de un caso.

Métodos: revisión retrospectiva de historia clínica hospitalaria. El paciente firmó consentimiento informado. Se revisó la literatura y se realizó la comparación con el caso.

Resultados: paciente masculino de 47 años con antecedente infección por *Plasmodium Vivax* dos meses previos, quien ingresa por nuevo episodios febril asociado a anemia, elevación de transaminasas, cuadriparesia arreflexica ascendente con nueva gota gruesa positiva para *Plasmodium Falciparum* por lo cual se inicia tratamiento Artemeter + Lumefantrín. Posterior a esto, a pesar de la negativización de la gota gruesa, hay empeoramiento del déficit motor hasta cuadriplejía asociándose a paresia facial periférica bilateral, hipoestesia distal en extremidades y dificultad respiratoria con requerimiento de soporte ventilatorio invasivo. Se realiza punción lumbar sin disociación albumino citológica y electromiografía con polineuropatía desmielinizante aguda. Se descarta coinfección por dengue y Zika. Se hace intervención con Inmunoglobulina intravenosa a 2gr/kg distribuidos en 5 días, con recuperación notable, extubación temprana y deambulación independiente al tercer día de la infusión.

Conclusiones: La polineuropatía desmielinizante inflamatoria aguda posterior a la infección por *Plasmodium sp* es rara, pero puede llevar a muerte por falla ventilatoria y disautonomías, por lo cual es importante su identificación e intervención temprana.

I-27**HEMATOMA SUBDURAL AGUDO SECUNDARIO A LEPTOSPIROSIS HUMANA**

QUINTERO DC, VARELA MJ, TABARES A, GÓMEZ DIEGO MAURICIO, VELASCO M.

Universidad Libre y Clínica Nuestra, Cali, Colombia.

Introducción. La leptospirosis humana es una zoonosis reemergente causada por espiroquetas patógenas del género leptospira sp, la forma mas grave es la enfermedad de Weil, caracterizada por afectación hepática y renal. Las complicaciones neurológicas son frecuentes, sin embargo el hematoma subdural secundario a esta patología a sido poco descrito en la literatura.

Diseño. Estudio descriptivo de caso.

Metodología. Se reviso retrospectivamente la historia clínica de un paciente hospitalizado en una sala general de medicina interna. El paciente firmo consentimiento informado. Se reviso la literatura y se realizó la comparación con el caso.

Resultados. Paciente de 37 años, procedente del área rural, con antecedente de exposición a roedores que ingresó por cuadro clínico de 5 días de evolución de fiebre, mialgias en gastrocnemios, dolor abdominal y posteriormente ictericia franca, se documentó alteración de pruebas hepáticas, elevación de azoados e IgM para leptospira positiva considerándose caso confirmado de leptospirosis. Se inició manejo con Ceftriaxona. Durante su hospitalización presenta episodio convulsivo, TAC de cráneo contrastado evidenció colección subdural no traumática en región frontal derecha requiriendo drenaje quirúrgico. El paciente evolucionó hacia la mejoría con descenso de pruebas hepáticas, sin presentar secuelas neurológicas.

Conclusiones. La leptospirosis es la segunda causa de síndrome febril agudo en Colombia; la meningitis aséptica es la forma mas frecuente de compromiso de sistema nervioso con un 20%, además se han reportado casos de accidente cerebrovascular isquémico, hemorrágico, encefalitis aguda y crónica. El hematoma subdural es una de las presentaciones más atípicas de las complicaciones de esta zoonosis, su mecanismo es poco claro pero se considera secundario a una vasculitis difusa con lesión de la microcirculación.

I-28**MUCORMICOSIS RINOCEREBRAL: UNA ENFERMEDAD PARA CONSIDERAR**

GARCÍA V, CASTAÑO O, MURGUEITIO C, VARÓN C, BALCÁZAR CARLOS MARIO, CASANOVA ME, OCAMPO JM.

Universidad Libre, Clínica Nuestra Señora de los Remedios y Universidad, Cali, Colombia.

Introducción. La mucormicosis rinocerebral es una infección oportunista de baja incidencia que se presenta en individuos inmunocomprometidos y principalmente en neoplasias hematológicas. Es causada por un hongo aerobio saprofito con bajo potencial de virulencia causando daño endotelial e isquemia de los tejidos adyacentes siendo potencialmente mortal.

Diseño: Estudio descriptivo de caso.

Metodología. Se revisó retrospectivamente la historia clínica de un paciente hospitalizado en sala general de medicina interna. Se revisó la literatura y se desarrolló el caso.

Resultados. Masculino de 19 años quien consulta por cuadro de 15 días de evolución de fiebre y síntomas constitucionales. Durante la hospitalización se documentó pancitopenia que requirió biopsia de médula ósea que reportó leucemia linfoblástica aguda de células B. Posteriormente presentó episodios de cefalea holocraneana y cambios del comportamiento por lo que se realizó resonancia magnética cerebral que mostro masa quística de paredes gruesas parieto-occipital derecha con edema vasogénico y desplazamiento de línea media. Se llevó a resección quirúrgica de lesión intraparenquimatosa con aspecto quístico necrótica y poco vascularizada La descripción microscópica patológica mostró proceso inflamatorio necrotizante granulomatoso y abscedado con hifas abundantes, compatible con mucormicosis. El paciente completo tratamiento antifúngico con buena respuesta clínica y fue dado de alta.

Conclusión. La mucormicosis rinocerebral es una entidad poco frecuente, que se presenta en pacientes con estados de inmunosupresión y cuyo diagnóstico se hace mediante estudios imagenológicos y se confirma mediante cultivos y patología. Su tratamiento es a base de anfotericina B. el diagnóstico temprano, el tratamiento médico quirúrgico oportuno y el manejo de la inmunosupresión de base puede mejorar los desenlaces clínicos en estos pacientes.

I-29**EVALUACIÓN DEL PANEL DE IDENTIFICACIÓN SANGUÍNEO FILMARRAY® (PCR MULTIPLE ANIDADA) EN LA DETECCIÓN DE CANDIDEMIA COMPARADA CON PRUEBAS FENOTÍPICAS**

MARCO SOLARTE, JARAMILLO L, ORTEGA R, SOLARTE A, BACCA J, DAVILA M, ESTRADA M, CERÓN M, RODRIGUEZ-MORALES A.

Hospital Departamental de Nariño, Pasto, Colombia.

Grupo de Investigación Salud Pública e Infección, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia.

Introducción. La frecuencia de candidemias como causa de sepsis es creciente en el mundo. Los métodos tradicionales para detección de fungemias son ineficaces. El panel sanguíneo Filmarray®, ofrece posibilidad de detección de *Candida spp.* en torrente sanguíneo, en una hora, a partir de hemocultivos positivos. El objetivo del estudio fue evaluar los resultados obtenidos por Filmarray® en la detección de candidemias y compararlas con pruebas fenotípicas.

Diseño. Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Metodología. Se analizaron 233 botellas positivas de sangre de pacientes internados en hospital de tercer nivel, de julio 2015 a mayo 2017. Se utilizó el método de PCR anidada filmarray® y se comparó con resultados obtenidos en el equipo MicroScan. Análisis de datos con índice kappa (κ) a través de Epidat.

Resultados. De las 233 muestras, 26 fueron *Candida spp.* (11,2%). De estas, 8 correspondieron a *Candida albicans*, 14 a *Cándida parapsilosis*, 3 a *Candida glabrata* y 1 *Candida tropicalis*. Del total 11 (45,8%) fueron monofúngicas con concordancia con pruebas fenotípicas del 100% ($\kappa=1$) y 13 (54,2%) ($\kappa=0.5$) polimicrobianas. En 2 casos se identificaron 2 especies diferentes de *candida*, lo cual explica que las detecciones sean mayores que el número de pruebas. En

87,5% de los casos iniciaron tratamiento, 41,6% de los pacientes fallecieron. Los diagnósticos fueron: 54,1% sepsis abdominal, 12,5% sepsis pulmonar, 12,5% politraumatismo, 8,3% cáncer, 8,3% enfermedad autoinmune, 4,1% estenosis esofágica química.

Conclusión. La identificación de *Candida spp.* por métodos moleculares tiene ventajas sobre pruebas convencionales en menor tiempo de detección e identificación de *candidas* en muestras polimicrobianas

I-30**DETECCION DE GENES DE RESISTENCIA BACTERIANA APARTIR DE HEMOCULTIVOS POSITIVOS OBTENIDOS POR PCR EN EQUIPO FILMARRAY®**

MARCO SOLARTE, JARAMILLO L, ORTEGA R, SOLARTE A, BACCA J, DAVILA M, ESTRADA M, CERÓN M.

Hospital Departamental de Nariño Pasto Colombia.

Introducción. La resistencia bacteriana es un fenómeno creciente en el mundo aumentando la letalidad. Los genes de resistencia permiten a las bacterias defenderse de los antibióticos, siendo especialmente relevante en pacientes sépticos; la PCR anidada filmarray® ofrece que la detección genes como KPC en sangre sea en una hora. El objetivo del estudio fue mostrar los genes detectados a través de PCR anidada y compararlas con métodos fenotípicos (cultivo y pruebas externas). **Diseño** Estudio descriptivo, observacional, corte transversal.

Metodología. Se analizaron 233 botellas positivas de sangre de pacientes internados en hospital de tercer nivel, entre julio 2015 a mayo 2017 en busca de genes de resistencia KPC, mecA y Van A-B por FilmArray® y se comparó con resultados obtenidos en equipo Microscan (cefoxitin) y pruebas de tamizaje externas como APB.

Resultados. De 87 gérmenes gram positivos, el gen mecA se detectó 52 casos (59.7%), en *Staphylococcus aureus*, 8 casos (15.38%) y en *Staphylococcus no aureus*, 44 (84.61%).

De 13 *Enterococos* solo 1 (7,6%) evidencia gen Van A/B

En 161 gérmenes gram negativos, En 26 bacterias se detectó gen KPC, en *Klebsiella Pneumoniae* en 14 casos (53.8 %), *Serratia marcescens* en 4 (15.38 %) y *Pseudomona aeruginosa* 4 (15.38 %), *E. coli* 1 (3.8%) y *Proteus* 1 (3.8%)

En gram positivos la resistencia a la meticilin utilizando microScan se realizó mediante la prueba del cefoxitin y se comparó con la presencia del gen mecA ($\kappa = 1$)

En gram negativos mediante el uso de Ácido fenilborónico permitió determinar la presencia de Carbapenemasas con concordancia del 99,4%.

Conclusiones. El instrumento Filmarray® detecta en menor tiempo genes de resistencia, con alta correlación con pruebas fenotípicas y externas.