

Neumología

Pneumology

NM-1

PULMÓN HIPERLÚCIDO UNILATERAL (SÍNDROME DE SWYER-JAMES O DE MC-LEOD)

RESTREPO ANDREA, CALLE MATEO, THORRENS JOSÉ GREGORIO, ORTEGA JORGE.

Unidad de Neumología, Clínica Cardiovid, Medellín, Colombia.

Introducción. Síndrome de Swyer-James o de Mc-Leod es una enfermedad poco frecuente y compleja, que debe formar parte del diagnóstico diferencial de los cuadros de hiperlucidez pulmonar, su importancia radica en el adecuado estudio imagenológico y exclusión de diagnósticos diferenciales. Por tratarse en la mayoría de los casos de un hallazgo incidental suele ser mal diagnosticado con implicaciones terapéuticas y diagnósticas para los pacientes.

Resumen. Mujer de 49 años quien ingresa al servicio de urgencias por crisis hipertensiva, en los estudios se evidencia falla cardíaca con hipertrofia ventricular, en resonancia cardíaca con sospecha de sarcoidosis cardíaca. La paciente refiere episodios de tos seca de varios años de evolución por lo cual se ordena Rayos X de tórax por sospecha de sarcoidosis pulmonar sin embargo en imagen se observa hiperlucidez en ápice izquierdo, se realiza TAC de tórax contrastado con hiperlucidez del lóbulo superior izquierdo con disminución de la vascularización pulmonar. No se evidenciaron signos de obstrucción bronquial, atresia o tromboembolismo pulmonar por lo cual se realiza diagnóstico de síndrome de Swyer-James o de Mc-Leod.

Discusión. Síndrome de Swyer-James o de Mc-Leod se caracteriza por área de hiperlucidez en un pulmón, un lóbulo o parte de un lóbulo pulmonar. Se asocia con infecciones respiratorias en la infancia y en la mayoría de los casos es una entidad asintomática. El diagnóstico es imagenológico y se deben descartar diagnósticos diferenciales de mayor prevalencia. No requiere estudios histológicos complementarios y el tratamiento se basa en la prevención de infecciones recurrentes y en casos graves manejo quirúrgico. Puesto que se trata de una entidad poco frecuente, este fenómeno constituye un reto clínico difícil de identificar.

NM-2

SÍNCOPE RECURRENTE CAUSADO POR HIPERTENSIÓN PORTOPULMONAR COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE CIRROSIS HEPÁTICA

RESTREPO ANDREA, TRUJILLO DANIELA, THORRENS JOSÉ GREGORIO.

Facultad de Medicina, Clínica Cardio VID, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Introducción. El síncope es un síntoma común en pacientes con hipertensión arterial pulmonar, sin embargo, en hipertensión portopulmonar se han reportado pocos casos. La hipertensión portopulmonar se encuentra en 2-20% de los pacientes con cirrosis hepática principalmente causada por alcohol, hepatitis C y hepatitis autoinmune. En raros casos los síntomas de hipertensión pulmonar preceden las manifestaciones secundarias a hipertensión portal, por lo cual es de vital importancia reconocer e identificar esta patología para impactar de forma temprana en el pronóstico y mortalidad de los pacientes.

Resumen. Hombre de 31 años, sin antecedentes personales, consulta por presentar cuadros recurrentes de síncope, al ingreso en ecocardiografía con dilatación de cavidades derechas y signos indirectos sugestivos de hipertensión pulmonar, por lo cual es llevado a cateterismo derecho donde se confirma hipertensión pulmonar del grupo 1, durante la hospitalización con bicitopenia dada por trombocitopenia y leucopenia, en estudios con antígeno de superficie de hepatitis B positivo y cambios ecográficos de cirrosis hepática comprobados por histología donde se descartó componente autoinmune, además hallazgos de hipertensión portal dados por varices esofágicas, se realiza diagnóstico de hipertensión porto pulmonar y se inicia manejo con inhibidor de fosfodiesterasa-5 y antiviral con mejoría clínica.

Discusión. La hipertensión portopulmonar es una complicación poco común de la cirrosis hepática y una indicación de trasplante hepático en un número considerable de casos, se manifiesta aproximadamente 4 a 7 años después del inicio de hipertensión portal, por lo que es infrecuente la aparición de síntomas cardiopulmonares antecediendo las complicaciones más frecuentes de la enfermedad hepática crónica lo que hace que sea un reto clínico difícil de identificar, el diagnóstico se realiza por cateterismo cardíaco derecho y el manejo es multidisciplinario, requieren inicio de terapia específica para hipertensión pulmonar e ingresar a un centro de trasplantes por su mal pronóstico a mediano plazo.

NM-3

NEUMONÍA ORGANIZADA SECUNDARIA AL TRATAMIENTO CON AMIODARONA, UN RETO CLÍNICO

RESTREPO ANDREA, CALLE MATEO, CAMPO FELIPE.

Unidad de Neumología, Clínica CardioVID, Medellín, Colombia.

Introducción: La amiodarona es reconocida por producir toxicidad pulmonar como uno de sus efectos adversos más serios, los cuales ocurren aproximadamente en un 5-10% de los casos. Mientras que la neumonitis intersticial crónica es la presentación más común, la neumonía organizada ha sido rara vez reportada. Su importancia radica en el difícil reconocimiento de esta entidad y la buena respuesta y reversibilidad una vez se inicia manejo con esteroides sistémicos concomitantemente con el retiro del medicamento.

Resumen: Hombre de 53 años, con antecedente de falla cardíaca de origen isquémico en manejo crónico con amiodarona 200mg/ día desde hace 5 meses, hospitalizado por falla cardíaca descompensada, durante hospitalización inició con aumento de reactantes de fase aguda y hemoptisis, sin síntomas infecciosos asociados, en TAC de tórax simple evidencia de consolidación derecha en lóbulo medio con signo del halo invertido. Se realizó diagnóstico presuntivo de neumonía organizada inducida por amiodarona, se retiró el medicamento y se inició manejo con prednisona a 0.5mg/kg/ día con mejoría tanto imagenológica como de los síntomas respiratorios.

Discusión: El signo del halo inverso ha sido descrito como un signo patognomónico de neumonía organizada criptogénica, el cual está presente hasta en un 19% de los estudios tomográficos. También se puede encontrar en neumonías organizadas secundarias, siendo la amiodarona una causa poco frecuente de esta entidad.

El diagnóstico es imagenológico y se deben descartar diagnósticos diferenciales prevalentes como infecciones y entidades neoplásicas. Los estudios histológicos carecen de rendimiento para el diagnóstico de esta entidad y el tratamiento se basa en la suspensión del medicamento e inicio de prednisona a una dosis de 0.5-1mg/kg/día con una mejoría rápida tanto clínica como imagenológica. Puesto que se trata de una entidad poco frecuente, este fenómeno constituye un reto clínico difícil de identificar.

NM-4

¿CUÁL ES EL MEJOR CUESTIONARIO PARA IDENTIFICAR PACIENTES CON LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN COLOMBIA?

GONZÁLEZ ANDRÉS, ROMERO JOSÉ.

GlaxoSmithKline Colombia, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. El diagnóstico y tratamiento oportuno de la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica [EPOC] puede mejorar el pronóstico. Aunque las guías de práctica clínica recomiendan el uso de cuestionarios estandarizados, ninguna sugiere un instrumento en particular. Este estudio busca actualizar la información disponible para facilitar la toma de decisiones en la práctica clínica colombiana.

Diseño. Revisión no sistemática de literatura.

Métodos. Se realizó una búsqueda de estudios de creación o validación al español de cuestionarios para la identificación de pacientes con EPOC publicados entre 2012 y 2017 en MEDLINE y EMBASE. Se extrajeron las características de la población estudiada y la sensibilidad y especificidad del instrumento. Los criterios de evaluación fueron el rendimiento diagnóstico (a partir del cálculo de los valores predictivos ajustados a la prevalencia colombiana) y el número de preguntas como aproximación a la facilidad de uso.

Resultados. Se encontraron estudios para ocho instrumentos. Cuatro evaluaron herramientas en español; cuatro incluyeron sujetos de la población general (tamización) y cuatro de atención primaria.

Para atención primaria los cuestionarios con mejor rendimiento fueron el COPD-PS (5 preguntas, sensibilidad 93,6%, especificidad 64,8%, valor predictivo positivo [VPP] 69,5%, valor predictivo negativo [VPN] 92,2%, área bajo la curva ROC [AUC] 0,79) y el desarrollado a partir del estudio PUMA (7 preguntas, sensibilidad 76,3%, especificidad 69,3%, VPP 41%, VPN 91%, AUC 0,75). Los cuestionarios de tamización con mejor rendimiento fueron el COPD-Q (5 preguntas, sensibilidad 71%, especificidad 70,1%, VPP 19%, VPN 96%, AUC 0,80) y el desarrollado en México a partir del estudio PLATINO (2 preguntas, sensibilidad 91,7%, especificidad 47,4%, VPP 15%, VPN 98%, AUC 0,77).

Conclusiones. Los cuestionarios evaluados identifican los candidatos a espirometría con baja probabilidad de falsos negativos. Con los criterios usados, la mejor opción en Colombia es aplicar el cuestionario COPD-PS en atención primaria.

Este estudio fue patrocinado por GSK (HO-18-19270)

NM-5

POLIANGEITIS MICROSCÓPICA COMO CAUSA DE HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA SILENTE.

BARRAGÁN ANDRÉS, CASTELLANOS DANIELA, CALDERÓN CARLOS.

Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La Poliangeítis Microscópica (PAM) es una vasculitis ANCA positivo y con compromiso de vasos de pequeño y mediano calibre, su incidencia aproximada de 1:100.000 habitantes, y mayor preponderancia en hombres entre los 30-50 años, dentro de las posibles complicaciones asociadas las alteraciones pulmonares representan un 22%.

Diseño: Reporte de caso.

Descripción del caso. Femenina de 67 años, con antecedente de hipertensión y enfermedad renal crónica de reciente diagnóstico, consultó por cuadro de 1 mes de edema facial y miembros inferiores progresivo, al examen físico cifras tensionales elevadas, desaturación y edema periférico, paraclínicos: Anemia de volúmenes normales e hiperazoemia, Radiografía de tórax normal, Ecografía renal: Hipoplasia renal izquierda y Doppler de arterias renales normal, valorada por nefrología sin consideración de biopsia renal por comportamiento como monorrena, P-ANCAS y anti mieloperoxidasa positivos, por lo que se iniciaron pulsos de esteroide, posteriormente presentó deterioro respiratorio dado por presencia de disnea de moderados esfuerzos, sin tos o hemoptisis, se realizó TACAR de tórax evidenciando finas opacidades en vidrio deslustrado, con apariencia de hemorragia alveolar difusa en fase temprana, llevada a Fibrobroncoscopia sin hemorragia, biopsia del lóbulo medio reporta hemorragia alveolar antigua y focos de hemorragia reciente sin vasculitis activa, considerando síndrome pulmón-riñón e inicio de Ciclofosfamida.

Discusión. La Poliangeítis microscópica es una de las principales causas de síndrome pulmón-riñón, la hemorragia alveolar difusa es una de sus presentaciones más rara, su incidencia oscila entre los 8-10 casos por millón, presentándose en el aproximadamente 20% de los pacientes que cursan con PAM, con una clínica variable desde ser asintomática hasta el compromiso ventilatorio, el pilar del manejo es el uso de esteroide sistémico asociado a inmunosupresores tipo Ciclofosfamida, con una tasa de remisión de hasta el 90%, sin embargo por sus efectos adversos el Rituximab podría ser una opción en pacientes jóvenes.

NM-6

SÍNDROME DE EMBOLISMO POR SILICONA UN RETO DIAGNOSTICO

PEDRAZA ATAHUALPA PAOLA ANDREA, TORRES CUELLAR JULIO CESAR, GIRÓN CÁRDENAS MARÍA CAMILA, ÁLVAREZ PERDOMO LUIS CARLOS.

Semillero de Investigación de Medicina Interna- SIMI, Facultad de Salud, Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia.

Introducción. La silicona es un material utilizado principalmente en procedimientos estéticos y cosméticos, cuyo uso deliberado ha venido en aumento debido a que es realizado en lugares clandestinos y en ocasiones autoinyectados, lo que puede conlleva a múltiples complicaciones.

Presentación del caso. Paciente masculino de 18 años de edad quien posterior a autoinyección de 1750cc de silicona presenta dificultad respiratoria y compromiso de su estado neurológico, por lo que se consideró un posible síndrome de embolismo no trombótico por silicona (SES), el cual fue confirmado con los hallazgos paraclínicos y de imágenes diagnósticas, en los cuales se evidenciaban múltiples opacidades, reforzamiento parahiliar y patrón en vidrio esmerilado. A pesar del manejo médico instaurado el paciente presenta deterioro de su condición ventilatoria que posteriormente se asoció a asistolia y su fallecimiento.

Discusión. El SES se produce tras la aplicación de silicona líquida en el tejido subcutáneo que desencadena una respuesta inflamatoria la cual conlleva a manifestaciones locales y sistémicas en las que principalmente se compromete el estado neurológico y respiratorio de los pacientes siendo la embolia pulmonar no trombótica una de las causas menos comunes. El diagnóstico debe hacerse lo antes posible debido a la alta mortalidad de esta entidad, a pesar de esto, la base del tratamiento es el soporte ventilatorio, sin embargo, no en todos los casos se obtienen los resultados esperados como ocurrió en este paciente.

Palabras clave (DeCs). Síndrome de Embolismo por Silicona, Informe de caso, Embolismo pulmonar, Embolismo Pulmonar no trombótico

NM-7

¿EPOC EXACERBADO EN EL ANCIANO? TRAQUEOBRONCOMALACIA COMO MANIFESTACIÓN DE BRONCO-OBSTRUCCIÓN

**BAUTISTA MIER HEIDER, SAAVEDRA ALFREDO, SÁNCHEZ EDGAR,
CALLEJAS ANA.**

Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La traqueobroncomalacia se caracteriza por pérdida de la integridad en las estructuras cartilagosas de la vía aérea favoreciendo el colapso hiperdinámico de la vía aérea. Los síntomas no son específicos dificultando el diagnóstico clínico. La espirometría demuestra obstrucción del flujo espiratorio. En la tomografía estrechamiento de la vía aérea. Puede confirmarse en fibrobroncoscopia.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo tipo presentación de casos.

Resultados

Caso 1. Masculino de 80 años de edad. Diagnosticado de enfermedad pulmonar obstructiva crónica diagnosticada hace más de una década, fenotipo exacerbador y espirometría con trastorno obstructivo severo sin respuesta al broncodilatador. Consulta por aumento de tos y disnea y con roncus en ambos campos. TAC evidencia alteración en la luz de la tráquea en forma de hoz, TAC en inspiración y espiración demuestra colapso dinámico de la vía aérea, fibroscopía confirma el estrechamiento de la vía aérea.

Caso 2. Mujer de 76 años quien tiene antecedente de EPOC, Diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica, hipertensión, hipotiroidismo, depresión y dispepsia. Presenta 2 días de aumento de tos sin expectoración, disnea y dolor torácico. Documentamos sibilancias y roncus en ambos campos pulmonares, la radiografía de tórax demuestra presencia de atelectasias en lóbulo medio, no se registran signos de respuesta inflamatoria sistémica, procalcitonina fue negativa, dímero D negativo. A las 72 horas no se logra resolución de exacerbación. Tratada empíricamente con doxiciclina. Persiste broncoespasmo. AngioTAC negativo TEP, pero tráquea en forma de hoz y atelectasia en lóbulo , identificando traqueobroncomalacia.

Conclusión. La traqueobroncomalacia es una entidad con patrón obstructivo y puede simular una EPOC en quien puede pasar por desapercibida su presencia y favorecer exacerbaciones frecuentes y empeorar el pronóstico.

NM-8

NEUMONITIS DE HIPERSENSIBILIDAD, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

PÉREZ LUCY, VIBANCO KAREN, LOBELO JENNIFER, VELÁSQUEZ KATYA, SANTIAGO ERNESTO.

Servicio de Neumología Clínica General del Norte, Barranquilla, Colombia.

Introducción. La neumonitis de hipersensibilidad NH (alveolitis alérgica extrínseca) es una enfermedad inflamatoria parenquimatosa pulmonar causada por inhalación repetida de antígenos (bacterias, hongos, químicos). Según su evolución puede ser aguda, subaguda y crónica, esta última puede avanzar a fibrosis pulmonar constituyendo una enfermedad incapacitante y subdiagnosticada mundialmente.

Diseño. Femenino de 35 años, con cuadro clínico de 5 años, caracterizado por tos seca persistente, ocasionalmente con expectoración hialina, agravada por factores ambientales (polvo), asociada a disnea mMRC III. Manejado inicialmente por alergología como “bronquitis alérgica”: anticolinérgicos, corticoides inhalados, β 2-agonistas y antihistamínicos sin respuesta. Antecedente de exposición laboral a Ácido Oxálico en cocina de mina de carbón.

Métodos. Hematología normal, radiografía de tórax aumento de la radio-opacidad bibasal, hilios prominentes, discretas opacidades reticulares que predominan en bases. TACAR Tórax nódulo centri-lobulillar, opacidades reticulares y vidrio esmerilado subpleural y bibasal sugestivo de HP crónica. Espirometría restrictiva moderadamente severa, no reversible con respuesta no significativa al b2 inhalado.

Resultados. La NH constituye un síndrome complejo de variada intensidad, presentación clínica e historia natural en lugar de una enfermedad única y uniforme. Se han descritos numerosos agentes incitantes, en el caso presentado el factor de riesgo fue la exposición laboral a sustancias químicas.

Conclusiones. NH representa una reacción inmunológica a un agente inhalado. La prevalencia varía según las definiciones de los casos. Una amplia gama de ocupaciones CON contacto de antígenos orgánicos en el aire aumenta el riesgo de desarrollar NH; el diagnóstico precoz es importante, por la reversibilidad inicial. Debe sospecharse con base en el historial de exposición, clínica, imágenes, función pulmonar, si es posible, el resultado de la eliminación a la exposición etiológica sospechada.

NM-9

CURACIÓN DE TUBERCULOSIS PULMONAR CON RESISTENCIA EXTENDIDA CON ESQUEMA INDIVIDUALIZADO CON MEROPENEM

MARTÍNEZ LARRY, ALZATE DIEGO, CORTES MIGUEL, SILVERA MICHEL.

E.S.E hospital la María, Medellín, Colombia.

Introducción. La tuberculosis es una patología infecciosa con repercusión global. En Colombia se han reportado más de 18 casos de TB- XDR (tuberculosis con resistencia extendida), siendo Antioquia uno de los departamentos con mayor incidencia. Reportamos uno de los escasos casos que evidencia curación de TB XDR con un esquema farmacológico alternativo.

Reporte de caso. Se trata de un paciente masculino de 46 años, sin infección por VIH, diagnosticado con tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR) desde el 2011, tributario de múltiples esquemas de tratamiento. En 2017 ingresa a nuestra institución por dos meses de disnea tos hemoptoica y pérdida de peso, sin conversión bacteriológica a pesar de tratamiento, decidimos llevarlo a Comité de Casos Especiales de Antioquia, donde se implementa esquema de rescate con inclusión de Meropenem, amoxicilina clavulanato, Capreomicina, ácido paraaminosalisilico, Pirazinamida, Isoniazida, Moxifloxacina, Linezolid a altas dosis, logrando conversión microbiológica al quinto mes de tratamiento y cambios significativos en el parénquima pulmonar

Conclusiones. La tuberculosis pulmonar es una patología con alta morbilidad, siendo la farmacorresistencia un factor pronóstico desfavorable.

El bacilo tuberculoso presenta una betalactamasa tipo A. Estudios in vitro evidencian que el Meropenem asociado al clavulanato disminuye el crecimiento bacteriano. Una serie de casos en Bélgica evidenció la conversión microbiológica en 4 de 5 pacientes con diagnóstico de TB-XDR.

En nuestro caso se logró la conversión bacteriológica en el 5º mes de tratamiento incluyendo al carbapenémico, lo cual se correlaciona con la literatura mundial. Actualmente no contamos con reportes de curación con dicho esquema, tomando gran relevancia nuestro reporte, como base para el diseño de futuros estudios que permitan reducir la morbimortalidad de ésta patología en el mundo.

NM-10

PRESENTACIONES ATÍPICAS DE TUBERCULOSIS PULMONAR

LOZANO JUAN-DAVID, ACOSTA MARÍA-FERNANDA, CONDE RAFAEL.

Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La tuberculosis pulmonar es una patología frecuente en Colombia. Su presentación suele ser subaguda o crónica; sin embargo, con una prevalencia menor, puede manifestarse agudamente como neumonía tuberculosa o tuberculosis endobronquial, secundaria a infección primaria o reactivación de tuberculosis latente. Son factores de riesgo para estas entidades, el inmunocompromiso y la edad avanzada. El diagnóstico es difícil puesto que requiere un alto índice de sospecha, ya que suele confundirse con una neumonía adquirida en la comunidad, por bacterias no tuberculosas.

Diseño: Estudio descriptivo de tipo reporte de caso.

Métodos: Reporte de caso.

Resultados: Mujer de 80 años consulta por cuadro de 20 días de disnea mMRC ¾, tos con expectoración hialina y dolor pleurítico en hemitórax izquierdo, con antecedentes de diabetes y reemplazo de rodilla derecha dos meses atrás, con movilidad limitada. Se realizó angiotomografía de tórax, encontrándose tromboembolismo pulmonar de la arteria del lóbulo inferior izquierdo y consolidaciones multilobares derechas. Se inició anticoagulación y manejo antibiótico. Sin embargo, presentó falla ventilatoria, con requerimiento de soporte ventilatorio. Nueva tomografía de tórax mostró obstrucción del bronquio hacia el lóbulo inferior derecho y se realizó fibrobroncoscopia, que evidenció lesión caseificante en esta localización, con posterior resultado de patología y lavado broncoalveolar compatibles con tuberculosis. Se inició manejo antituberculoso con completa resolución del compromiso alveolar y mejoría clínica.

Conclusión. La neumonía por tuberculosis y la tuberculosis endobronquial son patologías subdiagnosticadas, dado que suelen confundirse con una infección respiratoria aguda bacteriana no tuberculosa. En un paciente con neumonía que no mejora a pesar del manejo antibiótico dirigido, se deben considerar infecciones por micobacterias tuberculosas, especialmente en pacientes con comorbilidades e inmunocompromiso. Es importante sospechar esta condición para un diagnóstico temprano, evitar complicaciones y fortalecer la epidemiología nacional.

NM-11

DOLOR TORÁCICO COMO MANIFESTACIÓN DE ANEURISMA DE ARTERIA PULMONAR SIN HIPERTENSIÓN PULMONAR

GUTIÉRREZ CAROL, RINCÓN EMILY, TOSCANO ANDRÉS, CONDE RAFAEL.

Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. Los aneurismas de la arteria pulmonar son una entidad infrecuente que corresponde al 1% de los aneurismas de localización torácica. Su diagnóstico representa un reto debido a la gran variabilidad de sus síntomas y hallazgos que simulan un gran número enfermedades y su importancia radica en que tiene una alta mortalidad. El origen de los aneurismas puede ser congénito, adquirido o idiopático. Entre las causas descritas, deben descartarse causas infecciosas, hipertensión pulmonar arterial, malformaciones congénitas cardíacas y vasculitis sistémicas como la enfermedad de Behçet. La relevancia clínica y el reto diagnóstico de esta entidad idiopática radica en la exclusión de causas secundarias. Se presenta el caso de un hombre con aneurisma de arteria pulmonar en quien se descartaron causas infecciosas, autoinmunes y hemodinámicas.

Diseño. Descriptivo tipo reporte de caso

Métodos. Informe de caso

Resultados. Hombre de 58 años, clínica de 1 día de evolución de incremento de dolor torácico de características atípicas de 1 año de presentación.

Antecedente de resección de cáncer de piel sin histología conocida.

Al ingreso signos vitales normales, auscultación con desdoblamiento fijo del primer ruido y reforzamiento de S2 en foco pulmonar.

Se descartó síndrome coronario agudo, Angiotac de tórax positivo para tromboembolismo pulmonar subagudo-crónico, con dilatación de arteria pulmonar, gammagrafía ventilación perfusión descarta evento tromboembólico y angiografía de arteria pulmonar confirma aneurisma del tronco de la arteria pulmonar, ecocardiograma sin hallazgos de hipertensión pulmonar. Estudios infecciosos, autoinmunes negativos. Se presenta el caso de un paciente con aneurisma de arteria pulmonar sin hipertensión pulmonar.

Conclusión. Entidad con presentación clínica inespecífica que supone un reto para el clínico. Su diagnóstico implica descartar causas secundarias y así definir su tratamiento.

NM-12

EMBOLIA PULMONAR SECUNDARIA A INYECCIÓN DE BIOPOLÍMEROS

SALGADO-SÁNCHEZ JUAN, MOLINA-PIMIENTA LUISANA, GAMBOA-QUIÑONES JORGE, PULIDO-ARENAS JORGE.

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

Introducción. La inyección de biopolímeros se relaciona con el desarrollo de embolia pulmonar. Es una condición que representa un reto desde el punto de vista terapéutico y una alta mortalidad. Presentamos un caso con evolución clínica favorable.

Diseño y métodos. Estudio descriptivo, reporte de caso.

Resultados. Mujer de 23 años sin antecedentes presentó disnea súbita y dolor torácico irradiado a región dorsal inmediatamente posterior a la aplicación de biopolímeros por vía intramuscular en los glúteos con fines estéticos por parte de personal no entrenado. Al examen físico se encontró desaturada, taquicárdica y taquipneica. Se realizó una radiografía del tórax que mostró opacidades intersticiales reticulares bilaterales. La tomografía del tórax de alta resolución evidenció empedrado y vidrio esmerilado subpleural en ambos lóbulos superiores, lóbulo medio y lóbulos inferiores, hallazgos compatibles con embolia pulmonar por biopolímeros. Se realizó vigilancia clínica en la unidad de cuidados intensivos por alto riesgo de falla respiratoria. La evolución fue satisfactoria ya que no requirió soporte ventilatorio y se logró dar egreso después de siete días de vigilancia intrahospitalaria.

Conclusión. La aplicación de biopolímeros con fines estéticos como la silicona y otros productos oleosos es un procedimiento realizado con relativa frecuencia en nuestro país por personal no entrenado. Puede llevar al desarrollo de embolia pulmonar con alto riesgo de falla respiratoria y muerte. No existe un tratamiento específico para esta condición y las medidas terapéuticas deben orientarse a la prevención y el soporte básico.

NM-13

HEMOTORAX ESPONTANEO COMO PRESENTACIÓN DEL SARCOMA SINOVIAL MONOFÁSICO PLEUROPULMONAR

TORRES NATALIA, CAMARGO JESSICA, TARAZONA RAÚL.

Clínica Universitaria Colombia, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. El sarcoma sinovial (SS) es un raro tumor mesenquimal, representa 7-10% de los tumores de tejidos blandos (1). El SS primario pulmonar es una entidad infrecuente que corresponde al 0.5% de las neoplasias pulmonares (2).

Reporte de caso. Mujer de 45 años, quien presenta cuadro de 6 meses de disnea, fiebre subjetiva y tos seca, con documentación de hemotórax espontáneo, llevada a pleurectomía parietal con decorticación y drenaje, sin evidencia radiológica de lesiones sugestivas malignidad, con patología compatible con paquipleuritis.

Cuatro meses después, tomografía de tórax con masa heterogénea de aspecto neoplásico, multilobulada de 14x6x9 cm, difícil interpretación radiológica sobre compromiso pleural o parenquimatoso. Llevada a biopsia percutánea y endobronquial. Posteriormente fiebre y tos con expectoración fétida, en nueva tomografía con áreas necróticas y cavitación de la masa pulmonar izquierda. Fibrobroncoscopia con disminución de la luz bronquial para lóbulo superior izquierdo y eritema de la mucosa, biopsia negativa para malignidad. Biopsia percutánea con compromiso por sarcoma de alto grado positivo para bcl2, CD 99, muy focal para EMA y difuso y fuerte para TLE-I, como primera posibilidad sarcoma sinovial monofásico.

Discusión. Los SS son neoplasias de tejidos blandos poco comunes que usualmente afectan las extremidades en la vecindad de grandes articulaciones (3). El diagnóstico de en otras localizaciones es un reto y requiere de alta sospecha clínica junto con hallazgos radiológicos, patológicos, inmunohistoquímicos y genéticos compatibles (4). Histológicamente se clasifica en 4 subtipos: bifásico, fibroso monofásico, epitelial monofásico y pobremente diferenciado (5). La presentación como hemotórax espontáneo es muy infrecuente, hasta el momento se han descrito seis casos.

La resección quirúrgica con márgenes extensos es parte importante del tratamiento, que posteriormente puede asociarse con radioterapia, y quimioterapia adyuvante (2). El pronóstico es variable, con supervivencia reportada de hasta 57% a 5 años (6).

NM-14

COMBINACIÓN DE FIBROSIS PULMONAR Y ENFISEMA CON HIPERTENSIÓN PULMONAR

JURADO YAMILE, CUETO GUILLERMO, GOMEZ SAMUEL.

Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y Facultad de Medicina, UNAM, México, CDMX.

Introducción. La combinación de fibrosis pulmonar y enfisema (CFPE) es un síndrome definido recientemente, se reconoce radiológicamente y está caracterizado por la coexistencia simultánea de enfisema de localización pulmonar superior y fibrosis de predominio en lóbulos inferiores

Presentación de casos. Se presentan 3 pacientes con CFPE, a quienes se le realizó cateterismo cardíaco derecho para valoración hemodinámica pulmonar encontrando PAPm entre 37-52 mmHg con una media de 45mmHg, a quienes se les dio manejo con vasodiladores específicos para HAP

Conclusión. Encontramos que los 3 pacientes presentaron PAPm fuera de proporción para lo esperado en el grupo 3; en quienes se justificó el uso de sildenafil por la presencia de disnea progresiva en ausencia de síntomas que sugieran exacerbación infecciosa asociada a falla ventricular derecha. Quedará pendiente reevaluar las condiciones clínicas, funcionales por CCD después de 6 meses de tratamiento, para poner en evidencia objetiva la posible mejoría de los pacientes

NM-15

HIPERTENSIÓN PULMONAR TROMBOEMBÓLICA CRÓNICA. EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL GENERAL DE MÉXICO: REPORTE DE 25 CASOS

JURADO HERNÁNDEZ YAMILE, CUETO ROBLEDO GUILLERMO, GÓMEZ LUCAS SAMUEL ALEJANDRO.

Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y Facultad de Medicina, UNAM, México, CDMX.

Introducción. La Hipertensión pulmonar (HP) del grupo IV corresponde a Hipertensión Pulmonar Tromboembólica Crónica (CTEP). Es una patología con incidencia de aproximadamente 3%. El tratamiento de elección es endarterectomía pulmonar (EP), sin embargo, recientemente en aquellos pacientes no candidatos a EP y/o, aquellos con HP residual, reciben tratamiento médico con drogas específicas. El objetivo del trabajo es presentar el protocolo de estudio y la experiencia de.

Material y métodos. Se realiza la descripción 25 pacientes con diagnóstico de CTEP confirmado por angiotomografía de tórax tratados con drogas específicas en el servicio de Neumología del Hospital General de México durante el periodo de enero de 2012 a diciembre de 2017. Se describen las variables demográficas, clínicas y hemodinámicas por cateterismo cardiaco derecho (CCD)

Resultados. Predominio del género femenino (15/10). Edad media de 44.6 años (DS 13.5). 90% de los pacientes tuvieron antecedente de enfermedad tromboembólica venosa. La clase funcional predominante fue II. La PAPm fue de 46.8 mmHg (DS 14.612.5), las RVP fueron de 9.1 unidades Wood (DS 6.1), e índice cardíaco de 2.9 L/min/m² (DS 0.6)

Conclusiones. La edad de aparición en nuestro grupo fue menor que en otras series. En el 90% de los pacientes se reportó antecedente de enfermedad tromboembólica venosa. El antecedente trombofílico fue documentado el 30%. Todos los pacientes tenían tratamiento con anticoagulantes orales, 70% cumarínicos y 30% anticoagulantes orales específicos. Todos son tratados con drogas específicas del tipo sildenafil, y, la mitad de estos, en combinación con antagonistas de receptores de endotelina tipo bosentan o macitentan. La sobrevida a los 72 meses de seguimiento fue del 92%.

NM-16

HIPERTENSIÓN PORTOPULMONAR EN UN PACIENTE CON HEPATITIS AUTOIMMUNE Y HEMOGLOBINURIA PAROXISTICA NOCTURNA.

JURADO YAMILE, RAMOS GUADALUPE, CRUZ RODRIGO, CRUZ FERRETI, KAREN, GOMEZ SAMUEL, CUETO GUILLERMO.

Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y Facultad de Medicina, UNAM, México, CDMX.

Introducción. La Hipertensión portopulmonar (HPoP) está caracterizada por el aumento de la presión arterial pulmonar debido a una mayor resistencia al flujo sanguíneo en presencia de hipertensión portal. El principal Factor de riesgo es la presencia de hepatitis autoinmune, género femenino. Hemodinamicamente se caracteriza por una presión media de la arteria pulmonar (mPAP) >25 mm Hg, presión en cuña de la arteria pulmonar (PCAP) <15 mm Hg y resistencia vascular pulmonar (RVP)>240 dinas/seg/cm⁵ o >3 Unidades Wood (UW) así como la presencia de hipertensión portal confirmada por un gradiente de presión venosa hepática (GPVH)> 5 mmHg.

Presentación de caso. Hombre de 46 años con diagnóstico inicial de hepatitis autoinmune y posterior Cirrosis hepática diagnosticada por biopsia quien presenta episodios de gingivorragia espontánea, equimosis a la digito presión y trombocitopenia documentandose hemoglobinuria paroxística nocturna por citometría de flujo por clona HPN-II. Se inicia protocolo de trasplante Hepático. Se realiza Ecocardiograma con PSAP --mmHg sugestivo de Hipertension pulmonar, por lo que se realizó CCD que reporta TAP 104/21/60 mm Hg, VD 104/4 mm Hg, AD 12mmHg, RVP 6 UW. GC: 7.3 lts/min. Se documentó la hemodinámia portal a través colocar catéter de flotación en vena suprahepática derecha con registro de la presión venosa hepática libre y enclavada, así como el gradiente de presión venosa hepática que fue de 6 mm Hg.

Discusión. La frecuencia de pacientes con HPoP difiere según la región del mundo analizada, del 4.9 al 30% sin embargo el caso clínico describe la asociación de dos entidades raras, como la hipertensión portal por cirrosis secundaria a hepatitis autoinmune con hipertensión arterial pulmonar concomitante y la presencia de hemoglobinuria paroxística nocturna

NM-17

COMPORTAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR (HAP) EN UNA COHORTE DE PACIENTES CON DISFUNCIÓN TIROIDEA (DT).

JURADO YAMILE, RAMOS GUADALUPE, SALAS KAREN, GÓMEZ SAMUEL, CRUZ RODRIGO, CRUZ MIGUEL, CUETO GUILLERMO, SEGOVIA ANTONIO.

Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y Facultad de Medicina, UNAM, México, CDMX.

Material y métodos. Estudio observacional, descriptivo, comparativo, en una cohorte de pacientes con HAP de enero 2014 a enero de 2018, con diagnóstico de HAP por cateterismo cardíaco derecho (CCD) en reposo con DT y sin DT y se les realizaron caminata de 6 minutos (PC6M) y evaluación de clase funcional.

Resultados. Se analizaron 77 pacientes con HAP, 37 con presencia de DT y 40 sin DT. Al comparar el comportamiento de las variables hemodinámicas por CCD la Media de la presión arterial pulmonar para el grupo con DT fue de 59.16 mmHg vs 60.69 mmHg en el grupo sin DT ($p=0.678$). El índice cardíaco tuvo una media de 4.13L vs 4.06L ($p=0.874$), la presión venosa de oxígeno tuvo una media de 34.9 mmHg para el grupo con DT vs 40.2 mmHg ($p=0.085$). La media de la presión arterial de oxígeno fue de 55.5 mmHg vs 61.3 mmHg ($P=0.172$); las presiones en la aurícula derecha en el primer grupo tuvieron una media de 7.54 mmHg vs 6.94 mmHg ($p=0.615$). La media de la presión en cuña fue de 8.81 mmHg vs 6.97 mmHg ($p=0.057$). Los metros caminados en PC6M para el grupo con DT fue de 405 mts vs 326 mt ($p=0.070$).

Conclusiones. En algunas publicaciones se ha reportado una asociación entre DT y mal pronóstico en pacientes con HAP sin embargo, en nuestro trabajo no encontramos diferencias estadísticas en el comportamiento de las variables hemodinámicas por CCD así como tampoco en el PC6M y mortalidad entre los pacientes con HAP con y sin DT.

NM-18

SILICO-CHELONAEOSIS: CONOCIENDO A UN VIEJO AMIGO

BALCAZAR CARLOS MARIO, ALEJANDRO ALVAREZ, ORLANDO CASTAÑO, AGUDELO ESTEBAN.

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

Introducción. La silicosis es una causa frecuente de daño pulmonar estructural y un factor de riesgo para infección por tuberculosis, sin embargo, la relación con otras micobacterias es inusual.

Diseño: Estudio de caso descriptivo.

Metodología: Se realizó una revisión retrospectiva de la historia clínica, la literatura y el caso.

Resultados. Un hombre de 60 años acude al servicio de urgencias con dificultad para respirar, desde hace 15 días tos con secreción purulenta. El paciente tiene un historial de tabaquismo pesado y exposición ocupacional a polvo de vidrio por más de 25 años sin las medidas de bioseguridad pertinentes. También describe sudoración nocturna, fiebre de predominio nocturno y pérdida de peso no intencional de 15 kg en los últimos 3 meses. Al ingreso, presentó cianosis oral, esfuerzo respiratorio, desbalance toracoabdominal y marcadas retracciones intercostales, los signos vitales fueron temperatura de 38.5°C, pulso de 124 latidos por minuto, presión arterial de 98/42 mmHg y disminución de los ruidos respiratorios en el campo pulmonar izquierdo, acompañados de estertores en todo el campo pulmonar derecho. Su hemograma mostró leucocitos 18,530 / μ l, hemoglobina 10,4 g / dl y plaquetas 130,000 / μ l, más proteína C reactiva 180 mg / dl, gases en la sangre arterial pH 7,25, pCO₂ 18,7 mmHg, pO₂ 65,3 mmHg, HCO₃ 10,2 mmol / l, base de exceso en -15.7 mmol / l, además de alteración de la función renal sugestiva de lesión renal aguda, con una concentración de creatinina de 215 μ mol / L. Fue trasladado a la unidad de cuidados intensivos, donde el departamento de Neumología realizó fibrobroncoscopia y lavado broncoalveolar, obteniendo una tinción positiva para bacterias **ácido alcohol resistentes** en la muestra de lavado bronquial, sin ser detectado ADN para Mycobacterium Tuberculosis por GeneXpert, se consideró infección por Mycobacteria Atípica, el cultivo fue positivo a las 4 semanas para Mycobacterium Chelonae.

Conclusión. La relación entre la silicosis y las infecciones por micobacterias atípicas ha sido descrita por múltiples autores, sin embargo preocupa las pocas tasas de sobrevivencia en pacientes con daño pulmonar estructural. Este caso enfatiza la necesidad que los médicos tengan una mayor sensibilidad a las infecciones por micobacterias no usuales, cuando un caso sospechoso de tuberculosis pulmonar no cumple con las pruebas de diagnóstico habituales, especialmente entre pacientes con silicosis u otras enfermedades pulmonares fibróticas. Siempre debe haber una sospecha de infección por Mycobacterium Chelonea en aquellos pacientes con silicosis, cuando la tuberculosis se encuentra entre los diagnósticos diferenciales.

NM-19

HIPONATREMIA ASOCIADA A TUBERCULOSIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN LA REGIÓN SURCOLOMBIANA

MONDRAGÓN CARDONA ÁLVARO EDUARDO, ÁLVAREZ PERDOMO LUIS CARLOS, LEIVA PANQUEVA LINA MARÍA, FERNÁNDEZ MARTÍNEZ JUAN DANIEL, CUÉLLAR AZUERO MARÍA ISABEL, FLÓREZ PASTRANA DIANA CAROLINA, STERLING MIRANDA LUIS DAVID, CORTÉS LARA JOSE ALEJANDRO, SALAMANCA MUÑOZ DANIELA FERNANDA.

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Neiva, Colombia.

Introducción. La hiponatremia es una complicación clínica de múltiples enfermedades infecciosas, la tuberculosis puede generarla por varios mecanismos fisiopatológicos. El objetivo de este estudio es describir el perfil clínico de los pacientes con diagnóstico confirmado de tuberculosis, determinar la frecuencia de hiponatremia y su relación con la edad, tiempo de estancia hospitalaria y mortalidad en 165 pacientes entre enero de 2013 y agosto de 2016.

Diseño. Retrospectivo de corte transversal.

Materiales y métodos. Revisión documental y recopilación de información de las historias clínicas codificando y analizando de manera descriptiva e inferencial los datos en el programa estadístico SPSS versión 24.

Resultados. Total preliminar de 165 pacientes con diagnóstico confirmado de tuberculosis, edad promedio 46 años, rango entre 18-99 años, 73,6% hombres. El 59,7% diagnosticados por baciloscopia, 16,7% diagnóstico clínico epidemiológico, 5,6% biopsia, 4,2% reacción en cadena de la polimerasa y 1,4% adenosina deaminasa. El 75% presentó tuberculosis pulmonar, 6,9% tuberculosis miliar, 5,6% tuberculosis del sistema nervioso central. Del total de pacientes, 72 tenían registro de sodio sérico con una mediana de 136,5 mEq/L, rango entre 117,8-143 mEq/L. El 50% registró natremia < 136,2 mEq/L, el 39% presentó hiponatremia (<135 mEq/L) y 6,9% hiponatremia severa, esta última más frecuente en pacientes con tuberculosis pulmonar. Se estableció una asociación positiva y débil entre edad y valor de natremia (Coeficiente de correlación de Spearman 0,218) (P=0,05), sin asociación entre natremia y tiempo de estancia hospitalaria, coeficiente 0,029 (P=0,81). El 11,1% falleció, lo cual estuvo relacionado con natremia en rango normal (Prueba U de Mann-Whitney (P=0,023)).

Conclusión. Se documentaron menores niveles de sodio sérico, en pacientes masculinos con diagnóstico de tuberculosis de predominio pulmonar, principalmente en aquellos de menor edad, independiente de los días de estancia hospitalaria, pero con mejor desenlace que aquellos pacientes con niveles de sodio sérico dentro del rango de normalidad.

Palabras Clave (DeCs). Hiponatremia; Tuberculosis.

NM-20

INUSUAL CASO DE PARACOCCIDIOIDOMICOSIS LARÍNGEA SIN AFECTACIÓN PULMONAR

ASTUDILLO YAMID, TRUJILLO JUAN, CALDERÓN MAURICIO.

Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá DC, Colombia.

Introducción. La paracoccidiodomicosis (PCM) es una enfermedad multisistémica causada por el hongo *Paracoccidioides brasiliensis* que involucra primariamente el pulmón y luego disemina. Este hongo dimórfico, fase micelial (forma infectante) y levaduriforme (parasitaria), se adquiere de forma inhalatoria y está presente en animales como el armadillo (hospedador silvestre) y en el suelo de plantaciones de café. Clínicamente clasificada en forma juvenil y adulto (97 a 95 % de los casos), esta última de evolución crónica (meses a años), con compromiso único pulmonar (en el 90%) o multifocal con afectación pulmonar silenciosa y lesiones en mucosa, piel y nódulos linfáticos. En menos del 10% de los casos se reportan únicamente lesiones en mucosas.

Diseño. Estudio descriptivo de tipo reporte de caso.

Métodos. Informe de caso.

Resultados. Paciente masculino de 60 años, agricultor (caña y recolección de café), con disfonía de 4 años de evolución acompañada de estridor laríngeo y disnea de esfuerzo en los últimos dos meses. Tiene antecedente de hipertensión arterial y tabaquismo activo. Al ingreso con estridor y signos de dificultad respiratoria. La tomografía de cuello mostró marcada estrechez del espacio laríngeo y lesión que obliteraba el 99% de la luz, con tomografía de tórax normal. La nasofibrolaringoscopia reveló una parálisis de cuerdas vocales y lesión exofítica e irregular blanquecina en región interaritenoides. Por riesgo de falla ventilatoria se realizó traqueostomía y la biopsia de pliegue vocal reportó inflamación granulomatosa probable paracoccidiodomicosis, fue hospitalizado y tratado con anfotericina B con adecuada evolución clínica.

Conclusión. La PCM es una micosis profunda causada por un hongo que típicamente presenta compromiso inicial de las vías respiratorias y posterior afectación multisistémica sin embargo, podría manifestarse con lesiones cutáneas o mucosas aisladas.

NM-21

MIGRACIÓN ENDOBRONQUIAL DE CUERPO EXTRAÑO

ASTUDILLO YAMID, RINCÓN EMILY, MENDOZA DAVID, PÁEZ NELSON.

Fundación Cardioinfantil, Fundación Neumológica Colombiana, Bogotá, DC, Colombia.

Introducción. La fijación con material de osteosíntesis para el manejo de lesiones vertebrales constituye una técnica fácil, exitosa y ampliamente disponible; sin embargo, se han reportado perforaciones faringoesofágicas y traqueobronquiales, como una rara pero potencialmente mortal complicación. Las lesiones esofágicas tienen una incidencia de 0 - 3.4%, siendo mayor cuando el procedimiento se realiza por lesiones traumáticas.

Las perforaciones tardías y abscesos por desplazamiento de los dispositivos y erosión de los tejidos, pueden tardar meses a años y son infrecuentemente reportadas, con una incidencia de 0.25% - 1.49%. La mayoría requiere como manejo definitivo el retiro del material y el cierre primario del defecto.

Diseño. Estudio descriptivo de tipo reporte de caso.

Métodos. Informe de caso.

Resultados. Paciente masculino de 64 años con cefalea pulsátil holocraneal de una semana de evolución e incremento progresivo de intensidad que no mejoraba con analgésicos. Previo al ingreso presentó un acceso único de tos seca sin otros asociados. Como antecedente relevante, trombo embolismo pulmonar masivo con compromiso del tronco principal de la arteria pulmonar (enero/2017) en manejo con warfarina sin adecuado seguimiento del INR y artrodesis de columna dorsal por trauma (2006). Por antecedentes y síntomas respiratorios descritos se realizó angiotomografía de tórax positiva para embolia pulmonar crónica y con presencia de material de osteosíntesis en árbol bronquial. La fibrobroncoscopia confirmó la perforación del bronquio del lóbulo superior derecho. Finalmente, se documentó pequeño meningioma asociado y, por mejoría sintomática de la cefalea, fue dado de alta para manejo multidisciplinario ambulatoriamente.

Conclusión. Las perforaciones faringoesofágicas y traqueobronquiales tardías son complicaciones raras pero potencialmente fatales, su reconocimiento y tratamiento oportuno permite impactar positivamente en los desenlaces clínicos de estos pacientes.

NM-22

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA NEUMONIA QUE NO RESPONDE A TRATAMIENTO ANTIBIOTICO

BOTERO D. JULIAN, GARRIDO GUILLERMO, MÁRQUEZ F. VANESSA, OBANDO L. KAREN, OBREGON Q. DANIELA, OROZCO I. LUIS, TABARES ADRIÁN.

Introducción. La neumonía organizada criptogénica es una enfermedad inflamatoria y fibrótica que involucra el acino, de etiología desconocida. Esta enfermedad afecta a hombres y mujeres por igual entre 40 y 60 años. Está incluida en el grupo de patologías pulmonares que han sido denominadas neumonías intersticiales idiopáticas (NII). Dado la gran similitud con la neumonía bacteriana es una entidad subdiagnosticada.

Diseño. Estudio descriptivo de caso

Metodología. Se revisó historia clínica de paciente quien acude a cita medica por el servicio de neumología. Se solicito consentimiento informado. Se hizo revisión y comparación de la literatura.

Resultados. Paciente femenina de 56 años con cuadro clínico de 10 días de tos, expectoración, asociado a disnea, malestar general y fiebre. Al ingreso hospitalario con signos de respuesta inflamatoria sistémica, radiografía de torax compatible con neumonía. Se da tratamiento antiobitico por 7 días con mejoría parcial y es dada de alta. Reingresa a los 3 días por empeoramiento de la sintomatología, con radiografía y tomografía axial computada (TAC) de torax con compromiso alvolar, consolidaciones en ambos campos pulmonares, considerando neumonía multilobar. Inician cubrimiento antimicrobiano sin mejoría, por lo cual es llevada a realización de fibrobroncoscopia (FBC), estudio de lavado bronquialveolar (BAL) y toma de biopsia. Se descarta patología tuberculosa, micótica y bacteriana. Dado la persistencia de la sintomatología a pesar de tratamiento se inicia manejo con corticosteroides, presentando mejoría sintomática, evolución satisfactoria de su estado general y resolución del cuadro clínico. Posteriormente llega reporte de patología de biopsia tomada por FBC evidenciando patron de neumonía organizada.

Conclusión. La neumonía organizada criptogénica es una entidad poco frecuente de etiología desconocida. Debe tenerse en cuenta dentro de los diagnósticos diferenciales en casos neumonía que no responde al tratamiento. Es importante su diagnóstico temprano debido a la buena respuesta al tratamiento con corticosteroides sistémicos.