

## Neumología

## Pneumology

### NM-1

#### SINDROME DE KARTAGENER Y VIA AEREA PEQUEÑA- REPORTE DE CASO Y REVISION SISTEMATICA

**JHONGERT ALZA, ALZA L, CAJAMARCA J.**

*Programa Medicina Interna, Universidad del Rosario, Fundación Cardioinfantil. Servicio Medicina Interna, Hospital Universitario Mayor. Bogotá, Colombia.*

**Reporte de caso.** Mujer hispánica de 26 años, admitida al departamento de urgencias con síndrome de dificultad respiratoria severa, asociada a cianosis y tos no productiva. En la evaluación inicial con sibilancias, desaturada con hipocratismo digital. Recibió manejo con esquema de broncodilatadores, con mejoría de síntomas, pero con persistencia de trastorno de la oxigenación. Estudios imagenológicos; radiografía de tórax con *situs inversus totalis*, realizándose tomografía computarizada de alta resolución que demuestra además la presencia de bronquioloectasias, bronquiectasias cilíndricas y quísticas, y áreas importantes de opacidad caracterizadas como patrón en “árbol en gemación” en los segmentos basales de ambos lóbulos inferiores y en el lóbulo medio.

**Resultados y discusión.** Se condujo una búsqueda sistemática de la literatura en las bases de datos PubMed, Embase, Cochrane, se realizó un selección pareada, quedando incluidos para la revisión cuatro artículos.

Dentro los patrones específicos de compromiso de vía aérea en este síndrome se describen casos específicos de bronquiolititis obliterante (2 casos reportados), así mismo bronquitis con bronquiectasias, evidenciándose como principales patrones de compromiso pulmonar el mosaico de atenuación, opacidades tipo árbol en gemación y bronquiectasias, siempre teniendo en cuenta diagnósticos diferenciales asociados a estos patrones como son; Fibrosis quística, asma, enfermedad intersticial pulmonar. No se describe claramente las recurrencia de aparición de los mismos en este síndrome.

**Conclusión:** Dentro del Síndrome de Kartagener existen diversos patrones de compromiso pulmonar, sin encontrarse claridad sobre el compromiso de vía aérea pequeña. Se necesitan más estudios para corroborar la relación entre síndrome de Kartagener y compromiso de vía aérea pequeña.

## NM-2

### ADAPTACIÓN TRANSCULTURAL DEL “CAP SCORE” EN PACIENTES COLOMBIANOS CON NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD DE LEVE A MODERADA

**BERNAL VARGAS MÓNICA A, CORTES J, SÁNCHEZ R.**

*Hospital de Engativá, Bogotá, Colombia.*

**Introducción:** La neumonía adquirida en la comunidad (NAC) representa la sexta causa de muerte en Colombia, y ocupa el quinto lugar como causa de hospitalización. Además provoca altos costos y complicaciones relacionadas con la hospitalización y resistencia bacteriana. Por esto, se han generado estrategias sobre el uso racional de antibióticos, dentro de las que se encuentra el puntaje para neumonía adquirida en la comunidad (CAP Score por sus siglas en inglés). Esta es una herramienta para evaluar clínicamente a los pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, la cual facilita la decisión de suspender segura y tempranamente la antibióticoterapia.

**Objetivo.** Traducir y adaptar transculturalmente el “CAP Score” al español.

**Diseño.** Adaptación transcultural de escala.

**Métodos.** Se obtuvo la autorización para la adaptación del cuestionario “CAP score”, se realizaron las recomendaciones del “*International Society For Pharmacoeconomics and Outcomes Research*” (ISPOR) y de la “*European Organisation for Research and Treatment of Cancer*” EORTC, siguiendo estos pasos: Traducción directa, conciliación, traducción inversa, armonización, generación de una versión provisional en español y aplicación de esta en una prueba piloto. Esta última, se realizó en un hospital público de segundo nivel en Bogotá, previa autorización de los comités de ética institucionales.

**Resultados.** En la fase de traducción directa se sugirieron modificaciones por parte de los traductores las cuales fueron acatadas, en la traducción inversa no hubo discordancias entre las versiones de los traductores que necesitaran revisión de la traducción directa. Se requirieron de cambios en 5 ítems del cuestionario, basados en las sugerencias realizadas por los 11 pacientes con neumonía adquirida en la comunidad que fueron parte de la prueba piloto.

**Conclusiones.** Se cuenta con el cuestionario “CAP Score”, traducido y adaptado transculturalmente al español.

## NM-3

### HISTOPLASMOSIS LARÍNGEA COMO CAUSA DE DISFONÍA Y DISFAGIA CRÓNICA. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA

JOHANNABUITRAGO-LAGUADO, TORRES-GONZÁLEZ J, VILLAQUIRÁN-TORRES C.

*Departamentos de Medicina Interna y Neumología, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La histoplasmosis es una micosis causada por el hongo dimórfico intracelular *Histoplasma capsulatum*.

De acuerdo al grado de inmunosupresión y el tamaño del inóculo, la manifestación de los síntomas y el compromiso sistémico tiene un espectro de presentación variable. La presentación laríngea de la enfermedad es inusual y suele cursar con síntomas crónicos.

**Presentación del caso.** Hombre de 51 años con cuadro de disfonía y disfagia para sólidos de 4 meses de evolución asociado a pérdida de peso, diaforesis nocturna, y fiebre no cuantificada. No refiere antecedentes de importancia y al examen físico no se encuentran alteraciones. Ingresó a urgencias con reporte de biopsia laríngea positiva para histoplasmosis.

Durante su hospitalización se realizó diagnóstico de infección por VIH, con recuento de CD4 menor a 50 cel/uL. Por imágenes en tomografía de tórax se realizó fibrobroncoscopia más lavado bronquioalveolar documentando adicionalmente histoplasmosis pulmonar. Recibió tratamiento con anfotericina B endovenosa por 2 semanas y se continuó con itraconazol 2 veces al día con plan de completar un año.

**Discusión.** Realizamos una revisión sistemática de la literatura (Embase, pubmed, scielo) desde 1998 hasta la actualidad, sin restricción de idioma, encontrando menos de 50 casos reportados. En Colombia solo se ha reportado en un paciente pediátrico. Este caso hace evidente la importancia de pensar en esta micosis como diagnóstico diferencial en este tipo de presentación clínica, con el fin de brindar tratamiento oportuno.

## NM-4

### UTILIDAD DE LA ANGIOTOMOGRAFÍA DE TÓRAX EN LA ESTRATIFICACIÓN DE SEVERIDAD DEL TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO

**SOTO MARIANA, TABOADA L, PINZÓN B, ALVARADO J.**

*Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo es una enfermedad relativamente frecuente y se considera la tercera causa de muerte cardiovascular. La falla ventricular derecha (VD) es la principal causa de mortalidad. Actualmente la angiotomografía de tórax permite identificar defectos de llenamiento indicativos de trombosis y signos de disfunción VD dados principalmente por relación ventrículo izquierdo (VI)/VD > 1, reflujo de medio de contraste hacia la vena cava inferior (VCI) y diámetro de la arteria pulmonar (AP) mayor al de la aorta. Diversos estudios han demostrado que la disfunción VD predice efectos adversos a corto plazo y mortalidad.

**Caso.** Mujer de 33 años con dolor pleurítico en hemitórax izquierdo asociado a tos seca y disnea en reposo. Estaba planificando con anticonceptivos orales de etinilestradiol. Al ingreso tensión arterial normal, taquicardia y desaturación. La angiotomografía de tórax mostró TEP agudo con compromiso de la AP derecha con extensión a las ramas lobares y segmentarias del lóbulo inferior, medio y superior derechos y ramas segmentarias del lóbulo inferior izquierdo y llingula. También se evidenció compromiso del VD dado por relación VI/VD > 1, reflujo de medio de contraste hacia la VCI y diámetro de la AP mayor al de la aorta así como zonas de infarto pulmonar. La troponina I y el BNP estaban elevados. El ecocardiograma transesofágico confirmó los signos de disfunción VD. Se consideró TEP de riesgo intermedio alto de acuerdo a los puntajes PESI, PESIs y Bova. Se realizó trombolisis con esquema corto de alteplase sin complicaciones.

**Conclusiones.** La angiotomografía de tórax es una herramienta que no sólo permite realizar el diagnóstico de TEP sino evidenciar factores pronósticos como la disfunción VD con adecuada correlación con los índices de clasificación de riesgo como PESI y PESIs. Adicionalmente es uno de los criterios de severidad que mide el índice de Bova.

## NM-5

### EDEMA PULMONAR DE LAS ALTURAS: REPORTE DE CASO

**SOCHADIANA, SALAZAR J.**

*Fundación Santa Fe de Bogotá, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El Edema Pulmonar de las Aturas (EPA), es un tipo edema pulmonar no cardiogénico potencialmente fatal (50% de los pacientes sin tratamiento oportuno), se presenta 2 a 4 días después de exponerse a alturas superiores a 2500msnm en pacientes sanos con susceptibilidad genética. Se han planteado varios mecanismos fisiopatológicos: vasoconstricción, baja disponibilidad de óxido nítrico, entre otros, que conlleva a filtración de líquido al espacio intersticial perivascular y peribronquial, con acumulo de líquido en el intersticio, alveolos, bronquios y bronquiolos. A pesar de no contar con criterios diagnósticos, se debe sospechar en pacientes con exposición aguda a alturas mayores a 2500msnm, que cursan con tos, expectoración rosada, taquipnea, taquicardia, disnea. El tratamiento inicial es el descenso, oxigenoterapia y prevención de recurrencias.

**Diseño.** Reporte de caso

**Método.** Descriptivo

**Resultados.** Paciente de 28 años, obeso, sano, que vuela desde Houston (Texas) a Bogotá, consulta por disnea, tos seca de 5 días de evolución, deterioro con incremento de la disnea hasta ortopnea y expectoración rosada. Al examen físico taquicardico, taquipneico, hipoxemico, retracciones intercostales, roncus, estertores. Radiografía de tórax con edema agudo de pulmón, biomarcadores cardiacos y dimero D negativos. Se hace diagnóstico de EPA. Manejo inicial con diurético (suspendido al confirmar diagnostico) y oxígeno suplementario para saturación mayor a 90%. Resolución de la sintomatología, evolución radiológica adecuada, es dado de alta 2 días después del ingreso.

**Conclusiones.** El EPA es una enfermedad que difícilmente se presenta en la práctica clínica de hospitales urbanos haciendo interesante la revisión del cuadro clínico. Existe recurrencia en individuos susceptibles, por eso la importancia de conocer la enfermedad y su prevención.

## NM-6

### ABORDAJE MULTIDISCIPLINARIO DE PACIENTES CON EPOC SEVERO Y MUY SEVERO EN ATENCIÓN PRIMARIA

**RODRÍGUEZ TORRES P.**

*Medica Familiar Javesalud IPS, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica, es una enfermedad prevenible y tratable desde la atención primaria, requiere programas integrales; países como Colombia deben ampliar su experiencia. Se presenta el programa de EPOC de una institución ambulatoria colombiana de atención primaria.

**Objetivos.** 1) Disminuir la morbimortalidad de estos pacientes (ingresos a urgencias, exacerbaciones y hospitalizaciones) y 2) Mejorar en forma integral su condición de salud y calidad de vida.

**Metodología.** Seguimiento longitudinal por un grupo multidisciplinario y de apoyo diagnóstico: Consulta de medicina general, nutrición, enfermería, psicología; consultas especializadas (neumología, medicina familiar, medicina del deporte, terapia respiratoria), soporte diagnóstico (radiografía de tórax, electrocardiograma, gases arteriales, hemograma, glicemia, espirometría, ecocardiograma transtorácico, baciloscopia seriada). Las actividades se desarrollan durante un año.

**Resultados.** Se han valorado 7730 de los cuales se han incluido 1484 pacientes. Se ha logrado tener un impacto significativo en: 1. Disminución de la tasa de hospitalización por exacerbaciones cada 1000 pacientes del año 2010 (45.6) a 2015 (17.2) y 2. Disminución de la tasa de exacerbaciones en el control ambulatorio del año 2010 (39.6) a 2015 (18.2).

La tasa de consulta a urgencias no ha presentado variación (tasa anual 6.9).

**Conclusiones.** 1. Se presenta Modelo de atención centrado en las necesidades del individuo como ejemplo reproducible para enfermedades crónicas en Colombia 2. La elección de intervenciones efectivas para constituir un programa de abordaje integral favorece resultados de alto impacto en salud 3. El manejo en atención primaria de EPOC favorece la adherencia al programa, así como la disminución notable en las hospitalizaciones y exacerbaciones 4. La intervención multidisciplinaria impacta en la calidad de vida del paciente y en desenlaces clínicos.

**Palabras Claves.** EPOC, atención primaria, enfermedades crónicas.