

Infectología

Infectology

I-1

TUBERCULOSIS: UN IMPOSTOR BENIGNO SIMULANDO UN CÁNCER PULMONAR. A PROPÓSITO DE UN CASO

FORERO SANTIAGO, ROBAYO ANA MILENA, BARRETO GUSTAVO, DÍAZ EDWARD

Clínica Universitaria Colombia. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. El cáncer y la tuberculosis son dos enfermedades comunes que afectan la salud globalmente. La tuberculosis tiene una presentación clínica variable, simulando diferentes patologías, entre ellas el cáncer pulmonar.

Diseño. Estudio observacional descriptivo, reporte de caso.

Métodos. Masculino de 32 años, antecedente de dislipidemia; consulta por cuadro de 2 semanas de evolución consistente en tos seca, acompañada de disnea de moderados esfuerzos. Dentro los estudios de extensión, se documentó masa intrapulmonar en el segmento anterior del lóbulo superior izquierdo, con bordes espiculados, de aproximadamente 43x34x32mm asociado a micronódulo adyacente, con ganglios prevasculares izquierdos altamente sospechoso de proceso infiltrativo con diámetro de 20x10 mm y ganglios biliares adyacentes a la masa descrita. Se realizó PET/CT con 18F-FDG reportando masa pulmonar hipermetabólica paramilitar izquierda, neoplásica, con nódulo satélite localizado en el segmento anterior del lóbulo superior. Adenopatías hipermetabólicas de aspecto tumoral localizadas en estación 2L, 4R, 4L, 6,7,11 izquierda. Dada la localización, se realizó EBUS con biopsia transbronquial, descartandose malignidad. La histopatología demostró un granuloma necrotizante caseificante, con cultivo, pruebas moleculares y tinciones negativas para tuberculosis. Se realizó prueba de interferón gamma con reporte positivo. Se inició tetraconjugado con RHZE. El paciente presenta una evolución favorable y a los 3 meses se repitió tomografía de torax contrastada, sin evidenciar los hallazgos previamente descritos.

Discusión. La tuberculosis puede simular una malignidad tanto radiológica como clínicamente a pesar del uso de las técnicas de imagen disponibles más sofisticadas. En estos casos, los diagnósticos correctos se pueden hacer con certeza solo con biopsia.

Conclusiones. En ocasiones, la tuberculosis a menudo se diagnostica erróneamente con el resultado de un inicio tardío del tratamiento y procedimientos de diagnóstico innecesarios.

I-2

FACTORES DE RIESGO MÁS PREVALENTES RELACIONADOS CON MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN UNA COHORTE DE PACIENTES COLOMBIANOS QUE VIVEN CON VIH

HERRERA-CAVIEDES LEIDY VIVIANA, FIGUEROA-PINEDA CLAUDIA LUCÍA, VEGA-VERA AGUSTÍN, ORTIZ-MARTÍNEZ YEIMER, MELO-AMAYA MARÍA JOSÉ, SOLANO-GONZÁLEZ RICARDO ANTONIO.

Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga (Colombia).

Introducción. Desde la introducción de la terapia antirretroviral (TAR), la historia natural de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se ha modificado y la mortalidad intrahospitalaria ha disminuido sustancialmente, sin embargo, en entornos de recursos limitados se observan tasas de mortalidad mayores. El objetivo de este estudio fue determinar los factores de riesgo más prevalentes relacionados con mortalidad intrahospitalaria en adultos infectados por VIH en un hospital de Bucaramanga, Colombia.

Diseño. Estudio observacional de cohorte exploratoria prospectivo.

Métodos. Estudio realizado en pacientes ≥ 18 años hospitalizados con VIH en donde se incluyeron variables sociodemográficas, clínicas, metabólicas y hematológicas. Se realizaron análisis univariados y bivariados mediante el modelo Chi-cuadrado de Pearson para investigar factores de riesgo relacionados a mortalidad en pacientes con VIH.

Resultados. Un total de 81 pacientes fueron incluidos en este estudio. 78% eran hombres y la mediana de edad fue 38 años (RIC 29 - 47). 42 (51%) pacientes pertenecían a programa de VIH y se encontraban recibiendo TAR. En 49 (65%) pacientes se documentó $CD4 < 200$ células/mm³ y en 24 (31%) carga viral > 100.000 copias/ml. La mortalidad intrahospitalaria fue del 21% y los factores relacionados fueron anemia, leucopenia, trombocitopenia, deshidrogenasa láctica (LDH) elevada, hipoalbuminemia, hiponatremia e ingreso a UCI. Pertenecer a programa de VIH y estar recibiendo TAR se comportaron como factores protectores.

Conclusiones. Similar a otros países en desarrollo, la mortalidad intrahospitalaria en pacientes con VIH sigue siendo alta. Se identificó una carga sustancial de citopenias relacionadas a mortalidad y esto sugiere que en los pacientes con VIH deben realizarse con frecuencia pruebas de detección de anomalías hematológicas. Nuevamente la TAR se comporta como factor protector, es por tanto que se deben encaminar esfuerzos a monitorear y optimizar la adherencia y el mantenimiento en los programas de VIH para maximizar el beneficio del tratamiento.

I-3

VASCULITIS CRIOGLOBULINÉMICA ASOCIADA A BACTERIEMIA POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*

DUEÑAS ANDRÉS, GONZÁLEZ LIZA, CONTRERAS DANIEL.

Colsubsidio Calle 100. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La vasculitis crioglobulinémica está asociada a múltiples patologías principalmente a linfoma de células B, infección por virus de la hepatitis C (VHC) y enfermedades autoinmunes; la asociación con infección por *Staphylococcus Aureus* (*S. Aureus*) es poco frecuente. Se presenta el caso de una paciente con vasculitis crioglobulinémica posterior a bacteriemia por *S. Aureus*.

Caso clínico. Presentamos el caso de paciente en postoperatorio de angioplastia femoral derecha, con complicación de pseudoaneurisma e infección de sitio operatorio con bacteriemia por *S. Aureus*, quien posteriormente desarrolla lesiones compatibles con vasculitis cutánea, con crioglobulinas en suero elevadas y biopsia de piel con vasculitis leucocitoclástica, en quien se descartaron otras causas de crioglobulinemia. Se consideró como causa principal la bacteriemia por *S. Aureus*, se descartó endocarditis; se inició tratamiento con esteroide oral y antibiótico dirigido, con lo cual tuvo evolución satisfactoria.

Discusión. La vasculitis crioglobulinémica es una enfermedad rara (<5 casos por 10,000 habitantes), presenta manifestaciones clínicas múltiples como afectación cutánea, renal y articular.

Existen 3 tipos de crioglobulinemia: tipo I asociada a neoplasias linfoproliferativas, tipo II y III consideradas mixtas y frecuentemente asociadas a infección por VHC o enfermedades autoinmunes. Se han descrito pocos casos de vasculitis crioglobulinémica asociada a bacteriemia por *S. Aureus* en los que se ha confirmado endocarditis infecciosa, también casos de meningitis por *S. Aureus* con crioglobulinemia y falla renal como complicación, sin embargo, no se conocen casos de vasculitis crioglobulinémica asociada a bacteriemia por *S. Aureus* sin endocarditis.

Conclusión. La bacteriemia por *S. Aureus* sin endocarditis puede estar relacionada con la presentación de vasculitis crioglobulinémica

I-4

PERFORACIÓN ESOFÁGICA Y MEDIASTITIS EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR VIH

MORENO-RAMÍREZ CARLOS ERNESTO, BOCANEGRA DIANA MILENA, BAQUERO GARY.
Hospital Universitario Santa Clara. Bogotá, D.C. (Colombia).

Introducción. El diagnóstico de la mediastinitis en pacientes con infección por VIH representa un reto debido a la variedad de causas que pueden estar implicadas, incluyendo mediastinitis necrotizante descendente por infecciones orofaríngeas, así como las complicaciones derivadas de lesiones esofágicas causadas por microorganismos oportunistas como citomegalovirus, candidiasis y *Mycobacterium tuberculosis*, entre otros. En este reporte se presenta una paciente con infección por VIH, mediastinitis secundaria a perforación esofágica por citomegalovirus y coinfección con tuberculosis pulmonar.

Diseño. Reporte de caso.

Metodología. Se llevó a cabo una revisión del caso recopilando información de la historia clínica, aplicaciones de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas, así como una búsqueda en la literatura.

Resultados. Paciente de 43 años, que ingresó al hospital con disfagia progresiva en el último mes. Al examen físico con taquicardia, sin alteraciones en otros signos vitales, placas blanquecinas en orofaringe y roncus bilaterales. En paraclínicos se observó linfopenia, con un conteo de linfocitos T-CD4+ de 5 células/mcL. La esofagogastroduodenoscopia reveló una úlcera esofágica perforante hacia el mediastino con abundante drenaje de pus, mientras que la tomografía de tórax con contraste mostró presencia de colecciones en mediastino anterior. La biopsia de la úlcera mostró cambios citopáticos compatibles con esofagitis por citomegalovirus, con carga viral sérica de 6,054 copias/mL. Además, geneXpert/RIF del esputo identificó *Mycobacterium tuberculosis*, sin resistencia a rifampicina.

Conclusiones. Este caso ilustra la aparición de mediastinitis secundaria a perforación esofágica por esofagitis por citomegalovirus en una paciente con infección por VIH y coinfección pulmonar por tuberculosis. Estos casos representan un desafío diagnóstico en el manejo de pacientes con mediastinitis.

Palabras clave. *Mediastinitis, infección por VIH, citomegalovirus, tuberculosis.*

I-5

MENINGOENCEFALITIS E HIPERTENSIÓN ENDOCRANEAL REFRACTARIA CAUSADAS POR *NAGANISHA ALBIDA* EN UN PACIENTE CON VIH: UN REPORTE DE CASO

MORENO-RAMÍREZ CARLOS ERNESTO, CHAVES LUIS CARLOS, AVILA NATALIA, BULA SINDY, CELEMÍN CARLOS, GONZÁLEZ-CARO FRANCISCO.

Hospital Universitario Santa Clara. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La Criptococosis meníngea es una enfermedad oportunista característica de los pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) particularmente con conteos de linfocitos TCD4+ menores de 100 células/microlitro. Las principales especies identificadas corresponden a *Cryptococcus neoformans* y *Cryptococcus gattii*, con algunos reportes de casos con aislamiento de otras especies de basidiomicetos como *Papiliotrema laurentii* (previamente conocido como *C. laurentii*) y *Naganisha albida* (previamente conocido como *C. albidus*) en pacientes con alteraciones en la inmunidad celular, incluyendo uso de fármacos inmunosupresores, enfermedades crónicas como la diabetes mellitus e infección por VIH, causando infecciones pulmonares, compromiso multisistémico, y muy raramente compromiso meníngeo.

Diseño. Reporte de caso.

Metodología. Revisión de caso obteniendo información de la historia clínica, aplicaciones de laboratorio clínico e imágenes diagnósticas, complementando con búsqueda en la literatura.

Resultados. En este reporte se describe el caso de un paciente masculino con inmunosupresión por VIH con antecedente de meningoencefalitis por *Cryptococcus neoformans*, quien culmina tratamiento y presenta posteriormente meningoencefalitis e hipertensión endocraneal refractaria con aislamiento microbiológico en líquido cefalorraquídeo de *Naganisha albida*, requiriendo 42 días de manejo con anfotericina B deoxicolato y fluconazol para lograr negativizar líquido cefalorraquídeo.

Conclusiones. La infección fúngica invasora en el paciente con VIH corresponde a un reto diagnóstico, particularmente en este caso donde el aislamiento microbiológico de *Naganisha albida* es inusual, incluso en estadios avanzados de enfermedad.

Palabras clave. *Cryptococcus albidus*, *Cryptococcus* no-neoformans, meningoencefalitis fúngica, infección por VIH.

I-6

HISTOPLASMOSIS PULMONAR ¿ES FRECUENTE EN PACIENTES INMUNOCOMPETENTES?

CÁRDENAS JUAN, AMAYA RICARDO, ORDOÑEZ JORGE, TURCIOS DANIEL, LÓPEZ CRISTIAN
Clínica Universitaria Colombia. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La histoplasmosis en pacientes inmunocompetentes es subdiagnosticada, ya que los pacientes son asintomáticos o cursan con síntomas leves, autolimitándose en el 95%. Se ha determinado que menos del 1% de las personas expuestas a esporas desarrollan la enfermedad; dependiendo la gravedad de la infección se determinará el manejo, incluyendo el manejo expectante en casos leves.

Diseño. Estudio observacional descriptivo, tipo reporte de caso.

Métodos. Se presenta caso de masculino de 39 años, quien consultó a otra institución por sintomatología de tres semanas consistente en fiebre intermitente, escalofríos y diaforesis, en sitio de remisión consideran cursa con síndrome febril prolongado descartando infecciones por gérmenes comunes y oportunistas, único hallazgo es nódulo sólido (16x12x17mm) en el lóbulo superior del pulmón izquierdo por tomografía de tórax, ingresa asintomático a Clínica Colombia, realizando exámenes de extensión descartando origen neoplásico, autoinmune e infeccioso, finalmente se realiza biopsia por toracoscopia con reporte histopatológico que sugiere infección por Histoplasma, indicando egreso sin manejo médico y seguimiento ambulatorio, a los tres meses recurre con síntomas considerando iniciar manejo ambulatorio con Itraconazol logrando mejoría.

Resultados. La incidencia de histoplasmosis en paciente inmunocompetente ha aumentado, se discuten varias técnicas para obtener un diagnóstico, siendo la biopsia el estándar de oro; el tratamiento varía de acuerdo a la gravedad y forma de presentación.

Conclusiones. La histoplasmosis en paciente inmunocompetente es poco diagnosticada ya que no es un diagnóstico que se tiene en cuenta en esta población, tiende a generar síntomas leves en este tipo de pacientes, por lo que el diagnóstico representa un reto clínico, como en el caso presentado, tratándose de un paciente joven y previamente sano.

I-7

MANIFESTACIÓN POCO COMÚN DE UN ANTIGUO ENEMIGO: INFECCIÓN DISEMINADA POR NEUMOCOCO A PROPÓSITO DE UN CASO

SOTO VIVIAN, PEDREROS VALENTINA, APONTE ANGIE, APARICIO DAVID, RICO ANDRÉS,
MARTÍNEZ JUAN CARLOS.

Clínica Universitaria Colombia. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La infección neumocócica diseminada es una entidad caracterizada por la presencia de neumonía, bacteriemia y meningitis, siendo esta última la infección causada por neumococo más frecuente del sistema nervioso central (40%), sin embargo, la enfermedad diseminada es algo infrecuente, se presenta en pacientes con enfermedades crónicas debilitantes, diabetes y abuso de etanol, su presencia incrementa de manera exponencial la mortalidad. Presentamos el caso de una infección diseminada por neumococo en ausencia de estos factores.

Diseño. Estudio observacional descriptivo, reporte de caso.

Métodos. Mujer de 59 años con antecedente de hipertensión arterial, cuadro gripal de 2 semanas de evolución, que progresa a alteración del estado de conciencia. A la valoración de urgencias paciente con hipoxemia, y signos de irritación meníngea. Se realiza punción lumbar, se inicia antimicrobiano empírico, ampicilina y dexametasona. La paciente progresa a falla ventilatoria, se asegura vía aérea, posterior paciente con parada cardiorrespiratoria en 3 ocasiones, con tiempo inicial de 6 minutos y posteriores de 2 minutos para el retorno a circulación espontánea, se obtiene reporte de hemocultivos y film array del LCR con evidencia de neumococo. Paciente con evolución desfavorable que culmina con signos de muerte encefálica.

Discusión. La meningitis es causada hasta en un 40% por neumococo en el adulto, siendo la vía aérea superior la asociación más frecuente, seguida de la neumonía, y de otras vías primarias del sistema nervioso central, sin embargo el hallazgo concomitante con neumonía y bacteriemia dan la definición de infección diseminada. El manejo antimicrobiano, y el uso de esteroide son medidas que mitigan la morbimortalidad, sin embargo en la época actual la mortalidad se eleva hasta un 30%, la importancia de la sospecha y el manejo temprano son factores determinantes en el tratamiento.

Conclusiones. La infección neumocócica diseminada puede afectar a pacientes inmunocompetentes, con una tasa de mortalidad elevada.

I-8

HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE CASO

MARTÍNEZ JUAN CARLOS, VIVAS DIEGO ALEJANDRO, GONZÁLEZ JAIME ALEJANDRO, TONCON JUAN SEBASTIAN, APONTE ANGIE DANIELA.

Clínica Universitaria Colombia. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La histoplasmosis es una infección fúngica endémica, causada por *Histoplasma capsulatum*, con un aumento en la presentación diseminada, posterior al descubrimiento del virus de inmunodeficiencia humana adquirida (VIH). Aunque la mayor incidencia se ha descrito en estadios de SIDA, condiciones de inmunosupresión diferentes a etiologías infecciosas, se han relacionado con su presentación. En el caso del lupus eritematoso sistémico (LES), las alteraciones en la quimiotaxis, reconocimiento de membranas, leucopenia e hipocomplementemia han sido identificados como mecanismos fisiopatológicos que incrementan el riesgo de infección.

Diseño. Estudio observacional descriptivo, tipo reporte de caso.

Presentación del caso. Mujer de 33 años con antecedente de LES. Consulta por síntomas de una semana de evolución consistente en odinofagia, tos productiva, astenia y adinamia. En la revisión por sistemas refiere pérdida involuntaria de peso de 8 kilos. Los paraclínicos evidencian pancitopenia y hepatoesplenomegalia, enfocadas inicialmente como manifestaciones de actividad lúpica. Sin embargo, ante la ausencia de respuesta al tratamiento y hallazgos tomográficos pulmonares, se solicitó antígeno en orina para histoplasma con resultado positivo. Aspirado de médula ósea evidencia de múltiples micro granulaciones con levaduras intracitoplasmáticas compatibles con histoplasmosis diseminada. Se instaura manejo con anfotericina B con posterior mejoría clínica y de líneas sanguíneas.

Discusión. Los pacientes con LES, tienen defectos en el sistema inmune humoral y celular asociado a defectos intrínsecos relacionados con la terapia inmunosupresora que aumentan el riesgo de histoplasmosis diseminada. Los síntomas de la histoplasmosis diseminada imitan los síntomas relacionados con LES, siendo difícil de diagnosticar ante lesiones focales en los mismos órganos afectados.

Conclusiones. Los síntomas por histoplasmosis diseminada pueden imitar los síntomas en LES; las alteraciones inmunológicas incrementan el riesgo de infección.

I-9

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS Y DESCENLACES EN EL PRIMER PICO DE COVID 19 EN BUCARAMANGA.

GARCIA SUSAN, FIGUEROA CLAUDIA, RODRÍGUEZ LADY, CASTILLO DARLYN, RODRÍGUEZ DAVID, RUBIANO CAMILO, LEAL RAMON.

Hospital Universitario Santander. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. A finales de 2019 se identificó un nuevo coronavirus como causa de casos de neumonía con múltiples complicaciones en corto plazo. Actualmente hay 6.365.994 casos en Colombia. Se observó que características clínicas y comorbilidades se relacionaban a aumento de complicaciones y muerte en estas poblaciones.

Diseño metodológico. Estudio observacional, longitudinal, analítico, cohorte retrospectiva.

Resultados. Se evaluó 214 pacientes que ingresaron a hospitalización durante el primer pico epidemiológico en Bucaramanga encontrando una mediana de 59 años, 62% sexo masculino, el 53% de población residía en Bucaramanga seguido de Piedecuesta y girón, 42% escolaridad primaria, mediana 72kg peso, newsscore2 de ingreso 60% >7, comorbilidades como hipertensión arterial 31.3%, diabetes mellitus 23,3%, enfermedad renal crónica 13,5%, tabaquismo 21% y alcoholismo 17,2%, el 14,4% había recibido corticoide previo a ingreso y 4% antibiótico. Los desenlaces encontrados fueron neumonía severa 71% con hallazgo radiológico multilobar 74% y el 50% requirió ventilación mecánica; 30,8% desarrollo nefropatía aguda mediana de 6 días al evento y 10,8% requirió hemodiálisis, 88% sobrevivió a 1 semana y 58,4% al egreso hospitalario. El antecedente de diabetes se relacionó con neumonía severa y menor sobrevida a 1 semana; edad mayor a 60 años y newsscore2 >7 se asoció a neumonía severa, ventilación mecánica, menor sobrevida a 1 semana y al egreso hospitalario p 0.000.

Conclusiones. Los hallazgos se equiparán a los encontrados en Latinoamérica en cuanto a características sociodemográficas y clínicas (diabetes e Hipertensión), pero con la diferencia de que enfermedad renal crónica (ERC) fue la tercera comorbilidad más frecuente. Otro hallazgo diferencial fue el patrón radiológico multilobar difiriendo de la presentación en vidrio esmerilado reportada. Se Corrobora que la edad, newsscore2 >7, hipertensión arterial, diabetes y ERC se relaciona con mayores complicaciones y menor sobrevida de la población.

I-10

COMPROMISO MENINGOVASCULAR POR TUBERCULOSIS. REPORTE DE UN CASO

GARCÍA-SISSA DINAEL MAURICIO, PALENCIA-BOADA MARÍA ANGÉLICA.

Hospital Universitario Santa Clara. Bogotá, D.C. (Colombia).

Introducción. La meningitis tuberculosa tiene la de mayor morbilidad dentro de las diferentes presentaciones de tuberculosis extrapulmonar, generando múltiples complicaciones en el sistema nervioso central. Una de esas complicaciones es la vasculitis cerebral, que pueden generar infartos cerebrales con daños residuales catastróficos. Presentamos el caso de un paciente sin factores de riesgo, con clínica de meningoencefalitis, prueba molecular positiva para tuberculosis e imágenes tomográficas compatibles con compromiso meningovascular.

Diseño. Reporte de caso.

Metodología. Se realizó una descripción del caso utilizando los datos en la historia clínica y los resultados obtenidos por laboratorio e imágenes diagnósticas, se llevó a cabo una breve búsqueda de la literatura.

Resultados. Paciente de 21 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos, con cuadro clínico agudo de cefalea, fiebre y cambios comportamentales. Al examen físico se encontró desorientación y incapacidad para realizar ordenes complejas, sin signos de focalización. Una primera imagen de cráneo descartó lesiones agudas del cerebro, sin embargo, el desarrollo de múltiples episodios convulsivos llevó a la realización de una punción lumbar, con documentación de tuberculosis meníngea por GenExpert y cultivo. Se inició tratamiento. Posteriormente presentó deterioro neurológico y desarrolló hemiparesia izquierda, un control tomográfico documentó una lesión isquémica ganglio basal derecha y la angiotomografía de cerebro descartó anormalidades en el llenado de contraste, se consideró isquemia y compromiso meningovascular por tuberculosis.

Conclusiones. Este caso ilustra una de las complicaciones más importantes de una de las tuberculosis extrapulmonares más raras, exponiendo lo catastrófico de la infección del sistema nervioso central por tuberculosis, sus hallazgos clínicos más frecuentes y la relevancia del seguimiento neurológico estricto en este tipo de pacientes.

I-11

COLECISTITIS ALITIÁSICA AGUDA SECUNDARIA A HEPATITIS B AGUDA

SALGADO-MONTIEL LUIS, ALMANZA-HURTADO AMÍLKAR, PÁJARO-GALVIS NEHOMAR, PUERTA-LIDUEÑAS ADRIANA.

Posgrado de Medicina Interna, Universidad de Cartagena. Gestión Salud IPS. Cartagena (Colombia)

Introducción. La colecistitis alitiásica (CA) es una complicación extrahepática rara de la infección por el virus de la hepatitis B (VHB). Su curso clínico por lo general es autolimitado, con muy pocos casos complicados con gangrena y perforación. Presentamos el caso de una paciente con hepatitis B aguda complicada con colecistitis alitiásica.

Presentación del caso. Mujer de 61 años con historia personal de hipertensión arterial. Presenta dolor abdominal tipo cólico en hipocondrio derecho, asociado a náuseas, vómitos e ictericia en escleras de tres días de evolución. Negaba fiebre u otros síntomas. Al examen físico con ictericia generalizada y signo de Murphy positivo. Laboratorios con hiperbilirrubinemia a expensas de bilirrubina directa, elevación moderada de aminotransferasas; fosfatasa alcalina y gammaglutamil transferasa elevadas. Hemograma, tiempos de coagulación, glucosa y función renal normales. Ecografía de abdomen con colecistitis alitiásica, sin dilatación de la vía biliar intra ni extra hepática. Se descartaron infecciones como dengue y leptospirosis. El antígeno de superficie de hepatitis B fue positivo. Hepatitis A y C negativos. Los estudios serológicos fueron compatibles con hepatitis B Aguda. Una colangiografía descartó la presencia de coledocolitiasis y masas en la vía biliar. La paciente no presentó clínica de hepatitis fulminante ni falla hepática aguda, progresivamente mejoraron los síntomas y la ictericia, por lo que fue egresada a la semana de su ingreso con seguimiento ambulatorio.

Discusión. La CA es observada en el 4% de los casos de infección por VHB aguda. El tratamiento consiste en manejo sintomático y medidas de soporte general. La mayoría sigue un curso benigno con resolución en 1-2 semanas. Actualmente no se recomienda tratamiento antiviral en la hepatitis B aguda, la mayoría presentarán también resolución espontánea y solo el 5% se cronificará por lo cual ameritan seguimiento. La hepatitis viral por virus A, B y C debe incluirse en el estudio etiológico de la CA.

I-12

DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL A TUBERCULOSIS DISEMINADA

LIZARAZO-JIMÉNEZ MARÍA JOSÉ, MARTÍNEZ-ÁVILA MARÍA CRISTINA, HERNÁNDEZ-LINARES ISABEL VIRGINIA, MOLANO-PULIDO ANA MARÍA, CAMPAÑA-PERILLA LAURA ANDREA, PLATA-PUYANA JUAN DAVID.

Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad El Bosque. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La tuberculosis peritoneal es una presentación de tuberculosis extrapulmonar de baja incidencia y prevalencia que corresponde a una entidad de difícil diagnóstico que puede llevar a retrasos en el inicio del tratamiento. Los pacientes se presentan con síntomas inespecíficos como dolor abdominal generalizado de carácter insidioso y síntomas constitucionales. El cuadro puede simular otras patologías con hallazgos imagenológicos similares como la carcinomatosis peritoneal. Por tal motivo, se debe tener en cuenta la tuberculosis peritoneal como diagnóstico diferencial de estos pacientes en regiones con alta carga como Colombia.

Presentación de caso. Se presenta el caso de una paciente femenina de 58 años con antecedente de espondilitis anquilosante en tratamiento con terapia biológica que ingresa por cuadro de un mes consistente en dolor abdominal asociado a astenia, adinamia pérdida de peso y fiebre intermitente. Se realiza ecografía de abdomen con líquido libre intraabdominal de distribución perihepática, periesplénica, en ambos flancos y en pelvis, por lo cual se solicita tomografía de abdomen que identificó engrosamiento nodular del omento mayor y realce del peritoneo parietal y adenomegalias retroperitoneales que asociado a sintomatología de la paciente sugiere carcinomatosis peritoneal. En estudios de extensión se evidencia en tomografía de tórax numerables micronódulos de distribución aleatoria en ambos hemitórax y en marcadores tumorales, CA-125 elevado. Se realiza laparoscopia para esclarecer etiología neoplásica con toma de biopsias. Al considerar tuberculosis peritoneal como diagnóstico diferencial se realiza tinciones de histoquímica de Ziehl-Neelsen en muestras para bacilos ácido-alcohol resistentes. Se realiza el diagnóstico de tuberculosis peritoneal y pulmonar iniciando manejo con tetraconjugado.

Conclusiones. En pacientes con síntomas inespecíficos como dolor abdominal generalizado y síntomas constitucionales de carácter insidioso con hallazgos imagenológicos que puedan sugerir carcinomatosis peritoneal se debe tener en cuenta la tuberculosis peritoneal diseminada como uno de los diagnósticos diferenciales.

I-13

EMPIEMA COMO CAUSA DE ENDOCARDITIS EN VALVULA NATIVA POR *EIKENELLA CORRODENS* EN PACIENTE ONCOLOGICO: UN REPORTE DE CASO

HENNESEY DIANA CAROLINA, ARIZA YENNY, MEJÍA XIOMARA, MONROY DAYANNA.

Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá D.C. (Colombia)

Introducción. La *Eikenella corrodens* es un cocobacilo gramnegativo anaerobio, pertenece al grupo HACEK. Este grupo de gérmenes son responsables del 1 al 3% de las endocarditis bacterianas siendo esta bacteria la menos prevalente, considerándose como infección grave en huéspedes inmunocompetentes.

Caso clínico. Paciente masculino de 67 años con diagnóstico oncológico de adenocarcinoma de recto que ingresa por cuadro clínico de 3 días de evolución consistente en disnea, al examen físico se encuentra en malas condiciones generales con signos de dificultad respiratoria, requerimiento de oxígeno a alto flujo. Tomografía de tórax reporta lesiones nodulares cavitadas con relación a metástasis, líquido a nivel pleural derecho. Cubrimiento antibiótico inicial con Cefepime/Linezolid, cirugía de tórax realiza toracentesis obteniendo líquido purulento fétido que requirió toracotomía cerrada. Hemocultivos aíslan *Eikenella corrodens* y *Streptococcus contesllatus*, considerándose neumonía adquirida en la comunidad complicada por derrame pleural tipo empiema ajustándose a ceftriaxona. Ecocardiograma Transtorácico sin alteraciones, a pesar de ello se solicita Ecocardiograma Transesofágico confirmando presencia de dos vegetaciones aórticas con colonización múltiple, confirmando caso de Endocarditis por criterios de Duke secundario a empiema por microorganismo del grupo HACEK, dado compromiso metastásico de enfermedad oncológica no se beneficia de manejo quirúrgico continuando esquema antimicrobiano con Ceftriaxona hasta completar 42 días.

Conclusiones. La limitación de su diagnóstico y poca incidencia imposibilitan el oportuno inicio de esquema antimicrobiano, considerándose la endocarditis como una de las complicaciones más relevantes y con alta tasa de mortalidad, reportándose el primer caso de endocarditis infecciosa por *Eikenella corrodens* con válvula nativa en el Instituto Nacional de Cancerología y Colombia teniendo como factores de riesgo la inmunosupresión secundaria a patología oncológica.

I-14

SÍNDROME DE LEMIERRE: UNA ENTIDAD OLVIDADA EN LA EPOCA MODERNA

VILLEGAS CLAUDIA, SANJUANELO ALBERTO, INFANTE MARIANA, QUINTANA LORAINÉ.

Fundación Clínica Shaio. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. El síndrome de Lemierre (SL), es una entidad que se caracteriza por bacteriemia, tromboflebitis de la vena yugular interna y émbolos sépticos metastásicos, secundarios a infecciones faríngeas agudas en más del 85% de los casos.

Reporte de caso. Mujer de 22 años con antecedente de trastorno depresivo mayor. Quien consulta por cuadro de 3 días de evolución de dolor pleurítico en hemitórax izquierdo previo a amigdalitis aguda. Al ingreso se documenta disminución de murmullo vesicular en base pulmonar izquierda, y marcada elevación de reactantes de fase aguda. Se realizó estudio de angiotomografía de tórax sin evidencia de tromboembolismo pulmonar; sin embargo, con nódulos pulmonares derechos compatibles con embolismos sépticos y derrame pleural laminar izquierdo; adicionalmente con evidencia en Doppler de trombosis venosa subaguda de la vena yugular interna proximal y tromboflebitis superficial subaguda de la arteria basílica derecha. Durante la estancia hospitalaria, con requerimiento de decorticación y pleurectomía por parte de cirugía de tórax, tras desarrollo de empiema; junto con administración de antibioticoterapia de amplio espectro (cefepime, linezolid y metronidazol) por 28 días. Ante favorable respuesta clínica, paraclínica y tomográfica, se egresa sin complicaciones.

Discusión. El SL es una entidad poco frecuente. Se estima una incidencia de 0,6 - 2,3 casos por millón de habitantes, con manifestaciones atípicas, que precisan de una alta sospecha clínica. El agente más comúnmente implicado es el *Fusobacterium necrophorum*, y la neumonía o empiema pleural la infección metastásica más usual.

Conclusión. El diagnóstico de SL conlleva a un reto diagnóstico. La detección temprana es crucial el reconocimiento y la intervención inmediata de esta entidad para prevenir los desenlaces catastróficos y morbimortalidad derivada de esta patología.

I-15

TUBERCULOSIS PULMONAR COMO IMITADOR DE VASCULITIS ANCA POSITIVO

GONZÁLEZ ALEJANDRO, ASTUDILLO CRISTIAN, HURTADO DIANA, MARTINEZ JUAN , SOTO VIVIAN, PEDREROS VALENTINA, MENDEZ CAROLINA.

Unisanitas. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. Las vasculitis ANCA positivo, incluye granulomatosis eosinofílica con poliangeítis (EGPA), granulomatosis con poliangeítis (GPA), y poliangitis microscópica (MPA). Estas entidades suelen generar compromiso pulmonar y renal, manifestándose con tos, disnea y dolor torácico, así como proteinuria y hematuria. Por otra parte, la tuberculosis (TBC), puede manifestarse de forma sistémica con síntomas constitucionales y manifestaciones granulomatosas, condiciones similares en ambas entidades.

Diseño . Reporte de caso.

Metodología. Paciente masculino de 56 años, remitido por nefrología por lesión renal aguda (LRA) y sospecha de glomerulonefritis rápidamente progresiva, asociado a reporte de ANCAS positivos (>100). Previo al ingreso fue hospitalizado por hipoacusia de rápida progresión, tos, hemoptisis y síntomas B.

Ante opacidades reticulonodulares superiores, y síntomas descritos, se realizó biopsia de nódulo pulmonar con hallazgo de enfermedad granulomatosa y necrosis caseificantes. Se realizó diagnóstico histológico de TBC sin hallazgos microbiológicos, con inicio de primera fase de tratamiento. Durante la hospitalización , se inicia esquema de inducción con glucocorticoides, por biopsia renal percutánea con glomerulonefritis necrotizante crecentrica paucimune, y proliferación extracapilar fibrocelular. Se suspende tratamiento para TBC y se avanza inmunosupresión con ciclofosfamida por diagnóstico de GPA, con mejoría de los síntomas.

Discusión. Este caso, evidencia las dificultades para el diagnóstico diferencial entre TBC y GPA, dadas sus características clínicas e histopatológicas similares. Aunque se ha descrito la presentación de ambas enfermedades al tiempo, las características a favor del diagnóstico de GPA sobre TBC, incluyen la rápida instauración de la LRA y el sedimento urinario activo, que no son característicos en la TBC.

Conclusiones. La TBC y la GPA tiene condiciones similares. El compromiso renal con sedimento urinario activo no es una condición frecuente en la TBC.

I-16

MENINGITIS/PERITONITIS POR *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* ASOCIADA A DERIVACIÓN VENTRICULOPERITONEAL, CUÁL ES LA DIRECCIÓN DE CAUSALIDAD?

ACEVEDO DIEGO, ARIAS ANDERSON, BARRAGAN JUAN, SEQUEA DAVID, ESTÉVEZ MARÍA, ARIAS REINALDO.

Fundación Oftalmológica de Santander Carlos Ardila Lule. Floridablanca (Colombia)

Introducción. La meningitis es una de las principales infecciones del sistema nervioso central, con altas tasas de morbi-mortalidad sin un tratamiento adecuado (54%), además, dentro del espectro de la enfermedad existen variaciones etiológicas según las comorbilidades y/o procedimientos neuroquirúrgicos recientes, lo que implica distintos abordajes diagnósticos y terapéuticos iniciales.

Reporte de caso. Masculino de 57 años, antecedente de trasplante renal y meningitis criptocócica con necesidad de derivación ventriculoperitoneal (DVP) dada hipertensión endocraneana de difícil manejo; consulta por fiebre, dolor y distensión abdominal, evidencia radiológica de obstrucción abdominal, llevado a cirugía con hallazgos de síndrome adherencial severo y peritonitis, cultivo líquido peritoneal positivo para *S. aureus meticilino resistente*; se consideró peritonitis secundaria DVP, en ese momento sin clínica de meningitis, punción lumbar negativa, se inició vancomicina. Posteriormente deterioro neurológico, se realiza nueva punción lumbar, líquido cefalorraquídeo compatible con neuroinfección, cultivo positivo para mismo germen. Se consideró paciente con meningitis/peritonitis secundaria a DVP.

Discusión. Si bien se ha encontrado que el *S. aureus* es uno de los principales patógenos causales de meningitis en pacientes con derivaciones de líquido cefalorraquídeo, es inusual la presentación inicial como una peritonitis aislada sin evidencia clínica ni paraclínica de compromiso neurológico, lo que implica un reto diagnóstico y terapéutico al definir la necesidad de cambio de dispositivos.

Conclusión. Cuando se habla de meningitis se tiene un gran espectro de signos y síntomas indicativos de la enfermedad, sin embargo, en determinados casos esta entidad se puede presentar de manera atípica, por lo que el personal de salud tiene que estar preparado para identificar cuáles son las condiciones propias del paciente que lo pueden llevar a presentaciones inusuales de esta patología.

I-17

MUCORMICOSIS GÁSTRICA: REPORTE DE CASO

ARIAS F, SEQUEDA D, BARRAGÁN C, ACEVEDO D, CASTILLO S, ARIAS R.

Fundación Oftalmológica de Santander – FOSCAL. Floridablanca (Colombia)

Introducción. La mucormicosis es una peligrosa infección que se presenta particularmente en pacientes inmunocomprometidos. Las infecciones rino-orbital-cerebrales y pulmonares son los síndromes más comunes, la mucormicosis gastrointestinal es una presentación inusual. La enfermedad se caracteriza por infarto y necrosis de los tejidos del huésped y su avance suele ser rápido. Presentamos el caso de una paciente con mucormicosis gástrica.

Reporte de caso. Mujer de 82 años con múltiples comorbilidades, ingresa por fascitis necrotizante en glúteo derecho. Es manejada con antibiótico de amplio espectro requiriendo estancia en UCI, posteriormente, es llevada a cirugía y se realiza desbridamiento + colocación de sistema VAC + colostomía en asa derivativa. Hemocultivos positivos para *E. coli* sensible a la terapia instaurada. Por hemorragia de vías digestivas altas se indica esofagogastroduodenoscopia y la biopsia gástrica reporta gastritis aguda severa necrotizante y presencia de hifas aseptadas, compatible con infección por mucormicosis, ante alto riesgo de morbimortalidad, se inicia manejo con isavuconazol endovenoso, la tomografía de cráneo simple y senos paranasales descarta compromiso rinocerebral. La paciente continuó con los tratamientos instaurados requiriendo manejo paliativo dado escasa respuesta clínica y fallece posteriormente bajo sedación paliativa.

Discusión. La mucormicosis gástrica es el sitio de infección más común de todo el tracto gastrointestinal. Se adquiere tras la ingesta de alimentos contaminados. Los factores de riesgo más prevalentes son diabetes mellitus, trasplante de órganos y tratamiento con glucocorticoides, la tasa de mortalidad suele ser de 85%. Casi siempre el diagnóstico se realiza pre-mortem, tal como ocurrió con nuestra paciente.

Conclusión. La mucormicosis debe sospecharse en pacientes con factores de riesgo. Nuestra paciente no presentó un desencadenante claro. Los estudios con respecto a los mucorales son retrospectivos y limitados, hay una creciente necesidad de nuevos estudios que permitan establecer otros factores asociados a la enfermedad y comorbilidad.

I-18

FIEBRE DE TEXAS ACOMPAÑADA DE EXANTEMA; A PROPÓSITO DE UN CASO

DULCEY-SARMIENTO LUIS ANDRÉS, THERAN-LEON JUAN SEBASTIÁN, CASTILLO-GOYENECHE SILVIA FERNANDA, ESTÉVEZ-GÓMEZ MARÍA JULIANA, GUTIERREZ-PRIETO EMILY YURLEY.

Universidad de los Andes. Mérida (Venezuela)

Introducción. La babesiosis, también llamada fiebre de Texas, es una enfermedad causada por protozoos intraeritrocitarios, transmitidos a través de la picadura de un ixodoideo. Suele cursar con una infección leve a moderada, sin embargo, su presentación severa aumenta el riesgo de morbilidad, sobre todo en pacientes inmunocomprometidos.

Reporte de caso. Masculino de 29 años, con antecedente de hepatitis A, consulta por fiebre no cuantificada y dolor abdominal, asociado a episodios eméticos con contenido biliar, ictericia y coluria. Al examen físico exantema pruriginoso con múltiples lesiones tipo picadura, hepatomegalia, esplenomegalia y soplo en foco mitral. Paraclínicos reportan anemia, leucocitosis con neutrofilia, hiperbilirrubinemia directa y aminotransferasas elevadas. Se descarta endocarditis por resultados de ecocardiograma, y malaria tras la no mejoría con manejo antimalárico. Se realiza extendido de sangre periférica que evidencia glóbulos rojos fragmentados, con inclusiones en forma de cruz de malta, por lo que se plantea la posibilidad diagnóstica de babesiosis, iniciándose tratamiento, con posterior resolución del cuadro.

Discusión. Los síntomas y signos de la babesiosis son similares a la malaria, por lo que pueden confundirse. Típicamente se manifiesta con fiebre, cefalea, tos no productiva y artralgias, y con menos frecuencia esplenomegalia, hepatomegalia, ictericia y exantema. Puede presentarse de forma leve a moderada, y en adultos mayores de 50 años, con comorbilidades o inmunosuprimidos, puede ser severa. Entre las complicaciones de esta patología se ha reportado síndrome de dificultad respiratoria aguda, coagulación intravascular diseminada, entre otras.

Conclusión. La babesiosis es una enfermedad infecciosa, difícil de diagnosticar por sus similitudes con la malaria, que puede causar patologías graves e incluso la muerte, sobre todo en pacientes inmunocomprometidos. Por esto es importante conocer su presentación clínica y realizar un diagnóstico adecuado para llegar a un tratamiento oportuno.

I-19

COMPROMISO CUTÁNEO EN PACIENTE CON FIEBRE POR MORDEDURA DE RATA

VELASCO MARÍA E, OQUENDO DIEGO, PÉREZ JOSÉ M.

Clínica Uros SAS. Neiva (Colombia)

Introducción. La Fiebre por mordedura de rata es una enfermedad sistémica raramente diagnosticada causada por una infección por *Streptobacillus moniliformis*, *Streptobacillus notomys* o *Spirillum minus* (1) (2). Presentamos el caso de un paciente con fiebre por mordedura de rata quien consulta por aparición de lesiones cutáneas maculopapulares, petequiales y purpúricas en las cuatro extremidades.

Reporte de caso. Se trata de paciente de 28 años que ingresa al servicio de urgencias por cuadro de 3 días de evolución, posterior a mordedura de roedor, con aparición de lesiones maculopapulares pruriginosas a nivel de las cuatro extremidades, de predominio en miembros superiores y compromiso palmar; asociado a fiebre cuantificada hasta 39°C. Evolucionando a lesiones petequiales y purpúricas de igual distribución. (Imagen 1). Dentro de los paraclínicos de ingreso se encuentra un hemograma sin leucocitosis ni neutrofilia, proteína C reactiva (PCR) negativa y perfil infeccioso (VIH, sífilis, hepatitis B y C) negativo.

Se inició tratamiento antibiótico empírico con ceftriaxona IV ante la sospecha de estreptobacilosis por mordedura de rata, con evolución clínica favorable, defervescencia a los 48 horas posterior al inicio de la terapia antimicrobiana y resolución completa de las lesiones cutáneas 1 semana después del ingreso, completó 14 días de tratamiento sin complicaciones.

Discusión: La estreptobacilosis por mordedura de rata es una enfermedad poco común y en ocasiones olvidada, se ha informado que el riesgo de infección después de una mordedura de rata es tan alto como del 10% (3), es importante recordar su curso clínico y las complicaciones graves asociadas como la endocarditis infecciosa (EI) (4) para poder reconocerla e instaurar una terapia temprana ante el diagnóstico netamente clínico y así evitar los posibles desenlaces desfavorables de dicha entidad.

I-20

TUBERCULOSIS VERTEBRAL - MAL DE POTT UNA ENFERMEDAD PRESENTE Y QUE NO DEBEMOS OLVIDAR: REPORTE DE UN CASO CON REQUERIMIENTO DE MANEJO QUIRÚRGICO

MENDOZA FERNÁN, JARAMILLO CLAUDIA, DE ORO FABIO, RODRÍGUEZ ASTRID LORENA, CAPARROSO LÁCIDES, QUINTANA LORAINÉ, PÁEZ VERÓNICA.

Fundación Clínica Shaio. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La tuberculosis (TB) espinal o mal de Pott es una manifestación extrapulmonar poco frecuente. El diagnóstico puede ser tardío por la baja sospecha clínica, condicionando una alta carga de morbilidad. Presentamos el caso de un paciente inmunocompetente de 42 años, con sospecha inicial de proceso tumoral, posterior evidencia de TB torácica.

Diseño: Estudio descriptivo reporte de caso.

Resultados. Paciente masculino consulta por cuadro clínico de 8 meses de evolución consistente en dolor dorsal asociado a alteración de la sensibilidad y pérdida progresiva de la fuerza en miembros inferiores. Inicialmente, con resonancia de columna lumbar con evidencia de hernia discal a nivel de L4-L5. Presenta progresión del cuadro clínico hasta la limitación para la marcha, por lo cual reconsulta. Al examen neurológico de ingreso con paraparesia espástica, con nivel sensitivo en T12. Se realizó resonancia magnética de columna cervical y torácica, con hallazgo de lesión compresiva a nivel de T7 condicionando fractura patológica e invasión de canal espinal con compresión medular y signos de mielopatía. Valorado por neurocirugía con sospecha de compromiso metastásico con primario desconocido. Se inició esteroide intravenoso y se solicitaron otros estudios de extensión.

Tomografía de tórax con masa en el lóbulo inferior izquierda; biopsia percutánea que reportó un granuloma tuberculoso necrotizante; con igual hallazgo en la biopsia de la lesión de T7 tomada durante la intervención neuroquirúrgica. Se confirmó diagnóstico histopatológico de tuberculosis vertebral, además de PCR para *Mycobacterium Tuberculosis*. Se inició tratamiento para TB, con mejoría neurológica.

Conclusión. Sir Percival Pott, en 1779, reconoció la giba dorsal, el absceso y los trastornos neurológicos como una enfermedad del mismo origen etiológico, lo que se conoce como mal de Pott. La TB es una enfermedad endémica en donde es fundamental no olvidar las presentaciones extrapulmonares y la importancia de un tratamiento oportuno con el fin de impactar en la morbimortalidad.

I-21

CALIDAD DE VIDA EN MÉDICOS RESIDENTES DURANTE PERIODO DE PANDEMIA POR COVID-19

DÍAZ-QUIJANO DIANA, BASTIDAS-GOYES ALIRIO, RÍOS-BARBOSA FERNÁNDO, TUTA-QUINTERO EDUARDO, DUQUE CRISTHIAN, MUNAR LAURA, HERNÁNDEZ MARÍA PAULA, GUERRERO MANUELA, QUINTERO DANIELA, IBAÑEZ JULIANA MARCELA, ECHEVERRI JULIANA, MOLINA MIGUEL ANGEL, QUINTERO ELIAS JOSUE.

Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana. Chía (Colombia)

Introducción. La calidad de vida (CV) de los médicos durante su formación académica durante la pandemia por SARS-CoV-2 puede verse afectada por diversos factores, como largas horas de trabajo, privación del sueño, estrés y carga económica.

Métodos. Cohorte prospectiva evaluando la CV de médicos en residencia de primera especialidad utilizando el cuestionario de Evaluación de la calidad de vida de la Organización Mundial de la Salud (WHOQOL). La evaluación se realizó al ingreso, al año y al tercer año de residencia, comparando las mediciones durante el periodo de pandemia vs sin pandemia por COVID-19.

Resultados. Ingresaron 420 sujetos con edad promedio de 27,9 (de:3) años y el 63,3% fueron mujeres. Al comparar los periodos sin y con pandemia, el dominio de salud física al ingreso mostró un puntaje de 50,2 (de: 12,85) y 46,5 (de: 13; $p<0,001$), al año de seguimiento 39,3 (de:11,66) y 42 (de: 9,27; $p=0,002$), y al tercer año 54,3 (de:11,57) y 45,7 (de: 14,6; $p<0,001$). Al comparar los periodos sin y con pandemia, el dominio psicológico al ingreso mostró un puntaje de 65,9 (de: 10,32) y 62,5 (de: 9,36; $p<0,001$), y al año y tercer año no mostró diferencias. Al comparar los periodos de sin y con pandemia, el dominio relaciones sociales al ingreso mostró un puntaje de 70,3 (de: 18,14) y 63,7 (de: 18,7; $p<0,001$), al año no mostró diferencias y al tercer año mostró un puntaje de 66,7 (de: 18,04) y 59,1 (de: 20,36; $p<0,001$). Al comparar los periodos de sin y con pandemia, el dominio ambiente al ingreso mostró un puntaje de 67,7 (de: 13,84) y 63,5 (de: 11,56; $p<0,001$), al año de seguimiento 58,6 (de: 12,67) y 60,8 (de:11,95; $p=0,032$) y al tercer año no mostró diferencias.

Conclusión. La pandemia por COVID-19 afectó la CV de los residentes al ingreso y durante su periodo de estudio, la CV es mayor en periodo sin pandemia y al finalizar la residencia.

Palabras clave. *Calidad de Vida, COVID-19, Pandemia, Estudio de Posgrado, Cohorte.*

I-22

PRIMER CASO REPORTADO DE CELULITIS Y OSTEOMIELITIS SECUNDARIA MIXTA POR CANDIDA *ALBICANS* Y PRUPRALIBACTER *GERGOVIAE* EN COLOMBIA: INUSUAL COINFECCIÓN

GÓMEZ-AYALA JAIME ALBERTO, SILVA-MARTÍNEZ PAULA ANDREA, GÓMEZ-CONTRERAS MARÍA CAMILA, HERNÁNDEZ-SARMIENTO CARLOS JULIO, VEGA-CARVAJAL MARÍA ALEJANDRA, VARGAS-SÁNCHEZ JUAN SEBASTIÁN.

Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB). Bucaramanga (Colombia)

Introducción. Las infecciones tegumentarias son causa común de hospitalización, frecuentemente asociadas a *Staphylococcus aureus* y *Streptococcus pyogenes*, presentando generalmente buen pronóstico, sin embargo, algunos casos presentan como complicación osteomielitis por gérmenes típicamente gram negativos. Aquí se reporta el primer caso en Colombia de celulitis por *Cándida albicans* y osteomielitis secundaria por *Prupralibacter gergovidae*, siendo este último agente propio de aguas estancadas, suelos y cosméticos en mal estado, por consiguiente, se han reportado pocos casos en la literatura, asociados a inmunosupresión.

Diseño. Se presenta reporte de caso de coinfección por *Cándida albicans* y *Prupralibacter gergovidae*.

Métodos. Paciente masculino de 39 años que debutó con lesión ulcerada, onicolisis y secreción purulenta en pulgar de mano izquierda. Como antecedente destaca Diabetes Mellitus tipo 2 insulino-requiriente. Consultó por intolerancia a la vía oral, astenia, adinamia, deposiciones diarreicas, fiebre subjetiva y escalofríos; a la valoración en regulares condiciones, taquipnéico, deshidratado, con bajo peso. Se realizaron parámetros que evidenciaron cetoacidosis diabética severa, que fue manejada en Unidad de Cuidado Intensivo y posteriormente en hospitalización general con evolución favorable en cubrimiento antibiótico guiado por cultivos.

Conclusiones. Se realizó manejo con antibiótico endovenoso empíricamente con ampicilina-sulbactam, el cual se escalonó según reporte de cultivos a cubrimiento dual con fluconazol y meropenem con adecuado control de foco infeccioso.

Resultados. El paciente evolucionó favorablemente, el *Prupralibacter gergoviae* es un bacilo gram negativo que se asocia a inmunosupresión y a edades extremas de la vida, los antimicrobianos de primera línea recomendados para casos de celulitis y osteomielitis tienen débil efecto en él, por lo que se requiere de cultivos para su detección oportuna y así realizar abordaje adecuado.