

Medicina Interna

Internal Medicine

MI-1

USO DE ECOGRAFÍA CLÍNICA (POCUS) PARA IMPLANTE DE CATÉTERES PLEURALES CON INTENCIÓN PALIATIVA EN UN SERVICIO DE MEDICINA INTERNA

VELASCO SERGIO, BAYONA NICOLÁS, SALINAS SEBASTIAN.

Clínica Nueva El Lago, Grupo de Interés en Ultrasonido Enfocado, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La ecografía clínica es una herramienta que complementa la actividad hospitalaria. Se plasma la experiencia de este grupo en el implante de catéteres pleurales con intención paliativa en una institución de Bogotá

Diseño y metodología. Estudio observacional descriptivo tipo serie de casos. Se incluyeron pacientes con derrame pleural refractario a terapia médica y disnea persistente en una institución sin radiología intervencionista.

Se realizó una evaluación ecográfica clínica por experto confirmando el derrame pleural e identificando el área más segura de punción con transductor convexo. Se realizó implante de catéter venoso central por ecografía dinámica con punción en plano guiada con transductor lineal. Se descartó ecográficamente neumotórax. Se configuró un sistema de drenaje cerrado con una extensión de anestesia a un sistema cystoflo.

Resultados. En 4 meses se implantaron 7 catéteres pleurales con estrategia-POCUS en pacientes con derrame pleural recurrente y refractario a manejo médico. Todos correspondían a etiología neoplásica en pacientes en tratamiento paliativo. 4 asociados a neoplasia de primario no identificado en estadio IV, 2 asociados a Ca de mama y 1 asociado a metástasis pleural por adenocarcinoma de colon. El promedio de drenaje en 24 horas fue de 3150 ml. La reexpansión pulmonar fue completa en todos los casos. No se presentaron lesiones vasculares ni presencia de neumotórax. Se presentó un edema pulmonar por reexpansión que resolvió con manejo médico sin complicaciones. El seguimiento ecográfico a la cabecera del paciente permitió reducir la necesidad de radiación seriada. Ningún catéter presentó disfunción durante la estancia hospitalaria

Resultados y conclusiones. El uso de POCUS es una herramienta segura y útil para guiar el implante de catéteres pleurales con intención paliativa en pacientes con derrame pleural recurrente en instituciones con recursos limitados y fuera de instituciones de referencia donde no se cuenta con servicio de radiología intervencionista.

MI-2

SÍNDROME DE WATERHOUSE-FRIDERICHSEN COMO COMPLICACIÓN DE TUBERCULOSIS PULMONAR. DESCRIPCIÓN DE UN FENÓMENO CLÍNICO ATÍPICO EN EL NOROCCIDENTE COLOMBIANO

DULCEY-SARMIENTO LUIS ANDRÉS, THERAN-LEON JUAN SEBASTIÁN, CABRERA-PEÑA VALENTINA, PARALES-STRAUCH RAFAEL GUILLERMO, CALTAGIRONE RAIMONDO, BLANCO-PIMIENTO EDGAR CAMILO, CILIBERTI-ARTAVIA MARÍA PAULA, MARTÍNEZ-MORALES JUAN CAMILO.

Hospital Local del Norte de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. El síndrome de Waterhouse-Friderichsen es un problema clínico raro descrito por primera vez por Rupert Waterhouse y Carl Friderichsen como hemorragia suprarrenal bilateral en el contexto de sepsis bacteriana en la primera década del siglo XX. A lo largo de los años, ha habido informes de hemorragia suprarrenal bilateral en asociación con múltiples etiologías, incluidas varias infecciones sistémicas bacterianas y virales. Por lo tanto, este fenómeno se ha utilizado como un término clínico más amplio para abordar la insuficiencia suprarrenal asociada con la hemorragia suprarrenal bilateral.

Presentación de caso. Paciente de la VII década que consulta al servicio de urgencias por síntomas respiratorios haciéndose el diagnóstico de tuberculosis pulmonar, transcurridas 2 semanas del diagnóstico se presenta con síntomas de insuficiencia suprarrenal con hallazgo de hemorragia suprarrenal en la tomografía contrastada abdominal haciéndose el diagnóstico.

Discusión y conclusiones. El síndrome de Waterhouse-Friderichsen es un fenómeno con escasa frecuencia de aparición. Aunque la insuficiencia suprarrenal es principalmente una característica en aquellos con hemorragia suprarrenal bilateral, ha habido casos en los que la insuficiencia ocurrió en hemorragia unilateral. Actualmente se encuentra en manejo con prednisona 10 mg día con mejoría de todos los síntomas. El presente caso representa una de las pocas descripciones realizadas en la literatura medica colombiana, razón por lo cual lo traemos a acotación para conocimiento del ambito medico.

Palabras clave. *Insuficiencia suprarrenal, Mycobacterium tuberculosis, Endocrinología.*

MI-3

BICITOPENIA EN EL CONTEXTO DE APLASIA MEDULAR POR USO DE METIMAZOL. DESCRIPCIÓN DE UN FENÓMENO CLÍNICO ATÍPICO EN EL NOROCCIDENTE COLOMBIANO

DULCEY-SARMIENTO LUIS ANDRÉS, THERAN-LEON JUAN SEBASTIÁN, CABRERA-PEÑA VALENTINA, PARALES-STRAUCH RAFAEL GUILLERMO, CALTAGIRONE RAIMONDO, BLANCO-PIMIENTO EDGAR CAMILO, CILIBERTI-ARTAVIA MARÍA PAULA, MARTÍNEZ-MORALES JUAN CAMILO.

Hospital Local del Norte de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. Los fármacos antitiroideos como las tionamidas se utilizan ampliamente en el tratamiento de la tirotoxicosis. Se informaron efectos secundarios en menos del 0.2% de los casos, especialmente alergias hematológicas, hepáticas o cutáneas. Una de las manifestaciones más graves es la agranulocitosis, probablemente basada en un mecanismo inmunológico que se ve exacerbado por la presencia de la propia enfermedad autoinmune tiroidea. Se debate si la presencia de la leucopenia severa es en realidad un epifenómeno de una alteración hematológica preexistente como el mieloma múltiple. El mieloma también puede estar relacionado con una predisposición autoinmune.

Presentación de caso. Presentamos el caso de una paciente de 56 años diagnosticada de enfermedad de Graves, que desarrolló agranulocitosis tras 6 meses de tratamiento con metimazol. Se envían estudios para definir el origen siendo negativo el aspirado y biopsia de medula osea para malignidad, el perfil ferrocinetico mostró presencia de una anemia arregenerativa y el algoritmo de Naranjo para efectos secundarios por fármacos antitiroideos fue de 9 puntos lo cual hace el diagnostico de la condición.

Discusión y conclusiones. En el presente caso 1 mes después de la retirada del fármaco antitiroideo, aumentó el número de granulocitos y recibió terapia con yodo radiactivo resultando en una curación por el momento de la enfermedad de acuerdo a lo planteado por endocrinología. El presente caso constituye una descripción atípica de una reacción adversa infrecuente, en la literatura nacional solo existen 4 reportes de este tipo de eventos adversos, es pertinente que los clínicos realicemos la identificación precoz de este tipo de reacciones para ofrecer las mejores medidas terapéuticas.

Palabras clave. *Anemia, Leucocitos, Reacción adversa, Metimazol.*

MI-4

UNA CAUSA POCO COMÚN DE DEBILIDAD: PARÁLISIS PERIÓDICA TIROTÓXICA

MONTROYA MARIANA, TOBON ANDRÉS F, CABALLERO ALFREDO

Universidad Cooperativa de Colombia, Universidad de Antioquia, Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín (Colombia)

Introducción. La parálisis periódica tirotóxica (PPT) es una complicación del hipertiroidismo caracterizada por parálisis muscular e hipokalemia, por intercambio intracelular de potasio, secundario a aumento de actividad de la bomba Na/K ATPasa, por exceso de hormonas tiroideas o estimulación adrenérgica o insulínica. Hay precipitantes como ingestión de comidas altas en carbohidratos, alcohol o ejercicio. Afecta principalmente a hombres asiáticos, entre 20 y 40 años.

La musculatura proximal está comprometida, pero la sensibilidad se encuentra conservada. Hay disminución o ausencia de reflejos osteotendinosos.

La mayoría de casos de PPT se deben a enfermedad de Graves.

El manejo consiste en la reposición de potasio y además betabloqueadores no selectivos para prevenir las crisis de parálisis, al igual que anti-tiroideos.

Métodos. Estudio descriptivo tipo reporte de caso.

Caso clínico. Hombre de 39 años, sin antecedentes, con 1 semana de mialgias predominantemente en muslos y desde el día anterior con imposibilidad para la marcha. Al ingreso se encuentra paciente con taquicardia sinusal y temblor, sin otras alteraciones. Se realizan paraclínicos evidenciando hipokalemia severa (2.11 mE/L) y además hipertiroidismo (TSH 0 y T4L 3.26 ng/dL), en presentación de tirotoxicosis. Se confirma enfermedad de Graves como etiología de su cuadro. Se inicia reposición intravenosa de potasio y además propranolol y manejo anti-tiroideo, con lo cual mejoró y se dio de alta con orden de yodo radioactivo (I-131).

Conclusiones. Una de las causas de debilidad aguda son las enfermedades metabólicas, dentro de estas se encuentra la PPT, la cual como su nombre lo indica tiene episodios los cuales son infrecuentes, pero siempre se deben tener a consideración en la población que mayormente afecta.

MI-5

MUCORMICOSIS RINO-ORBITARIA: REPORTE DE CASO

SOLANO-VEGA IRINA, BONILLA-LLANOS MARÍA CAMILA, VELOZA-VEGA MARÍA CAMILA, PUENTES-CASTRILLÓN JOSÉ JOVANY, LIZCANO-AROS JOSÉ ALFREDO, GIRALDO-BAHAMÓN GERMÁN.

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Universidad Surcolombiana. Neiva (Colombia).

Introducción. La mucormicosis es una infección fúngica agresiva, angioinvasiva, potencialmente mortal, causada por mohos dentro del orden Mucorales, que afecta principalmente a pacientes diabéticos e inmunosuprimidos y excepcionalmente a individuos sanos. La mortalidad general es de alrededor del 40% al 70%, incluso con terapia antifúngica y desbridamiento quirúrgico.

Presentación del caso. Mujer de 55 años, con diabetes mellitus tipo 2 con mal control metabólico, quien consultó por celulitis a nivel maxilar y periorbitario izquierdo, de evolución subaguda, con posterior ptosis palpebral y tumefacción supraciliar izquierda, asociada a fiebre, con estudios imagenológicos que evidenciaron sinusitis aguda maxilar izquierda que se extiende a los tejidos blandos premaxilares, periorbitarios ipsilaterales y fosa pterigopalatina, con compromiso muscular y óseo. Fue llevada a dos tiempos quirúrgicos, con reporte de patología de una mucormicosis. Recibió manejo inicial con anfotericina B liposomal, pero por desarrollo de lesión renal aguda se decidió cambiar a posaconazol, completando 34 días de tratamiento intrahospitalario y posterior manejo ambulatorio por 60 días, con buena respuesta clínica.

Discusión. La mucormicosis puede infectar cualquier órgano, siendo la presentación rino-orbitario-cerebral la más frecuente. La diabetes mellitus tipo 2 es uno de los factores predisponentes más frecuentes asociados. La sospecha diagnóstica debe iniciarse ante los hallazgos locales de inflamación en zonas de afectación típicas, asociado con alguno de los factores de riesgo. Es fundamental la evaluación de las estructuras por estudios de imagen, siendo la erosión ósea una pista diagnóstica clave. En la actualidad, el diagnóstico definitivo aún depende de la biopsia diagnóstica convencional. El hallazgo principal es la demostración de invasión vascular y perineural por hifas mediante las tinciones ácido Periódico de Schiff (PAS) y plata metanamina (Gomori-Grocott). El tratamiento antifúngico sistémico (anfotericina B o posaconazol) y el desbridamiento quirúrgico agresivo hasta encontrar bordes libres por histopatología, son los pilares de tratamiento.

MI-6

MASA RETROPERITONEAL Y PSEUDO MIOCARDIOPATÍA HIPERTRÓFICA COMO PRESENTACIÓN DE PARA GANGLIOMA SILENTE: REPORTE DE CASO

SIMÓN VILLA-PÉREZ^{1,2}, SANTIAGO PATIÑO-GIRALDO^{1,3}

1. Departamento de Medicina Interna, Universidad de Antioquia, 2. Hospital Pablo Tobón Uribe, 3. Clínica Las Vegas. Medellín (Colombia)

Introducción. Los feocromocitomas son tumores infrecuentes, de diferenciación neuroendocrina y productores de catecolaminas. Solo el 15% son de localización extra adrenal, llamados paragangliomas. Usualmente se presentan con síntomas adrenérgicos como la hipertensión grave en pacientes jóvenes y la confirmación bioquímica es clave para el diagnóstico.

Reporte de caso. Un hombre de 42 años se presentó con dolor abdominal difuso, náuseas y vómito asociado a masa retroperitoneal interaortocava, hipervascular, macrolobulada y heterogénea de 84x48x69mm. De forma incidental se observó trombo intracavitario cardíaco y estudios adicionales confirmaron trombo apical de 2.1 cm², hipertrofia ventricular izquierda, fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 55% e hipocinesia apical, con imagen sugestiva de cardiopatía hipertrófica. Las metanefrinas plasmáticas y en orina fraccionadas fueron negativas. La patología de la masa retroperitoneal demostró un paraganglioma.

Discusión. Menos del 10% de los paragangliomas son de localización periaortica o pericaval. No son una causa común de masa retroperitoneal. Más de la mitad son productores de catecolaminas, lo cual se asocia con las manifestaciones cardiovasculares como hipertensión o hipertrofia ventricular entre 19-60%. Otras series reportan cardiomiopatía secundaria de espectro variable (dilatada, hipertrófica, Takotsubo-like) en menos del 2% y la presentación con trombo intracavitario únicamente en reportes de caso aislados. Según nuestro conocimiento este es el primer caso con un paraganglioma silente y compromiso cardíaco con pseudo miocardiopatía hipertrófica con trombo intracavitario.

Conclusión. El paraganglioma retroperitoneal es una entidad infrecuente. La ausencia de actividad bioquímica demostrable no excluye la posibilidad de repercusión en órgano blanco.

MI-7

MIELOMA IGM EN UN PACIENTE JOVEN: PRESENTACIÓN ATÍPICA DE UNA ENFERMEDAD COMÚN

SIMÓN VILLA-PÉREZ¹, CARLOS JOSÉ ATENCIA-FLOREZ^{1,2}

1. Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, 2. Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín (Colombia).

Introducción. El mieloma múltiple representa el 10% de las malignidades hematológicas, la edad mediana de presentación es 66 años y el pico monoclonal es IgG Kappa o Lambda en la mayoría de los casos. La presentación en pacientes jóvenes ó con paraproteinemia tipo IgM hacen difícil el diagnóstico.

Reporte de caso. Reportamos un caso de un paciente de 31 años con dolor cervical, pérdida de peso, esplenomegalia, trombocitopenia y anemia normocítica. Se encontraron lesiones líticas difusas, disminución en densidad ósea generalizada y colapso vertebral L1. Estudios evidenciaron pico monoclonal de gamma globulina IgM con relación $\kappa/\lambda >1000$ y aumento de plasmocitos anormales en medula ósea y sangre periférica con perfil inmunofenotipo compatible con un mieloma múltiple IgM con transformación leucémica.

Discusión. El mieloma múltiple es una enfermedad de pacientes >60-70 años, menos del 2% se presentan antes de los 40 años. Se reporta hepatomegalia en 1%, anemia grave con HB <8 gr/dL en 7% y trombocitopenia <100.000 cels/mm³ en 5%. La expresión de células plasmáticas a nivel periférico tiene incidencia aproximada de 0.5%. El pico monoclonal sérico tipo IgM kappa se presenta solo en el 0.3%. Nuestro paciente presentaba este pico monoclonal, asociado a las diferencias características como t(11;14) y positividad para CD38 y CD138 que permiten diferenciar de macroglobulinemia de Waldenström.

Conclusión. La confluencia de estos factores en un solo pacientes hace este caso excepcional y resalta la importancia de hacer un enfoque diagnostico completo y mantener la sospecha clínica de mieloma en un cuadro clínicas compatible a pesar de las características atípicas.

MI-8

TROMBÓLISIS INTRAPARO EXITOSA EN TROMBOEMBOLISMO PULMONAR AGUDO DE ALTO RIESGO

TURCIOS-ORDOÑEZ DANIEL, PATIÑO-MONCAYO ALVARO, VIVAS-GIRALDO DIEGO.

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

Introducción . El tromboembolismo pulmonar (TEP) agudo de riesgo alto asociado a choque o paro cardíaco tiene una tasa de mortalidad a los 30 días entre 16 y 25 % y 52 y 65% respectivamente. El uso de la ecografía en el punto de atención (POCUS) en el escenario del paro cardiorrespiratorio es fundamental.

Diseño. Estudio observacional descriptivo, tipo reporte de caso.

Métodos. Paciente femenina de 37 años ingresa a urgencias en parada cardiorrespiratoria con ritmo de actividad eléctrica sin pulso y se inician maniobras de reanimación cardiopulmonar (RCP).

Se emplea POCUS evidenciando dilatación del ventrículo derecho y bajo sospecha de TEP agudo de alto riesgo, se decide hacer trombólisis con activador recombinante del plasminógeno tisular en dosis de 50 mg IV.

Se obtiene retorno a circulación espontánea tras 30 minutos de reanimación. Electrocardiograma evidencia inversión simétrica de onda T en precordiales derechas y signo de McGinn-white (S1Q3T3); ecografía muestra ventrículo derecho dilatado con hiperquinesia del ápex (signo de Mc Conell). Angiotomografía confirmó TEP de las ramas segmentarias basales derechas y relación ventrículo derecho/ventrículo izquierdo > 1. Posteriormente la paciente inicia anticoagulación y completa rehabilitación.

Resultados. El manejo del TEP de alto riesgo (aquel que genera inestabilidad hemodinámica definida como arresto cardíaco, choque obstructivo o hipotensión persistente), es la trombólisis farmacológica o mecánica, y en el contexto del arresto cardíaco con TEP probable o confirmado es una conducta que aumenta la probabilidad de retorno a la circulación espontánea.

Conclusión. En TEP de alto riesgo, la terapia de reperfusión emergente es el pilar del manejo. Por ende, es necesario recordar esta causa de arresto cardíaco. El uso de ultrasonografía a la cabecera del paciente mejora la aproximación diagnóstica.

MI-9

SÍNDROME DE ASIA: ESPECTRO DE PRESENTACIÓN CON COMPROMISO RENAL, METABÓLICO Y AUTOINMUNE

RIFALDO JUAN GUILLERMO, BETANCUR CRISTIAN, PÉREZ RAFAEL VICENTE.

Hospital General de Medellín. Medellín (Colombia).

Introducción. La silicona es un polímero sintético usado con fines estéticos por su aparente seguridad. Los efectos adversos de su uso se denominaban “Siliconosis” hasta que en 2011 Shoenfeld y Agmon-Levin lo denominaron síndrome de Asia agrupándolo en una serie de criterios; esta entidad abarca manifestaciones de enfermedades reumatológicas y autoinmunes (Lupus, Sjögren, etc.), sin cumplir con los criterios diagnósticos o clasificatorios propuestos para estas entidades. Los reportes varían en manifestaciones y gravedad. Respecto al manejo, se han usado corticosteroides, hidroxicloroquina y ketoconazol basados en reportes y series de casos.

Métodos. Estudio descriptivo tipo reporte de caso.

Resultado. Mujer de 44 años con historia de aplicación de silicona líquida en ambos glúteos hace 20 años. Consultó por agudización de dolor pélvico y síntomas generales inespecíficos (astenia, fatiga, mialgias). Al examen físico se evidenció dolor a la palpación en hemiabdomen inferior y la presencia de nódulos pélvicos y glúteos difusos. En paraclínicos, creatinina sérica elevada, hipercalcemia moderada con PTH normal y 1.25 dihidroxivitamina D elevada. Uroanálisis con piuria y proteinuria, infecciosos negativos, ANAS 1:160 patrón moteado, ENAS y ANCAS negativos. Urotomografía: áreas de calcificación y engrosamiento de tejidos blandos en región lumbar y glútea bilateral; calcificaciones en el retroperitoneo pélvico, riñón izquierdo con calcificaciones y atrofia y derecho con nefrocalcinosis sin efecto obstructivo. Doppler renal sin trombosis. Se descartó gammapatía monoclonal y tumores sólidos. Bajo la evidencia actual se inició prednisona 0.5 mg/kg/día mejorando la hipercalcemia, sin cambios en la creatinina ni azoados.

Conclusión. A nuestro entendimiento, solo hay reportado un caso con presentación similar a la de nuestra paciente sin compartir la presencia de nefrocalcinosis bilateral, hipercalcemia, enfermedad .

MI-10

VASCULITIS CUTÁNEA DE ORIGEN PARANEOPLÁSICO POR MIELOMA MÚLTIPLE

GIRALDO-GERMAN^{1,2}, MONTERO- ORLANDO¹, PERDOMO-DANIELA^{1,2,3,4},
JAMIOY-DIEGO^{1,2,3,4}

1. Médico Internista; Hospital universitario Hernando Moncaleano Perdomo, 2. Miembro Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI), 3. Médico Residente Medicina interna, Universidad Surcolombiana, 4. Grupo Investigación MIDNEUROPSY. Universidad Surcolombiana. Neiva (Colombia).

Introducción. La vasculitis cutánea puede estar asociada con neoplasias y puede comportarse como un síndrome paraneoplásico, sin embargo su asociación con mieloma múltiple es desconocido, siendo una presentación clínica inicial inusual.

Presentación del caso. Masculino de 51 años; quien debuta con tres lesiones tipo mácula, violáceas en miembros inferiores asociado a síndrome febril agudo y constitucional. Se realiza enfoque de púrpura palpable con compromiso sistémico, perfil infeccioso negativo (VIH, Hepatitis B y C), función renal y electrolitos séricos normales, ecografía Doppler venosa y arterial de miembros inferiores sin alteraciones significativas; perfil inmunológico como único hallazgo nivel de C4 consumido, relación albumina/proteínas totales elevadas, biopsia de piel reporta vasculitis leucocitoclástica, serie de huesos largos y cráneo con evidencia de lesiones osteoclasticas, electroforesis de proteínas con evidencia de banda monoclonal en región gamma, finalmente se toma aspirado y biopsia de medula ósea con citometría de flujo que evidencia mieloma de células plasmáticas.

Discusión. La presentación inicial del caso como púrpura palpable nos permite realizar estudio de diferentes etiologías dentro de las cuales podemos encontrar: de origen infeccioso, histiocitosis de células de Langerhans y vasculitis afectando esta última las extremidades relacionado con inmunocomplejos depositados en la pared de pequeños vasos activando la cascada de complemento. Como síndrome paraneoplásico, afecta a las 4% de todos los casos de vasculitis cutánea en adultos y de estas la mitad se deben a neoplasias hematológicas, siendo prevalentes la mielodisplasia y el linfoma no el mieloma múltiple como se aprecia en este caso. Finalmente, la vasculitis paraneoplásica puede remitir después del tratamiento exitoso del tumor maligno subyacente, pero por lo demás persiste a pesar del tratamiento apropiado de las lesiones cutáneas.

MI-11

CARACTERIZACIÓN DE DOLOR CRÓNICO NO ONCOLÓGICO EN UN CENTRO DE CUIDADO PRIMARIO AMBULATORIO ENTRE LOS AÑOS 2018-2019

MARTÍNEZ SONIA, VIVAS JOSÉ MANUEL, ROBAYO CLAUDIA, Hernández Wilson.

Pontificia Universidad Javeriana, Javesalud IPS. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. El Dolor crónico no oncológico (DCNO) se define como aquel con un tiempo de evolución ≥ 3 meses, siendo una causa frecuente de consulta, afectando las diferentes dimensiones y calidad de vida de la persona que lo padece, resaltando la necesidad de un abordaje oportuno e integral. Explorar las condiciones asociadas con el DCNO en el contexto local permitirá ampliar la comprensión de esta condición, por lo que el objetivo de este estudio fue caracterizar clínica y demográficamente a los pacientes adultos con DCNO de moderado a severo en un centro de cuidado primario ambulatorio en Bogotá, Colombia, entre los años 2018-2019.

Diseño. Se realizó un estudio de corte transversal descriptivo.

Métodos. Los pacientes seleccionados por medio de la Escala Visual Análoga (EVA) con dolor moderado a severo ($EVA \geq 4$), reportados en las historias clínicas con dos o más mediciones consecutivas. No se requirió cálculo de muestra ya que se tomó el total de la población establecida.

Resultados. Se encontró una edad media de 56.6 años, con una mayor frecuencia de DCNO en mujeres (68.8%). Según la intensidad, se identificó una mayor proporción de dolor moderado (entre un 12.2% - 25%) y por curso de vida, se observó un predominio en la adultez (43.2%) y vejez (46.6%). En la vejez el dolor severo fue frecuente en la primera consulta (56.7%). Los diagnósticos relacionados con dolor severo fueron: comprensión de raíz y plexo nervioso de discos vertebrales, traumatismo superficial de abdomen, artritis reumatoide y trastorno sinovial.

Conclusiones. Es importante utilizar sistemáticamente las herramientas para evaluar la intensidad del dolor y consignar los diagnósticos relacionados, así como la realización de un abordaje diagnóstico y terapéutico del DCNO acorde con las características etiológicas encontradas y desde un enfoque de curso de vida, en el marco de un abordaje psicosocial e interdisciplinario.

MI-12

EL PILAR DE LA MEDICINA: LA HISTORIA CLÍNICA, INSUFICIENCIA ADRENAL. REPORTE DE CASO

LÓPEZ DARÍO, VALLEJO PAMELA, TARAMUEL DIEGO.

Fundación Hospital San Pedro. Pasto (Colombia)

Introducción. La insuficiencia adrenal primaria es una enfermedad relativamente rara que puede traer consecuencias en la calidad de vida del paciente hasta desenlaces fatales. Se estima una incidencia de 0.6 por 100.000 habitantes, el enfoque requiere de un abordaje integral de las manifestaciones endocrino-metabólicas de la enfermedad.

Descripción del caso. Paciente de 50 años con antecedente de Insuficiencia Renal Crónica (IRC) estadio IIIa, remitida de su IPS donde evidenciaron hiperkalemia (potasio en 6) secundario a IRC de base. Al ingreso paciente hemodinámicamente estable sin alteraciones significativas al examen físico, se decidió iniciar solución polarizante, gluconato de calcio y control electrolítico diario, posterior a la estabilización, la paciente vuelve a recurrir con niveles de hiperkalemia con hiponatremia euvolémica. Ahondando en la historia clínica de la paciente se descubrió que este trastorno comenzó hace 15 años, posterior a una hemorragia post-parto, los controles de electrolitos mantenían hiperkalemia e hiponatremia, además mostraba una hiperpigmentación en boca, codos y rodillas. Se sospechó en primera instancia, Insuficiencia Suprarrenal secundaria por Síndrome de Sheehan, por lo que se tomó resonancia magnética cerebral la cual no demostró cambios a nivel hipofisiario, se tomaron pruebas de cortisol, con niveles suprimidos, hormona adrenocorticotrópica (ACTH) normal, aldosterona con niveles bajos y renina normal, con lo que se diagnosticó Insuficiencia Suprarrenal primaria. Posteriormente, la paciente egresa con dosis de prednisona y fludrocortisona, 6 meses después la paciente no ha vuelto a presentar recaídas o nuevas hospitalizaciones por esta causa.

Diseño y métodos. Póster electrónico de reporte de caso con metodología CARE.

Discusión y conclusión. En este caso se expone, ante la necesidad del enfoque integral del paciente desde su ingreso, la identificación de la línea de tiempo evolutiva de la paciente que llevó a establecer un tratamiento efectivo, lo que recuerda que el pilar de la medicina es la historia clínica.

MI-13

NIVELES DE VITAMINA B12 EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS

MORENO LIZET, JARAMILLO LUZ.

Grupos de Investigación Sura. Medellín (Colombia)

Introducción. Se ha establecido un aumento de la prevalencia de deficiencia de vitamina B12 en los pacientes adultos mayores, pero varía dependiendo de la ciudad o el país de residencia. La elevación por encima del límite superior se ha asociado a mortalidad, neoplasias, enfermedad linfoproliferativa y falla renal. Este estudio determina la prevalencia de deficiencia y la proporción de pacientes con elevación de los niveles de vitamina B12 en pacientes mayores de 60 años residentes en Colombia.

Diseño. Estudio de corte transversal.

Métodos. Se incluyen todos los pacientes mayores de 18 años a quienes se les realiza medición de vitamina B12 en los laboratorios de Ayudas Diagnósticas Sura, en algunas de las principales ciudades de Colombia, durante los meses de enero y junio del 2017. Se realiza una comparación por grupos de edad para establecer si existe diferencias en los niveles de vitamina B12.

Resultados. Se obtienen los datos de 24897 pacientes, 16006 (64,3%) menores de 60 años, 3874 (15,6%) desde 60 a 70 años, n: 2933 (11,8%) desde 70 a 80 años y 80 años o mayores n:2084 (8,4%). Se encontró una diferencia estadísticamente significativa en las siguientes variables por grupo de edad: creatinina, TGP, leucocitos, plaquetas, anemia y VCM. Hay una mayor proporción de pacientes con niveles elevados de vitamina B12 en los tres grupos mayores de 60 años que en menores de esta edad (13,8%, 15,6% y 18,6% vs 9,5% respectivamente) y una mayor proporción de pacientes con deficiencia de vitamina B12 en los dos grupos mayores de 70 años, comparados con los menores de 60 años (4,3% y 4,7% vs 2,9%). Esta diferencia persiste cuando se ajusta por el resto de las variables.

Conclusiones. Hay una variación estadísticamente significativa en la prevalencia de niveles alterados de vitamina B12 de acuerdo con el grupo de edad.

MI-14

LISTERIOSIS DISEMINADA EN PACIENTE CON FACTORES DE RIESGO ASOCIADO A MIASTENIA GRAVIS Y ALERGIA A PENICILINAS

MÁXIMO LINARES PATIÑO, MD^A; PY1IM^B, MSc^C. HERRERA ROZO, JAIME ANDRÉS, MD^A, PY1IM^B. ISAZA GARZÓN, JORGE IVÁN MD^A, PY1IM^B

a: Médico Cirujano. Universidad El Bosque, b: Médico Residente de Medicina Interna, Universidad El Bosque. Hospital Santa Clara, c: Médico Magíster en Epidemiología. Universidad El Bosque. Los Cobos Medical Center. Bogotá, D.C. (Colombia).

Introducción. La *Listeria Monocytogenes*, responsable de cuadros infecciosos en pacientes con fragilidad del sistema inmunológico, con un espectro clínico que va de gastroenteritis, septicemia hasta comprometer el sistema nervioso central (meningoencefalitis, abscesos) y romboencefalitis. Generalmente con alta susceptibilidad a la ampicilina o penicilina combinados con Gentamicina, con la opción de Trimetoprim/Sulfametoxazol en pacientes alérgicos.

Descripción del caso. Paciente femenina de 62 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2, alergia grave hacia la penicilina y de miastenia gravis para la cual requirió de inmunoglobulina endovenosa. Reingresa cursando alteración del estado de consciencia, fiebre (39°C) y deposiciones diarreicas. Con laboratorios a su ingreso evidenciado marcada leucocitosis que en su contexto obligó a descartar neuroinfección. Se realizó una punción lumbar en la que se documentó hipoglucorraquia, sin hiperproteinorraquia y pleocitosis linfocitaria. En simultáneo se inició cubrimiento con cefepime, ampicilina, vancomicina y aciclovir. Se realizó panel FilmArray con aislamiento de *Listeria Monocytogenes* y hemocultivos con el mismo aislamiento. Se ajustó la terapia a meropenem, trimetopin/sulfametoxazol y aciclovir por el riesgo de crisis miasténica inducida por antibióticos. Por último, se documentaron abscesos a nivel de giro temporal superior izquierdo, y otros dos pequeños focos en el giro frontal superior y medio derecho. Se adicionó vancomicina y se ajustó el esquema a Meropenem+trimetropin/sulfametoxazol por 8 semanas y vancomicina+aciclovir por 14 días. De forma ambulatoria se confirmó que la paciente no cursó secuelas neurológicas y tuvo resolución de los abscesos.

Discusión. La infección por *Listeria Monocytogenes* es una causa de meningitis de alta morbimortalidad en pacientes inmunosuprimidos. En esta paciente se requirió de ajustes a la terapia antibiótica por 1) antecedente de hipersensibilidad a la penicilina y 2) riesgo de crisis miasténica con la terapia estándar.

MI-15

COEXISTENCIA ESPONDILODISCITIS POR CANDIDA Y LINFOMA NO HODGKIN EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO

JARAMILLO CLAUDIA, SANJUANELO ALBERTO, NOVOA MAYRA, CARDONA MARIANA.

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

Introducción. El diagnóstico de espondilodiscitis fúngica, suele ser complejo y tardío, ya que tiene una clínica inespecífica o ausente; especialmente, en pacientes inmunosuprimidos y con patologías asociadas como las neoplasias.

Reporte de caso. Masculino de 41 años, con antecedente de infección por VIH estadio 3 con adecuada respuesta al tratamiento antirretroviral. Hospitalizado en contexto de síndrome febril prolongado acompañado de síntomas B y dolor lumbar. Se realizan imágenes, incluyendo RM de columna lumbosacra en donde se documentan lesiones focales de aspecto lítico que comprometen la cortical de T12 y L1, con fractura patológica y lesiones líticas de mayor tamaño en L2. Al medio de contraste paramagnético se observan imágenes sugerentes de abscesos intraóseos, y masa paravertebral derecha en L1 y L2 con intensa captación, acompañado de adenomegalias en cadenas ganglionares retroperitoneales e ilíacas. Con realización de biopsia ganglionar y drenaje de colección paravertebral, documentando compromiso por *Candida albicans* sensible a azoles en colección paravertebral, y proliferación de células grandes hipercromáticas en cortes de ganglio linfático con marcadores por inmunoperoxidasas indicativos de linfoma No Hodgkin B difuso de célula grande. Ante hallazgos, se instaura terapia con fluconazol, obteniendo adecuada respuesta. Simultáneamente, se inició remisión a centro de oncología.

Discusión. La espondilodiscitis fúngica, que constituye una etiología inusual, que generalmente afecta a pacientes inmunocomprometidos, con historial de cirugía reciente, o usuarios crónicos de accesos intravasculares, drogas endovenosas y/o corticosteroides. Siendo el *Aspergillus* el patógeno de tipo micótico con mayor aislamiento, seguido de las especies de *Candida*.

Conclusión. La espondilodiscitis fúngica debe sospecharse en aquellos casos refractarios al manejo, con hemocultivos negativos y con manifestaciones distorsionadas por otros síndromes; en donde, un diagnóstico preciso y precoz es esencial.