

Medicina Interna

Internal Medicine

MI-1

REVISIÓN SISTEMÁTICA ADHERENCIA FARMACOLÓGICA EN ENFERMEDADES CRÓNICAS NO TRANSMISIBLES EN LA POBLACIÓN COLOMBIANA

CACERES CATALINA, LORA ALVARO JOSE, PUERTA JENNIFER, VILLABONA SILVIA JULIANA, CAMACHO PAUL ANTHONY

*Fundación Oftalmológica de Santander. Floridablanca (Colombia).
Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)*

Introducción. Las enfermedades crónicas no transmisibles representan la principal causa de muerte en el mundo y su prevalencia va en aumento debido a la transición epidemiológica. A pesar de los avances en su manejo, las cifras de control son deficientes y esto se atribuye a múltiples factores, como el cumplimiento del tratamiento farmacológico, que es uno de los más representativos y menos estudiados en la población colombiana. Esta revisión tiene como objetivo establecer la frecuencia de casos que cumplieron con el tratamiento farmacológico en pacientes colombianos con hipertensión arterial, enfermedad cerebrovascular, diabetes mellitus, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y dislipidemia, entre el 2005 y el 2022.

Diseño. Se realizó una revisión sistemática y metaanálisis.

Metodología. Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura y un metaanálisis de los estudios identificados mediante las bases de datos Medline y LILACS para sintetizar cuantitativamente el porcentaje de cumplimiento del tratamiento.

Resultados. Catorce estudios cumplieron los criterios de inclusión y se analizaron 5.658 pacientes. El cumplimiento del tratamiento fue del 59 %, con una heterogeneidad alta entre los estudios incluidos (IC95 % = 46-71 %; I² = 98,8 %, p<0,001). Se obtuvo un mayor cumplimiento para la diabetes mellitus (79 %; IC95 % = 65-90 %) y la dislipidemia (70 %; IC 95 % = 66-74 %). En los pacientes con hipertensión arterial el cumplimiento fue del 51 % (IC 95 % = 31-72 %).

Conclusiones. La revisión sistemática muestra un bajo cumplimiento de las recomendaciones sobre el manejo farmacológico de enfermedades crónicas no transmisibles, lo que puede repercutir en los resultados clínicos y en la carga de la enfermedad a largo plazo.

MI-2

CONFLUENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR POCO FRECUENTES: EL ROL DE LA GENÉTICA Y LA INMUNOLOGÍA EN LOS DESENLACES MAYORES

ZAMORA-SEGURA BRYAN DAVID, QUINTERO JUAN MANUEL, SASTRE-MARTÍNEZ ANDRÉS DAVID, GRANADOS-DUQUE VALERIA, MORENO-SOTO KAREN JULIANA, ZARATE-CORREA LUZ CLEMENCIA

Hospital Universitario del Valle, Universidad del Valle. Cali (Colombia)

Introducción. La hipercolesterolemia familiar es un importante factor de riesgo cardiovascular debido a su asociación con enfermedad cardiovascular prematura. A pesar de su alta prevalencia en su presentación heterocigota, la afección sigue siendo infradiagnosticada y poco tratada. La relación entre la hiperuricemia, la artritis reumatoide y la enfermedad cardiovascular es significativa, aumentando el riesgo cardiovascular en esta población. El ictus isquémico se contextualiza en pacientes con múltiples factores de riesgo cardiovascular, subrayando la importancia de la prevención primaria y secundaria.

Presentación del caso. Paciente de 37 años presentó debilidad súbita en hemicuerpo derecho y disartria. La neuroimagen reveló placa de ateroma bulbo-carotídea derecha y oclusión total postbulbar izquierda, tratada quirúrgicamente con trombo-aspiración, trombólisis intracraneal y stent. Desarrolló hemorragia intraparenquimatosa postintervención con disminución de estado de conciencia y afasia. Antecedentes personales incluyen dos eventos cardiovasculares mayores. Se consideró enfermedad de Fabry y síndrome antifosfolípidos, pero fueron descartados. Se sospechó hipercolesterolemia heterocigota por niveles de cLDL, se diagnosticó AR e hiperuricemia por estudios de extensión y examen físico. Ya que presentó intolerancia a estatinas, recibió ezetimibe con pobre respuesta y alirocumab con respuesta favorable. El estudio genético reveló delección en 19p13.2, alteración reconocida por causar la mutación de LDLR.

Discusión. El riesgo cardiovascular no siempre puede ser fácilmente estimado, ya que existe una minoría de la población no representada en estudios o escalas pronósticas recomendadas. La convergencia de factores añade una capa adicional de complejidad a la predicción. La HF, la AR y la hiperuricemia también elevan el riesgo cardiovascular, desde una perspectiva biológica, potenciando los mecanismos fisiopatológicos de la enfermedad aterosclerótica prematura. La prevención secundaria en estos casos invita a la reflexión sobre el riesgo/ beneficio y los perfiles de seguridad de cada grupo de farmacológico a disposición, desde la terapia hipolipemiente hasta la antiagregante.

MI-3

PATRÓN NOCTURNO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL Y SUS IMPLICACIONES

CASTRO ANTONIO

Consultorio Cemes. Saravena (Colombia)

Introducción. La presión arterial nocturna disminuye entre 10 y 20 %, este es el patrón dipper normal. Algunos sujetos presentan comportamiento distinto. El objetivo fue determinar el comportamiento del patrón nocturno de la presión arterial y sus implicaciones en una muestra de pacientes.

Material y métodos. Estudio transversal, de campo, no experimental. La muestra fue de 685 pacientes. Los valores de presión arterial se obtuvieron por medio del monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA). Se realizó análisis estadístico descriptivo y estadística inferencial por medio de estimación del riesgo de un patrón nocturno anormal según distintas variables demográficas y clínicas utilizando odds ratio.

Resultados: Entre los participantes el 53 % fue del género masculino y la media de la edad fue de $55,34 \pm 12,897$ años. El 82,5 % tenía índice de masa corporal aumentado, el 73,3 % tiene hipertensión arterial y el 48 % presentó un patrón no dipper. Se estimó odds ratio para género masculino 0,621 (IC al 95 % = 0,442 – 0,872), edad ≥ 56 años 0,927 (IC al 95 % = 0,661 – 1,299), y tener IMC aumentado 1,189 (IC al 95 % = 0,832 – 1,701).

Conclusión. Tres de cada cuatro pacientes fueron diagnosticados como hipertensos y uno de cada dos presentó un patrón nocturno no dipper. Ninguna de las variables estudiadas puede ser considerada como un factor de riesgo individual para presentar un patrón no dipper. Sin embargo, en cuanto al dipper inverso, se obtuvo valor significativo para edad y para diabetes.

Palabras claves. Hipertensión, monitoreo ambulatorio de la presión arterial, patrón nocturno de la presión arterial, patrón no dipper y dipper inverso.

MI-4

COARTACIÓN AÓRTICA COMPLICADA CON ACV EN PACIENTE JOVEN, PRESENTACIÓN DE UN CASO

BONILLA ANGIE, SARMIENTO LUIS DULCEY, THERAN JUAN SEBASTIÁN, MARRUGO JUAN DIEGO, MORALES MARÍA JOSÉ, CORTES MARIANA, CRISTANCHO RUIZ GABRIEL, CACERES KAREN

Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. La coartación aórtica es un defecto congénito cardiovascular, caracterizado por un estrechamiento en el área del istmo aórtico. Esto ocasiona obstrucción del flujo sanguíneo, elevación de la presión arterial por encima del sitio del estrechamiento, que resulta en hipertensión arterial e incrementa el riesgo de derrame cerebral.

Materiales y métodos. Analizar un caso clínico de coartación aórtica, por primera vez en un paciente joven con diagnóstico tardío de hipertensión arterial que resultó en un ictus isquémico. El paciente, de 18 años, ingresó con síntomas de accidente cerebrovascular, a pesar de su previo bienestar. Se realizaron pruebas diagnósticas en el Hospital Universitario de los Andes en Mérida, Venezuela, incluyendo ecocardiografía, electrocardiografía, resonancia magnética y tomografía computarizada cerebral y de tórax con contraste, aortografía y manometría.

Resultados y su discusión. Se detectó hipertensión arterial resistente a la terapia. La ecocardiografía, la tomografía computarizada del tórax y la resonancia magnética cerebral confirmaron la coartación aórtica y un extenso accidente cerebrovascular isquémico del hemisferio derecho. Los cambios post-ictus dificultaron las tácticas quirúrgicas, pero ante ausencia de respuesta a la terapia antihipertensiva, se optó por la resección de la aorta con anastomosis “de extremo a extremo”. Tras 2 años, la observación postoperatoria reveló hipoplasia distal del arco aórtico, pero la angiografía indicó un gradiente de presión adecuado, evitando la necesidad de reoperación. Actualmente, el paciente continúa con tratamiento antihipertensivo y presenta discapacidad neurológica.

Conclusiones. La falta de atención médica sobre la coartación aórtica y la presión arterial no permitió una temprana detección, resultó en accidente cerebrovascular isquémico y cambios irreversibles en el sistema nervioso. Afectando la planificación de la cirugía cardíaca.

MI-5

DENGUE COMO CAUSA DE MIOPERICARDITIS EN EL EMBARAZO: REPORTE DE CASO

GRANADOS-DUQUE VALERIA, GRANADOS-DUQUE NATALIA,
SASTRE- MARTÍNEZ ANDRÉS DAVID,
AGUILAR-MOLINA OSWALDO ENRIQUE

Hospital Universitario del Valle. Cali (Colombia)

Introducción. El dengue, es una enfermedad viral febril aguda, el curso de la enfermedad va desde asintomática o enfermedad febril benigna, una minoría de personas desarrolla un síndrome potencialmente mortal, conocido como dengue grave o dengue hemorrágico. El compromiso cardíaco no es común, y su presentación clínica cursa con una afectación variable, desde un hallazgo incidental hasta un compromiso grave que lleve a la muerte.

Descripción del caso. Paciente femenina de 27 años con 33 semanas de embarazo que ingresa con un cuadro febril agudo, asociado a sangrado por mucosas, con prueba NS1 para dengue positivo y trombocitopenia grave, llevada a cesárea por sufrimiento fetal, con recién nacido vivo. Posteriormente cursa con taponamiento cardíaco troponina I positiva (55.6), y hallazgo ecocardiográfico de Swimming heart, llevan a pericardiotomía, bajo diagnóstico de pericarditis por dengue. Por persistencia de enzimas cardíacas elevadas, bloqueo atrioventricular se trata de una miopericarditis por dengue.

Discusión. Se trata de una gestante con dengue grave debido al compromiso cardíaco por miopericarditis. Las complicaciones cardíacas asociadas al virus del dengue no son comunes, y pocos casos han sido reportados. La miocarditis parece ser el hallazgo potencialmente dañino más común. Aunque la mayoría de los hallazgos son subclínicos con cambios enzimáticos y electrocardiográficos y pueden asociarse a alteraciones del ritmo como bloqueos atrioventriculares. En este caso nuestra paciente presentó un bloqueo atrioventricular grado II mobitz I. La literatura nos muestra que la presentación de miopericarditis es un compromiso mucho más raro y se asocia a la extensión del compromiso de la miopericarditis. Este diagnóstico no es fácil de realizar y es aún más complejo durante el embarazo.

MI-6

TUMOR ESPONJOSO DE POTT: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

REDONDO-GÉLVEZ ADRIANA MERCEDES, PLATA-UPEGUI CAROLINA, REDONDO-GÉLVEZ RAYZA LIZ, REDONDO-GÉLVEZ ALBERTO, LÓPEZ-ZÚÑIGA JAIME ANDRÉS

Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros, Universidad de Santander. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. El tumor esponjoso de Pott (TSP) es un absceso subperióstico del hueso frontal con osteomielitis, generalmente se observa como complicación de sinusitis frontal o después de un traumatismo craneoencefálico. El diagnóstico puede retrasarse por la inespecificidad de los síntomas y permitir el desarrollo de complicaciones intracraneales.

Presentación del caso. Hombre de 22 años, sin antecedentes previos, clínica de 1 mes de evolución de cefalea frontal intermitente posterior a inserción de objeto en dorso nasal (Piercing), asociado a aparición progresiva de edema frontal, eritema, calor, rinorrea hialina, sin fiebre, sin mejoría con acetaminofén ni AINES; paraclínicos con evidencia de leucocitosis y neutrofilia, PCR elevada; se indicó manejo con oxacilina, sin mejoría clínica, con extensión del proceso inflamatorio a nivel periorbicular y cigomático, con limitación parcial para la apertura ocular, Se realizan tomografías de senos paranasales y de cráneo simple con hallazgo de “pansinusitis crónica y edema de los tejidos blandos frontales, periorbitarios y en ambas regiones malaras, además de sinusitis crónica frontal bilateral complicada con absceso subgaleal asociada”. Valorado en conjunto neurocirugía y otorrinolaringología consideran sinusitis severa con compromiso óseo y lesión abscedada en región frontal compatible con tumor subperióstico de Pott, sin signos de extensión de infección intracraneal, se ajusta terapia antimicrobiana (vancomicina/ceftriaxona), con adecuada resolución del proceso infeccioso.

Discusión. El TSP es una afección infrecuente, ocurre principalmente en la población pediátrica, en nuestro caso el factor precipitante fue el traumatismo relacionado con la inserción de cuerpo metálico, el diagnóstico se basa en las sospecha clínica y la confirmación mediante estudios imagenológicos. La cirugía está indicada cuando hay necesidad de extirpar el tejido destruido y restaurar el drenaje de los senos nasales, pero en algunos casos puede considerarse el manejo conservador, con uso de antimicrobianos con buena penetrancia al sistema nervioso central.

MI-7

PRESENTACIÓN DE TOXOCARIASIS CON COMPROMISO DE ANGIOEDEMA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

CORTES MARIANA ISABEL, SARMIENTO LUIS DULCEY, THERAN JUAN SEBASTIÁN, MARRUGO JUAN DIEGO, MORALES MARÍA JOSÉ, CRISTANCHO RUIZ GABRIEL, BONILLA ANGIE⁷, CACERES KAREN

Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. La toxocariasis es una enfermedad parasitaria causada por la migración de larvas de ascárides de cánidos (*T. canis*). Se caracteriza por un curso a largo plazo y múltiples lesiones orgánicas de naturaleza inmunológica. El principal factor patogénico es la sensibilización del cuerpo por exoantígenos y endoantígenos de *Toxocara*, formados después de la destrucción de las larvas, lo que conduce al desarrollo de reacciones alérgicas inmediatas y retardadas.

Materiales y métodos de investigación. Revisión de literatura científica, como lo son publicaciones extranjeras en la base de datos PubMed sobre esta helmintiasis; y presentación del caso clínico de un paciente de 36 años, con desarrollo de una forma cutánea complicada de toxocariasis del tipo angioedema.

Resultados y su discusión. Durante las pruebas instrumentales y de laboratorio se detectaron en el paciente anticuerpos contra *Toxocara canis* (título en dinámica 1:6400, 1:400). Cabe destacar una reacción alérgica grave, que se manifestó como una erupción maculopapular confluyente con picor similar al angioedema. Una peculiaridad del curso de la enfermedad fue la aparición de erupción e hinchazón de la laringe con cada comida, lo que requirió solicitar ayuda médica de emergencia. Las pruebas de laboratorio de la sangre del paciente no revelaron eosinofilia ni desviaciones de los principales parámetros sanguíneos en el análisis de sangre.

Conclusiones. La toxocariasis a menudo imita las manifestaciones clínicas de diversas enfermedades como también de reacciones alérgicas en forma de urticaria y angioedema, lo que provoca dificultades para tomar el diagnóstico correcto; por tanto debe realizarse un abordaje extenso en llegado caso de encontrarse con estas manifestaciones y factores de riesgo relacionados.

MI-8

SIGUIENDO EL RASTRO – REPORTE DE UN CASO DE LARVA MIGRANS CUTÁNEA

CENTENO-PADILLA MARÍA JOSÉ, MONTENEGRO-CHARRY ADOLFO ALEJANDRO, PANTOJA-CHICA ANDREA STEFANÍA, SALAZAR-MUÑOZ JOHANA MILENA, VIZCAYA-MOLINA NATALIA ALEJANDRA

Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La larva migrans cutánea, es una patología causada por la infestación de larvas de helmintos, caracterizada por lesiones serpiginosas que muestran el trayecto de estas. Se puede asociar a sobreinfecciones llevando a un diagnóstico más retador. Se presenta el caso clínico de un joven quien inicia su cuadro con impresión de una celulitis refractaria a tratamiento inicial, llevando a re consultar a nuestra institución donde al ampliar el cubrimiento antibiótico se evidenció la coinfección por larva migrans.

Presentación del caso clínico. Se trata de un hombre de 21 años que inicia con edema, eritema y prurito en dorso de pie izquierdo posterior a viaje en Palomino, Guajira. Inicialmente diagnosticado con celulitis, por lo que recibió manejo con cefalexina oral durante siete días con extensión de lesiones, ahora placas eritematosas de bordes irregulares definidos, costrosas, maceradas que comprometían dorso, falanges y región interdigital, remitido a nuestra institución. Se confirma solo compromiso de tejidos blandos, iniciando antibioticoterapia de amplio espectro, cinco días post inicio, se evidencia un surco serpiginoso intra epidérmico característico de infección por larva migrans. Se inició antiparasitario con evolución clínica favorable y desaparición progresiva de las lesiones.

Discusión. Las infecciones cutáneas por lo general son causadas por agentes oportunistas, incluyendo parásitos, que se pueden acompañar de coinfecciones bacterianas. La larva migrans cutánea suele ser endémica en regiones tropicales, sin embargo, se ha convertido en una dermatosis común del viajero. Se desarrolla tras el contacto con larvas de anquilostomas, principalmente de la familia Ancylostomatoidea encontradas en heces de animales. Las especies más comunes son *Ancylostoma braziliense* o *A. caninum*, endémicas en la mayoría de las regiones costeras del mundo. El tratamiento se realiza con ivermectina o albendazol, siendo la ivermectina relacionada con mayor tasa de curación. La prevención óptima es usar calzado adecuado en estas áreas.

MI-9

SÍNDROME DE LEMIERRE: UNA ENTIDAD DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO

ALMANZA DAVID, ISAZA JORGE, CORVACHO CAMILO,
GÓMEZ SEBASTIAN

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

Introducción. El síndrome de Lemierre es una condición infrecuente caracterizada por trombosis en la vena yugular interna y embolismos sépticos, típicamente causada por *Fusobacterium necrophorum*. Es conocido por su dificultad diagnóstica. Presentamos el caso de una paciente joven diagnosticada con este síndrome.

Presentación de caso. Se trata de una paciente femenina de 19 años con historia reciente de faringoamigdalitis, quien desarrolló posteriormente dolor cervical y pleurítico. Al ingreso presentaba fiebre y leucocitosis. La tomografía de tórax reveló derrame pleural y nódulos sugestivos de embolismos sépticos, inicialmente interpretados con neumonía. Se inició tratamiento con Piperacilina/tazobactam y se tomaron hemocultivos, aislándose *Fusobacterium necrophorum*. Una ecografía de vasos del cuello mostró oclusión de la vena yugular interna izquierda y dilatación contralateral, confirmada mediante angiotomografía. Con estos hallazgos clínicos y microbiológicos se confirmó el diagnóstico de síndrome de Lemierre. La paciente mejoró clínicamente y fue dada de alta con manejo antibiótico con clindamicina.

Discusión. El síndrome de Lemierre es una complicación de la faringoamigdalitis, presentando tromboflebitis de la vena yugular interna y embolismos sépticos por *Fusobacterium necrophorum*. Los síntomas suelen aparecer días después de la faringoamigdalitis, incluyendo dolor cervical y fiebre en el cual se evidencia trombosis venosa yugular por imágenes. En este caso, las imágenes de tórax mostraron derrame pleural y nódulos sugestivos de embolismos sépticos. El diagnóstico se confirmó mediante estudios de imagen y aislamiento del microorganismo en hemocultivos. El tratamiento se basa en el uso de antimicrobianos, indicándose betalactámicos con inhibidores de betalactamasa. En este caso, se utilizó inicialmente Piperacilina/tazobactam, y posteriormente clindamicina tras la confirmación del diagnóstico, logrando la remisión de la infección.

MI-10

MIOSITIS AGUDA POR SÍNDROME MONONUCLEOSICO LIKE (SML)

SIERRA-MERLANO RITA, ÁLVAREZ-LORA ESAÚ,
ORDOSGOITIA-MORALES JOSÉ, BOHÓRQUEZ- RIVERO JOSÉ

Universidad de Cartagena. Cartagena (Colombia)

Introducción. La miositis aguda (MA) tiene múltiples etiologías, las causas virales son comunes y las traumáticas las mejor reconocidas, se caracterizan por aumento de la creatinfosfokinasa (CPK) y aminotransferasas. La MA por citomegalovirus (CMV) es infrecuente en inmunocompetentes con menos de diez casos reportados. El objetivo es resaltar el contexto clínico en la interpretación de las aminotransferasas, cuya alteración puede ser secundaria a rabdomiólisis como complicación de MA viral.

Descripción del caso. Femenina de 39 años, consultó por cuadro clínico de 5 días consistente en mialgias, intensidad 6/10, predominio distal en miembros inferiores, artralgias, disfagia, cefalea y dolor abdominal difuso, sin fiebre, lesiones cutáneas o trauma. Se encontró: edema y dolor a la palpación en zona 2 del cuello, abdomen sin irritación peritoneal ni hepatoesplenomegalia, sin otros hallazgos al examen. Estudios complementarios: ecografía cervical con sialoadenitis bilateral, CPK-total en 71.580 U/l, aldolasa incrementada, azoados elevados con lesión renal aguda KDIGO-I, uroanálisis con mioglobinuria, aminotransferasas elevadas >10 veces e hiperbilirrubinemia indirecta. Diagnóstico de trabajo Rabdomiólisis no traumática, estudio de extensión negativos para causas electrolíticas y metabólicas, serología positiva con IGG e IGM CMV. Con diagnóstico de MA por CMV; se dejan medidas de soporte, tratamiento sintomático analgésico con evolución satisfactoria y posterior egreso.

Discusión. La elevación de CPK por encima de 1000 U/l, se puede acompañar de aumento de aminotransferasas, planteando un reto en diagnósticos diferenciales con las patologías hepáticas. Debemos considerar desde la atención inicial, la anamnesis para dirigir nuestro enfoque del paciente con miopatías y sus manifestaciones y etiologías heterogéneas. La presencia de CPK y aldolasa elevada es importante para el enfoque de desórdenes musculares, diagnóstico que requiere un equipo multidisciplinario para mejorar los desenlaces del paciente.

MI-11

PARACOCCIDIOIDOMICOSIS DISEMINADA UN DESAFÍO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO: PRESENTACIÓN DE CASO

LOBO-OLAYA SERGIO ANDRÉS, BALLESTEROS-VARGAS DAMYD YESSID, GARCÉS-ROJAS SERGIO FERNEY, CARVAJAL-LEON LAURA SOPHYA, ALBA-TARAZONA JUAN DIEGO, FIGUEROA-PINEDA CLAUDIA LUCIA

Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. La paracoccidiodomicosis es una infección fúngica granulomatosa cuyos casos se encuentran limitados en ciertas regiones de América central y del sur. Es causada por la familia de hongos paracoccidiales spp los cuales son dimórficos y su vía de transmisión es a través de la inhalación de conidias. Los individuos infectados generalmente son asintomáticos, sólo del 1-5% presentan manifestaciones clínicas.

Presentación de caso. Paciente masculino de 60 años, agricultor, en abandono social, quien presenta cuadro clínico de insuficiencia respiratoria y suprarrenal, síndrome constitucional, desnutrición proteico-calórica severa y manifestaciones mucocutáneas. Se diagnostica Paracoccidiodomicosis diseminada al visualizar estructuras micóticas en biopsia, presentando mejoría posterior a inicio de manejo antifúngico. Sin embargo, posteriormente, el paciente presentó evolución tórpida, deterioro del estado general y signos de dificultad respiratoria hasta su fallecimiento.

Discusión. El paciente presentado reunió características para sospechar Paracoccidiodomicosis: edad, género, procedencia, ocupación y manifestaciones clínicas; lo cual aunado a los hallazgos imagenológicos e histopatológicos permitieron diagnosticar paracoccidiodomicosis crónica diseminada.

La forma crónica se manifiesta en meses o años posteriores a la exposición. Las principales manifestaciones son pulmonares (tos, expectoración y hemoptisis), manifestaciones mucocutáneas, síntomas constitucionales y en ocasiones insuficiencia suprarrenal. A nivel imagenológico se observa distorsión de la arquitectura, opacidades, áreas de vidrio esmerilado y nódulos.

El estándar de oro para el diagnóstico es la visualización microscópica. En la biopsia de nuestro paciente se observaron las típicas levaduras en forma de “cabeza de Mickey Mouse”. Finalmente, Paracoccidiales spp son sensibles a los azoles, anfotericina B y sulfonamidas; en este caso se debe emplear anfotericina B y posteriormente trimetoprim-sulfametoxazol o itraconazol.

MI-12

DESAFÍOS EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME DE GOOD: REPORTE DE UN CASO

PRIETO-ALVARADO DIEGO, BONILLA-BONILLA DIANA MARCELA

Clínica de Occidente. Cali (Colombia)

Introducción. Los timomas conducen a una timopoyesis desregulada a través de una disminución de la expresión del gen regulador autoinmune (AIRE), las complicaciones que se pueden presentar son las inmunodeficiencias como el síndrome de Good, que se caracteriza por hipogammaglobulinemia, linfopenia, mitogenesis de células T reducidas, células B circulantes ausentes e infecciones por microorganismos oportunistas.

Presentación de caso. Paciente femenina de 54 años con antecedente de masa mediastinal ingresa por cuadro clínico de 1 año de evolución en diarrea crónica desde hace aproximadamente 10 días presenta, picos febriles de 38°C, úlceras orales y en región vaginal, pérdida de 8 kg en los últimos 3 meses. Se tomaron paraclínicos que reportaron linfopenia, hipogammaglobulinemia, se le descartó VIH, citometría de flujo de médula ósea reportó incremento de linfocitos TCD8 sin presencia de linfocitos B y biopsia de médula ósea que reportó hematopoyesis de las 3 líneas con agregados linfoides maduros.

Estudios imagenológicos tac de tórax que evidencia masa en mediastino anterior, se inició manejo con ciclosporina, inmunoglobulina G intravenosa y filgrastim, se realizó colonoscopia que reporta proctitis ulcerativa por herpes simple y por medio de toracoscopia se reseca masa de mediastino anterior que reporta biopsia compatible con timoma tipo A, En seguimiento por oncología posterior a resección de timoma y manejo con inmunoglobulina G la paciente no ha vuelto a presentar infecciones.

Discusión. El síndrome de Good es una enfermedad rara que se caracteriza por una inmunodeficiencia que aparece en el contexto de un timoma. Son características la hipogammaglobulinemia, niveles bajos de linfocitos B y alteraciones en las funciones de los linfocitos T produciendo inmunodeficiencia que ocasiona infecciones por microorganismos oportunistas y virales. EL tratamiento consiste resección quirúrgica del timoma, inmunoglobulina IV y manejo de infección.

MI-13

ENDOCARDITIS EN AUSENCIA DE SÍNDROME FEBRIL, UN RETO DIAGNÓSTICO

CÁCERES ANDRÉS, CONTRERAS DANIEL, BENAVIDES JUAN

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

Introducción. La endocarditis infecciosa es una patología que compromete la superficie endocárdica del corazón, pudiendo manifestarse desde la afección valvular cardíaca hasta el compromiso multi orgánico por fenómenos inmunológicos, embólicos y hemodinámicos; siendo una enfermedad potencialmente mortal y con alta carga de morbilidad para los pacientes que la sobreviven, el diagnóstico oportuno es fundamental para brindar un tratamiento adecuado y mitigar las secuelas en los individuos que la padecen.

Discusión. Presentamos el caso de un hombre de 68 años, con antecedente de hipertensión arterial quien en seguimiento ambulatorio se documenta de manera incidental en un ecocardiograma transtorácico, una insuficiencia mitral severa secundaria a ruptura de cuerda tendinosa, es llevado a ecocardiograma transesofágico que demuestra la presencia de flail secundario a ruptura de cuerda tendinosa ocasionando insuficiencia severa por dos jet de regurgitación excéntricos y fracción de eyección de 62%. Se decide hospitalizar para llevar a manejo quirúrgico, con paraclínicos que muestran hemograma con leve leucocitosis de 12.000/mm³ sin otras alteraciones de la química sanguínea ni mención de alteración de los signos vitales durante su estancia. En el procedimiento quirúrgico se documenta compromiso de las dos valvas mitrales por vegetaciones de 15 mm, realizándose reemplazo de válvula mitral por válvula biológica. Se inicia manejo antibiótico empírico con ceftriaxona y ampicilina bajo el diagnóstico de endocarditis infecciosa con adecuada evolución clínica en el pos operatorio, documentándose hemocultivos negativos y completando 42 días de terapia efectiva sin complicaciones.

Discusión. La endocarditis infecciosa es una enfermedad que de pasar desapercibida puede acarrear desenlaces fatales para el paciente, por lo que su diagnóstico y manejo oportuno es fundamental, lo cual se hace un reto clínico en el contexto presentación clínica atípica, como la endocarditis eutérmica.

MI-14

SÍNDROME DE HIPERÉMESIS CANNABINOIDE

GENES-VÁSQUEZ CARLOS ANDRÉS, ARISTIZÁBAL-VALENCIA RUBÉN DARIO, LÓPEZ-DUQUE JUAN DIEGO, ORDOÑEZ-LUNA JORGE ANDRÉS

Universidad Santiago de Cali, Clínica de Occidente. Cali (Colombia)

El Síndrome de hiperémesis cannabinoide (SHC) es una rara condición que se caracteriza por episodios de dolor abdominal y vómitos intensos, hasta 10 episodios en una hora, que no mejoran con el tratamiento antiemético convencional y que mejoran con la suspensión del consumo de cannabis. Dado el aumento global del consumo de cannabis tanto en forma sintética como en forma tradicional, es fundamental que los profesionales de la salud estén alertas a esta enfermedad para un diagnóstico y manejo oportunos.

Describimos el caso de una paciente femenina de 26 años sin antecedentes patológicos de importancia, que ingresó a urgencias en diciembre de 2023 con cuadro clínico de vómitos recurrentes y dolor abdominal. Inicialmente la paciente no reveló el antecedente de consumo crónico de cannabis lo que conllevó a realizar pruebas diagnósticas exhaustivas que descartaron causa orgánica. Sin embargo, al momento de revelar el antecedente de consumo crónico de cannabis a altas dosis desde los 19 años, los síntomas mejoraron con la suspensión, confirmando el diagnóstico.

El incremento del consumo global del cannabis, el cual se estima en 188 millones de personas sugiere un aumento potencial de los casos de SHC. El diagnóstico se complica por la nula respuesta frente a los tratamientos convencionales y el uso frecuente de pruebas diagnósticas innecesarias, lo que resalta la importancia de reconocer este síndrome desde el enfoque clínico e indagar en los antecedentes personales de los pacientes ya que el antecedente de consumo de derivados del cannabis es clave para el diagnóstico. Se discuten tratamientos alternativos como antipsicóticos antidopaminérgicos como haloperidol y droperidol y benzodiacepinas que han mostrado cierta eficacia. También se resalta la capsaicina como una opción terapéutica viable. Sin embargo, la abstención del consumo de cannabis sigue siendo la conducta terapéutica de elección.

MI-15

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE UN CASO DE SÍNDROME MELAS Y SU ABORDAJE POR MEDICINA INTERNA

FIGUEROA MICHAEL, SARMIENTO LUIS, THERAR JUAN, ESTEVEZ JULIANA, ACEVEDO DIEGO, GARCIA JULIAN, CASTILLO SILVIA

Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. El síndrome MELAS (miopatía, encefalopatía, acidosis láctica y episodios similares a accidentes cerebrovasculares) es un trastorno mitocondrial hereditario materno frecuente, perteneciente al grupo de enfermedades conocidas como encefalomiopatías mitocondriales. Mayoritariamente asociado con la mutación A3243G en el gen MTTL1, este síndrome afecta la función mitocondrial y la producción de energía celular, desempeñando un papel crucial en la patogénesis de las crisis epilépticas (CE) en pacientes con síndrome de MELAS. Estas CE se caracterizan por un polimorfismo fenotípico y una resistencia a la terapia antiepiléptica.

Presentación del caso. Se trata de un paciente adulto con síndrome de MELAS con mutación A3243G identificada y epilepsia, que evolucionó hasta un deterioro cognitivo severo. La primera CE ocurrió durante un episodio similar a un accidente cerebrovascular, donde se observaron nuevas convulsiones espontáneamente, con alta frecuencia, que a menudo se manifestaban como una serie. Las CE focales a menudo tenían manifestaciones polimórficas borrosas. Para su tratamiento se tuvieron en cuenta los efectos secundarios de los fármacos antiepilépticos (FAE) y sus efectos negativos mitocondriales.

Discusión. Al diagnosticar CE en el síndrome MELAS, se debe considerar que las convulsiones a menudo ocurren durante episodios similares a un accidente cerebrovascular y pueden tener manifestaciones clínicas polimórficas borrosas. El deterioro cognitivo en los pacientes complica la detección de CE. Los medicamentos de primera línea deben ser FAE con baja toxicidad mitocondrial. Además, se requiere un enfoque multidisciplinario en el manejo del paciente, que incluya la monitorización cuidadosa de los efectos secundarios de los medicamentos antiepilépticos y la intervención temprana para controlar tanto las crisis epilépticas como los síntomas neurológicos y metabólicos asociados al síndrome MELAS.

MI-16

SÍNDROME PULMÓN-RIÑÓN: REPORTE DE CASO Y ABORDAJE CLÍNICO

SAENZ-SANDOVAL ESTEPHANIA, DULCEY-SARMIENTO LUIS ANDRÉS, THERÁN-LEÓN JUAN SEBASTIÁN, VARGAS-ROJAS JORGE LUIS

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

Introducción. El Síndrome pulmón-riñón, es un síndrome caracterizado por hemorragia alveolar difusa y glomerulonefritis rápidamente progresiva. Suele ser la manifestación de trastornos autoinmunes de base, siendo el síndrome de Goodpasture y el lupus eritematoso sus principales asociaciones. Al igual que el síndrome pulmón-riñón, el síndrome de Goodpasture o enfermedad antimembrana basal glomerular (anti MBG) es un trastorno extremadamente raro, con una incidencia de 0.1 casos por cada millón de habitantes y se presenta con los anteriores hallazgos más la presencia de anticuerpos antimembrana basal glomerular. Debido a que la afectación se presenta en un 60% y 80% en pulmones y riñones respectivamente, las manifestaciones suelen ser hemoptisis, tos, disnea y astenia.

Presentación del Caso. Paciente femenina de 77 años con antecedente de hipertensión arterial, quien ingresa por cuadro de dos meses de evolución caracterizado por tos no productiva y posteriormente hemoptisis, pérdida de 8 kilogramos no asociado a hiporexia y dolor lumbar irradiado a miembros inferiores. Al examen físico se encuentra afebril, hidratada y normotensa, orientada en tres planos y funciones mentales conservadas. Los paraclínicos de ingreso revelaron anemia y hematuria significativa, así como creatinina y urea con elevación progresiva hasta terminar en urgencia dialítica. Se solicitaron anticuerpos Anti MBG que fueron positivos.

Discusión. Debido a la alta morbimortalidad el pilar del manejo son el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno enfocado en manejar las complicaciones por sangrado como la anemia y la inestabilidad hemodinámica, así como en disminuir los anticuerpos circulantes mediante inmunosupresores y plasmaféresis.

Conclusión. El síndrome tiene evolución incierta y alta morbimortalidad, pudiendo ser la mortalidad hasta del 80% a los 6 meses; la mitad muere por hemorragia alveolar y la otra mitad por insuficiencia renal, hasta un 20% de los pacientes presentan recaídas y se deben seguir a través de anticuerpos anti MBG.

MI-17

COMA MIXEDEMATOSO, REPORTE DE CASO CLÍNICO

DULCEY LUIS ANDRÉS, THERAN JUAN SEBASTIÁN, GÓMEZ JAIME ALBERTO, CARRILLO MAYLI, CASTAÑEDA VALENTINA, MELO SHIRLY

Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. El coma mixedematoso es la forma severa del hipotiroidismo no tratado, provocando una exposición grave y prolongada a las hormonas tiroideas. La incidencia es de 0,22 millones de casos/año, es más común en mujeres y ancianos y se ha encontrado asociación de la incidencia con los meses de invierno. La tasa de mortalidad actualmente se estima en 20-25% dado los avances en terapia intensiva.

Caso clínico. Paciente femenina de 56 años de edad con cuadro clínico de 3 horas de evolución consistente en disnea de pequeños esfuerzos de forma súbita con dolor torácico de tipo opresivo y sin otra sintomatología asociada. Ingresa a consulta en situación de emergencia hipertensiva con alto riesgo de tromboembolismo pulmonar según distintos SCORS. Antecedentes de importancia: hipotiroidismo en manejo médico, se hace uso de soporte ventilatorio y control hemodinámico. Se presenta complicaciones de acidosis metabólica, crisis hipertensiva tipo emergencia cardiogénica e hipotermia secundaria.

Discusión. La causa más frecuente del coma mixedematoso es la tiroiditis autoinmune, entre otras causas tendríamos el antecedente de tratamiento del hipertiroidismo con radioyodo, otros casos que promuevan esta patología se asocian a cirugía tiroidea y el uso crónico de amiodarona o litio. Esta patología causa manifestaciones clínicas variadas por lo que para su diagnóstico se debe tener en cuenta antecedentes, signos clínicos y SCORS.

Conclusión. El coma mixedematoso debería considerarse en todo paciente comatoso o que presente algún grado de deterioro sensorial con hipotermia o ausencia de fiebre en presencia de infección, hiponatremia y/o hipercapnia.

Palabras Clave. Coma; Mixedema; Embolia Pulmonar; Infarto del Miocardio sin Elevación del ST; Insuficiencia Respiratoria.

MI-18

SÍNDROME DEL ÁREA POSTREMA ASOCIADO A INFECCIÓN POR COVID-19 A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

DULCEY LUIS, GÓMEZ JAIME, THERAN JUAN, WADNIPAR ANDREA

Hospital Local del Norte de Bucaramanga, Santander (Colombia)

Introducción. El síndrome del área postrema (SAP) es un trastorno desarrollado en pacientes con lesiones a nivel del piso del cuarto ventrículo, con manifestaciones clínicas como náuseas, vómitos persistentes e hipo intratable. Se asocia comúnmente con trastornos del espectro de la neuromielitis óptica (ENMO), aunque también puede desarrollarse en otras.

Caso clínico. Presentamos un estudio de un caso de SAP con vértigo posicional desarrollado en un paciente de género femenino de la V década de la vida causado por encefalomyelitis aguda diseminada después de infección por COVID-19. La paciente no presentaba antecedentes de importancia adicional. Al examen físico: vértigo posicional paroxístico benignos (VPPB) manifestado de forma aguda con náuseas, vómitos que empeora con el movimiento de la cabeza, hiperestesia parcheada hemifacial izquierda y disminución de la convergencia del ojo izquierdo. Se realizan estudios de imagen con una resonancia magnética (RM) con hallazgo de lesión adyacente al piso del cuarto ventrículo (área postrema). Requirió de soporte ventilatorio y manejo en UCI por 7 días. Se considero realizar diagnóstico de SAP con mejoría inmediata posterior a 5 ciclos con inmunoglobulina en consenso con Inmunología y Neurología permitiendo retirar la ventilación mecánica a los 4 ciclos. Las manifestaciones retrocedieron totalmente con glucocorticoides sin ninguna recaída durante 1 año de seguimiento.

Discusión. Logramos identificar como una paciente sana sin antecedentes adicionales al COVID-19 presentó encefalomyelitis aguda con VPPB, náuseas, vómitos persistentes progresivos, hiperestesia parcheada hemifacial izquierda y disminución de la convergencia del ojo izquierdos, confirmación del diagnóstico por medio de RM, con adecuada respuesta al uso de inmunoglobulinas y glucocorticoides.

Palabras clave. área postrema, COVID-19, náuseas, vómitos, neuromielitis óptica, glucocorticoides.

MI-19

MELIOIDOSIS EN UNA PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: A PROPÓSITO DE UN CASO

GONZALEZ JOHAN, LAFAURIE RUBEL, DURAN MANUEL

Universidad Autónoma de Bucaramanga. Clínica Foscal. Floridablanca (Colombia)

Introducción. La melioidosis es una enfermedad infecciosa causada por la bacteria *Burkholderia Pseudomallei*, encontrándose en aguas y suelos contaminados. Existen múltiples factores de riesgo asociados a esta infección como el alcoholismo, la diabetes mellitus, la enfermedad renal crónica y el EPOC. Clínicamente esta infección puede cursar asintomática o comportarse como una neumonía grave, los pacientes también pueden presentar abscesos pulmonares, hepáticos, musculares o en tejidos blandos, lo cual puede simular infecciones como tuberculosis, micosis o neoplasias. Lo anterior plantea un desafío para su diagnóstico.

Presentación del caso. Paciente femenina de 34 años, con antecedente de Diabetes Mellitus, con clínica de 2 meses de dolor pleurítico izquierdo, asociado a tos seca y pérdida de 8 kg de peso. En los últimos 15 días con aumento de la tos, disnea en reposo y fiebre no cuantificada. Al examen físico con signos de falla respiratoria y requerimiento de intubación orotraqueal. Adicionalmente, paraclínicos con hallazgos de una cetoacidosis diabética severa. En razón a lo anterior, se inició reanimación hídrica, insulino terapia y manejo antibiótico empírico. Tomografía de tórax con múltiples opacidades alveolares de predominio izquierdo y múltiples cavitaciones de predominio apical, con patrón de árbol de gemación. Con estudios negativos para tuberculosis pulmonar. Posteriormente se obtiene el resultado del cultivo de secreción bronquial con crecimiento de *Burkholderia Pseudomallei* sensible a carbapenémicos, por lo que se inició terapia antibiótica con meropenem, presentando una evolución clínica favorable.

Discusión. Esta enfermedad de alta morbimortalidad es un reto diagnóstico por su gama de presentación clínica, lo cual requiere un abordaje integral. Esto implica estrategias de prevención, diagnóstico temprano y terapias antibióticas efectivas para abordar eficazmente este desafío de salud pública en áreas tropicales como Colombia.

MI-20

SÍNDROME DE NEUROTOXICIDAD IRREVERSIBLE POR EFECTO DEL LITIO (SILENT)

DULCEY-SARMIENTO LUIS, FIGUEROA-GALINDO ISABELLA, VARGAS-ROJAS JORGE, CELIS-QUINTERO JUAN, CALA-ACELAS MARÍA, JAIMES-CARDOZO JHAN, PEÑA-ESTÉVEZ NATALY, OCHOA-MEJÍA MAUREN, GUTIÉRREZ-GRANADOS LAURA

Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. El litio es esencial para tratar el trastorno afectivo bipolar (TAB), pero su estrecho índice terapéutico hace frecuente la toxicidad, requiriendo monitorización constante. El Síndrome de Neurotoxicidad Irreversible (SILENT) es una rara secuela de esta toxicidad.

Caso clínico. Paciente femenina con antecedentes de hipertensión, diabetes y TAB I controlada con risperidona, clonazepam, biperideno y carbonato de litio, con aumento reciente en su dosis, acude a urgencias debido a una alteración del estado mental acompañada de agitación y despertares nocturnos asociados a insomnio con aumento en la ingesta líquida. Presentó convulsiones no generalizadas con signos vitales normales. Se consideró paciente con toxicidad por litio por lo que suspendió la medicación, revolviéndose las convulsiones pero persistiendo la alteración del estado mental.

Discusión. Las secuelas neurológicas a largo plazo se consideran persistentes cuando los síntomas están presentes al menos dos meses luego de la suspensión del litio. Esta paciente presentó convulsiones y alteración del estado mental que, a pesar de corregir todos los problemas metabólicos, no mejoraron; esto podría ser una manifestación atípica de SILENT. Esto podría atribuirse a que la distribución sérica del litio en el cerebro es más lenta en comparación con los riñones, músculos y huesos. Los síntomas de toxicidad pueden clasificarse con niveles séricos variables de litio: leves (1,5-2,5 mEq/L), moderados (2,5-3,5 mEq/L) y graves (>3.5 mEq/L). Esta paciente presenta síntomas de toxicidad grave por litio a pesar de que el nivel sérico de litio es de 2,8 mEq/L.

Conclusiones. El SILENT es una secuela incapacitante pero prevenible de la toxicidad por litio. Puede dejar al paciente en estado encefalopático persistente, por lo que es crucial vigilar estrechamente los niveles séricos en pacientes con uso crónico y enseñar a los familiares a que reconozcan los signos de toxicidad.

MI-21

DIAGNÓSTICO Y ABORDAJE CLÍNICO DE LA ASPERGILOSIS CON COMPROMISO CEREBRAL A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO ATÍPICO

DULCEY-SARMIENTO LUIS ANDRÉS, THERAN-LEÓN JUAN SEBASTIÁN, LEÓN-SUÁREZ LINA MARCELA, GÓMEZ-AYALA JAIME ALBERTO, ESTEBAN-BADILLO LAURA YIBETH

Universidad Autonoma de Bucaramanga, Universidad de Santander. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. La neuroaspergilosis tiene manifestaciones clínicas inespecíficas y un curso severo. Los casos de aspergilosis del sistema nervioso central son cada vez más frecuentes. Su diagnóstico de por vida es muy difícil. Al mismo tiempo, un diagnóstico oportuno permite realizar una terapia específica adecuada y salvar la vida del paciente.

Diseño. Estudio observacional descriptivo, reporte de caso.

Métodos. Presentamos el caso clínico de un paciente con daño cerebral letal por hongos filamentosos, que no presentaba los factores de riesgo descritos en la literatura: virus de inmunodeficiencia humana (VIH), neutropenia, trasplante de órganos y tejidos, largo Terapia con fármacos inmunosupresores o corticosteroides. El paciente es ingresado por deterioro neurológico de más o menos 1 semana de evolución. Se realiza RMN cerebral en la cual se observa compromiso parenquimatoso con lesiones hiperintensas con anillo de sello. La punción lumbar demostró la presencia de formas microbiológicas compatibles con *Aspergillus fumigatus* por lo que se inició manejo con Anfotericina B liposomal con una adecuada evolución clínica tras 1 mes de manejo.

Conclusión. Es necesario considerar la posibilidad de esta patología en pacientes incluso en ausencia de fiebre y condiciones de inmunodeficiencia. Un estudio específico de los fluidos biológicos para detectar la presencia del antígeno galactomanano puede permitir establecer un diagnóstico correcto oportuno y aplicar un tratamiento adecuado.

Palabras clave. La neuroaspergilosis, *Aspergillus fumigatus*, Aspergilosis

MI-22

ADAPTACIÓN HISPANA DEL MARCO DE REFERENCIA DECIDE-AI PARA LA EVALUACIÓN CLÍNICA EN FASE TEMPRANA DE SISTEMAS DE APOYO A LA TOMA DE DECISIONES BASADOS EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL

CORREA ROBERTO ALEJANDRO, VALLEJO ROBERTO JAVIER, ACEVEDO ANDRÉS MAURICIO, HERNANDEZ-ARANGO ALEJANDRO, ARIAS MARIA DEL PILAR, BIGIO DAVID, CARDONA ANDRÉS FELIPE, CARO STELLA JAKKELIN, GÓMEZ CARLOS ALBERTO, OSORIO JUAN SEBASTIÁN, RICO ANDRÉS EDUARDO, ROJAS LUIS LEONARDO, ROJAS EVER LEONARDO, ROJAS JUAN PABLO, SALINAS EMMANUEL, SPROCKEL JOHN JAIME, VERDUGO ALONSO, PINO LUIS EDUARDO

Universidad de los Andes, Universidad de El Bosque, Hospital Universitario Fundación Santa Fe de Bogotá, OxLER Medicina Exponencial, Centro de Tratamiento e Investigación sobre Cáncer Luis Carlos Sarmiento Angulo, Keralty, Pontificia Universidad Javeriana, Universidad del Rosario, Asociación Colombiana de Salud Digital, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Microsoft. Bogotá, D.C. (Colombia). Universidad de Antioquia, Universidad CES. Medellín (Colombia). Hospital General de Niños Ricardo Gutiérrez. Buenos Aires (Argentina). MIT Critical Data. Boston (Estados Unidos). University of Ottawa. Ottawa (Canada)

Introducción. La incursión de la inteligencia artificial (IA) en la medicina del siglo XXI es un hito significativo, con una creciente adopción de sistemas de apoyo basados en IA para la toma de decisiones en salud. Aunque se han desarrollado varios marcos de referencia para evaluar estas tecnologías, ninguno está disponible en español. El marco DECIDE-AI, originalmente en inglés, se centra en estudios clínicos en fase temprana que implementan sistemas de apoyo basados en IA. El presente proyecto se propone adaptar a la lengua hispana el marco de referencia DECIDE-AI, así como ajustar las recomendaciones del marco de referencia de acuerdo con las particularidades del contexto hispano.

Diseño: Adaptación de marco de referencia mediante consenso formal de expertos.

Métodos. Se realizó una búsqueda sistemática de literatura para analizar marcos de referencia existentes. Se usó una metodología formal de adaptación recomendada por el Ministerio De Salud y Protección Social. Se realizó un consenso formal de expertos con metodología Delphi modificada y se siguieron los principios de buena práctica de la ISPOR para traducción y adaptación transcultural.

Resultados. La búsqueda identificó 19 marcos de referencia, incluyendo DECIDE-AI. 15 expertos hispanohablantes en IA y salud colaboraron en la traducción y revisión de los 27 elementos originales a través de dos rondas Delphi. Se logró un acuerdo del 80% o más para todos los elementos adaptados. Se propuso agregar dos elementos nuevos para el contexto hispanohablante: discusión de transparencia y reproducibilidad, y aspectos éticos de la implementación de los resultados.

Conclusiones. Se realizó la traducción y adaptación hispana de DECIDE-AI, proponiendo dos nuevos elementos para futuras versiones tanto en inglés como en español. Proponemos este marco como una referencia para la evaluación de sistemas de soporte a las decisiones clínicas basados en IA.

MI-23

ATEZOLIZUMAB NEUROALERT: ENCEFALITIS AUTOINMUNE

KRASTZ LAURA, RIVAS-TAFURT GIOVANNA, ESCOBAR SANTIAGO, DAZA JORGE, RUIZ PAOLA, GOMEZ JUAN, NARANJO JORGE

*Universidad Santiago de Cali, Clinica de Occidente S.A.,
Universidad Libre. Cali (Colombia)*

Pacientes oncológicos pueden presentar alteración neurológica, por alteraciones genéticas, reactivación inmune, reserva cognitiva, metástasis cerebrales y/o leptomeningea, síndromes paraneoplásico y asociados al tratamiento oncológico incluyendo el uso de inmunoterapia. En la literatura se describe pueden producir hasta en un 28% desórdenes de desmielinización central, 17% hipofisitis encefalitis y miastenia gravis y hasta 11% polineuropatía sensorial y motora.

Dentro de los inmunomoduladores que pueden generar encefalitis como efecto secundario se encuentra el Atezolizumab un anti PDL-1, se han descrito desde el 2014 hasta la actualidad aproximadamente 50 casos .

Se reporta el caso de mujer de 65 años, con Adenocarcinoma de pulmón estadio IV por CT4NX M1 (compromiso pulmonar contralateral) DX 2022 PD-L1: Positivo TPS 80%.MUTACIÓN EN EXÓN 2 DE KRAS (G12C). Negativo para mutaciones en genes BRAF, HER2, RET, MET, NTRK1, NTRK2 y NTRK3; con respuesta parcial (50%),en fase de mantenimiento por Atezolizumab ultima aplicacion 23/07/23. quien presentó el 7/08/23 alteración del sensorio, alteración del estado de conciencia, cambios comportamentales. contaba con RNM cerebral sin lesiones agudas isquemicas hemorrágicas ni metastasicas, niveles de calcio y sodio normal, estudio de LCR negativo para infecciones descartando causas secundarias a su patología de base e infecciosas, se considera neurotoxicidad por el inmunomodulador Atezolizumab y se indicó bolos de esteroides por 5 días con franca mejoría clínica hasta estar asintomática. Este caso destaca que un paciente oncológico puede presentar diversas manifestaciones clínicas por diferentes factores incluyendo asociado a los efectos secundarios de los medicamentos, que aunque sean infrecuentes deben ser tenidos en cuenta, especialmente con el uso de medicamentos de inmunoterapia.

MI-24

SÍNDROME DE ADAMS-STOKES COMO CAUSA DE FENÓMENOS CONVULSIVOS EN UN PACIENTE ANCIANO: DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO EN SUDAMÉRICA

DULCEY-SARMIENTO LUIS ANDRES, THERAN-LEÓN JUAN SEBASTIÁN, GÓMEZ-AYALA JAIME ALBERTO, GÓMEZ-SILVESTRE MARIA PAULA, RUEDA-HERNÁNDEZ CESAR ANDRES, DÍAZ-EDIER OBDULIO

Semillero de investigación Medicina interna, Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. El síncope representa hasta 2% de las visitas al servicio de urgencias y provoca la hospitalización del 12 al 86% de los pacientes. A menudo el rendimiento diagnóstico es bajo, aproximadamente 50% de los pacientes hospitalizados son dados de alta sin un diagnóstico claro. El síndrome de Adams-Stokes se caracteriza por una pérdida repentina y transitoria del estado de alerta, acompañada ocasionalmente de convulsiones. Describimos el caso de una paciente que acude por un episodio sincopal de aproximadamente 3 minutos asociado a episodios convulsivos por primera vez.

Caso clínico. Presentamos una paciente con insuficiencia cardíaca y FEVI del 55% que presentó un episodio sincopal de 3 minutos de duración con posterior episodio convulsivo y recuperación de la conciencia. Se realizó un electrocardiograma de 12 derivaciones que mostró bloqueo AV completo. El electroencefalograma no mostró actividad epiléptica. Se trasladó a la sala de arritmias donde se le realizó una implantación de un marcapasos bicameral sin complicaciones.

Discusión. Las crisis de este síndrome se pueden diagnosticar mediante una minuciosa historia clínica, donde se reporta palidez antes de las crisis y enrojecimiento después de las mismas. Las crisis se producen por una disminución del gasto cardíaco debido a: intoxicación por antimonio, asistolia, bloqueo cardíaco, enfermedad de Lev o fibrilación ventricular. La falta de flujo sanguíneo al cerebro es responsable de la pérdida del estado de alerta. El tratamiento definitivo es quirúrgico, mediante la colocación de un marcapasos. Si no se diagnostican ni se tratan, las convulsiones de Adams-Stokes tienen una mortalidad del 50% dentro del año posterior al primer episodio. Los fenómenos convulsivos no requieren manejo anticonvulsivo una vez que éste se resuelve mediante la colocación de un marcapasos.

MI-25

SÍNDROME DE GOODPASTURE DE EVOLUCIÓN TÓRPIDA Y SU DIAGNÓSTICO CLÍNICO

GÓMEZ-AYALA JAIME ALBERTO, DULCEY-SARMIENTO LUIS ANDRÉS, THERAN-LEON JUAN SEBASTIÁN, VEGA-CARVAJAL MARIA ALEJANDRA, VARGAS-SÁNCHEZ JUAN SEBASTIÁN, MARTINEZ-BERMUDEZ PAULA JULIANA, MENDEZ-MANOSALVA ANDREA JULIANA, HERRERA-CHAVEZ JUAN SEBASTIÁN

Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. El síndrome de Goodpasture es una enfermedad rara con pronóstico grave, caracterizada por daño renal y pulmonar debido a anticuerpos contra la membrana basal glomerular. Aunque su etiología no está definida, se han sugerido posibles causas virales o bacterianas. Por lo que cada caso confirmado aporta conocimientos para el entendimiento del desarrollo de la patología.

Caso clínico. Se presenta el caso de una mujer de 40 años con un curso típico del síndrome de Goodpasture, cuyos síntomas se manifestaron después de sesiones de masaje y lipolifting. Desarrolló insuficiencia renal aguda, insuficiencia respiratoria y anemia grave, los cuales progresaron aún con la terapia de reemplazo renal y transfusión de glóbulos rojos. El diagnóstico se confirmó mediante pruebas de inmunoensayo, destacando la presencia de anticuerpos contra la membrana basal glomerular. El tratamiento consistió en terapia inmunosupresora con glucocorticoides, plasmaféresis, Ciclofosfamida y Rituximab vía intravenosa. La evolución de la enfermedad fue complicada debido a la aparición de infección por COVID-19. Se mantuvo bajo seguimiento 1 año, observándose en la última consulta por nefrología y reumatología una condición estable, de modo que se estableció dosis de metilprednisolona a 8 mg/día y el resto de la terapia concomitante continúa.

Discusiones. Es importante considerar el síndrome de Goodpasture en pacientes con insuficiencia renal y pulmonar, especialmente después de procedimientos médicos sin aparente mejoría. La irreversibilidad del daño renal y la posibilidad de complicaciones graves subrayan la necesidad de un diagnóstico y tratamiento temprano con enfoque multidisciplinario para su manejo adecuado.

MI-26

COMPROMISO PULMONAR EN SÍNDROME ANTISINTETASA: EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE ALTA COMPLEJIDAD DE MEDELLÍN

RONDÓN-CARVAJAL JULIÁN, ESCOBAR-MILLÁN MARÍA CLARA, HOYOS-GUTIÉRREZ SEBASTIÁN, CALLE-ESTRADA MATEO, ZAPATA-AGUDELO YINETH, VARELA DIANA-CRISTINA

Universidad CES, Hospital General de Medellín. Medellín (Colombia)

Introducción. El síndrome antisintetasa es un trastorno autoinmune poco común clasificado dentro de las miopatías inflamatorias idiopáticas (MII) caracterizado por la presencia de autoanticuerpos contra ocho tipos de aminoacil-ARNt sintetasas, siendo anti-Jo1 (antihistidil) el más frecuente. La enfermedad pulmonar intersticial (EPI) es la manifestación más prevalente (86-96%), seguida de miositis, artritis, fenómeno de Raynaud y manos de mecánico (lesiones hiperqueratósicas y fisuradas en borde radial de falanges). La extensión del compromiso pulmonar determina un factor crucial del pronóstico.

Diseño. Estudio descriptivo. Serie de casos.

Métodos. Se realizó una búsqueda en el software (SAP®) del Hospital General de Medellín filtrando 5 códigos CIE-10 relacionados con EPI en pacientes con diagnóstico de MII, teniendo en cuenta la positividad de autoanticuerpos específicos del panel ampliado de miopatías. Se identificaron 3 pacientes con esta asociación, analizándose sus características sociodemográficas, clínicas y radiológicas.

Resultados. Se identificaron tres pacientes con diagnóstico de síndrome antisintetasa, de sexo femenino, con promedio de edad de 55 años. La disnea, tos seca, poliartritis y manos de mecánico fueron manifestaciones frecuentes. El anti PL-7 fue el anticuerpo anti-sintetasa predominante; todos los casos tuvieron positividad para anti-Ro-52. Se incluyó un caso de sobreposición de síndrome antisintetasa y anti-MDA5. El patrón radiológico más común por tomografía de tórax fue el de neumonía intersticial usual (NIU), con un caso de sobreposición de neumonía intersticial no específica y neumonía en organización (NINE/NO).

Conclusiones. El síndrome antisintetasa es una condición con alta carga de morbilidad y mortalidad asociado al compromiso pulmonar intersticial. En esta serie, el anticuerpo PL-7 fue el más frecuente asociándose con el desarrollo de NIU y NINE. La sobreposición de síndrome antisintetasa y anti-MDA5 favorece una evolución más tórpida de la EPI. Es fundamental la realización de tomografía computarizada de alta resolución al momento del diagnóstico y seguimiento de pacientes con esta entidad.

MI-27

EL LIDERAZGO DEL INTERNISTA EN EL DESARROLLO DE CUIDADOS PALIATIVOS EN ARAUCA, COLOMBIA: UNA RESPUESTA HUMANITARIA A LAS NECESIDADES DE LA COMUNIDAD

TORRES-MOLINA MARBY ALEJANDRA, UCHAMOCHA-PÉREZ YORLADY, RUIZ-OSPINA PAOLA MARCELA, CÓRDOBA-NÚÑEZ MARÍA ADELAIDA, MERA-GAMBOA MARÍA VICTORIA, CORTÉS-GARCÍA SANDRA MILENA, TORRES-MOLINA JESICA MARÍA, MEJÍA LINA ANDREA, LAMUS FRANCISCO, LOZANO-LESMES LINA

Universidad del Quindío. Armenia (Colombia). Clínica Colsanitas. Bogotá, D.C. (Colombia). Universidad de la Sabana, Chía (Colombia). IPS Torremolina Arauca. Asociación Colombiana de Cuidados Paliativos de Colombia ASOCUPAC, Asociación Latinoamericana de Cuidados Paliativos ALCP. Clínica Colsanitas. AMI Pallium

Introducción. En Arauca-Colombia, la falta de sensibilización y conocimientos en cuidados paliativos genera un desafío significativo en la atención de pacientes con enfermedades graves y avanzadas. Se implementó un programa integral de cuidados paliativos liderado por internistas con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Materiales y métodos. Enfoque colaborativo y multidisciplinario, con la participación de instituciones locales y nacionales, a través de diagnósticos comunitarios, simposios y capacitaciones en cuidados paliativos dirigidos a profesionales de la salud, EPS y comunidad en general.

Resultados. Entre 2019 y 2023 se inició el diagnóstico comunitario en conocimientos, actitudes y prácticas frente a cuidados paliativos. Se inició el programa de cuidados paliativos en la IPS Torremolina con 10 pacientes y se expandió a 57 pacientes, de los cuales el 57,89 (n=33) son pacientes oncológicos. La atención se brindó en modalidades ambulatoria y domiciliaria. La población residente en áreas dispersas recibió tratamiento con medicamentos opiodes y no opiodes. Se crearon de redes de apoyo para pacientes, familias y cuidadores a través del proyecto “Arauca Departamento Compasivo”. Se incluyó el capítulo de cuidados paliativos en el libro de medicina interna de la Asociación Colombiana de Medicina Interna en 2023, reconociendo la importancia y la relevancia de los cuidados paliativos.

Conclusiones. Se destaca el liderazgo del internista en el desarrollo de cuidados paliativos en Arauca. Se abordaron desafíos como falta de conocimiento y escasez de recursos. Este modelo es pionero en áreas dispersas del país y sirve como referencia para otras regiones con necesidades similares.

Palabras clave. Cuidados paliativos, diagnóstico comunitario, redes de apoyo, internista.