

## Diagnóstico

### Diagnosis

|      |  |    |      |  |    |
|------|--|----|------|--|----|
| D-1  | REPORTE DE CASO: HEMORRAGIA ALVEOLAR SECUNDARIA A POLIANGEITIS MICROSCÓPICA GENERALIZADA NO SEVERA. ....             | 10 | D-25 | MIOCARDITIS TUBERCULOSA: UNA CAUSA INUSUAL DE INSUFICIENCIA CARDIACA. ....   | 16 |
| D-2  | REPORTE DE CASO: MIOCARDITIS AGUDA FATAL SECUNDARIA A DENGUE. ....   | 10 | D-26 | EMBOLISMO TUMORAL E HIPERTENSIÓN PULMONAR NO TROMBÓTICA. ....  | 16 |
| D-3  | RUPTURA DE PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA PULMONAR: COMPLICACIÓN POCO COMÚN DE HIPERTENSIÓN PULMONAR. ....               | 10 | D-27 | TROMBOSIS SÉPTICA DEL SISTEMA PORTAL, PELIFLEBITIS. ....   | 16 |
| D-4  | EMBOLISMO SÉPTICO PULMONAR. ....   | 10 | D-28 | ENFERMEDAD DE WILSON. ....   | 16 |
| D-5  | SIGNO DEL CEREBELO BLANCO O SIGNO REVERSO. ....  | 11 | D-29 | MIXOMA AURICULAR ASOCIADO A HIPERTENSIÓN PULMONAR. ....  | 17 |
| D-6  | GLOMERULOPATIA ASOCIADA AL CONSUMO DE COCAÍNA. ....  | 11 | D-30 | FALLA CARDIACA CON FUNCIÓN SISTÓLICA PRESERVADA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CALI. ....                               | 17 |
| D-7  | NEUROCISTICERCOSIS, UNA UBICACIÓN ATÍPICA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO. ....   | 11 | D-31 | FACTORES PREDICTORES DE RHUPUS. ....   | 17 |
| D-8  | DEFICIENCIA CONGÉNITA DEL FACTOR V DE LA COAGULACIÓN. ....   | 11 | D-32 | IMITADORAS DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. ....   | 17 |
| D-9  | HISTOPLASMOSIS INTESTINAL NO DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO. ....  | 12 | D-33 | POLIAUTOINMUNIDAD EN SINDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO. ....  | 18 |
| D-10 | NEUMATOSIS INTESTINAL Y GAS PORTO-MESENTÉRICO: SIGNIFICADO CLÍNICO EN UN CASO DE CATÁSTROFE ABDOMINAL. ....          | 12 | D-34 | ¿EVALÚA USTED SÍNTOMAS Y AUTOANTICUERPOS GASTROINTERSTINALES (GI) EN SUS PACIENTES CON ESPONDILOANTROPATÍAS (EAS)?. .... | 18 |
| D-11 | ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN VÁLVULA NATIVA POR <i>KOCURIA VARIANS</i> . ....  | 12 | D-35 | NEFRITIS DEL SHUNT - REPORTE DE CASO. ....   | 18 |
| D-12 | SÍNDROME DESTRUCTIVO DE LA LÍNEA MEDIA. ....   | 12 | D-36 | INFECCIÓN CUTÁNEA DISEMINADA POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL. ....               | 18 |
| D-13 | MIXOMA AURICULAR: MÁS QUE UNA NEOPLASIA BENIGNA. ....  | 13 | D-37 | SERIE DE CASOS DE SÍNDROME DE DEDO AZUL. ....  | 19 |
| D-14 | OTOMASTOIDITIS CRÓNICA TUBERCULOSA: PUNTO DE PARTIDA PARA UNA MENINGITIS. ....                                       | 13 | D-38 | SERIE DE CASOS DE POLIANGEITIS MICROSCÓPICA (PM) EN PACIENTE ADULTO MAYOR. ....  | 19 |
| D-15 | SÍNDROME DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR SECUNDARIO A QUEMADURA SEVERA. ....   | 13 | D-39 | COMPROMISO GASTROINTESTINAL EN EL SÍNDROME DE SJOGREN - REPORTE DE CASO. ....  | 19 |
| D-16 | FIBROELASTOSIS PLEUROPARENQUIMATOSA, UN NUEVO ESPECTRO DE LA NEUMOPATÍA INTERSTICIAL. ....                           | 13 | D-40 | INFLUENCIA DE LA EDAD DE INICIO EN LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES. ....  | 19 |
| D-17 | PROTEINOSIS ALVEOLAR UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL INESPERADO. ....   | 14 | D-41 | PRECEDE EL LUPUS-LIKE AL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO?. ....  | 20 |
| D-18 | SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT. ....  | 14 | D-42 | EFFECTOS CARDIOVASCULARES EN EL CONTEXTO DE UN HIPERTIROIDISMO. ....   | 20 |
| D-19 | OTITIS MEDIA CRÓNICA CAUSA DE TROMBOSIS SÉPTICA DE SENOS VENOSOS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE. ....                  | 14 | D-43 | MIXOMA AURICULAR GIGANTE COMO CAUSA DE FALLA CARDIACA. ....  | 20 |
| D-20 | NEUMONÍA POR <i>STRONGYLOIDES STERCOLARIS</i> . ....   | 14 | D-44 | HEMORRAGIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS COMO MANIFESTACIÓN DE TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA EN UN PACIENTE. ....     | 20 |
| D-21 | MENINGITIS LINFOCITARIA POR PAROTIDITIS. ....  | 15 | D-45 | EXPERIENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON PÚRPURA TROMBOCITOPENICA INMUNE. ....   | 21 |
| D-22 | COMPARACIÓN DE ESCALAS DE RIESGO EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO. .... | 15 | D-46 | EVALUACIÓN DEL RIESGO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE POR MEDIO DE MÉTODOS AVANZADOS DE PARTICIÓN RECURSIVA. ....              | 21 |
| D-23 | INFECCIÓN URINARIA POR <i>CEDECEA LAPAGEI</i> , REPORTE DE CASO. ....  | 15 | D-47 | HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTES CON SIDA. CORRELACIÓN CLINICOPATOLÓGICA. ....                                     | 21 |
| D-24 | CONSTRUCCIÓN DE UN PUNTAJE PARA LA PREDICCIÓN DE MALARIA COMPLICADA EN POBLACIÓN MILITAR. ....                       | 15 | D-48 | ENDOCARDITIS DE LIBMAN SACKS DE LA VÁLVULA TRICÚSPIDE. ....  | 21 |

|      |   |    |       |  |    |
|------|---|----|-------|--|----|
| D-49 | A PROPÓSITO DE UN CASO. PANCREATITIS COMO COMPLICACIÓN ASOCIADA, EN LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO GENERALIZADO; ENTIDAD IMPORTANTE DE CONOCER.....                              | 22 | D-74  | ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE LAS VÁLVULAS AÓRTICA Y TRICÚSPIDE NATIVAS CON UN DEFECTO SEPTAL VENTRICULAR .....                     | 28 |
| D-50 | PARÁLISIS AISLADA DEL VI PAR COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA PULMONAR.....  | 22 | D-75  | NEUMONÍA POR <i>LEGIONELA PNEUMOPHILA</i> : REPORTE DE CASO .....  | 28 |
| D-51 | LESIONES QUIÍSTICAS PULMONARES ASOCIADAS A SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO .....   | 22 | D-76  | CUADRIPIRESIA Y RABDOMIOLISIS POR PORFIRIA INTERMITENTE AGUDA: REPORTE DE CASO .....   | 28 |
| D-52 | COREOATETOSIS, UNA MANIFESTACIÓN POCO COMÚN DE HIPERGLUCEMIA NO CETOSICA, REPORTE DE CASO .....   | 22 | D-77  | ESCLEROSIS TUBEROSA COMO CAUSA DE EPILEPSIA EN PACIENTE ADOLESCENTE REPORTE DE CASO .....  | 29 |
| D-53 | PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA: REPORTE DE CASO.....  | 23 | D-78  | VARIABILIDAD ELECTROCARDIOGRÁFICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C FUERA DE METAS.....    | 29 |
| D-54 | EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS TROMBOELASTOGRÁFICAS EN PACIENTES TROMBOCITOPÉNICOS CON O SIN SANGRADO TRANSFUNDIDOS CON PLAQUETAS EN EL H.U.S.....                         | 23 | D-79  | FASCITIS NECROTIZANTE CAUSADA POR <i>ESCHERICHIA COLI</i> .....  | 29 |
| D-55 | CRIPTOCOCOSIS CEREBRAL EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, REPORTE DE CASO .....   | 23 | D-80  | EFECTO WARBURG .....   | 29 |
| D-56 | GRANULOMATOSIS DE WEGENER COMO CAUSA DE SÍNDROME FEBRIL DE ORIGEN DESCONOCIDO: REPORTE DE UN CASO .....   | 23 | D-81  | LUPUS LIKE: UN DIAGNÓSTICO PROBABLE .....  | 30 |
| D-57 | BACTERIEMIA, ABSCESO HEPÁTICO Y CEREBRAL CONCOMITANTE POR <i>STREPTOCOCCUS ANGINOSUS</i> . REPORTE DE CASO.....   | 24 | D-82  | URTICARIA CRÓNICA COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD STILL DEL ADULTO .....  | 30 |
| D-58 | RUPTURA ESPONTÁNEA DE ANEURISMA DE ARTERIA RENAL PRESENTACIÓN ATÍPICA, REPORTE DE UN CASO.....  | 24 | D-83  | VASCULITIS COMO MANIFESTACIÓN PARANEOPLÁSICA .....   | 30 |
| D-59 | INTOXICACIÓN AGUDA POR CARBAMATOS DURANTE EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO .....  | 24 | D-84  | SÍNDROME HEPATOPULMONAR NO CIRRÓTICO SECUNDARIO A HIPERTENSIÓN PORTAL IDIOPÁTICA (HPI) POR FÍSTULA ARTERIO-VENOSA ESPLÉNICA..... | 30 |
| D-60 | SÍNDROME DE TAKO-TSUBO EN HOMBRE DE 31 AÑOS. REPORTE DE CASO.....   | 24 | D-85  | ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO: REPORTE DE UN CASO .....                             | 31 |
| D-61 | PIODERMA GANGRENOSO COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO DE UN TUMOR TIPO PHYLLODES BORDELIN. ....  | 25 | D-86  | PERITONITIS ASOCIADA A CAPD POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS, A PROPÓSITO DE UN CASO.....                                       | 31 |
| D-62 | DEGENERACIÓN COMBINADA SUBAGUDA DE LA MÉDULA ESPINAL SECUNDARIA AL DÉFICIT DE VITAMINA B12. REPORTE DE CASO.....  | 25 | D-87  | ACTINOMICOSIS ENDOBRONQUIAL. SERIE DE CASOS, HOSPITAL SANTA CLARA.....   | 31 |
| D-63 | HEMORRAGIA CEREBRAL COMO DEBUT DE NEUROLUPUS PRESENTACIÓN DE CASO .....   | 25 | D-88  | SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER. REPORTE DE UN CASO .....   | 31 |
| D-64 | SÍNDROME DE EATON LAMBERT SIN ASOCIACIÓN NEOPLÁSICA .....   | 25 | D-89  | AORTITIS POR <i>STREPTOCOCCUS MUTANS</i> .....   | 32 |
| D-65 | SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO UN : REPORTE DE CASO .....  | 26 | D-90  | TÉTANOS UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL EN CUIDADO INTENSIVO.....   | 32 |
| D-66 | SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN HEPATITIS AUTOINMUNE / CIRROSIS BILIAR PRIMARIA Y SARCOIDOSIS. REPORTE DE CASO.....   | 26 | D-91  | INTOXICACIÓN AGUDA POR CARBAMATOS DURANTE EL EMBARAZO .....  | 32 |
| D-67 | NEFROPATÍA MEMBRANOSA Y DERMATOSIS IgA LINEAL ASOCIADA A VANCOMICINA EN UN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE COLON: RETO DIAGNÓSTICO EN UNA ASOCIACIÓN INUSUAL. ....             | 26 | D-92  | HEMORRAGIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS COMO MANIFESTACIÓN DE TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA EN UN PACIENTE.....              | 32 |
| D-68 | PANCREATITIS AGUDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA CASO FATAL. ....  | 26 | D-93  | PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN MIXOMA CARDIACO .....   | 33 |
| D-69 | PENFIGOIDE AMPOLLOSO: UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA .....  | 27 | D-94  | SARCOMA DE KAPOSI(SK) SISTÉMICO IATROGÉNICO.....   | 33 |
| D-70 | TIROTOXICOSIS MIXTA INDUCIDA POR AMIODARONA EN UN PACIENTE CON MIOCARDIOPATÍA CHAGÁSICA: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO.....   | 27 | D-95  | EVENTOS TROMBÓTICOS ASOCIADOS A INFECCIÓN INVASIVA POR <i>ASPERGILLUS</i> .....  | 33 |
| D-71 | CARACTERIZACIÓN FENOTÍPICA CLÍNICA DE LA ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES EN PACIENTES ADULTOS DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO METROPOLITANO.....                         | 27 | D-96  | QUILOTORAX NO TRAUMÁTICO SECUNDARIO A LINFOMA NO HODGKING.....   | 33 |
| D-72 | VARIABILIDAD EN LOS RESULTADOS REPETIDOS DE LA PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS EN PACIENTES ADULTOS CON PATOLOGÍA CARDIOPULMONAR EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN COLOMBIA. .... | 27 | D-97  | SARCOIDOSIS EN MUJER JOVEN CON DOLOR TORÁCICO: REPORTE DE CASO.....  | 34 |
| D-73 | ABLACIÓN LINEAL TRANSVERSA CON RADIOFRECUENCIA DE TAQUICARDIA FASCICULAR ANTEROSUPERIOR: REPORTE DE CASO.....   | 28 | D-98  | FIEBRE Y DOLOR OSTEOMUSCULAR COMO MANIFESTACIÓN DE POLIARTERITIS NODOSA. REPORTE DE UN CASO.....                                 | 34 |
|      |   |    | D-99  | SÍNDROME DE ABSCESO HEPÁTICO INVASIVO POR <i>KLEBSIELLA PNEUMONIAE</i> .....   | 34 |
|      |   |    | D-100 | CRIPTOCOCOSIS DISEMINADA EN PACIENTE TRATADO CON MOFETIL MICOFENOLATO. REPORTE DE CASO.....                                      | 34 |
|      |   |    | D-101 | ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN HOMBRE JOVEN.....   | 35 |

|              |  |    |              |   |    |
|--------------|--|----|--------------|---|----|
| <b>D-102</b> | NEUMONÍA ORGANIZADA FIBRINOSA AGUDA, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA .....   | 35 | <b>D-119</b> | HEMIBALISMO, PRESENTACIÓN DE UN CASO .....  | 39 |
| <b>D-103</b> | MASA PULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS DE NOCARDIOSIS PULMONAR .....                                  | 35 | <b>D-120</b> | SÍNDROME DE DOEGE POTTER .....  | 39 |
| <b>D-104</b> | SARCOMA DE KAPOSI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE .....   | 35 | <b>D-121</b> | EVENTO CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO SECUNDARIO A NEUROSIFILIS .....   | 40 |
| <b>D-105</b> | NEUMONÍA ORGANIZADA FIBRINOSA AGUDA, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA .....   | 36 | <b>D-122</b> | UNA RARA CAUSA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR .....   | 40 |
| <b>D-106</b> | BRONQUIOLITIS OBLITERANTE COMO CAUSA DE NEUMONÍA A REPETICIÓN EN PACIENTE POST TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA .....              | 36 | <b>D-123</b> | CASEOMA DEL ANILLO MITRAL COMO CAUSA DE DOLOR TORÁCICO .....  | 40 |
| <b>D-107</b> | HIPERSENSIBILIDAD DEL SENO CAROTÍDEO Y MARCAPASOS; SEGUIMIENTO DE RECURRENCIA DE SÍNCOPE .....                                       | 36 | <b>D-124</b> | MONONEUROPATIA MÚLTIPLE COMO MANIFESTACIÓN DE NEUROPATÍA VASCULÁTICA .....  | 40 |
| <b>D-108</b> | HIPOGLUCEMIA Y OTRAS MANIFESTACIONES METABÓLICAS DEL HEPATOCARCINOMA .....   | 36 | <b>D-125</b> | DISNEA PSICOGENA. ¿UN RETO DIAGNOSTICO? .....   | 41 |
| <b>D-109</b> | AUTOINMUNIDAD MEDIADA POR ADYUVANTES. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN EN LA LITERATURA .....   | 37 | <b>D-126</b> | PERICARDITIS CONSTRICTIVA CRÓNICA CALCIFICADA IDIOPÁTICA .....  | 41 |
| <b>D-110</b> | COLANGIOPAPILOMA METASTÁSICO EN PACIENTE CON COLANGITIS ESCLEROSANTE SECUNDARIA Y MÚLTIPLES NÓDULOS PULMONARES .....                 | 37 | <b>D-127</b> | EVALUACIÓN DE ECUACIONES DE PREDICCIÓN DE LA CAMINATA DE SEIS MINUTOS EN POBLACIÓN ADULTA SANA .....  | 41 |
| <b>D-111</b> | USO EXCESIVO DE GUIRO Y TRINCHE (GUACHARACA) GENERADOR DE SÍNDROME DE OPÉRCULO TORÁCICO DINÁMICO Y TROMBOSIS DE VENA SUBCLAVIA ..... | 37 | <b>D-128</b> | CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER COLORECTAL EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA, CALI: 2010-2012 .....   | 41 |
| <b>D-112</b> | PIOMIOSITIS TROPICAL Y FASCITIS NECROTIZANTE TIPO II SECUNDARIAS A CUADRO DE ARTRITIS SÉPTICA DE CADERA. REPORTE DE CASO .....       | 37 | <b>D-129</b> | INTERPRETACIÓN DE LOS PERFILES HEMODINÁMICOS MEDIANTE VARIABLES MÍNIMAMENTE INVASIVAS EN CUIDADO INTENSIVO .....  | 42 |
| <b>D-113</b> | EMPIEMA ESPONTÁNEO POR SALMONELLA SPP, REPORTE DE UN CASO .....  | 38 | <b>D-130</b> | TROMBOSIS DE LA ARTERIA CEREBELOSA POSTERO INFERIOR .....   | 42 |
| <b>D-114</b> | AMILOIDOSIS CON COMPROMISO CARDIACO .....  | 38 | <b>D-131</b> | CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO .....  | 42 |
| <b>D-115</b> | HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES EN UN SÍNDROME DE GOOD (HIPOGAMMAGLOBULINEMIA ASOCIADA A TIMOMA) .....                              | 38 | <b>D-132</b> | AMAUROSIS MONONUCLEAR Y CEFALEA, A PROPÓSITO DE UN CASO DE ARTERITIS TEMPORAL DE CÉLULAS GIGANTES .....   | 42 |
| <b>D-116</b> | LITIASIS RENAL EN PACIENTE CON HIPERPARATIROIDISMO. REPORTE DE UN CASO .....   | 38 | <b>D-133</b> | SÍNDROME DE WALLEBERG. A PROPÓSITO DE UN CASO .....   | 43 |
| <b>D-117</b> | RIÑÓN DE MIELOMA. COMO PRESENTACIÓN DE MIELOMA MÚLTIPLE .....  | 39 | <b>D-134</b> | CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS AGUDA ATENDIDOS ENTRE ENERO DEL 2008 A DICIEMBRE DEL 2011 EN UN CENTRO DE CUARTO NIVEL ..... | 43 |
| <b>D-118</b> | PERFORACIÓN ESOFÁGICA Y FÍSTULA ESOFAGOPLEURAL POR <i>CANDIDA ALBICANS</i> .....   | 39 | <b>D-135</b> | ESTUDIO DAFI <sub>2</sub> .....   | 43 |
|              |  |    | <b>D-136</b> | PREVALENCIA DE ALTERACIONES DEL METABOLISMO MINERAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN HEMODIALISIS. PERIODO ENERO-DICIEMBRE DE 2013 .....       | 43 |

D-1

**REPORTE DE CASO: HEMORRAGIA ALVEOLAR SECUNDARIA A POLIANGEITIS MICROSCÓPICA GENERALIZADA NO SEVERA**REYES SILVA MARGARITA MARÍA, HINCAPIÉ DÍAZ GA, VEGA CASTRO KP.  
*Hospital Militar Central, Bogotá D.C, Colombia.*

**Presentación del caso.** Paciente masculino de 18 años de edad con clínica de 8 días de evolución de rinorrea hialina, cefalea global, astenia y adinamia; 3 días antes del ingreso presenta tos inicialmente seca y luego con expectoración amarilla ocasionalmente hemoptoica asociado a dolor torácico derecho tipo pleurítico, febrículas cuantificadas en 38°C 24 horas antes. Antecedente de celulitis inguinal y fumador ocasional de cigarrillo. Al examen físico presenta tensión arterial 105/58 mmHg, frecuencia cardíaca 115 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 24 respiraciones por minuto, temperatura 38°C, oximetría 91% FiO<sub>2</sub> 28%; cardiopulmonar ruidos cardiacos rítmicos, pulmones con aumento del frémito vocal, soplo tubárico y broncofonía en base pulmonar derecha. Radiografía de tórax: imágenes de ocupación alveolar en lóbulo medio, superior derecho e inferior izquierdo que se confirman en tomografía. Laboratorios reportan anemia normocítica normocrómica, hipoxemia moderada, hematuria glomerular, proteinuria no nefrótica, cilindruria, tiempos de coagulación y azoados normales, ecografía renal con riñones aumentados de tamaño sin pérdida de diferenciación cortico-medular. Lavado bronco-alveolar con hemosiderófagos que confirman hemorragia alveolar; difusión de monóxido de carbono normal. Perfil inmune con anticuerpos anti-citoplasma de neutrófilo patrón perinuclear positivo y biopsia renal reporta glomerulonefritis proliferativa extra-capilar con necrosis fibrinoide, se inicia tratamiento con esteroides y ciclofosfamida con adecuada evolución.

**Conclusión.** La poliangeítis microscópica tiene una incidencia de 3,6 casos por millón de habitantes con una edad media de aparición a los 50 años y afectación pulmonar del 10-30%. Nuestro paciente con presentación de hemorragia alveolar constituyó un reto ante la mayor frecuencia de otras patologías y vasculitis en el grupo etario que debieron ser descartadas para llegar al diagnóstico.

D-3

**RUPTURA DE PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA PULMONAR: COMPLICACIÓN POCO COMÚN DE HIPERTENSIÓN PULMONAR**AGUIRRE HERNÁN DARÍO, POSADA AF, JIMÉNEZ-CASTRO L, CONDE-CAMACHO R.  
*Universidad de la Sabana, Fundación Neumológica de Colombia, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** Los aneurismas pulmonares son infrecuentes e involucran las arterias principales. Habitualmente se localizan en el tronco de la arteria pulmonar constituyendo menos del 1% de aneurismas de la cavidad torácica, con menor frecuencia se aprecian en las arterias segmentarias. Pueden ser congénitos o adquiridos, siendo estos últimos más frecuentes.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Informe del caso.

**Resultado.** Mujer de 78 años con antecedente de trauma cerrado de tórax al caer desde su altura días antes. Ingresó por 6 horas de dolor pleurítico en hemitórax derecho asociado a disnea progresiva y hemoptisis masiva, tensión arterial de 80/40 FR: 28 por minuto, pulsoximetría 84% con FIO<sub>2</sub> de 50%. La gasometría inicial evidencia un trastorno severo de la oxigenación con acidosis mixta. La radiografía de tórax revela derrame pleural izquierdo considerado hemotórax por trauma reciente, se realiza toracostomía cerrada obteniéndose 950 cc de sangre.

Se practica angiogramografía de tórax que muestra, signos de hipertensión pulmonar precapilar y lesión del lóbulo superior izquierdo compatible con aneurisma de la arteria pulmonar con hematoma asociado, es llevada a embolización transcáteter, evidenciándose hipertensión pulmonar con tensión de arteria pulmonar sistólica de 90 mmHg y media de 47 mmHg. Se demuestra pseudoaneurisma en arteria segmentaria del lóbulo superior izquierdo, embolizándose mediante coils de forma exitosa.

Debido a sus comorbilidades y su adecuada evolución, no se considera candidata a lobectomía y se decide dar egreso.

**Conclusión.** Los aneurismas y pseudoaneurismas de la arteria pulmonar se han asociado a múltiples factores de riesgo, especialmente la hipertensión pulmonar. La angiogramografía multiplanar es un estudio seguro y ampliamente disponible para diagnóstico y planeación del tratamiento tanto quirúrgico como mínimamente invasivo mediante embolización transcáteter, demostrando ser una herramienta importante para pacientes cuyas comorbilidades o estado clínico crítico no permiten intervenciones quirúrgicas mayores.

D-2

**REPORTE DE CASO: MIOCARDITIS AGUDA FATAL SECUNDARIA A DENGUE**REYES SILVA MARGARITA MARÍA, MEJÍA-VIDAL LE, BASTIDAS-GOYES AR.  
*Hospital Militar Central, Bogotá D.C, Colombia.*

**Presentación del caso.** Paciente femenina de 64 años de edad con clínica de 6 días de fiebre no cuantificada, mialgias generalizadas, malestar general, náuseas sin emesis y dolor torácico sordo retro-esternal, no irradiado, permanente, no relacionado con actividad física ni movimientos respiratorios. El día previo al ingreso inicia edema facial y en manos. Antecedente de viaje a Villavicencio (Meta) la semana previa al inicio del cuadro, además tabaquismo desde hace 40 años - 20 paquetes/año, sin otros antecedentes. Al examen físico, presión arterial 113/84 mmHg, frecuencia cardíaca 120 latidos por minuto, frecuencia respiratoria 24 respiraciones por minuto, temperatura 36°C, oximetría de pulso 95% con FiO<sub>2</sub> 28%, edema facial y bi-palpebral, ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos sin agregados y pulmones con ruidos respiratorios conservados, extremidades sin petequias. Electrocardiograma: eje izquierdo, bajo voltaje, trastorno inespecífico difuso de la re-polarización y mala progresión de la R en pared anterior. Radiografía de tórax: silueta cardio-mediastínica normal, atelectasia sub-segmentaria basal izquierda. Hemograma con leucopenia, trombocitopenia y linfocitos atípicos, pro-calcitonina y proteína C reactiva negativas, azoados y electrolitos normales, troponina I ultrasensible positiva 0,054 ng/ml, serología para dengue IgM positiva e IgG negativa. Paciente desarrolla choque cardiogénico con requerimiento de soporte vasopresor, inotrópico y ventilatorio; ecocardiograma con severa disfunción sistólica difusa y fracción de eyección del ventrículo izquierdo 20-25%, reporte troponinas control elevadas persistentemente. Evolución tórpida con disfunción multiorgánica y al cuarto día de ingreso presenta asistolia sin respuesta a maniobras de reanimación y muerte.

**Conclusión.** El dengue debe considerarse entre los diagnósticos diferenciales en pacientes con miocarditis aguda con rápida progresión a choque cardiogénico y desenlace fatal.

D-4

**EMBOLISMO SÉPTICO PULMONAR**CHARRIA JOSÉ, GIRALDO S, GARZÓN D, INSIGNARES D, VILLALOBOS W.  
*Medicina Interna, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia*

**Introducción.** El embolismo séptico pulmonar es una condición poco frecuente, por definición se presenta por la diseminación hematogena de bacterias por lo general en focos de localización distante. Las manifestaciones clínicas de la condición serán variadas dependiendo de su localización y extensión. En la mayoría de los casos y según el compromiso requiere de intervención quirúrgica, pero en algunos como en el presente el manejo médico suele ser efectivo.

**Diseño.** Reporte de caso.

**Métodos.** Se plantea el reporte de un caso de un paciente con embolismo séptico pulmonar.

**Resultados.** Paciente quien ingresa por presentar cuadro de 15 días de evolución consistente en aparición de lesiones abscedadas en rodilla derecha, asociado a dificultad respiratoria y múltiples picos febriles no cuantificados tos seca y diaforesis nocturna fue manejado en sitio de remisión con ampicilina-sulbactam y luego con clidamicina-ciprofloxacina sin presentar mejoría. Antecedentes relevantes en relación con consumo de alcohol. Radiografía de tórax con presencia de múltiples infiltrados alveolares en relación con consolidaciones neumónicas y presencia de lesión pleural sin poder descartar abscesos, TAC de tórax con compromiso de ambos campos pulmonares, imágenes nodulares con valores de atenuación en el rango de los tejidos blandos con áreas en su interior de densidad de aire, posibilidades diagnósticas de neumatoceles sin poderse descartar abscesos; en la base del hemitórax se aprecian zonas de consolidación parenquimatosa que involucran en segmento anterior y parte del posterior, con algunas áreas de broncograma aéreo. Presencia de colecciones pleurales de tipo empiema.

**Conclusiones.** El embolismo séptico pulmonar es poco frecuente, condición que requiere de manejo oportuno para disminuir las tasas de morbimortalidad. Se presenta un caso de embolismo pulmonar séptico de origen en piel y tejidos blandos.

D-5

**SIGNO DEL CEREBELO BLANCO O SIGNO REVERSO**AGUIRRE HERNÁN DARÍO, POSADA AF, JIMÉNEZ-CASTRO L., LABRADOR CS.  
*Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia*

**Introducción.** El signo reverso es un hallazgo imaginológico poco común, descrito en pacientes con encefalopatía anoxo-isquémica severa, aunque también puede presentarse con otras lesiones cerebrales difusas como estatus epiléptico, trauma y meningitis bacteriana. Las imágenes revelan una disminución difusa de la densidad de los hemisferios cerebrales con pérdida de la diferenciación de sustancia gris-blanca y un aumento relativo en la densidad del tálamo y del tallo cerebral.

**Diseño y Métodos.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Resultado.** Paciente masculino de 15 años, encontrado por su padre sin respuesta al llamado, a su lado se encontraba una botella de alcohol con contenido de color blanco, posteriormente presentó un episodio convulsivo. En la evaluación inicial no interactuaba con el medio, con una tensión arterial 70/40 mmHg, frecuencia cardíaca 35 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 18 por minuto asociado a sialorrea, fasciculaciones, midriasis no reactiva a la luz, posteriormente se realiza intubación orotraqueal y manejo inicial del paciente intoxicado. Debido a su pobre respuesta neurológica se solicita tomografía de cráneo simple donde se aprecia inversión de la diferenciación de la sustancia gris-blanca del cerebelo con hiperdensidad de la corteza cerebelosa, disminución de la atenuación del parénquima cerebral y pérdida de la diferenciación cortico-subcortical. Se decide dejar el paciente con medidas de soporte y sin sedación para valorar estado neurológico, evidenciándose ausencia de reflejos de tallo y seis horas después el paciente fallece.

**Conclusión.** La presentación del signo reverso indica daño cerebral y conlleva a un pobre pronóstico, el 35% mueren o sufren de daño cerebral severo e irreversible.

Debido a la poca incidencia de este hallazgo imaginológico se requieren estudios adicionales para determinar predictores de muerte y así poder establecer la tomografía como un estudio útil para definir el pronóstico en estos casos.

D-7

**NEUROCISTICERCOSIS, UNA UBICACIÓN ATÍPICA DE DIFÍCIL DIAGNÓSTICO**AGUIRRE HERNÁN DARÍO, POSADA AF, JIMÉNEZ L.  
*Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** Es la infección parasitaria más común del sistema nervioso central en países en vías de desarrollo. Tiene diversas presentaciones clínicas, siendo la causa parasitaria más importante de convulsiones en adulto, aproximadamente el 30% son atribuibles a dicha infección.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Informe del caso.

**Resultado.** Paciente femenina de 59 años, ingresa por alteración súbita del estado de conciencia y posterior recuperación espontánea.

Los signos vitales al ingreso eran normales, glasgow 14/15, desorientada, el resto del examen físico y neurológico es normal, pero con períodos fluctuantes del estado de conciencia. Se realiza tomografía de cráneo donde se observa lesión intraaxial en la región occipital derecha, en íntima relación con el asta occipital del ventrículo lateral, con componente quístico y cálcico, por lo que se considera pertinente realizar resonancia magnética (IRM) contrastada.

Se realiza punción lumbar con gram, cultivo, KOH, látex para cryptococo todos normales. En IRM cerebral se observa imagen hiperintensa en T2 y FLAIR e hipointensa en T1 adyacente al asta occipital del ventrículo lateral derecho, que generan ligero desplazamiento del asta occipital, se considera diagnóstico de neoplasia y se evalúa la posibilidad de neurocisticercosis la cual se confirma mediante ELISA, se da tratamiento con mejoría de la sintomatología.

**Conclusión.** La afección intraparenquimatosa representa más del 50% de los casos. El compromiso intraventricular ocupa el segundo lugar y la localización en los ventrículos laterales (11-14%). La TC no suele mostrar estas lesiones ya que la densidad es similar al LCR.

Las lesiones suelen ser clínicamente silentes hasta que se desarrolle la obstrucción, secundaria a la localización del quiste o a una ependimitis asociada que cause una reacción granulomatosa adyacente.

Pueden causar el síndrome de Brun, caracterizado por obstrucción del LCR, episodios recurrentes de cefalea, vértigo, ataxia y síncope

D-6

**GLOMERULOPATIA ASOCIADA AL CONSUMO DE COCAÍNA**POSADA ANDRÉS FELIPE, AGUIRRE HD, SALDARRIAGA E, CASAS D.  
*Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El compromiso renal asociado al consumo de cocaína se deriva del efecto vasoconstrictor sobre la microcirculación glomerular, producida por el efecto sinérgico de las catecolaminas, la síntesis de endotelinas, el sistema renina angiotensina, la depleción del sistema del óxido nítrico, la rhabdomiolisis y la aterogénesis renal.

La contaminación con el levamisol puede generar numerosas complicaciones, incluyendo la pseudovasculitis.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Informe del caso.

**Resultado.** Hombre de 38 años, ingresa por múltiples heridas por arma cortopunzante en región torácica, requiriendo toracostomía cerrada. Antecedente de consumo frecuente de cocaína desde hace 20 años.

En su hospitalización se documentan cifras tensionales elevadas y aparición de edema progresivo en miembros inferiores, como hallazgos relevantes en sus paracéntricos: Uroanálisis proteinuria 100mg/dl y microhematuria alta de 6 eritrocitos. Estudio de orina en 24 horas: Proteinuria de 3423 mg/24h y depuración de creatinina 105 ml/min en volumen urinario de 2200ml. Se realizan estudios de autoinmunidad con hallazgo relevante de anticuerpos citoplasmático antineutrofílicos (ANCA): Positivo 1:80 patrón c-ANCA. Por lo que se amplían estudios con Mieloperoxidasa (MPO) y Antiproteinasa 3 (PR3) negativos. Finalmente se realiza biopsia renal la cual confirma el diagnóstico de compromiso glomerular

**Conclusión.** Las complicaciones renales se presentan de forma inusual en los consumidores de cocaína. La fisiopatología es multifactorial e involucra cambios hemodinámicos renales, aterogénesis y alteraciones en la síntesis de matriz glomerular.

Los ANCA positivos han sido asociados a pseudovasculitis. Este solapamiento sugiere que hay un espectro de fenómenos autoinmunes asociados al consumo de cocaína. Los pacientes que presentan esta entidad son ANCA positivo en un 91 % de los casos y se asocian a vasculopatía trombótica. La contaminación de la cocaína con levamisol se considera como un factor adicional para el desarrollo de dicha entidad.

D-8

**DEFICIENCIA CONGÉNITA DEL FACTOR V DE LA COAGULACIÓN**AGUIRRE HERNÁN DARÍO, POSADA AF, APONTE JE.  
*Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El factor V de la coagulación es encontrado en el plasma y las plaquetas, tiene impacto sobre la generación de la trombina. La deficiencia es congénita o adquirida, se caracteriza por un amplio espectro de signos que van desde sangrado mucocutáneo hasta compromiso del sistema nervioso central.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Informe del caso.

**Resultado.** Mujer de 33 años, ingresa por 20 días de menorragia y gingivorragia. Había presentado hemorragia uterina anormal a repetición. Algunos de sus familiares presentaban sangrado mucocutáneo sin causa clara.

El examen físico evidencia palidez conjuntival, sin signos de sangrado cutáneo, el resto de la exploración es normal. Las pruebas iniciales mostraron anemia microcítica hipocrómica con plaquetas normales, tiempos de coagulación prolongados, productos de degradación de fibrina y pruebas de función hepática normales. Se sospechó deficiencia de factores de la coagulación, se solicitaron estudios de actividad de factores V, X, II y factor de Von Willebrand (FvW).

Reporte de los factores de coagulación: factor II: 90% (normal), factor X: 88% (normal), factor V: 3% (valor de referencia 50 – 150%), sin presencia de inhibidores, ni alteraciones de FvW. Con estos resultados se confirmó el diagnóstico de deficiencia de factor V. Dada la resolución del sangrado, la estabilidad hemodinámica y la ausencia de anemia, se decidió dar egreso.

**Conclusión.** La deficiencia del factor V es poco común pero potencialmente mortal, es importante sospecharla en pacientes que presentan episodios de sangrado a repetición. Otro factor a tener en cuenta, aunque no siempre está presente, es el antecedente familiar de síndrome hemorrágico. Los pacientes con deficiencia del factor V presentan como hallazgo cardinal la prolongación constante de los tiempos de coagulación en ausencia de inhibidores, luego de descartar otras deficiencias de proteínas de coagulación que son de mayor prevalencia.

D-9

**HISTOPLASMOSIS INTESTINAL NO DISEMINADA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO**SALDARRIAGA EUGENIA, CASAS D, POSADA AF, AGUIRRE HD, PINZÓN A.  
*Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, Colombia*

**Introducción.** La histoplasmosis es una infección fúngica oportunista frecuente en los pacientes inmunocomprometidos, especialmente aquellos con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en sus estadios avanzados. En estos pacientes es habitual que esta micosis debute con compromiso pulmonar o cutáneo, y según sea el descenso del recuento de linfocitos CD4, podría generarse un compromiso diseminado llegando a comprometer varios sistemas como el gastrointestinal, sin embargo existen pocos casos reportados en la literatura en los cuales exista una infección primaria por *Histoplasma spp.* a nivel intestinal sin diseminación.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Informe del caso.

**Resultado.** Presentamos un paciente masculino de 32 años con cuadro clínico de 7 meses de deposiciones diarreas con moco, sin sangre, asociado a dolor abdominal y sensación de masa. Se realizó colonoscopia encontrándose lesión infiltrante, estenosante de colon derecho cuya biopsia reporto formas micóticas compatibles con *Histoplasma sp.* descartándose malignidad. No se evidencia ninguna otra manifestación clínica y paraclínica sugestiva de infección por el hongo y se confirma posteriormente diagnóstico de infección por el VIH, con recuento de linfocitos CD4 en 10/mm<sup>3</sup>, iniciando terapia antirretroviral y antifúngica con mejoría de la sintomatología gastrointestinal y una disminución del tamaño de la masa en la colonoscopia de control.

**Conclusión.** La histoplasmosis local de compromiso intestinal en el paciente inmunosuprimido es poco frecuente, sin embargo debe sospecharse en ciertos contextos epidemiológicos y por ende, ser una posibilidad diagnóstica en el abordaje de la sintomatología gastrointestinal del paciente con inmunosupresión secundaria a infección por el VIH, para su intervención temprana, y así, lograr un mejor pronóstico y calidad de vida en estos pacientes.

D-11

**ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN VÁLVULA NATIVA POR *KOCURIA VARIANS***

POSADA ANDRÉS FELIPE, AGUIRRE HD, MONTOYA JS, CASTAÑEDA X.

**Introducción.** El género *Kocuria spp* son micrococos gram positivos. Crece como colonias no hemolíticas cremosas, la mayoría de las veces de color blanquecino amarillento. Fácilmente confundible con *Staphylococcus coagulans* negativa.

Colonizan normalmente la mucosa oral y son microbiota transitoria de la piel, rara vez producen infección en humanos. Las infecciones comprobadas son escasas pero se han descrito en bacteriemias, asociada a dispositivos, endocarditis en válvula protésica en pacientes inmunocomprometidos.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Informe del caso.

**Resultado.** Mujer de 74 años que ingresa por fiebre de 40,5 °C de 6 horas de evolución asociado a dolor abdominal y deposiciones diarreas sin moco ni sangre. La exploración física no evidenció soplos ni otros hallazgos relevantes. En el estudio inicial, se realiza ecografía abdominal total mostrando dilatación de vía biliar intra y extrahepática con colangiografía normal. Se inicia terapia antibiótica empírica con Vancomicina, hemocultivos positivos a las 16 horas con crecimiento de germen reportado como *Staphylococcus*. Ante sospecha de endocarditis infecciosa se realiza ecocardiograma transesofágico evidenciando vegetación en válvula aórtica nativa de 5 mm de diámetro.

Se realiza tipificación del germen usando método VITEK 2â encontrándose *Kocuria varians* en la totalidad de los hemocultivos. Se decide dar manejo antibiótico con Cefuroxime logrando depurar la bacteriemia y evolucionando satisfactoriamente.

**Conclusiones.** Es limitado el número de casos de infecciones provocadas por microorganismos del género *Kocuria spp*. Encontrándose principalmente infecciones en pacientes inmunocomprometidos y asociados a válvulas protésicas a catéter intravascular. En varios de los deportes inicialmente se sospechó *Staphylococcus* como agente infeccioso. La diferenciación entre *Staphylococcus* puede ser hecha por la resistencia de *Kocuria spp.* a los nitrofuranos y susceptibilidad a bacitracina, aunque estas pruebas no la distinguen del resto de las micrococáceas. En este caso la paciente no presenta factores de riesgo identificados en otros reportes.

D-10

**NEUMATOSIS INTESTINAL Y GAS PORTO-MESENTERICO: SIGNIFICADO CLÍNICO EN UN CASO DE CATÁSTROFE ABDOMINAL**AGUIRRE HERNÁN DARÍO, POSADA AF, JIMÉNEZ-CASTRO L.  
*Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La neumatosis intestinal tiene una incidencia de 0,03 % e incluye un espectro que va desde un hallazgo benigno incidental hasta isquemia/necrosis mesentérica, esta última con una mortalidad del 75-90%.

La severidad de la enfermedad es mayor si se evidencia neumatosis que se extiende a venas de mayor calibre este hallazgo debe interpretarse con precaución con los resultados de laboratorio y datos los clínicos disponibles.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Informe de caso.

**Resultado.** Paciente femenina 56 años, ingresa por dolor abdominal generalizado de cinco días de evolución, sin cambios de localización ni irradiación, asociado a diarrea con sangre, moco y dos episodios de hematemesis. El examen físico evidencia mucosas secas y pálidas, tensión arterial de 100/60, frecuencia cardiaca de 120 latidos por minuto, abdomen blando, doloroso a la palpación global, sin signos de irritación peritoneal.

En paraclínicos gasometría arterial con acidemia metabólica severa e hiperlactatemia y creatinina 3.2 mg/dL. Presentó aumento del dolor abdominal y signos de irritación peritoneal, sospechándose catástrofe abdominal, se solicitó tomografía de abdomen simple, debido a compromiso renal, en la que se observó signos compatibles con isquemia mesentérica masiva y dos horas más tarde la paciente fallece.

**Conclusión.** Pese a los grandes avances en métodos diagnósticos, el dolor abdominal sigue siendo un síndrome complejo con espectros de enfermedad que va desde situaciones con mínimas complicaciones hasta etiologías con elevada morbimortalidad, con el agravante que un mismo signo o síntoma puede estar en cualquier rango del espectro clínico, y es por esto que el dolor abdominal no será "per se" de una especialidad médica, si no que siempre será una cuadro clínico que reúne varios enfoques en búsqueda de un mejor abordaje y en pro de una mejor decisión frente al diagnóstico y la terapia de los pacientes.

D-12

**SÍNDROME DESTRUCTIVO DE LA LÍNEA MEDIA**POSADA ANDRÉS FELIPE, AGUIRRE HD, CIFUENTES AA, ERAZO AF.  
*Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El síndrome de destrucción de la línea media es una lesión progresiva de la mucosa de la vía aérea superior que compromete predominantemente la nariz, los senos paranasales, la cavidad oral y tejidos blandos asociados a un componente granulomatoso y/o necrosis a nivel histopatológico. Incluye también, un amplio espectro de enfermedades neoplásicas, infecciosas e inflamatorias, con curso clínico distinto y con abordajes terapéuticos diferentes.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Informe del caso.

**Resultado.** Mujer de 47 años, consulta por dos años de evolución de epistaxis y prurito nasal, aparición de nódulos en fosas nasales hace un año con secreción nasal purulenta y deformidad del tabique nasal. En el examen se observa pérdida del tabique nasal con zona de induración, infiltración de la piel intercilial, dos lesiones papulares en cada ala nasal de apariencia verrugosa y lisa respectivamente, mucosa oral adelgazada en el paladar duro con telangiectasias.

Se consideró Poliangiitis con granulomatosis (Wegener), paracoccidiomicosis y etiología neoplásica.

Se realizó tomografía de cara y senos paranasales donde se evidenció ocupación por material de tejidos blandos en senos paranasales, maxilares con erosión de las paredes laterales de la cavidad nasal y ausencia del septum nasal a nivel cartilaginoso, cultivo para hongos y ZN en secreción nasal negativo y ANCAS negativos, biopsia del surco nasogeniano izquierdo reporta quiste de inclusión con cambios de carcinoma escamocelular de la pared.

**Conclusión.** El síndrome destructivo de la línea media es una entidad con baja incidencia y con pocos casos documentados, por lo tanto no hay consensos ni escalas que permitan evaluar la severidad y el pronóstico del paciente. El abordaje requiere una alta sospecha clínica, un análisis exhaustivo de la condición del paciente, sus comorbilidades y factores predisponentes, ya que existen muchas enfermedades que pueden afectar el macizo facial.

## D-13

**MIXOMA AURICULAR: MÁS QUE UNA NEOPLASIA BENIGNA**

AGUIRRE HERNÁN DARÍO, POSADA AF, CASTRILLÓN DM.  
*Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** Los tumores cardíacos tienen una frecuencia de 0,001% - 0,25%. Los mixomas son el tipo más común de tumor cardíaco benigno. El 15% se encuentran en la aurícula derecha.

Las características clínicas son determinadas por su ubicación, el tamaño y la movilidad. La tríada clásica comprende obstrucción auricular o ventricular izquierda, síntomas constitucionales y embolia sistémica, menos del 10% de las lesiones ubicadas en cavidades derechas se presentan como embolias pulmonares, ocasionalmente generan obstrucción completa de la válvula mitral causando síncope y muerte súbita.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Informe del caso.

**Resultado.** Mujer de 51 años, ingresa por episodio de síncope precedido de dos días de dolor torácico, de intensidad moderada, sin irradiación. La exploración física evidenció un soplo diastólico tricúspide grado III/VI, sin compromiso hemodinámico. Los laboratorios reportan troponina I positiva (0,12pg/dl). El electrocardiograma demuestra cambios dinámicos del segmento ST, es llevada a angiografía coronaria con arterias epicárdicas sin lesiones y se realizó un ecocardiograma transtorácico que evidenció una aurícula derecha dilatada y en ella una masa lobulada, la cual pasa a través de la válvula tricúspide, ventrículo derecho con disfunción moderada y presión de arteria pulmonar de 70 mmHg.

Se practicó angiotomografía computarizada torácica que confirma el diagnóstico de embolia pulmonar de la arteria interlobar inferior derecha, se lleva a cabo resección de la masa auricular y trombectomía. El estudio histopatológico informó la presencia de tumor tipo mixoma.

**Conclusiones.** Los mixomas en la aurícula derecha son infrecuentes, una cuarta parte aparece en esta localización, ocasionando múltiples complicaciones siendo la más frecuente la falla cardíaca y en menos del 10% el embolismo pulmonar. Es frecuente que los tumores en la aurícula derecha sean hallazgos incidentales que pasan clínicamente inadvertidos y en menos del 30% de los casos presenta algún tipo de sintomatología.

## D-14

**SÍNDROME DE ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR SECUNDARIO A QUEMADURA SEVERA**

AGUIRRE HERNÁN DARÍO, POSADA AF, JIMÉNEZ L.  
*Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El síndrome de arteria mesentérica superior (SAMS) llamado síndrome de Wilkie consiste en la obstrucción de la tercera porción del duodeno secundaria a compresión externa por la arteria mesentérica superior, tiene una incidencia del 0,13% al 0,3%. La causa fundamental es la pérdida de tejido adiposo que circunda la arteria mesentérica.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Informe del caso.

**Resultado.** Hombre de 17 años, quien sufrió quemaduras ocasionadas por llamas. En el examen físico se observaron quemaduras grado II y compromiso profundo y superficial del 28 % de la superficie corporal. Presentó evolución favorable durante los primeros nueve días posteriores a la lesión. Luego de esto inició con emesis, dolor epigástrico, distensión abdominal e intolerancia a la vía oral.

Se practicó endoscopia, en la que se documentó posible obstrucción a nivel de la tercera porción del duodeno. Se solicitó tomografía abdominal contrastada y se observó distensión de la cámara gástrica y del duodeno hasta la tercera porción, cerca del cruce de la arteria mesentérica superior, se decide realizar estudio baritado encontrándose dilatación gástrica y de la primera y segunda porción del duodeno, con interrupción transversa del paso de contraste a nivel de la tercera porción y paso lento del mismo con la posición en decúbito lateral.

Se consideró síndrome de arteria mesentérica superior y se inició nutrición enteral y parenteral, con posterior recuperación.

**Conclusión.** El SAMS es una causa poco frecuente de obstrucción duodenal vascular. La reducción del ángulo de 6-16° o 2-8mm y la distancia aorto-mesentérica resulta en compresión de la tercera porción del duodeno como lo presento nuestra paciente, configurando el SAMS. Los estados catabólicos o de mal nutrición son un factor predisponente debido a la reducción de la grasa retroperitoneal, por ejemplo en los pacientes quemados por su alta demanda metabólica.

## D-14

**OTOMASTOIDITIS CRÓNICA TUBERCULOSA: PUNTO DE PARTIDA PARA UNA MENINGITIS**

MONSALVE JOSÉ LUIS, AGUIRRE HD, POSADA AF, JIMÉNEZ L.  
*Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La otomastoiditis tuberculosa es una causa poco frecuente de supuración del oído medio que debe ser sospechada en pacientes con otorrea indolora u otitis media crónica que no responde a los antibióticos. Se ha asociado con consecuencias graves como sordera permanente y progresión a meningitis.

La meningitis tuberculosa (MTB) representa el 1% anual de todos los casos de tuberculosis (TB) y su mortalidad es hasta del 30% en los pacientes pese a recibir tratamiento óptimo

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Informe del caso.

**Resultado.** Paciente de 59 años con cuadro clínico de fiebre intermitente, asociada a escalofríos, diaforesis, desorientación, y agitación psicomotora, con antecedente de otomastoiditis crónica con falla terapéutica a múltiples tratamientos razón por la que días antes de la alteración del contenido de conciencia se realizó biopsia de mastoides, al examen físico se encontraba alerta, desorientado en tiempo y espacio con signos de irritación meníngea presentes.

Se inicia tratamiento antibiótico para meningitis bacteriana y se realiza punción lumbar que documenta presión apertura 20cm de H<sub>2</sub>O, hipoglicorraquia, proteinorraquia y pleocitosis linfocitaria, con posterior notificación de PCR para Mycobacterium Tuberculosis positiva. Se modifica el manejo a tetraconjugado con el cual hay mejoría de la sintomatología neurológica, durante la terapia se recibe reporte de biopsia de mastoides donde se documenta inflamación crónica granulomatosa con necrosis de caseificación.

**Conclusión.** La otomastoiditis tuberculosa es infrecuente, su similitud con otras etiologías hace que sea de difícil diagnóstico ya que las características clínicas son inespecíficas y los métodos diagnósticos carecen de alta sensibilidad. La probabilidad de baciloscopia y cultivo positivo en secreción ótica es menor del 20%. La principal complicación es la hipoacusia conductiva en el 90% y puede progresar meningitis tuberculosa. El tratamiento antituberculoso y el uso de corticoides mejoran las secuelas y la sobrevida de dicha enfermedad.

## D-16

**FIBROELASTOSIS PLEUROPARENQUIMATOSA, UN NUEVO ESPECTRO DE LA NEUMOPATÍA INTERSTICIAL**

AGUIRRE HERNÁN DARÍO, POSADA AF, JIMÉNEZ L.  
*Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La fibroelastosis pleuropulmonar es rara y se caracteriza por fibrosis de los lóbulos superiores, pleural y parenquimatosa subpleural, sin cumplir criterios para neumonías intersticiales idiopáticas. La instauración de los síntomas es gradual y los más frecuentes son disnea y tos seca.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Informe del caso.

**Resultado.** Hombre de 42 años, ingresa por 1 año de disnea progresiva, tos seca ocasional, sin fiebre. Relata dolor pleurítico, pérdida de 10 kilos de peso. Al examen físico TA 130/70, FC 110 por min, FR 25 por min y pulsoximetría 80% con FIO<sub>2</sub> 21%. Como antecedentes personales hermano falleció de patología similar sin llegar a diagnóstico claro.

Los laboratorios revelan baciloscopias, PPD y Elisa para HIV negativos. La radiografía de tórax y la TACAR muestran cambios fibróticos en ambos campos pulmonares, más severos en los lóbulos superiores. Es llevado a Fibrobroncoscopia y lavado broncoalveolar que evidencian la división bronquial del lóbulo superior derecho mamelonada obstruyendo la luz en un 70%, no franqueable y disminución del 50% de la luz de la división bronquial del lóbulo medio con BK, KOH negativos. Se lleva a biopsia pulmonar abierta, donde se aprecia: Tejido pulmonar con importante engrosamiento fibrótico pleural, zonas parchadas de fibrosis intersticial sin inflamación ni panalización, ZN y Grocott negativas para micobacterias y hongos, se aprecia en tinción elástica de van Gieson aumento de las fibras elásticas considerándose Fibroelastosis Pleuroparenquimatosa Idiopática

**Conclusión.** La fibroelastosis pleuroparenquimatosa (FEPP) es poco frecuente. Se caracterizada por patrón fibrótico con predominio de fibras elásticas densas y distribución principalmente en los lóbulos superiores. Los pacientes se presentan con tos y disnea progresiva y pueden presentar neumotórax y fistulas broncopleurales persistentes. Los pacientes diagnosticados con FEPP deben ser investigados para infección, autoinmunidad e historia familiar, factores que pueden influir en el manejo.

D-17

**PROTEINOSIS ALVEOLAR UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL INESPERADO**

AGUIRRE HERNÁN DARIO, POSADA AF, VÁSQUEZ-CARVAJAL C, CORAL-PÉREZ J, BASTIDAS-GOYES A.  
*Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La proteinosis alveolar pulmonar (PAP) es una enfermedad rara en la que se acumula material lipoproteico en los alvéolos. Tiene una incidencia cuatro veces mayor en los hombres entre los 20 y 50 años de edad. La mortalidad obedece en la mayoría de casos a insuficiencia respiratoria relacionada a la PAP y en un 20% a causas infecciosas.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Informe del caso.

**Resultado.** Hombre de 35 años, con exposición a humo de soldadura con estaño desde hace 10 años. Ingresó por disnea progresiva de un año de evolución asociada a tos seca y en ocasiones expectoración blanquecina, sibilancias ocasionales. Por su sintomatología se consideró asma y se inició manejo sin presentar mejoría. Se realiza espirometría sin alteraciones, baciloscopias sin observar BAAR, endoscopia de vías digestivas altas que evidencia esofagitis erosiva grado A. En la tomografía de tórax se aprecian zonas extensas de opacidades de ocupación alveolar con patrón de vidrio esmerilado periférico bilateral; hallazgos con los que se considera enfermedad pulmonar intersticial difusa de etiología ocupacional vs. Beriliosis, se realiza fibrobroncoscopia + lavado bronquioalveolar y toma de biopsia transbronquial; que refleja espacios alveolares ocupados por material proteico eosinofílico, con coloración de PAS con hallazgos compatibles con proteinosis alveolar.

El paciente es programado para lavado bronquioalveolar derecho terapéutico con adecuada evolución y posterior egreso.

**Conclusión.** La PAP se considera un síndrome donde el factor estimulante de colonias de granulocitos y macrófagos (GM-CSF) ha desarrollado un papel crítico en la patogénesis del mismo, sin olvidar la homeostasis, la inmunidad y agentes tensioactivos pulmonares como reguladores necesarios para el desarrollo de esta enfermedad. La ampliación de los conocimientos sobre el papel regulador de GM-CSF puede generar nuevos enfoques potenciales de tratamiento para este síndrome.

D-19

**OTITIS MEDIA CRÓNICA CAUSA DE TROMBOSIS SÉPTICA DE SENOS VENOSOS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**

DAZA RODRIGO ANTONIO, AGUIRRE HD, POSADA AF, JIMÉNEZ-CASTRO L.  
*Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La Trombosis de Senos Venosos Cerebrales (TSVC) genera gran morbilidad. Tiene una incidencia de 3-5 casos por millón, representando menos del 2% de las causas de infartos cerebrales en adultos. Se considera de difícil diagnóstico debido a una amplia variedad de signos y síntomas. Esta debe ser diagnosticada de manera precoz para instaurar un tratamiento específico ya que es potencialmente reversible.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Informe del caso.

**Resultado.** Paciente masculino de 15 años de edad, ingresa por náusea, vómito y cefalea moderada asociada a otalgia derecha de 3 meses de evolución sin otorrea u otoliquia. Al examen físico TA: 117/76, FR: 97 x minuto, FR: 20 x minuto, T: 37.8°C. Dolor a la palpación de mastoides derecha y secreción serosa por conducto auditivo externo derecho. Se aprecia conducto auditivo externo derecho eritematoso con detritus abundante y secreción amarillenta fétida con ruptura de la membrana timpánica considerando mastoiditis crónica derecha secundaria a otitis media crónica. El examen neurológico se aprecia hiperestesia ocular, signo de Kernig ausente y Brudzinsky presente por lo que se realiza punción lumbar que descarta meningitis.

Se realiza tomografía de cráneo simple que confirma mastoiditis, con estos resultados se considera la posibilidad diagnóstica de trombosis de senos venosos y se solicita angiografía cerebral documentándose la trombosis de seno transversal, se inicia de terapia antibiótica y anticoagulación.

**Conclusión.** La TSVC es una patología infrecuente, especialmente por infecciones parameníngeas. Es importante tener este diagnóstico siempre dentro de las posibilidades que generan la sintomatología neurológica de nuestros pacientes. Es imprescindible que luego de la sospecha diagnóstica logremos realizar un estudio oportuno a través de imagen por venografía, para así iniciar un tratamiento médico y/o quirúrgico de acuerdo al caso y lograr identificar, evitar o minimizar las complicaciones secundarias.

D-18

**SÍNDROME DE TOLOSA-HUNT**

POSADA ANDRÉS FELIPE, AGUIRRE HD, GUERRERO A, JIMÉNEZ-CASTRO L.  
*Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El síndrome de Tolosa – Hunt es poco frecuente, con una incidencia anual estimada de un caso por millón por año. Se caracteriza por oftalmoplejía dolorosa causada por una inflamación granulomatosa idiopática del seno cavernoso. Los pares craneales afectados son: tercero (79%), sexto (45%).

Fue descrito por primera vez en 1954 y su exquisita capacidad de respuesta al tratamiento con glucocorticoides se reconoció un par de años más tarde.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Informe del caso.

**Resultado.** Mujer de 32 años consulta por cefalea aguda, dolor retroocular, limitación para la apertura ocular derecha y diplopía horizontal. Al examen se aprecia, mirada primaria con endotropía e hipotropía de ojo derecho, ptosis palpebral derecha, reflejo fotomotor directo y consensual conservados.

Se realiza angiografía de cráneo sin evidenciar lesiones y panangiografía sin alteraciones, punción lumbar sin alteraciones en el citoquímico. Debido a la ausencia de lesiones vasculares y tumorales se considera enfermedad idiopática inflamatoria tipo Tolosa-Hunt.

Se inicia manejo con esteroides con mejoría de la paresia del III par.

**Conclusión.** En el abordaje de las cefaleas asociada a focalización se debe realizar un estudio de acuerdo a la prevalencia de las enfermedades, dentro de las primeras causas se ubica la patología vascular, tumoral e infecciosa.

El Síndrome de Tolosa-Hunt es una patología benigna que puede producir déficits neurológicos permanentes, las recaídas son comunes y a menudo requieren tratamiento inmunosupresor prolongado. Las recaídas ocurren aproximadamente en la mitad de los pacientes reportados en un intervalo de meses a años. Se han reportado recaídas ipsilateral, contralateral y bilaterales que requieren investigación para descartar trastornos inflamatorios y neoplásicos tales como sarcoidosis, poliangiitis con granulomatosis (Wegener) y linfoma. Se recomienda el tratamiento con glucocorticoides para aquellos que cumplen con los criterios clínicos y de diagnóstico.

D-20

**NEUMONÍA POR STRONGYLOIDES STERCORARIS**

POSADA ANDRÉS FELIPE, AGUIRRE HD, JIMÉNEZ-CASTRO L.  
*Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El *Strongyloides stercoralis* es un nemátodo intestinal, su infección es comúnmente asintomática. La alteración del sistema inmune y los esteroides favorecen al desarrollo de síndrome de hiperinfección o infección diseminada.

El medicamento de elección para el tratamiento de la strongiloidiasis es la Ivermectina incluso en casos de infección diseminada la cual frecuentemente es un evento fatal.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Informe del caso.

**Resultado.** Hombre de 70 años con antecedente de EPOC fenotipo D, uso habitual de esteroides sistémicos, consulta por tres días de disnea progresiva, tos con aumento del volumen y purulencia del esputo. Al ingreso tensión arterial 90/50, 120 latidos por minuto, 34 respiraciones por minuto y gasometría arterial que evidencia acidemia respiratoria mixta con trastorno severo de la oxigenación, se realiza intubación orotraqueal observándose salida de pus, se inicia antibiótico y se traslada a unidad de cuidados intensivos. La radiografía de tórax se aprecian opacidades mixtas con predominio en el hemitórax derecho y confluentes en el lóbulo inferior con broncograma aéreo, se realiza lavado bronquioalveolar que reporta celularidad 98% de neutrófilos y 2% de células epiteliales, Ziehl Neelsen y hemocultivos negativos. Se observan larvas filariformes de *Strongyloides stercoralis*, en el cultivo reportan *Escherichia coli*. Se inicia manejo con ivermectina y albendazol pero luego de 5 días el paciente fallece.

**Conclusión.** Los esteroides tienen una fuerte asociación con el desarrollo del síndrome de hiperinfección que es una autoinfección acelerada. Dicho síndrome es independientemente de la dosis, la vía de administración o la duración, incluso en cursos cortos.

Los signos y síntomas son derivados de la migración larvaria a los espacios vasculares y alveolares que dan como resultado edema pulmonar, neumonía y microhemorragias intraalveolares que conllevan a neumonitis e insuficiencia respiratoria aguda y en ocasiones la muerte.

D-21

**MENINGITIS LINFOCITARIA POR PAROTIDITIS**POSADA ANDRÉS FELIPE, AGUIRRE HD, GUERRERO A.  
*Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La meningitis aséptica es la complicación extralival más frecuente de la parotiditis. Oscila del 4 al 6% y ocurre tres veces más en hombres. Su inicio puede ocurrir antes, durante o después de un episodio de parotiditis; Las manifestaciones más frecuentes son cefalea, fiebre y signos meníngeos sutiles. En el LCR las células predominantes son los linfocitos pero la predominancia temprana de polimorfonucleares puede verse ocasionalmente.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Informe del caso.

**Resultado.** Mujer de 44 años, ingresa por cefalea asociada a dolor, edema en región parotídea y fiebre. Hija de 22 años con síntomas similares hace ocho días que autoresolvieron.

En el examen físico se aprecia aumento de tamaño en región submandibular bilateral con induración, calor y dolor a la palpación. Adenopatías cervicales móviles bilaterales. Se aprecia hiperalgesia y dolor a la movilización ocular, se considera síndrome de dolor craneofacial con signos de alarma asociado a parotiditis, se realiza tomografía de cráneo el cual es normal y punción lumbar evidenciándose pleocitosis linfocitaria, hiperproteinorraquia e hipogluorraquia, la ecografía de paratoriodes relata aumento de glándulas y ganglios reactivos bilaterales; en suero el nivel de amilasa serica es 177 U/L, se considera cuadro de meningitis linfocitaria viral por parotiditis, con diagnóstico probable por clínica mas nexa epidemiológico, se da manejo sintomático con mejoría de los síntomas.

**Conclusión.** Aunque no es raro encontrar meningitis de origen viral, la asociación de este cuadro clínico con parotiditis si es infrecuente. La meningitis por parotiditis se presenta en el 50% de los casos sin compromiso de la glándula parotídea. Es por tal razón que ante la presencia de parotiditis y signos sutiles de compromiso meníngeo se debe realizar un estudio minucioso del líquido cefalorraquídeo. Por lo general tiene un curso benigno con recuperación neurológica completa.

D-22

**COMPARACIÓN DE ESCALAS DE RIESGO EN EL DIAGNÓSTICO DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN PACIENTES CON DOLOR TORÁCICO**SPROCKEL JOHN, BARÓN R, MUÑOZ L, PEÑA M, TORRES J.  
*Hospital de San José – Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El dolor torácico en pacientes con electrocardiograma no diagnóstico y biomarcadores cardiacos negativos es un reto desde el punto de vista clínico, su riesgo de muerte o infarto se ubica menor al 2%. Se explora el rendimiento diagnóstico de seis escalas de riesgo para la evaluar la presencia de angina.

**Diseño.** Estudio de pruebas diagnósticas.

**Métodos.** Se incluyeron pacientes >18 años, con dolor torácico en urgencias, hospitalización o cuidados coronarios, evaluados por sospecha de síndrome coronario agudo cuyos ECG seriados y troponinas hayan sido negativos. Se les aplicó las escalas TIMI, GRACE, CARDiac, HEART, Florencia y de Sanchis; comparando el área bajo la curva ROC no paramétrica de cada una de ellas en el diagnóstico de los síndromes coronarios agudos mediante estratificación coronaria invasiva o no invasiva.

**Resultados.** Se evaluaron 59 pacientes, 28 (47,5%) de sexo femenino, edad promedio 67 años (SD 12 años), 31 (52,5%) fueron evaluados por angiografía. En 28 (47,5%) pacientes el diagnóstico fue confirmado (angina inestable). Se obtuvo un área bajo la curva ROC de: GRACE (tres niveles de riesgo): 0.5102; GRACE (>140): 0.4464; TIMI: 0.5461; TIMI (>2): 0.5012; CARDiac: 0.5945; HEART: 0.5945; Florencia: 0.5732; y Sanchis: 0.6826.

**Conclusiones.** En este estudio exploratorio, las escalas de riesgo no presentan un desempeño adecuado para el diagnóstico de angina en esta población (AUC ROC inferiores a 0,75). Entre las escalas evaluadas, el TIMI y GRACE no tienen capacidad discriminativa (más frecuentes y recomendadas por guías); mientras CARDiac, HEART, Florencia y Sanchis mostraron una discriminación aceptable, siendo esta última la que mejor desempeño mostró.

D-23

**INFECCIÓN URINARIA POR CEDECEA LAPAGEI, REPORTE DE CASO**

LÓPEZ VIVIANA, LEÓN G.

*Hospital Universitario Clínica San Rafael. Fundación Universitaria Juan N Corpas. Bogotá D. C., Colombia.*

**Introducción.** *Cedecea Lapagei*, es un bacilo gram negativo, anaerobio facultativo, no encapsulado, no productor de esporas, perteneciente a la familia de enterobacteriaceae, su aislamiento es infrecuente, su rol patogénico y significancia clínica aun no están claros, por eso presentamos este caso de infección urinaria, en la cual se aisló el microorganismo.

**Diseño.** Caso clínico.

**Métodos.** No aplica.

**Resultados.** No aplica.

Paciente masculino de 69 años, con antecedente de cirrosis hepática alcohólica, falla cardiaca, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, e hipertrofia prostática benigna usuario de sonda vesical, y hospitalización reciente, esta ocasión ingresa a urgencias por disfuncionamiento de sonda vesical, orina fétida, y dolor abdominal asociado a fiebre y escalofríos, estudios muestran gram de orina con bacilos gram negativos >30 por campo, uroanálisis con piuria, bacteriuria, y hematuria, hemograma con leucocitosis, se consideró infección de vías urinarias y se inició tratamiento, fue informado urocultivo con *Cedecea Lapagei* 100.000 unidades formadoras de colonias.

**Conclusiones.** El género *Cedecea* fue aislado en 1977 en los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de E.U.A. (CDC), donde toma su nombre “*Cedecea*” en 1980, y “*lapagei*” por Stephen Lapage, bacteriólogo, inicialmente denominado “grupo entérico 15”, de la familia *Enterobacteriaceae*, solo se han descrito seis especies.

Tiene similitudes bioquímicas con el género *Serratia*, se aísla en el 50% de forma equivalente a otras especies del mismo género. Pero es de aislamiento infrecuente y su significancia clínica aún no está determinada, se ha asociado a infecciones de vías respiratorias, tejidos blandos, oftálmicas y bacteriemias. Principalmente en inmunosupresión o pacientes medicamente comprometidos, parece que asociado al contexto intrahospitalario. Presentamos este caso por los pocos casos reportados y la significancia clínica incierta, creemos debe dejarse registro, y seguir evaluando la aparición de nuevos aislamientos con el fin de esclarecer las características patógenas de esta bacteria.

D-24

**CONSTRUCCIÓN DE UN PUNTAJE PARA LA PREDICCIÓN DE MALARIA COMPLICADA EN POBLACIÓN MILITAR**BASTIDAS ALIRIO, BENAVIDES M, PROAÑOS N, ORTEGÓN M, INSIGNARES D.  
*Hospital Militar Central, Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia*

**Introducción.** No se conocen puntajes que sean de utilidad para predecir el desarrollo de malaria complicada en poblaciones a riesgo, la construcción de estos instrumentos es de utilidad para definir el manejo de pacientes, se busca diseñar una escala para la predicción de malaria complicada en población militar.

**Diseño.** Estudio retrospectivo con análisis de prueba diagnóstica.

**Métodos.** Se tomaron datos de historia clínica, en cuanto a antecedentes, signos vitales y hallazgos paraclínicos a la llegada al servicio de urgencias de una cohorte de pacientes con malaria atendidos en un centro de atención militar, comparándose variables de ingreso entre sujetos que desarrollarán criterios de severidad luego de 6 horas del ingreso versus quienes no desarrollarán criterios de complicación, se realizó análisis multivariado y medición de validez del puntaje con curva ROC.

**Resultados.** Se analizaron en total 533 sujetos, con edad promedio de 25,4 años (ds:6,7), 97% hombres, 106 sujetos (47,4%) desarrollaron malaria complicada, se identificaron 6 parámetros clínicos diferenciales entre sujetos que desarrollaron malaria complicada: ausencia de disnea OR:0,46(IC95%:0,44-0,62), creatinina(Cr) >1,7mg/dL OR:1,17(IC95%:1,08-1,28), hemoglobina(Hb) >11,2mg/dL OR:0,71(IC95%:0,6-0,82), bilirrubina directa(BD)>3md/dL OR:3,5(IC95%:1,08-1,28), parasitemia <100000/ml OR:0,005(IC95%:0-0,05) y Glasgow de 15 OR:0,031(IC95%:0,04-0,25), puntaje de disnea 2, Glasgow <15: 2, parasitemia >100000/ml 2, bilirrubina directa >3mg/dL 1, creatinina>1,7mg/dL 1. El área bajo la curva ROC del puntaje es de 0,86(IC95%:0,82-0,91) (p=0,001), puntaje mayor igual a 2 tiene una sensibilidad 67,6% y especificidad 91,5% para predecir malaria complicada.

**Conclusión.** La utilización de un puntaje valorando disnea, Hb, BD, parasitemia y glasgow puede ser de utilidad en la predicción de militares para el desarrollo de malaria complicada, se requieren aún estudios prospectivos de validación.

D-25

**MIOCARDITIS TUBERCULOSA: UNA CAUSA INUSUAL DE INSUFICIENCIA CARDIACA**

SALDARRIAGA CLARA, CATÁÑO JC, RONCANCIO G, GUARÍN LF, ZÚÑIGA M.  
*Clínica CardioVID, Universidad de Antioquia, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.*

**Introducción.** El compromiso miocárdico por tuberculosis es una manifestación infrecuente de la enfermedad, ocurre en 0,2% de los casos y su diagnóstico se realiza en la mayoría de los casos post-mortem.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Describir un caso de miocarditis tuberculosa en una paciente inmunocompetente.

**Resultado.** Paciente de femenina de 34 años de edad, consultó por tres meses de evolución de disnea, dolor torácico derecho y fiebre vespertina. Al examen físico se encontró abolido el murmullo vesicular en el tórax derecho por lo cual se solicitó una radiografía donde se documentó un derrame pleural. Posteriormente se realizó toracentesis diagnóstica que reportó un exudado linfocitario con criterios de derrame complicado y se procedió a realizar toracoscopia + biopsia en la cual se diagnosticó tuberculosis. La paciente inició la primera fase de tratamiento antituberculoso, sin embargo lo suspendió 6 semanas después por falta de suministro e inicia con síntomas de insuficiencia cardiaca; se solicitó una ecocardiografía transtorácica que reportó fracción de eyección del 15% y dilatación de cavidades (FIGURA 1), por esta razón se solicitó una biopsia endomiocárdica y PCR para *Micobacterium tuberculosis* la cual fue reportada como positiva. La paciente re-inició los medicamentos antituberculosos por 9 meses luego de descartar resistencia. Se realizó seguimiento ecocardiográfico y 6 meses después recuperó la fracción de eyección (60%) y se encuentra asintomática.

**Conclusión.** El compromiso miocárdico por tuberculosis una manifestación infrecuente, su diagnóstico requiere de una alta sospecha clínica, existen solo seis casos reportados en la literatura, la resonancia cardiaca permite sospechar el diagnóstico y este se confirma por histología ó PCR para *M. tuberculosis*. El tratamiento debe estar dirigido a la causa etiológica adicional a los medicamentos recomendados en insuficiencia cardiaca.

D-27

**TROMBOSIS SÉPTICA DEL SISTEMA PORTAL, PELIFLEBITIS**

CHARRIA JOSÉ, SERNA A, BENAVIDEZ M, GIRALDO S, VILLALOBOS W.  
*Servicio Medicina Interna y Cirugía General, Clínica Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.*

**Introducción.** La trombosis séptica de la porta es una complicación poco frecuente y altamente mortal que se presenta en los pacientes como complicación de patología quirúrgica abdominal principalmente en casos de apendicitis aguda y enfermedad diverticular complicada. Las manifestaciones clínicas de la condición son bizarras lo que hace el diagnóstico difícil y por ende la intervención tardía, favoreciendo así las tasas de complicaciones y desenlaces adversos. Se presenta un caso en relación a peliflebitis secundario a patología dependiente del apéndice cecal manifiesto como choque séptico.

**Diseño.** Reporte de caso.

**Métodos.** Se plantea el reporte de un caso de un paciente con trombosis séptica de la porta secundaria a patología dependiente del apéndice cecal.

**Resultados.** Paciente masculino de 46 años de edad quien ingresa por con cuadro clínico de 6 días de evolución consistente en dolor abdominal tipo cólico, de predominio en epigastrio, intensidad 7/10, no irradiado posteriormente presenta aumento del dolor abdominal asociado a fiebre cuantificada en 39 °C, múltiples episodios diarreicos nauseas, vomito e ictericia. Asociado refería en la revisión por sistemas coluria desde la aparición de los síntomas y cefalea con fosfenos. Como antecedentes de importancia solo relevante quirúrgicos en relación con herniorrafia inguinal. Al examen físico presencia de ictericia y dolor abdominal sin irritación peritoneal. Se evidencia síndrome icterico con bilirrubinas a expensas de la directa, leucocitosis con neutrofilia y academia metabólica. En los estudios por imágenes presencia de trombosis parcial esplénica. Se enfoca caso como síndrome icterico febril con posterior desarrollo de choque séptico e intervención quirúrgica de urgencia con adecuada evolución post operatoria con hallazgos en relación con patología apendicular.

**Conclusiones.** La peliflebitis es una condición rara, se presenta el reporte de un caso.

D-26

**EMBOLISMO TUMORAL E HIPERTENSIÓN PULMONAR NO TROMBÓTICA**

GIRALDO SEBASTIÁN, CHARRIA J, GARZÓN D, VILLALOBOS W.  
*Medicina Interna, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.*

**Introducción.** El embolismo tumoral puede comprometer la macrovasculatura o la microvasculatura pulmonar. Es una de las causas de disnea crónica difícil de diagnosticar, por lo que la mayoría de los reportes en la literatura mundial recogen casos aislados y con un alto porcentaje de diagnóstico postmortem con un menor número de casos de tumor primario conocido in vivo. El pronóstico en todos los casos es malo con fallecimiento muchas veces debido a insuficiencia respiratoria o bien a hipertensión pulmonar secundaria.

**Diseño.** Reporte de caso.

**Métodos.** Se plantea el reporte de un caso de embolismo pulmonar tumoral.

**Resultados.** Paciente sin antecedentes exposicionales de importancia. Asiste al servicio de urgencias por cuadro de 3 meses de disnea progresiva, por lo que consulta en varias oportunidades a hospitales de I nivel de atención manejado con diagnóstico de asma con agonistas beta 2 sin respuesta, reconsulta donde documentan en la exploración física disnea, desaturación y desdoblamiento de S2. Radiografía de tórax normal, ecocardiograma con signos de hipertensión pulmonar, angiotac de tórax negativo para embolismo pulmonar, hipertensión pulmonar y dilatación de cavidades derechas, extenso compromiso en árbol en gemación. Gasometría evidenciaba acidosis respiratoria, con trastorno severo de la oxigenación, autoinmunidad y baciloscopias negativas, lavado bronquioalveolar normal. Presenta hematemesis y melenas por lo que se realiza endoscopia de vías digestivas altas con lesión ulcerada subcardial, biopsia con adenocarcinoma gástrico difuso de células en anillo de sello. Biopsia pulmonar quirúrgica compatible embolismo tumoral.

**Conclusiones.** El embolismo pulmonar tumoral, entidad poco frecuente en la que en la mayoría de los casos el diagnóstico es post mortem, se considera como causal de enfermedad hipertensiva pulmonar, paciente con embolismo pulmonar tumoral de origen en adenocarcinoma gástrico y en quien se documenta hipertensión pulmonar.

D-28

**ENFERMEDAD DE WILSON**

APONTE CAROLINA, COGUA L, CARABALLO D, CHARRIA J, GUARÍN C, PATIÑO A.  
*Servicio Medicina Interna, Clínica Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.*

**Introducción.** La enfermedad de Wilson es un trastorno autosómico recesivo causado por mutaciones del gen ATP7B, que expresa una proteína encargada del transporte hepático del cobre en el hepatocito, su inclusión a la apoceruloplasmina y su excreción biliar. Tiene tres presentaciones clínicas relevantes que son la enfermedad hepática, el deterioro neurológico progresivo y la enfermedad psiquiátrica.

**Diseño.** Reporte de caso.

**Métodos.** Se plantea el reporte de un caso de un paciente con enfermedad de Wilson.

**Resultados.** Hombre de 33 años de edad quien ingresa por un cuadro clínico de 8 días de evolución consistente en distensión abdominal y dolor en hipocondrio derecho. Antecedentes de ataxia cerebelosa por trauma craneoencefálico en el 2010 e ingesta de alcohol de 3 a 4 veces por semana hasta la embriaguez por 15 años. Con la presencia de compromiso neurológico y hepático se inicia la sospecha de una enfermedad de Wilson que posteriormente se confirma con la presencia de los anillos Kayser-Fleischer, la alteración en la excreción urinaria de cobre (121.1 ug/24hr (Normal 3-50 ug/24 hr)) y otros hallazgos relevantes. Se plantea el reporte de un caso.

**Conclusiones.** El diagnóstico de la enfermedad está basado en pruebas que evidencien un metabolismo de cobre alterado y unas manifestaciones clínicas características que en este caso fue el cuadro sindromático de hepatopatía y compromiso neurológico lo que llevo a la adecuada aproximación diagnóstica.

La enfermedad de Wilson HIPERTENSIÓN rara por lo que los datos obtenidos de estudios descriptivos facilitan el entendimiento de la condición, así como su aproximación diagnóstica y su tratamiento.

D-29

**MIXOMA AURICULAR ASOCIADO A HIPERTENSIÓN PULMONAR**

CHARRIA JOSÉ, ARIZA M, CÓRDOBA J, GIRALDO S, VILLALOBOS W.  
*Servicio Medicina Interna, Clínica Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.  
 Servicio de Anestesiología, Hospital Santa Clara, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** Los tumores cardiacos son aquellos en relación con patología metastásica de diferente origen; siendo poco frecuente los primarios acerca de los cuales se dispone poca información. El mixoma auricular constituye el 30% al 50% de los casos. Primordialmente se ubican en la aurícula izquierda. A nivel macroscópico es una masa blanda, gelatinosa y de tamaño variable, y pedunculada lo que permite su movilización dentro de las cavidades con las alteraciones cardiacas con alteraciones hemodinámicas asociadas.

**Diseño.** Reporte de caso.

**Métodos.** Se plantea el reporte de un caso de un paciente con mixoma auricular e hipertensión pulmonar.

**Resultados.** Paciente femenina de 46 años de edad quien consulta por cuadro clínico de 1 mes de evolución de disnea que progresa hasta volverse en reposo, clase funcional IV. Sin antecedentes relevantes de importancia. Examen Físico con desaturación permanente, ingresa paciente a UCI con presiones arteriales sistémicas limítrofes, sin trastornos de perfusión, con hipoxemia y se determina ampliar estudio con radiografía de tórax, hemograma, electrolitos, función renal normal y ecocardiograma con masa homogénea, sugestiva de mixoma auricular izquierdo e hipertensión pulmonar severa. Dado el compromiso con deterioro clínico progresivo, hemodinámico y características eco cardiográficas ominosas, es llevada a cirugía el día siguiente, bajo anestesia general, monitoria invasiva hemodinámica, metabólica y ecocardiográfica. Se presenta adecuada evolución post quirúrgica con normalización de variables hemodinámicas pulmonares.

**Conclusiones.** En el presente reporte de caso se plantea la descripción de un mixoma auricular izquierdo, condición poco frecuente que se acompaña de las manifestaciones tradicionalmente descritas y que adicionalmente presenta como complicación la presencia de hipertensión pulmonar. Se trata de un caso que ilustra bastante bien cuál puede ser la presentación clínica de una condición que requiere de la máxima atención y cuidado para evitar desenlaces negativos.

D-31

**FACTORES PREDICTORES DE RHUPUS**

AMAYA-AMAYA JENNY<sup>ab</sup>, FRANCO JS<sup>ab</sup>, MOLANO-GONZÁLEZ N<sup>a</sup>, RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ M<sup>a</sup>, ACOSTA-AMPUDIA Y<sup>a</sup>, MANTILLA RD<sup>ab</sup>, ROJAS-VILLARRAGA A<sup>ab</sup>, ANAYA JM<sup>ab</sup>.  
<sup>a</sup> Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.  
<sup>b</sup> Mederi, Hospital Universitario Mayor, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** Los fenotipos autoinmunes representan la interacción, a lo largo del tiempo, de factores genéticos y medio ambientales, los cuales son compartidos entre varias enfermedades autoinmunes (EAI), lo que explica que éstas puedan coexistir en un mismo paciente (poliautoinmunidad). En el presente estudio se investigó la prevalencia y los factores asociados con rhusus [coexistencia de artritis reumatoide (AR) y lupus eritematoso sistémico (LES)].

**Diseño.** Estudio de corte transversal.

**Métodos.** Fue evaluada la presencia de AR en 376 pacientes con LES, perteneciente a un mismo centro de atención. Los auto-anticuerpos, incluyendo el factor reumatoide (FR) y anti-péptidos cíclicos citrulinados (CCP) fueron medidos por ELISA. Los factores asociados con esta poliautoinmunidad fueron estudiados mediante análisis multivariado, y confirmados como factores de predicción mediante árboles de clasificación y regresión.

**Resultados.** La presencia de FR y anti-CCP fue registrada en el 42.1% y 5.6%, respectivamente; pero el rhusus se confirmó sólo en el 6.1% de los casos. La AR precedió al LES en el 34.8%. La duración de la enfermedad fue similar en rhusus y LES. Sin embargo, los pacientes con rhusus fueron de mayor edad e inicio más tardío que aquellos sin AR. El rhusus se asoció con el síndrome autoinmune múltiple (SAM), autoinmunidad familiar y la presencia de anti-CCP. En el modelo predictivo, tanto el SAM como los anticuerpos anti-CCP fueron los mayores predictores para rhusus. El valor predictivo positivo y negativo de los anticuerpos anti-CCP para desarrollar rhusus fue 0.62 y 0.91, respectivamente.

**Conclusión.** Los anticuerpos anti-CCP son el principal factor de riesgo de rhusus. Nuestros resultados serán utilizados para diseñar estrategias que faciliten el estudio de los mecanismos comunes de las EAI.

D-30

**FALLA CARDIACA CON FUNCIÓN SISTÓLICA PRESERVADA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CALI**

GUERRERO GONZÁLEZ LF, HIDALGO ESCOBAR JOSÉ FERNANDO, MUÑOZ-LLANOS DM.  
*Clínica Universitaria Rafael Uribe Uribe. Cali-Valle, Colombia.*

**Introducción.** La falla cardiaca es un problema de salud asociado a alta morbilidad y mortalidad. La falla cardiaca con función sistólica preservada (FCFSP) es definida como un síndrome clínico en el cual el paciente tiene signos y síntomas de falla cardiaca pero con función sistólica ventricular izquierda normal.

El presente estudio pretende describir las características de una población con FCFSP que ingresaron al servicio de urgencias de la Clínica Rafael Uribe Uribe en la ciudad de Cali.

**Diseño.** Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo.

**Métodos.** Se revisaron las historias de 670 pacientes durante 6 meses quienes consultaron con síntomas de falla cardiaca al servicio de urgencias durante el último semestre del 2012. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con criterios clínicos de falla cardiaca y ecocardiograma con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) mayor de 50%. Se determinaron variables demográficas, clínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas.

**Resultados.** Se encontró 50 pacientes que cumplían los criterios de inclusión y exclusión, la edad promedio de los pacientes fue  $78 \pm 8.8$  años, el 64% eran mujeres. La hipertensión arterial fue la enfermedad con mayor frecuencia encontrada (92%). Los medicamentos más utilizados fueron diuréticos (70%), beta bloqueadores (70%) y los antagonistas de los receptores de la angiotensina II (58%).

**Conclusiones.** La FCFSP es un patología que se presenta en los servicios de urgencias y no se diagnostica de forma oportuna. Las variables en este estudio más relacionadas con FCFSP fueron el sexo femenino, HTA y la edad mayor de 65 años. Se requieren más estudios en nuestra población para caracterizar estos pacientes de forma adecuada.

D-32

**IMITADORAS DEL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO**

CALIXTO OMAR-JAVIER<sup>ab</sup>, FRANCO JS<sup>ab</sup>, ANAYA JM<sup>ab</sup>.

<sup>a</sup> Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.  
<sup>b</sup> Mederi, Hospital Universitario Mayor, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** Las imitadoras del lupus eritematoso sistémico (LES) son aquellas condiciones que semejan al LES y pueden cumplir con criterios de clasificación del mismo. Motivados por la observación de pacientes con diagnóstico presuntivo de LES cuyo desenlace correspondió a otros diagnósticos, adelantamos una revisión sistemática de la literatura sobre el particular y clasificamos a las imitadoras del LES en grupos etiológicos.

**Diseño y Métodos.** La búsqueda se realizó en PubMed por revisores independientes y sin límites en la misma. Se utilizaron términos MeSH y palabras clave, de acuerdo a las guías PRISMA. Los datos extraídos se referían a características clínicas, paraclínicas, comorbilidades y sustancias exógenas.

**Resultados.** De un total de 110 artículos incluidos para el análisis final, 60 reportaron 118 pacientes con imitadoras del LES. La etiología se dividió en infecciosa, neoplásica e inducida por medicamentos y vacunas. Las principales características observadas en las imitadoras del LES son el compromiso cutáneo y articular, la citopenia, la hipocomplementemia y los auto-anticuerpos. El agente infeccioso más frecuente es el parvovirus B-19. Las neoplasias benignas prevalecen sobre el cáncer. Los principales medicamentos son el interferón- $\alpha/\beta$  y los inhibidores del factor de necrosis tumoral; y la vacuna más frecuente es aquella contra el virus del papiloma humano. Adicionalmente, las crisis de LES pueden deberse a otras causas distintas al lupus. Así se ha observado en 69 pacientes reportados en 54 artículos. Las causas son principalmente infecciosas y las manifestaciones más comunes son cutáneas, hematológicas, renales y articulares.

**Conclusiones.** Las imitadoras del LES no son raras y deben ser parte del diagnóstico diferencial del mismo, para el cual proponemos un algoritmo basado en la presente revisión de la literatura.

D-33

**POLIAUTOINMUNIDAD EN SÍNDROME ANTIFOSFOLIPÍDICO**FRANCO JUAN-SEBASTIÁN<sup>a,b</sup>, MOLANO-GONZÁLEZ N<sup>a</sup>, RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ M<sup>a</sup>, ACOSTA-AMPUDIA Y<sup>a</sup>, MANTILLA RD<sup>a,b</sup>, AMAYA-AMAYA J<sup>a,b</sup>, ROJAS-VILLARRAGA A<sup>a,b</sup>, ANAYA JM<sup>a,b</sup>.<sup>a</sup> Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia. <sup>b</sup> Mederi, Hospital Universitario Mayor, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La poliautoinmunidad se define como la presencia de más de una enfermedad autoinmune (EAI) en un mismo paciente. El impacto de la poliautoinmunidad en la severidad y desenlace de las EAI es poco conocido. EN el presente estudio examinamos la coexistencia de síndrome antifosfolípido (SAF) y lupus eritematoso sistémico (LES) en una cohorte de pacientes con LES provenientes de un solo centro. Así mismo, se revisó la literatura referente al tema.

**Diseño y Métodos.** 376 pacientes con LES fueron evaluados para la presencia de 1) SAF, 2) positividad para anticuerpos anti-fosfolípidicos (AFL) sin eventos tromboembólicos, y 3) LES sin ninguno de los anteriores. La comparación se realizó entre los grupos 1 y 3 mediante análisis multivariado. La revisión de la literatura se realizó en la base de datos PubMed.

**Resultados.** Aunque la prevalencia de anticuerpos AFL fue del 54%, el SAF fue confirmado en 9.8% de los pacientes con LES. En nuestra serie, los factores significativamente asociados con la presencia de LES-SAF fueron la enfermedad cardiovascular (ECV), el compromiso pulmonar y la positividad del factor reumatoide. La revisión de la literatura mostró, adicionalmente, asociaciones del SAF con artritis reumatoide, síndrome de Sjögren, enfermedad tiroidea autoinmune, esclerosis sistémica, vasculitis, dermatopolimiositis, cirrosis biliar primaria y hepatitis autoinmune.

**Conclusiones.** El SAF es una EAI sistémica que puede coexistir con otras EAI. La poliautoinmunidad LES-SAF está asociada con ECV. Por lo tanto, se debe evaluar esta poliautoinmunidad para establecer estrategias que reduzcan factores de riesgo para ECV en pacientes con LES. Así mismo, se debe establecer si el SAF es un factor de riesgo cardiovascular no tradicional en otras EAI.

D-35

**NEFRITIS DEL SHUNT - REPORTE DE CASO**

PARRA IZQUIERDO VIVIANA, MEDINA P, VALDERRAMA S, GUALTERO S.

Universidad de La Sabana, Fundación Clínica Shaio, Bogotá, Colombia

**Introducción.** La nefritis del shunt es una complicación muy poco frecuente en los pacientes que presentan infección de la derivación ventriculoatrial insertada por hidrocefalia congénita o adquirida, a continuación reportamos un caso.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Informe del caso.

**Resultados.** Femenina de 16 años, con hidrocefalia secundaria a meningitis bacteriana, que requirió derivación ventriculoatrial hace año y medio, con un año de picos febriles asociado a malestar general, náuseas, escalofríos matutinos diarios y orina oscura, fc: 145 x min fr 23 x min ta: 110/75mmhg t 39.5°C, dispositivo de derivación palpable en región fronto temporal y cervical derecha no doloroso, sin signos de infección, edema grado II de miembros inferiores. Paraclínicos con leucocitosis y Neutrofilia, PCR elevada, procalcitonina negativa, hematuria y proteinuria en muestra aislada. 4 hemocultivos positivos para cocos gram positivos de lento crecimiento tipo *Micrococcus spp*, se inicia manejo con vancomicina, la función renal fue normal, ecocardiograma transesofágico sin alteraciones. Punción lumbar con presión de apertura 16 cms H2O, hipoglucoorraquia e hiperproteinoorraquia, gram, Ziehl Neelsen, tinta china y cultivo negativo. Dada la persistencia de hematuria y proteinuria se solicitan ecografía renal: normal y c3 y c4 los cuales estaban consumidos por lo que se considera diagnóstico de nefritis del shunt.

**Conclusión.** La nefritis por shunt es una complicación poco frecuente que se asocia al uso de derivaciones ventriculoatriales y su infección crónica, las bacterias que la producen por lo general son de baja virulencia pero producen infección prolongada y persistente permitiendo así la producción de inmunocomplejos que se depositan a nivel renal, esta entidad es a menudo subdiagnosticada y el tratamiento se difiere meses o años; la clave es la resolución de los síntomas y la disminución del riesgo de daño renal esta en realizar un diagnóstico precoz y un adecuado manejo terapéutico.

D-34

**¿EVALÚA USTED SÍNTOMAS Y AUTOANTICUERPOS GASTROINTERSTINALES (GI) EN SUS PACIENTES CON ESPONDILOANTROPATIAS (EAS)?**

PARRA IZQUIERDO VIVIANA, ROMERO C, BAUTISTA W, LONDOÑO J, VALLE R. Hospital Militar Central, Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La frecuencia de compromiso intestinal en EAS es 21 al 30%, 5 al 10% se asocia a enfermedad inflamatoria intestinal (EII), hay un porcentaje de pacientes con inflamación intestinal subclínica que se manifiestan de manera endoscópica e histológica; el abordaje clínico de este compromiso GI debe realizarse de manera activa por medio de un interrogatorio dirigido y evaluación de autoanticuerpos para EII, la persistencia de la inflamación del aparato locomotor se asocia principalmente con inflamación intestinal.

**Diseño.** Estudio observacional analítico de corte trasversal.

**Metodología.** 81 pacientes con EAS de acuerdo a criterios Europeos, Se realizó cuestionario de búsqueda activa de síntomas GI y mediciones de Anti-Saccharomyces cerevisiae IgG/IgA (ASCA), anti polimorfonuclear neutrófilo (ANCAp), antitransglutaminasa IgG/IgA, anticuerpos antipéptido de gliadina desaminado IgG/IgA y ANAS e IgA total. Se realizaron pruebas de asociación por X<sup>2</sup> entre la enfermedad, los síntomas GI y los títulos de autoanticuerpos.

**Resultados.** 64% hombres, dolor abdominal 53%, distensión abdominal 51% y diarrea 33%. BASFI >4 60% y 65% BASDAI >4. HLA B27 en 34.6%. 30.9% ASCA IgG/A positivos, con prueba confirmatoria en 90.9%, ANCASp 11.1%, ANAS 54.3%. Se encontró una asociación entre BASDAI >4 y dolor abdominal (p=0.017) y distensión abdominal (p=0.008). Niveles elevados de IgA se asociaron con BASDAI >4 (p=0.012). No hubo diferencia con tratamiento con anti TNF.

**Conclusiones.** La población estudiada demostró síntomas GI. Se resalta la presencia de ASCAS en una tercera parte y ANAS en la mitad de pacientes. Los índices BASFI y BASDAI se asocian con presencia de síntomas GI, lo anterior indica que se debe interrogar de manera dirigida síntomas GI y evaluar autoanticuerpos para descartar EII asociada inflamación intestinal subclínica.

D-36

**INFECCIÓN CUTÁNEA DISEMINADA POR EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO (VPH) EN PACIENTE CON TRASPLANTE RENAL**

PARRA IZQUIERDO VIVIANA, MEDINA P, VALDERRAMA S, GUALTERO S.

Universidad de La Sabana, Fundación Clínica Shaio, Bogotá, Colombia

**Introducción.** Las infecciones cutáneas son una de las complicaciones más frecuentes en los pacientes con trasplante renal, Estas lesiones tienden a aparecer en áreas expuestas, en pequeños números y tamaño, sin embargo, describimos un caso de mayor severidad por el VPH.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Informe del caso.

**Resultado.** Hombre de 33 años, que requiere trasplante renal debido a una insuficiencia renal crónica secundaria a una glomerulonefritis rápidamente progresiva, tratado con tacrolimus, micofenolato y prednisolona; 2 años después presenta verrugas virales en la región anal y testicular, manos y pies, el VPH fue diagnosticado histopatológicamente.

El tratamiento inicial con crioterapia mostró mejoría temporal, el tratamiento fue combinado con Imiquimod e Isotretinoína oral durante 3 meses sin ninguna respuesta. Al examen físico hay múltiples verrugas pediculadas de diferentes tamaños en manos, pies con deformidad del dedo distal, en región perianal y escrotal. Dado el carácter agresivo de la infección y su resistencia a la terapia estándar, se decidió iniciar tratamiento con sirolimus y tópico con cidofovir en manos y pies.

**Conclusiones.** Los pacientes sometidos a trasplantes de órgano sólido están en riesgo de desarrollar patologías malignas e infecciosas en relación con la magnitud y el tiempo de la terapia inmunosupresora, las infecciones cutáneas son una de las complicaciones más usuales, siendo las verrugas virales la presentación clínica más frecuente, causadas por el virus del papiloma humano, algunos serotipos tienen alto potencial oncogénico y un elevado riesgo de desarrollar malignidad a nivel anorrectal o cervical. Rara vez estas lesiones se manifiestan antes del primer año del trasplante, tras el quinto año cerca del 80% están afectados. En general logran ser tratados exitosamente con tratamientos convencionales, como crioterapia, curetaje y algunos compuestos tópicos como retinoides, imiquimod y recientemente se han descrito casos de tratamiento exitoso con cidofovir.

D-37

**SERIE DE CASOS DE SÍNDROME DE DEDO AZUL**

PARRA IZQUIERDO VIVIANA, DUQUE JJ, AGUDELO N, PEÑARANDA E.  
Hospital Universitario La Samaritana, Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** Síndrome de dedo azul es el cambio de color de uno o más dedos en ausencia de trauma, frío o hipoxia. Aunque infrecuente, sus múltiples etiologías requieren un amplio conocimiento para diagnóstico y prevención de complicaciones. Se presenta una serie de casos.

**Diseño.** Serie de casos.

**Métodos.** Descripción de los casos.

**Resultados.** Caso#1: Femenina, 62 años, 2 meses de dolor en miembros inferiores y coloración violácea en dedos de los pies y vesículas de contenido seroso. Antecedentes negativos. Paraclínicos: ANAS negativos, perfil antifosfolípido negativo, crioglobulinas positivas, electroforesis de proteínas: pico monoclonal gamma, inmunofijación de proteínas con banda gamma de cadena kappa IgG > 4200. Biopsia con infiltrado mixto de polimorfonucleares, fenómenos tromboembólicos, infiltrado perivascular. Conclusión: crioglobulinemia.

Caso#2: Femenina de 67 años, de Quibdó, raza negra, con dedo azul en extremidad inferior izquierda, con sepsis de origen intradominal con manejo antibiótico, estudios inmunológicos negativos, se encuentran drepanocitos en frotis de sangre periférica con electroforesis de hemoglobina con pico de HbS

Caso#3: Femenina, 54 años, diabetes de novo, y coloración violácea en 3, 4, y 5 dedos de mano izquierda, durante su hospitalización presenta infarto cerebral lacunar parietal izquierdo, trombosis en arteria cubital derecha, angiografía de tórax con tromboembolismo pulmonar de interlobar derecha. Se inicia anticoagulación plena con heparinas de bajo peso molecular. Estudios inmunológicos, con ANAS negativos, ENAS negativos, perfil antifosfolípido y crioglobulinas negativos, se descarta neoplasia oculta. Es llevada a amputación de falanges distales de la mano afectada, no se documenta la causa.

**Conclusión.** El dedo azul, es un signo de múltiples causas siendo la disminución del flujo arterial por el compromiso de pequeños vasos periféricos la más común. Puede ser secundaria a diferentes mecanismos incluyendo trombosis, embolia, vasoconstricción, afección inflamatoria o no de la pared vascular. El diagnóstico temprano es primordial, siendo una urgencia que requiere tratamiento específico para evitar complicaciones irreversibles como necrosis y amputación.

D-39

**COMPROMISO GASTROINTESTINAL EN EL SÍNDROME DE SJÖGREN – REPORTE DE CASO**

PARRA IZQUIERDO VIVIANA, MORA C, LONDOÑO J.  
Clínica Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** El síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmunitaria sistémica que se caracteriza por sequedad ocular y bucal por afección de glándulas exocrinas, sin embargo puede manifestarse con síntomas gastrointestinales que van desde dismotilidad esofágica e intestinal, acalasia, hipoclorhidria, gastritis crónica atrofica, enzimodeficiencia pancreática, disfunción biliar y cirrosis hepática.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Informe del caso.

**Resultados.** Femenina, 73 años, consulta por disfagia, se le realiza endoscopia de vías digestivas altas (EVDA) en la cual no se logra paso por esófago inmediatamente después del cricofaríngeo, se toma Tac de torax el cual descarta presencia de masa, se realiza una segunda EVDA con paso difícil por el cricofaríngeo, sin evidencia de compresión extrínseca ni formaciones diverticulares con gran resistencia al paso del cardias sugiriendo trastorno motor del esfínter esofágico inferior, se realiza videofluoroscopia para evaluar deglución –VFSS encontrando compromiso severo y difuso de la movilidad del esófago, que se evidencia con los alimentos semisólidos y sólidos. El bolo alimentario permanece entre el tercio medio y distal del esófago por más de 3 minutos con disminución severa del peristaltismo esofágico. La paciente refiere xerostomía y xeroftalmia, con ojo seco documentado por oftalmología. AntiRO: 24,8positivo, AntiRNP: 54,9positivo, complemento normal, FR, AntiDINA: negativos, al examen físico se observa lago mucoso y lagrimal seco, úlceras orales por xerostomía severa y pérdida de múltiples piezas dentales. Se considera SS primario con compromiso gastrointestinal dado por dismotilidad esofágica inferior

**Conclusión.** El SS es la segunda enfermedad reumatológica autoinmune más frecuente, los signos claves de SS son xerostomía y xeroftalmia, sin embargo, puede comprometer la totalidad del tracto gastrointestinal. La disfagia es un problema frecuente que puede ser secundario a la disminución en la producción de saliva o a la alteración en la motilidad que se presenta hasta en un tercio de los pacientes y es secundario a la presencia de infiltrado inflamatorio en las glándulas exocrinas del esófago, afectando la musculatura esofágica con el posterior deterioro en la coordinación motora de la deglución.

D-38

**SERIE DE CASOS DE POLIANGEÍTIS MICROSCÓPICA (PM) EN PACIENTE ADULTO MAYOR**

PARRA IZQUIERDO VIVIANA, CUBIDES HH, LONDOÑO J, VALLE R.  
Hospital Militar Central, Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La PM es una vasculitis de pequeño vaso ANCA positiva, con manifestaciones inespecíficas y de difícil diagnóstico en los adultos mayores, presentamos una serie de casos.

**Diseño.** Serie de casos.

**Métodos.** Informe de los casos.

**Resultados.** CASO1: Femenina-85 años, 1 mes de fiebre, descartándose foco infeccioso y neoplásico, con mialgias y edema en miembros inferiores, con deterioro progresivo de la función renal hasta 4,5 mg/dl, cifras tensionales elevadas y oliguria. ANAS: negativos, ANCAS p: positivos 1/20, Anti MPO: positivo, Complemento : no consumido, AntiDINA: negativo, Uroanálisis: Cilindros eritrocitarios, leucocituria, Hematuria, Proteinuria: 250mg/24h, biopsia renal, Con proliferación extracapilar y formación media lunas epiteliales, sin depósitos de inmunocomplejos CASO 2. Femenina 73 años, 6 meses de fiebre, con proceso infeccioso y neoplásico descartado, pérdida de peso de 5 kilos en 6 meses, astenia, adinamia, disestesias en guante y bota, presenta evento vascular hemorrágico temporal izquierdo, Electromiografía: mononeuritis múltiple, deterioro progresivo de la función renal, HTA de novo creatinina de 0,54-4,2-4,4-4,46 mg/dl, PCR:18-23mg/L, VSG:70-120mm/h, Uroanálisis: Con sedimento activo, Proteinuria:190mg/24h, ANAS: negativos, ANCAS p: positivos 1/20, Anti MPO: positivo, Complemento : no consumido, AntiDINA: negativo

CASO 3: Femenina 85 años, múltiples episodios tónico clónico generalizados, y lesiones purpúricas en miembros inferiores, examen neurológico normal, Tac cerebral Simple: atrofia cerebral, AngioRMN: normal, presenta HTA de novo y deterioro de función renal con oliguria y creatinina de : 0,6-2,5-3-4,06 mg/dl, PCR:9mg/L, VSG:105mm/h, Uroanálisis:Cilindros hialinos, eritrocitarios, leucocituria, hematuria, Proteinuria: 2500mg/24h, ANAS: negativos, ANCAS p: positivos 1/20, Anti MPO: positivo, Complemento : no consumido, AntiDINA: negativo, biopsia renal con reporte de glomeruloesclerosis focal y segmentaria.

**Conclusión.** La enfermedad glomerular es común en adultos mayores y dentro de sus causas las vasculitis ANCA + positiva y en este caso la poliangeitis microscópica esta aumentando con la edad. En este tipo de pacientes la afectación renal es mas severa, por tanto un alto índice de sospecha, un cuidadoso examen físico y la realización precoz de la biopsia renal con un tratamiento ajustado a la edad y a la función renal mejorara tanto la supervivencia global como renal en este grupo etario.

D-40

**INFLUENCIA DE LA EDAD DE INICIO EN LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES**

AMAYA-AMAYA JENNY<sup>a,b</sup>, MOLANO-GONZÁLEZ N<sup>a</sup>, RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ M<sup>a</sup>, MONTÓYA-SÁNCHEZ L<sup>a,b</sup>, MANTILLA RD<sup>a,b</sup>, ROJAS-VILLARRAGA A<sup>a,b</sup>, ANAYA JM<sup>a,b</sup>.  
<sup>a</sup> Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.  
<sup>b</sup> Mederi, Hospital Universitario Mayor, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La edad de inicio (EDI) corresponde al momento en el cual un paciente experimenta el (los) primer (os) signos y síntomas de una enfermedad. La EDI varía entre las enfermedades autoinmunes (EAI) y ha sido asociada con el pronóstico en algunas de ellas. Factores genéticos, epigenéticos y medio ambientales pueden modificar la EDI. El objetivo de este estudio fue evaluar el efecto de la EDI en el curso clínico de pacientes adultos con EAI.

**Diseño.** Estudio de corte transversal.

**Métodos.** Se incluyeron 1.283 pacientes, de los cuales 517 presentaban artritis reumatoide (AR), 294 síndrome de Sjögren (SS), 271 lupus eritematoso sistémico (LES) y 201 esclerosis múltiple (EM). Además de la información sociodemográfica, clínica y paraclínica, se registró la EDI, que fue definida como temprana de acuerdo al cuartil inferior, así: 17-34 años en AR, 17-23 años en LES, 17-35 años en SS y 17-27 años en EM. Los datos fueron analizados a través de análisis bivariado y multivariado.

**Resultados.** El inicio temprano se asoció con mayor severidad en el curso clínico de la AR y el LES, mientras que el inicio tardío fue asociado con factores medio ambientales, excepto en el caso de la EM. No hubo diferencias relevantes en las variables analizadas en el SS en función de la edad de inicio.

**Conclusiones.** Los resultados indican que la EDI temprana influye sobre el curso de las EAI. El inicio temprano tiende a ser más sensible a la influencia genética, mientras que el inicio tardío lo es a factores medioambientales. Los resultados en EM podrían ser atribuidos a la plasticidad neuronal. Estos datos servirán para diseñar estrategias para comprender mejor los factores comunes de las EAI.

D-41

**PRECEDE EL LUPUS-LIKE AL LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO?**

AMAYA-AMAYA JENNY<sup>A,B</sup>, FRANCO JS<sup>A,B</sup>, MOLANO-GONZÁLEZ N<sup>A</sup>, RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ M<sup>A</sup>, ACOSTA-AMPUDIA Y<sup>A</sup>, MANTILLA RD<sup>A,B</sup>, ROJAS-VILLARRAGA A<sup>A,B</sup>, ANAYA JM<sup>A,B</sup>.  
<sup>a</sup> Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.  
<sup>b</sup> Mederi, Hospital Universitario Mayor, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad heterogénea con un amplio espectro de manifestaciones clínicas e inmunológicas, que pueden variar durante el curso de la enfermedad, la cual se clasifica como tal cuando se cumplen 4 de 11 criterios definidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR). La condición caracterizada por solo 2 o 3 criterios se conoce como "Lupus-like". En el presente estudio describimos las características de pacientes con Lupus-like y los factores asociados con este subfenotipo.

**Diseño.** Estudio de corte trasversal.

**Métodos.** Se compararon las características sociodemográficas, clínicas y paraclínicas de 33 pacientes con Lupus-like con aquellas de 376 pacientes con LES (ACR 1997). Los datos fueron analizados mediante un modelo multivariado.

**Resultados.** La duración de la enfermedad fue similar en los dos grupos. Los pacientes con Lupus-like fueron de mayor edad y tuvieron un inicio tardío de la sintomatología. Este subfenotipo fue asociado con la presencia de autoinmunidad familiar y anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados positivos.

**Conclusión.** El Lupus-like no siempre precede al LES, y puede permanecer estable durante el tiempo. Estudios longitudinales podrán confirmar estos hallazgos y determinar posibles factores protectores de desarrollo de LES.

D-43

**MIXOMA AURICULAR GIGANTE COMO CAUSA DE FALLA CARDIACA**

MARTÍNEZ CARLOS, FERNÁNDEZ R, AGÁMEZ L.  
 Clínica CardioVID, Medellín, Colombia.

**Introducción.** Los tumores cardíacos son patologías raras, con una incidencia estimada entre 0.056-0.19%. Los mixomas son los tumores cardíacos más frecuentes en adultos representando aproximadamente 30-50% de los casos. Por su baja prevalencia no se tienen en cuenta como una posible causa de falla cardíaca.

Se presenta el caso de un paciente con mixoma auricular izquierdo que generó pseudoestenosis mitral e insuficiencia cardíaca la cual se resolvió luego de la resección tumoral.

**Diseño.** Reporte de caso.

**Métodos.** Informe del caso.

**Resultados.** Paciente de 85 años, 3 años de evolución de disnea de esfuerzo, ortopnea y disnea paroxística nocturna, previamente radiografía de tórax y electrocardiograma sin hallazgos relevantes por lo cual no se hicieron estudios complementarios, ingresa por una semana de exacerbación de los síntomas, al examen se encontró soplo meso diastólico en foco mitral, sin otros hallazgos relevantes.

La ecocardiografía transtorácica documentó masa heterogénea gigante adherida a la aurícula izquierda, área de 19 cm<sup>2</sup>, que protruía hacia el ventrículo izquierdo y generaba una pseudoestenosis mitral moderada a severa. Se llevó a resección quirúrgica urgente encontrando gran masa gelatinosa de 8x5 cm, protruyendo hasta el ápex ventricular.

La patología demostró que se trataba de un mixoma con cambios zonales de fibroblastoma papilar.

Los controles postquirúrgicos ambulatorios dos meses después demostraron resolución completa de los síntomas de falla cardíaca.

**Conclusiones.** El mixoma auricular como causa de falla cardíaca es extremadamente raro, el diagnóstico generalmente se hace al encontrar una masa móvil en la aurícula izquierda en la ecocardiografía. El tratamiento temprano permite resolver los síntomas y evitar complicaciones como embolias sistémicas o muerte súbita. Los síntomas de insuficiencia cardíaca y soplo diastólico, sin importar otros estudios, justificaban la evaluación ecocardiográfica, un adecuado enfoque hubiese permitido un diagnóstico más temprano.

D-42

**EFFECTOS CARDIOVASCULARES EN EL CONTEXTO DE UN HIPERTIROIDISMO**

GIRALDO SEBASTIÁN, APONTE C, CHARRIA J, VILLALOBOS W.  
 Medicina Interna, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

**Introducción.** Las manifestaciones cardiovasculares del hipertiroidismo son frecuentes y en ocasiones dominan el cuadro clínico. Con frecuencia, la enfermedad se manifiesta por un estado circulatorio hiperdinámico con disminución de la resistencia vascular periférica, aumento de la volemia y del volumen minuto cardíaco. La dilatación de las cavidades cardíacas con insuficiencia mitral, insuficiencia tricuspídea grave e insuficiencia cardíaca derecha sin hipertensión pulmonar constituye una forma inusual de presentación.

**Diseño.** Reporte de caso.

**Métodos.** Se plantea el reporte de un caso de una paciente con hiperlaxitud de musculo papilar secundaria a actividad tiroidea.

**Resultados.** Se presenta el caso de una paciente mujer, adulta en edad media, quien consulta por cuadro de edema en miembros inferiores de aparición súbita sin signos de trombo embolismo venoso profundo, en quien se encuentra masa en cuello con un crecimiento lento de un año, hasta el momento sin seguimiento médico, por lo que se solicita para su estudio ecografía de tiroides, función tiroidea, anticuerpos microsomaes y antitiroideos. En su valoración se toma electrocardiograma que reporta una fibrilación auricular de novo, secundaria a trastorno tiroideo (metabólico), se realiza ecocardiograma que muestra válvula mitral con insuficiencia de grado severo, por lo que se llega a sospechar ruptura de cuerda tendinosa que en estudios posteriores fue descartado

**Conclusiones.** Es de crucial importancia reportar situaciones clínicas como estas dado que dentro de la práctica médica es frecuente encontrar pacientes con múltiples síntomas que hacen suponer patología cardiovascular primaria y se deja en segundo plano endocrinopatías que pudieran estar siendo generadoras de estados hiperdinámicos que siendo corregidos oportunamente son medidas salvadoras en la etapa aguda y evitan la cronicidad de lesiones cardíacas que empeorarían la calidad de vida.

D-44

**HEMORRAGIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS COMO MANIFESTACIÓN DE TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA EN UN PACIENTE**

LABRADOR CHRISTIAN, TÉLLEZ A, APONTE C.  
 Clínica Universidad de la Sabana, Chía, Cundinamarca, Colombia.

**Introducción.** La heparina no fraccionada (HNF) y las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) son medicamentos de amplio uso en el ámbito clínico. Sus principales complicaciones incluyen la hemorragia y la trombocitopenia inducida por heparina (TIH). La TIH es una reacción adversa que puede desencadenar eventos trombóticos fatales, mientras que el sangrado espontáneo es una manifestación poco frecuente.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo informe de caso.

**Métodos.** Caso Clínico.

**Resultado.** Paciente masculino, 72 años de edad, con antecedente de síndrome anti fosfolípido, en manejo con warfarina desde hace 10 años, la cual había sido suspendida hace dos meses, con posterior cambio a HBPM. Ingresó por cuadro de 6 días de evolución consistente en astenia, presencia de equimosis y hematomas en extremidades, además de melenas. Se documentó hemorragia de vías digestivas altas y bicitopenia en el hemograma. Dada sospecha de TIH se aplicó sistema de puntuación de las 4 T con puntuación de 5, clasificándose como probabilidad intermedia para TIH. Se suspendió anticoagulación por 5 días, con posterior ascenso en el valor de plaquetas y dado la indicación de anticoagulación se decidió iniciar fondaparinux con mantenimiento en el valor de plaquetas.

**Conclusión.** La TIH es una complicación grave del uso de la HNF y de la HBPM. La importancia de ésta revisión radica en destacar la TIH como una entidad a considerar en el diagnóstico diferencial del paciente con trombocitopenia. Esta entidad requiere de un diagnóstico oportuno, para evitar las complicaciones que pueden resultar potencialmente fatales. El tratamiento de elección no se encuentra disponible en nuestro medio y a pesar de que el fondaparinux se presente como una opción útil, se requieren más estudios que avalen su seguridad.

D-45

**EXPERIENCIA TERAPÉUTICA EN PACIENTES CON PURPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE**

MORA JAVIER, OVALLE A, SOLÓRZANO C, BELTRÁN A.

*Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La púrpura trombocitopénica Inmune es una enfermedad adquirida, que se caracteriza por trombocitopenia secundaria a su destrucción acelerada mediada por anticuerpos.

**Diseño.** Estudio descriptivo retrospectivo

**Métodos.** Describir en forma retrospectiva un grupo de pacientes con purpura trombocitopénica inmune en el periodo comprendido entre enero de 2008 y diciembre del 2012 e identificar factores asociados a la pobre respuesta al tratamiento.

**Resultados.** Se recolectaron 26 pacientes (20 mujeres), la media de edad fue 44 años, 14 tenían anticuerpos antinucleares positivos, 6 presentaron sangrado, 21 recibieron tratamiento con esteroide sistémico, en la tabla 1 se presentan los diferentes medicamentos que recibieron, en la tabla 2 se describe la frecuencia de trombocitopenia, en la tabla 3 se describe la respuesta al tratamiento, 5 pacientes presentaron recaída, al tratar de determinar la asociación entre la respuesta al tratamiento y otras variables solo el grado de trombocitopenia al momento de ingreso a urgencias mostro una tendencia a la asociación ( $p < 0.08$  IC -6.3-0.4) sin embargo esta última no fue significativa.

**Conclusión.** En nuestro estudio el 46% de los pacientes tuvo una respuesta pobre al tratamiento instaurado al evaluar los factores asociados el único que mostro una tendencia a la asociación fue el grado de trombocitopenia al momento del ingreso sin embargo el resultado no fue significativo posiblemente por falta de poder del estudio.

D-47

**HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTES CON SIDA. CORRELACIÓN CLINICOPATOLÓGICA**

MANTILLA HERNÁNDEZ JULIO CESAR, QUINTERO-GÓMEZ D, PÁEZ-OLMOS F.

*Universidad Industrial de Santander, Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** La histoplasmosis es una micosis endémica en Colombia, cuya forma diseminada complica la evolución de pacientes con SIDA.

**Diseño.** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Métodos.** Revisión de 29 protocolos de autopsia correspondientes a enfermos con VIH/SIDA fallecidos en Bucaramanga entre 2004 y 2013, a quienes se les realizó autopsia en el Departamento de patología de la Universidad Industrial de Santander (UIS) y se diagnosticó Histoplasmosis Diseminada (HD). Se analizaron variables demográficas, clínicas y hallazgos anatomopatológicos.

**Resultados.** Entre enero 2004 y diciembre 2013 se realizaron en el Departamento de patología de la UIS, 177 autopsias correspondientes a enfermos con VIH/SIDA y entre éstas 29 casos de HD, 22 hombres y 7 mujeres, con edad promedio de 36.3 años, ninguno recibía terapia antirretroviral, solo en 8 casos se tenía diagnóstico de histoplasmosis y el diagnóstico clínico más frecuente consignado en la epicrisis fue linfoma. Los órganos más comprometido en la HD fueron pulmón (22 casos), ganglio linfático, (21 casos), bazo e hígado (14 casos), medula ósea (7 casos) intestino y suprarrenales (5 casos) y piel (3 casos). Se encontró infección concomitante por neumocistis (3 casos), tuberculosis (2 casos), citomegalovirus (2 casos) y criptococosis (1 caso).

**Conclusiones.** En este estudio la histoplasmosis es la infección micótica oportunista más frecuentemente asociada a pacientes con VIH/SIDA y su forma diseminada, la responsable del mayor número de fallecimientos en estos enfermos. Los hallazgos de hepatoesplenomegalia al examen físico y de masa en la TAC abdominal fueron datos sobresalientes responsables del diagnóstico equivoco de linfoma. El compromiso de pulmón, ganglio linfático, bazo e hígado fue la combinación observada con mayor frecuencia (14 casos). Las lesiones cutáneas acompañan en pocos casos la HD. Existe un bajo índice de sospecha de HD en enfermos con SIDA (27.5%).

D-46

**EVALUACIÓN DEL RIESGO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE POR MEDIO DE MÉTODOS AVANZADOS DE PARTICIÓN RECURSIVA**MOLANO-GONZÁLEZ N<sup>a</sup>, ARCOS-BURGOS M<sup>a</sup>, ROJAS-VILLARRAGA A<sup>a</sup>, ANAYA JM<sup>a</sup>*<sup>a</sup> Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.**<sup>b</sup> The John Curtin School of Medical Research, Australian National University, Canberra, Australia.*

**Introducción.** Uno de los mayores retos en el estudio de la artritis reumatoide (AR) es la detección de sujetos a riesgo. En este estudio evaluamos un modelo de predicción de AR basado en métodos avanzados de partición recursiva.

**Métodos.** Se emplearon árboles de clasificación y regresión (CART), TreeNet (TN) y "Random Forest" (RF) implementados en el Salford Predictive Modeler @ (SPM7), con el fin de determinar el poder predictivo de 21 marcadores genéticos, tanto HLA como no-HLA, junto con los datos clínicos de 368 pacientes con AR (ACR87) y 353 controles pareados. Se evaluaron diferentes conjuntos de hiperparámetros como a priori de riesgo para AR, matrices de costo, número de validaciones cruzadas, reglas de división, entre otros, para encontrar el mejor modelo.

**Resultados.** Los modelos TN y RF mostraron una buena capacidad predictiva, obteniendo bajas tasas de error de clasificación, adecuadas para la predicción del riesgo (AUC = 0.90 y 0.88, respectivamente), mientras que el modelo CART mostró menor poder predictivo (AUC = 0.71), aunque permitió una interpretación directa de interacciones genéticas. En los tres modelos se observaron coincidencias interesantes en términos de variables altamente discriminantes, tales como el HLA-DRB1\*04, HLA-DQB1, IL2/IL21 (rs6822844) y el género.

**Conclusiones.** Nuestros resultados ofrecen un marco predictivo para la AR basado en interacciones de variables genéticas y epidemiológicas. Las mejoras en la predicción del riesgo clínico permitirán un diagnóstico y tratamiento temprano y personalizado de pacientes con AR y otras enfermedades crónicas no-trasmisibles.

D-48

**ENDOCARDITIS DE LIBMAN SACKS DE LA VÁLVULA TRICÚSPIDE**

MORA JAVIER, PARGA J, BELTRÁN A, ÁLVAREZ A, SARMIENTO E.

*Hospital universitario Clínica San Rafael, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La enfermedad valvular es la manifestación cardíaca más frecuente en los pacientes con síndrome antifosfolípidos, documentándose hasta en el 38% de los pacientes, las válvulas afectadas con mayor frecuencia son la mitral (63%), aortica (32%) y con menor frecuencia la tricúspide (8%).

**Diseño.** No aplica.

**Método.** No aplica.

**Resultados.** Paciente femenina de 30 años, ingresa por cuadro de inicio súbito de hemoptisis y disnea, con antecedente de síndrome antifosfolípidos diagnosticado hace 12 años (eventos tromboticos previos) sin anticoagulación desde hace 6 años, se sospecho hemorragia alveolar y se realizó fibrobroncoscopia (compatible), en el proceso diagnóstico se realizó angiotac el cual documento embolismo bilateral, se ampliaron estudios con ecocardiograma transesofágico el cual reveló imágenes de masas localizadas en la aurícula izquierda y en la válvula tricúspide con prolapso al ventrículo, se realizaron hemocultivos negativos, procalcitonina negativa, anticardiolipinas IgG 85 gpl, anticoagulante lúpico positivo.

**Conclusión.** La endocarditis de libman sacks es una entidad frecuente como manifestación del síndrome antifosfolípidos, se asocia a anticuerpos anticardiolipinas IgG elevados, no se ha demostrado que los inmunosupresores mejoren las lesiones valvulares.

D-49

**A PROPÓSITO DE UN CASO. PANCREATITIS COMO COMPLICACIÓN ASOCIADA, EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO GENERALIZADO; ENTIDAD IMPORTANTE DE CONOCER**

RAMÍREZ LISBETH PATRICIA, OTERO ME, RODRÍGUEZ U.

Servicio de Medicina interna, Hospital Central de Maracay, Venezuela.

**Introducción.** El lupus eritematoso sistémico es una enfermedad inmunomediada crónica multisistémica con manifestaciones clínicas complejas. Su manifestación gastrointestinal es poco frecuente. Se establece por Colegio Americano de Reumatología criterios clínicos diagnósticos y de severidad. En referencia a la vasculitis lúpica abdominal como manifestación de lupus es 0,2-2%, pudiendo afectar cualquier parte del tracto gastrointestinal, llevando a complicaciones devastadoras como pancreatitis, enterocolitis y peritonitis.

**Caso Clínico.** Paciente femenina de 17 años de edad, con antecedentes Lupus Eritematoso Sistémico Generalizado quien debuto con clínica de emesis, dolor abdominal y dolor articular, asociado a ello tres meses de fiebre 39°C, tos seca, epistaxis, pérdida de peso, máculas hiperocrómicas y deterioro progresivo del estado clínico. Al ingreso paciente en regulares condiciones; hipotensa, taquicárdica, taquípnea, disminución de sonidos pulmonar en base derecha, dolor a la palpación en epigastrio, úlceras orales. En su evolución intrahospitalaria persistencia de dolor abdominal en epigastrio y signos de irritación peritoneal, APACHE de 19 y SLEDAI de 24. Otros estudios (figura 1.2.3), ecocardiograma con derrame pericárdico moderado.

**Impresión diagnóstica.** Sepsis: neumonía/pancreatitis, Lupus Eritematoso Sistémico en actividad severa (anemia hemolítica autoinmune, nefropatía, pancreatitis aguda grave). Tratamiento con imipenem, vancomicina, levofloxacina, bolos de Metilprednisolona. Interconsultas con Cirugía General, Nefrología, Hematología, Inmunología, Cardiología, Psiquiatría, Terapia intensiva, Reumatología, Infectología. Egresada por evolución clínica favorable.

**Discusión.** El dolor abdominal acompañado de náuseas y vómito ocurre en 30% con lupus, no difiere significativamente de pacientes sin la enfermedad; sin embargo, se debe prestar atención a desórdenes fuertemente asociados al lupus como peritonitis, úlcera péptica, vasculitis mesentérica con infarto intestinal, pancreatitis y enfermedad inflamatoria intestinal.

Un diagnóstico precoz y tratamiento temprano; ante la presencia del paciente con cuadro de características clínicas y de laboratorio, para pancreatitis y enfermedad inmunomediada está directamente relacionado con disminución en la morbimortalidad, conociendo el cuadro tan devastador al que podría llegar.

D-51

**LESIONES QUIÍSTICAS PULMONARES ASOCIADAS A SÍNDROME DE SJÖGREN PRIMARIO**

DUQUE R. JUAN JOSÉ, POSADA AF, PALOMINO L, CALDERÓN M.

Universidad de La Sabana, Hospital de La Samaritana, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad crónica autoinmune inflamatoria que se caracteriza por infiltración linfocítica de glándulas exocrinas. Los síntomas más comunes son xerostomía y xeroftalmia, sin embargo puede comprometer otros órganos. La prevalencia de las manifestaciones pulmonares en el SS ha sido estimada entre el 9 – 29% y es similar en SS primario o secundario.

**Reporte de Caso.** Paciente de 63 años con 2 meses de tos seca sin expectoración, cianosis peribucal y acral, disnea MRCm 5/5. Antecedente de exposición al humo de leña por 35 años y venía siendo estudiada por boca seca. Al examen físico disminución de ruidos respiratorios y estertores finos tipo velcro. Radiografía de tórax evidencia atrapamiento aéreo y compromiso intersticial en ambas bases. Se realiza espirometría mostrando patrón restrictivo severo sin respuesta al broncodilatador. Se ordena TACAR de tórax (Ver Imágenes). En laboratorios perfil inmunológico con ANAs positivos 1/320 patrón moteado, ENAs Anti-LA 111 y Anti-RO 151.1, complemento sérico C3 y C4 normal, valorada por oftalmología encontrando ojo seco severo y queratitis seca, que junto a síntomas de boca seca y presencia de anticuerpos se confirma Síndrome de Sjögren y lesiones quísticas asociadas a dicha patología

**Conclusión.** Se puede concluir que la enfermedad intersticial es una entidad, que requiere alto índice de sospecha. Es importante guiar el diagnóstico con la clínica, haciendo un interrogatorio completo y complementarse con imágenes diagnósticas para lograr diagnosticar esta enfermedad.

Esta es un ejemplo de enfermedad pulmonar intersticial asociada a Sjögren, que dentro de los patrones más conocidos se describe la neumonía intersticial linfocítica, que puede ocurrir como en este caso concomitante al diagnóstico de la enfermedad.

D-50

**PARÁLISIS AISLADA DEL VI PAR COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DE METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA PULMONAR**

HERNÁNDEZ RUIZ ALFREDO, PEÑARETE NADER RA, AMOROCHO PÉREZ R.

Clínica SOMER, Rionegro, Antioquia.

**Introducción.** En cuanto al orígenes de los tumores cerebrales metastásicos, se considera que los cánceres primarios más comúnmente relacionados son el cáncer de pulmón (50%), el cáncer de la mama (15–20%), el cáncer primario de origen desconocido (10–15%), entre otros. En cuanto al sitio de metástasis, el 80% de las metástasis en el cerebro se presentan en los hemisferios cerebrales, 15% se presentan en el cerebelo y 5% se presentan en el tronco encefálico. Menos del 30% son metástasis solitarias.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo informe de caso.

**Método.** Informe del caso.

**Resultado.** Presentamos el caso de un paciente masculino de 80 años que debuta con parálisis del VI par izquierdo. En el estudio diagnóstico se le realiza una resonancia magnética en donde se apreció una neoformación en proyección del seno cavernoso izquierdo, considerándose la posibilidad de lesión metastásica. Posteriormente se procede a realizar estudios de extensión documentándose en la radiografía de tórax una masa pulmonar apical derecha la cual es llevada a biopsia percutánea donde se concluye en el estudio histopatológico un adenocarcinoma mal diferenciado de pulmón.

**Conclusión.** En el análisis del caso podemos concluir que en el diagnóstico diferencial de una masa a nivel del seno cavernoso debe tenerse en cuenta la posibilidad de su origen metastásico; incluso en ausencia de un cáncer primario conocido. Lo anterior obliga a un estudio dirigido con bases la prevalencia inicialmente descrita.

El carcinoma de pulmón puede diseminarse por metástasis a diferentes regiones del organismo, los sitios más frecuentes son el hígado, las glándulas suprarrenales, los huesos y el cerebro. Sin embargo, puede ocurrir metástasis intracraneales en lugares poco frecuente e incluso debutar con cuadros neurológicos atípicos como corresponde a nuestro paciente. A menudo estas lesiones se asocian con un mal pronóstico.

D-52

**COREOATETOSIS, UNA MANIFESTACIÓN POCO COMÚN DE HIPERGLUCEMIA NO CETÓSICA. REPORTE DE CASO**

VERGARA JEAN PAUL, PALACIOS E, SILVA MA, PULIDO AC

Hospital Universitario Infantil de San José, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** En alteraciones metabólicas, la corea ha sido descrita como una manifestación neurológica en pacientes con hiperglicemia no cetocica glicemia mayores a 481 mg/dl. Los hallazgos en la resonancia magnética cerebral por hiperintensidad en T1, T2 y Flair en núcleos basales.

**Presentación de caso.** Paciente de 80 años. Hospitalizado por el servicio de medicina interna por cuadro clínico de 1 día de evolución de poliuria polidipsia y polifagia. Documentan hiperglicemia 400 mg / dl. Paciente presenta de forma súbita movimientos involuntarios de hemicuerpo izquierdo razón por la que solicitan valoración por Neurología.

**Antecedentes.** Diabetes mellitus (DM) insulino-requiriente.

Examen físico, examen general normal. Examen neurológico los hallazgos positivos: Desorientación en tiempo, en hemicuerpo izquierdo presenta movimientos involuntarios dancantes de proximal a distal arrítmicos, sin intención, bruscos cortos, rápidos y constantes, predominio braquial.

Se trata de paciente masculino de 80 años con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 quien ingresa a esta institución por, poliuria, polidipsia y polifagia, asociados a movimientos coreoatetósicos. Se considera probable ataque cerebrovascular nucleobasal derecho, se realiza TAC Cerebral simple: Atrofia cortical. Resonancia magnética cerebral: Lesiones hiperintensas en T1 y Flair en núcleo lenticular derecho sin restricción en la difusión o ADC, por la hiperglicemia se considera corea secundaria a estado hiperglicémico no cetocico.

Durante hospitalización se controla hiperglicemia, se inicia manejo con haloperidol con mejoría parcial de movimientos anormales.

**Conclusión.** La aparición súbita de MA en un paciente mayor, hace pensar en una etiología vascular. Este caso clínico, la corea como manifestación de hiperglicemia es importante por su baja frecuencia y al momento de evaluar las neuroimágenes no tiene características de un ACV, fisiopatológicamente se ha propuesto una depleción de GABA

El manejo es corregir la hiperglicemia, haloperidol o valproato para los movimientos anormales.

La hiperintensidad observada en la resonancia magnética cerebral resuelve, en promedio al año.

D-53

**PIELONEFRITIS XANTOGRANULOMATOSA. REPORTE DE CASO**

JUAN GUARDELA MARIETTA, GARCÍA OM.

*Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La Pielonefritis Xantogranulomatosa (PX) es una variante poco frecuente de pielonefritis crónica, regularmente asociada a procesos infecciosos en presencia de obstrucción crónica de las vías urinarias o nefrolitiasis. Su diagnóstico confirmatorio es histopatológico y el tratamiento de elección es quirúrgico.

**Objetivos.** Descripción de un caso clínico.

**Métodos.** Reporte de caso.

**Resultados.** Mujer de 32 años con cuadro clínico consistente en dolor lumbar izquierdo intenso, irradiado a flanco y fosa iliaca izquierda asociado a disuria de 15 días de evolución, a la evaluación clínica con taquicardia y fiebre, dolor abdominal en flanco y fosa iliaca izquierda, puño percusión positiva. Paraclínicos con leucocitosis, uroanálisis con piuria y bacteriuria, tomografía con pionesfrosis izquierda secundaria a cálculo colariforme. Se realiza nefrostomía percutánea con drenaje de colección purulenta, dado aislamiento microbiológico positivo para *Proteus Mirabilis*, se inicia cubrimiento antibiótico con modulación del proceso infeccioso, sin embargo dada la presencia de riñón no funcional, requiere nefrectomía izquierda, la patología documenta cambios inflamatorios en hilio y polo renal superior con cambios fibróticos severos, colección purulenta en polo superior a pesar de manejo previo instaurado, reporte de patología positiva para PX.

**Conclusiones.** La PX una entidad poco frecuente, representa un reto diagnóstico dado que puede simular otras patologías. La presencia de pionesfrosis con cálculo coraliforme y aislamiento microbiológico de gérmenes gram negativos especialmente *Proteus* y *Escherichia Coli* son los principales determinantes para el diagnóstico, en diferentes series de caso reportadas en la literatura la efectividad del manejo antibiótico está en relación con control del proceso séptico pero la persistencia de colecciones y compromiso funcional del riñón hacen que el tratamiento de elección sea quirúrgico.

Este caso guarda importancia dada la baja frecuencia de presentación de dicha entidad y la demostración de la importancia del manejo quirúrgico a pesar del control del proceso séptico.

D-55

**CRIPCOCOSIS CEREBRAL EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, REPORTE DE CASO**

OVALLE ALAN, CAMARGO L, BOBADILLA M.

*Hospital Universitario Clínica San Rafael, Fundación Universitaria Juan N Corpas, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** *Cryptococcus neoformans* es una levadura encapsulada, que compromete varios órganos y sistemas siendo el sistema nervioso central el más afectado. Puede ocurrir en huéspedes sanos, pero la mayoría de los pacientes tienen factores predisponentes que condicionan inmunosupresión.

Las manifestaciones neuropsiquiátricas, como la demencia, el delirio, la depresión, la ansiedad, la psicosis y la manía son los más comunes dentro del espectro de presentación a nivel del sistema nervioso central.

**Diseño.** Caso clínico.

Paciente masculino de 72 años, presenta cuadro de 6 meses de cambios del comportamiento de inicio progresivo dados por agresividad, disminución del funcionamiento global, además presenta fallas de memoria, sin presencia de otros síntomas, razón por la cual es visto por psiquiatría e inician estudios para síndrome demencial los cuales fueron normales, a excepción de los neuroimágenes que evidencian aumento de tamaño de los cuernos temporales, sugiriendo la presencia de hidrocefalia no comunicante. Dan manejo para Demencia sin mejoría, por lo cual ingresa a nuestra institución y dado la contraindicación para punción lumbar se realiza punción ventricular cuyo líquido mostro hipoglucoorraquia e hiperproteínoorraquia. Látex para *Criptococo* positivo y cultivo para gérmenes comunes negativo. Se amplían estudios para descartar Infecciones concomitantes como VIH o Neoplasia los cuales fueron normales, por lo cual consideramos se trata de un paciente inmunocompetente con *Criptococosis* del sistema nervioso central.

**Métodos.** No aplica.

**Resultados.** No aplica.

**Conclusiones.** La Criptococosis del sistema nervioso central es más frecuente en pacientes inmunosuprimidos, pero debemos sospecharla en pacientes inmunocompetentes.

Tratándose este paciente de un adulto mayor lo primero que pensamos es que cursa con una demencia dado las características de los síntomas, pero no debemos dejar de lado estudiar causas orgánicas, reversibles y potencialmente tratables en un paciente que no tiene mejoría con una terapia inicial adecuada.

D-54

**EVALUACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS TROMBOELASTOGRÁFICAS EN PACIENTES TROMBOCITOPÉNICOS CON O SIN SANGRADO TRANSFUNDIDOS CON PLAQUETAS EN EL HUS**

CASTELLANOS SERGIO

*Hospital universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** La trombocitopenia se ha asociado a la presencia de hemorragias menores o mayores. La medición plaquetaria se hace por métodos: cuantitativos (manual, automatizado); pero no se evalúa rutinariamente la funcionalidad de las plaquetas. La trombocitopenia y disfunción plaquetaria predisponen episodios hemorrágicos, lo cual indicaría realizar transfusión plaquetaria de forma prioritaria, no obstante hay pacientes trombocitopénicos que presentan adecuada funcionalidad plaquetaria, en los cuales no está indicado transfundir. Los parámetros del tromboelastograma (TEG) podrían evaluar la funcionalidad plaquetaria.

**Diseño.** Se realizó un estudio prospectivo de corte transversal.

**Métodos.** Se seleccionaron adultos del servicio de urgencias del HUS entre 2012 a 2013 con trombocitopenia menor de 50.000/mm<sup>3</sup> con o sin sangrado. Se analizaron variables de edad, genero, comorbilidades, niveles de plaquetas y parámetros de tromboelastograma pre y posttransfusionales.

**Resultados.** De 35 pacientes, el 51% fueron mujeres, la media de edad fue 41 años, el 60% residentes del área metropolitana. El 57,2% presentaron sangrado mínimo y 2,8% tuvieron sangrado mayor. La media de plaquetas pre-transfusional manual fue de 17.037/mm<sup>3</sup> con un valor mínimo de 2100/mm<sup>3</sup>. La mayoría de los pacientes presentaban trombocitopenia con valores entre 10.000-20.000/mm<sup>3</sup>. En el TEG pre-transfusional, 82,8% tenían un índice de coagulación (CI) menor a -3, el 62,8% presentaban un tiempo de reacción (R) > 8 minutos y 34 pacientes tenían una máxima amplitud (MA) < 54mm. El dengue y neoplasias hematolinfoides fueron las patologías más frecuentes, con un 34,3% y 25,7% respectivamente.

**Conclusiones.** Se evidencio que una importante proporción de pacientes presentaron disfunción plaquetaria y estado hipocoagulable evaluada con el TEG, asociándose esto con la trombocitopenia, la disfunción plaquetaria y el riesgo de sangrado.

Esto podría determinar la transfusión oportuna de plaquetas.

D-56

**GRANULOMATOSIS DE WEGENER COMO CAUSA DE SÍNDROME FEBRIL DE ORIGEN DESCONOCIDO: REPORTE DE UN CASO**

GARCÍA-MUÑOZ HA, ARRIETA-LÓPEZ E, MONTROYA-JARAMILLO M.

*Clínica Cartagena del Mar, Universidad del Sinú - Seccional Cartagena, Cartagena, Colombia.*

**Introducción.** La granulomatosis de Wegener es una vasculitis sistémica, necrozante que afecta el tracto respiratorio y riñón; es la vasculitis de anticuerpos anticitoplasma del neutrófilo (C ANCAS) positiva más frecuente.

Reportar una causa poco frecuente de síndrome febril secundario a Granulomatosis de Wegener.

**Diseño de estudio.** Reporte de caso.

**Resultado.** Paciente masculino de 56 años, sin comorbilidades, quien consulta por síndrome febril prolongado (20 días), con temperatura cuantificada en 39°C, acompañados de mialgias, sin otro síntoma, con proteína C elevada, hematuria microscópica, y con hemograma, perfil hepático, renal, inmunológico (C ANCAS negativos), VIH, cultivos y baciloscopias normales. Radiografía de tórax con radiopacidad en tercio medio del campo pulmonar derecho y TAC compatible con neumonía multifocal, recibiendo tratamiento como neumonía comunitaria, con reaparición de fiebre y persistencia de hallazgos anormales en radiografía luego de 6 semanas de tratamiento, recibiendo nuevo ciclo de antimicrobianos de mayor espectro (piperacilina tazobactam, linezolid, voriconazol), sin mejoría, con TAC de alta resolución que sugiere infección micótica o carcinoma bronco-alveolar o linfoma de células T; se realiza biopsia de pulmón que reporta: Granulomatosis de Wegener variedad clásica del pulmón.

El diagnóstico de Granulomatosis de Wegener se basa en las manifestaciones clínicas, la biopsia de los órganos afectados y la presencia de ANCA en el suero. La presentación como síndrome febril rara vez se informan en la literatura, por lo infrecuente de los casos, cuya confirmación diagnóstica se realiza casi siempre con reporte anatomopatológico.

**Conclusión.** Este es un caso raro de granulomatosis de Wegener, de presentación atípica y con C ANCAS negativos, por lo cual es de interés el caso.

D-57

**BACTERIEMIA, ABSCESO HEPÁTICO Y CEREBRAL CONCOMITANTE POR *STREPTOCOCCUS ANGINOSUS*. REPORTE DE CASO**HERNÁNDEZ HÉCTOR OLMEDO, CASANOVA ME.  
*Clínica Universitaria Rafael Uribe Uribe, Cali, Colombia.*

**Introducción.** *Streptococcus (S) anginosus* forma parte del grupo *S. intermedius* más conocido como grupo *S. milleri*. Aunque las especies del grupo *S. milleri* son comensales habituales de la cavidad oral, orofaringe y del tracto gastrointestinal, pueden ocasionar infecciones, caracterizadas por ser piógenas e invasivas, con tendencia a la formación de abscesos, posibilidad de bacteriemia y ocasionalmente septicemia y shock séptico. Ha habido muy pocos informes de casos de bacteriemias que se presenten con abscesos en hígado y cerebro concomitantes.

**Descripción de caso.** Se presenta el caso de un paciente de 61 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 que consulta por un síndrome febril asociado a síntomas constitucionales. Los resultados iniciales de laboratorio revelaron leucocitosis con neutrofilia y pruebas de funciones hepáticas elevadas. El diagnóstico de bacteriemia fue obtenido a partir del aislamiento de dos hemocultivos positivos para *S. anginosus*. Se inició tratamiento con  $\beta$ -lactámicos tipo penicilina G. Se realizó ecocardiograma transesofágico el cual fue normal, tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen que reporto lesión de apariencia infecciosa comprometiendo los segmentos hepáticos II y IV izquierdos. TAC de cerebro reportó hipodensidades descritas a nivel supra e infratentorial de carácter infeccioso, el paciente presenta una evolución fatal por shock séptico.

**Conclusión.** El caso presentado ilustra las principales características de las infecciones por gérmenes del grupo *S. milleri*, y en particular bacteriemia y abscesos por *S. anginosus*, indicándonos la necesidad de una pronta identificación de éstas, con la una búsqueda sistemática de estos mediante TAC craneales o ecografías abdominales seriadas y una rápida instauración de tratamiento antibiótico y habitualmente quirúrgico, evitando potenciales complicaciones graves e incluso mortales.

D-59

**INTOXICACIÓN AGUDA POR CARBAMATOS DURANTE EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO**ARRIETA LÓPEZ ELIZABETH, FERNÁNDEZ-MERCADO J.  
*Clínica Crecer- Cartagena / Colombia. Universidad del Sinú, Seccional Cartagena, Cartagena, Colombia*

**Introducción.** Los intentos de suicidios y envenenamientos en el embarazo son un reto para los profesionales de la salud debido a los efectos desconocidos del agente tóxico y la terapia antídoto contra los fetos; además que dichos agentes pueden tener un comportamiento diferente derivado de los cambios fisiológicos de la gestación que la hacen más susceptible a determinados tóxicos o medicamentos y sus acciones específicas sobre el bienestar del binomio materno fetal. Reportar la experiencia en el manejo de intoxicación aguda por carbamato en paciente gestante.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Informe del caso.

**Resultado.** Paciente femenina de 26 años de edad, con embarazo de 20 semanas, no controlado, quien ingiere con fines autolesivos 20 gr de Aldicarb (Carbamato), con posterior presentación de dolor abdominal de predominio epigástrico, náuseas, disnea, sialorrea y posteriormente somnolencia, bradicardia e hipotensión severa, que recibió manejo con fluidoterapia, lavado gástrico, una dosis de atropina y monitoreo en cuidados intensivos por 24 horas, con evolución clínica satisfactoria y alta 72 horas posterior al ingreso, con adecuada evolución de gestación hasta el término de la misma y bienestar del producto.

En la intoxicación por Carbamatos los síntomas se presentan derivados de una inhibición reversible de la acetilcolinesterasas, que da origen a síntomas muscarínicos y nicotínicos de corta duración; en este tipo de intoxicaciones el feto merece la mejor atención y seguimiento ecográfico aunque la madre recibe un tratamiento similar al de mujeres no embarazadas pues no hay evidencia que contraindique el uso del mismo esquema de desintoxicación y terapia de apoyo en la gestante. No existe otro caso reportado en la literatura de intoxicación aguda por carbamatos durante el embarazo y los datos utilizados son extrapolados de intoxicaciones por órganos fosforados, donde si hay reportes, razón que motivo el reporte de este caso.

**Conclusión.** Las intoxicaciones por carbamatos durante la gestación, la madre puede recibir un tratamiento similar a las no embarazadas, con seguimiento clínico y ecográfico estricto del feto.

D-58

**RUPTURA ESPONTÁNEA DE ANEURISMA DE ARTERIA RENAL PRESENTACIÓN ATÍPICA. REPORTE DE UN CASO**ARRIETA LÓPEZ ELIZABETH, TIPON-FORTICH R, ARIZA A.  
*Clínica Universitaria San Juan de Dios, Universidad del Sinú, Seccional Cartagena, Cartagena, Colombia-*

**Introducción.** Los aneurismas de arteria renal son poco frecuentes, abarca menos de 1% de todos los aneurismas y pueden ser clínicamente silentes hasta el descubrimiento causar hipertensión de difícil manejo. Dada la baja prevalencia, no son claros los factores de riesgo para la ruptura.

Reportar un caso raro ruptura espontánea de aneurisma de arteria renal, en adultos joven sin comorbilidades.

**Diseño de estudio.** Reporte de caso.

**Resumen.** Paciente femenina de 48 años, sin comorbilidades que consulta por abdominal intenso, asociado a coluria y melanemesis, al examen físico se encuentra hipotensa, taquicárdica, taquipnéica con dolor abdominal difuso e irritación peritoneal, con descenso agudo de hemoglobina y progresivo deterioro hemodinámico; con TAC abdomino-pelvíco que muestra: derrame pleural bilateral, hematoma peri y pararenal, sin signos de ectasia ni litiasis y líquido libre en cavidad abdominopelvíca. por lo cual se indica: laparotomía exploratoria evidenciando: hemoperitoneo de 4000cc, hematoma retroperitoneal de predominio izquierdo y sangrado activo de arteria renal izquierda: la cual presenta amputación de su entrada al hilio renal, por lo que se procede a realizar nefrectomía izquierda+ clampeo de aorta torácica por 60 min, por shock hipovolémico y coagulopatía, requiriendo politransfusión y reanimación agresiva con evolución clínica favorable posterior a nefrectomía y reporte anatomopatológico de: Hematoma organizado de hilio renal, con marcados cambios transmurales compatibles con aneurisma roto de arteria renal izquierda.

Este caso ilustra las dificultades en el diagnóstico de un aneurisma de la arteria renal, la cual es una enfermedad infrecuente que puede tener presentaciones inusuales, a menudo se producen como consecuencia de una patología subyacente, sin embargo eso se descartó en el anterior caso. La ruptura espontánea es poco probable, sin embargo como se evidencio en el caso anterior, esta puede implicar una alta morbimortalidad.

**Conclusión.** La ruptura de aneurismas de arteria renal son una entidad de baja prevalencia pero que puede implicar alta morbimortalidad y presentarse incluso en ausencia de comorbilidades.

D-60

**SÍNDROME DE TAKO-TSUBO EN HOMBRE DE 31 AÑOS. REPORTE DE CASO**HERNÁNDEZ HÉCTOR OLMEDO, LÓPEZ JD, CASANOVA ME.  
*Clínica Universitaria Rafael Uribe Uribe, Cali, Colombia.*

**Introducción.** El síndrome de Takotsubo, es un síndrome clínico cada vez más reconocido, caracterizado por disfunción ventricular apical aguda reversible, con niveles elevados de enzimas cardíacas, anomalías electrocardiográficas y acinesia extensa anterior, pero sin cambios significativos en las arterias coronarias el cual es precipitado por un evento estresante y el cual es poco frecuente en hombres jóvenes.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Reporte de caso.

**Resultado.** Se trata de un paciente de 31 años, con antecedentes de retraso mental, reflujo gastroesofágico. Con ecocardiograma pre quirúrgico que reportaba fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) de 65%, el cual posterior a cirugía anti reflujo, presenta en el registro electrocardiográfico elevación del ST mayor de 2mm en V3-V4 que requiere reanimación, se traslada a unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de síndrome coronario con elevación de ST. Nuevo ecocardiograma transtorácico evidencia FEVI del 25% con contracción adecuada de todos los segmentos basales y con hipocinesia severa del resto de segmentos y paredes. Se documentó elevación de Troponina I en 0.79. Se efectúa coronariografía y ventriculografía que muestran ausencia de lesiones en las arterias coronarias y función sistólica disminuida. Los hallazgos hacen replantear el diagnóstico inicial hacia un Síndrome de Tako-tsubo por lo que se considera manejo estricto de sus factores de riesgo cardiovascular. Presento mejoría clínica y a los 6 meses se efectúa nuevo ecocardiograma que muestra ausencia de alteraciones de motilidad con función ventricular normal.

**Conclusiones.** El caso presentado ilustra un perfil médico típico de síndrome de Tako-tsubo. No existe aún un consenso internacional acerca de su fisiopatología, sus criterios diagnósticos ni su tratamiento. Por lo que se debe inferir a partir de los elementos clínicos y electrocardiográficos, así como por la búsqueda de los factores desencadenantes aportados en el interrogatorio para diferenciarla del síndrome coronario agudo.

D-61

**PIODERMA GANGRENOSO COMO SÍNDROME PARANEOPLÁSICO DE UN TUMOR TIPO PHYLLODES BORDERLINE**SEVERICHE DIEGO, VELANDIA O, SILDARRIAGA E.  
*Hospital De La Samaritana, Bogota, Colombia.*

**Introducción.** Los Síndromes Paraneoplásicos son un conjunto de síntomas y signos asociados a una neoplasia pero que no son atribuibles a invasión o compresión directa por el tumor. Los Síndromes Paraneoplásicos ocurren en un 7% a 15% de los pacientes con cáncer. Se pueden presentar como la primera manifestación o tardíamente en la evolución natural de la neoplasia y pueden afectar diversos sistemas del organismo, especialmente endocrino, piel, neurológico, reumatológico y hematológico.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Informe del caso.

**Resultado.** Mujer de 65 años que presenta desde hace 3 meses úlcera dolorosa, que limita la marcha, de crecimiento progresivo, localizada en maléolo externo del tobillo izquierdo. Asociado refiere aparición de masa en seno izquierdo de 5 meses de evolución. Se realizó biopsia de la úlcera que permitió el diagnóstico de Pioderma Gangrenoso. Se inició corticoterapia. Simultáneamente debido a la presencia de masa en mama izquierda se realizó biopsia que reportó: "tumor bifásico de tipo Phylloides con parámetros de Borderline". A los 8 días del inicio de tratamiento con corticoides se evidencia mejoría de la úlcera. Posteriormente se realizó mastectomía radical izquierda con resolución total del Pioderma Gangrenoso.

**Conclusión.** En la evaluación de las úlceras cutáneas crónicas de difícil manejo deben considerarse varios diagnósticos diferenciales entre los cuales se debe incluir el Pioderma Gangrenoso y a partir de su diagnóstico realizar una evaluación exhaustiva basándose en el examen físico completo, una historia clínica detallada y el correcto uso de ayudas diagnósticas para encontrar la posible condición o lesión neoplásica asociada teniendo en cuenta que la mayoría de las veces es una condición secundaria.

D-63

**HEMORRAGIA CEREBRAL COMO DEBUT DE NEUROLUPUS. PRESENTACIÓN DE CASO**SOLORZANO CARLOS, BELTRÁN A, SUÁREZ W, SARMIENTO E.  
*Hospital universitario Clínica San Rafael, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El compromiso del sistema nervioso central en pacientes con lupus eritematoso sistémico es frecuente, reportándose en algún momento de la historia natural de la enfermedad hasta en más de la mitad de los pacientes, sin embargo la hemorragia intraparenquimatosa como manifestación de neurolupus es rara.

**Método.** No aplica.

**Resultados.** No aplica.

**Diseño.** (Caso clínico). Mujer afroamericana de 31 años previamente hipertensa hospitalizada por neumonía adquirida en la comunidad y actividad lúpica (SLE-DAI 23) con compromiso cutáneo, miositis y síndrome nefrótico; los laboratorios documentaron trombocitopenia, creatinina 1.8, complemento consumido, anas 1/1280, anti DNA 1/1280, creatin kinasa 2279, anticardiolipinas, anticoagulante lúpico y anti B2 glicoproteína 1 negativos, recibió esteroide sistémico y tratamiento antibiótico con adecuada respuesta, al séptimo día la paciente presenta en forma súbita somnolencia, hemiparesia, y paresia facial derecha (normotensa) la tomografía de cráneo documento hemorragia extensa intraparenquimatosa temporo occipital izquierda con desviación de la línea media; requirió soporte ventilatorio, fue llevada a drenaje del hematoma con evolución hacia la mejoría la angiorenancia no documento malformaciones vasculares

**Conclusión.** La identificación de las manifestaciones neurológicas del Lupus implica entender la gran variedad de síndromes clínicos.

Únicamente el tener diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico aumenta el riesgo de un evento cerebrovascular, esto sin adicionar la presencia de otros factores de riesgo como hipertensión e hiperlipidemia los cuales conviven con el Lupus.

Sin embargo la presentación de un déficit neurológico focal sugiere la presencia de un evento cerebrovascular agudo, el cual ocupa del 2 al 8% de las manifestaciones neurológicas y de estas el ictus el 80%.

A propósito de este caso una hemorragia en ausencia de malformaciones hace infrecuente esta presentación clínica en lo que se ha denominado Neurolupus.

D-62

**DEGENERACIÓN COMBINADA SUBAGUDA DE LA MÉDULA ESPINAL SECUNDARIA AL DÉFICIT DE VITAMINA B12. REPORTE DE CASO**HERNÁNDEZ HÉCTOR OLMEDO, CASANOVA ME.  
*Clínica Universitaria Rafael Uribe Uribe, Cali, Colombia.*

**Introducción.** El déficit de vitamina B12 tiene una gran variedad de manifestaciones clínicas que se encuentran reflejadas en el compromiso de diferentes sistemas orgánicos como el hematológico, neurológico. La degeneración combinada subaguda es una complicación neurológica rara de la deficiencia de cobalamina, caracterizado por la desmielinización dorsal y lateral de la médula espinal. El diagnóstico y el tratamiento oportuno tienen un marcado efecto en la recuperación neurológica.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Informe del caso.

**Resultado.** Se presenta un hombre de 63 años de edad, con antecedentes de enfermedad coronaria, no refería consumo de alcohol ni hábitos dietéticos vegetarianos. Presenta pérdida del equilibrio más inestabilidad postural con ataxia, trastornos de la marcha, retención urinaria, y debilidad de las extremidades; exámenes de laboratorio que documentaban pancitopenia severa con hemoglobina en 7.6 g/dl, volumen corpuscular medio de 118 fl y lactato deshidrogenasa 1191 U/L. Se le realizó diagnóstico de déficit de vitamina B12 con manifestaciones hematológicas el cual fue confirmado por resonancia nuclear magnética de columna, que mostró alteración de la señal intramedular en las columnas posteriores de toda la médula espinal. Se inició suplementación con cianocobalamina presentando mejoría a las dos semanas en valores de hemoglobina, con descenso niveles de lactato deshidrogenasa que indicó mejoría en la eritropoyesis inefectiva. Al segundo mes de tratamiento obtuvo mejoría en la marcha siendo independiente.

**Conclusiones.** La degeneración combinada subaguda de la médula espinal y la pancitopenia son dos consecuencias graves y raramente exhibidas que aparecen en déficits severos de vitamina B12 y tienen consecuencias potencialmente fatales. El diagnóstico y el tratamiento temprano pueden evitar consecuencias irreversibles.

D-64

**SÍNDROME DE EATON LAMBERT SIN ASOCIACIÓN NEOPLÁSICA**PARRA PEDRO FELIPE, ARAGÓN D.  
*Clínica Universitaria Rafael Uribe Uribe, Cali, Colombia.*

**Introducción.** El Síndrome Miasténico de Eaton Lambert (LEMS) representa uno de los desórdenes autoinmunes de la unión neuromuscular, causado por la presencia de autoanticuerpos contra canales de calcio dependientes de voltaje en la membrana del nervio terminal, afectando la liberación de acetilcolina y causando la distintiva debilidad muscular. Se asocia en aproximadamente 60% a carcinoma pulmonar de células pequeñas, por lo cual es considerado un síndrome paraneoplásico. Existen sin embargo algunos casos descritos sin relación tumoral.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Informe del caso.

**Resultados.** Paciente femenina, de 38 años de edad, con cuadro clínico de 4 años de evolución que inicia con dolor en miembros inferiores, asociado a pérdida de la fuerza progresiva llegando a arrastrar los pies. Posteriormente debilidad progresiva en miembros superiores asociado a disfagia, disnea, fatigabilidad y dolor muscular desencadenado con la actividad física. A la inspección marcha lenta, fuerza muscular 4/5, tono y hiporreflexia en las cuatro extremidades, de predominio proximal.

Se realizan paraclínicos que muestran, pruebas de autoinmunidad, y reactantes de fase aguda dentro de la normalidad electromiografía y velocidades de conducción normales, anticuerpos para receptores de acetilcolina negativos. Se realiza test de estimulación nerviosa repetitiva (test de Lambert) reportando potenciales en crescendo que asociado a la clínica hacen diagnóstico de Síndrome de Eaton Lambert. Posteriormente se practicó RMN corporal total y seguimiento anual por oncología sin evidencia de neoplasia después de 3 años de seguimiento. Un año después se diagnosticó hipertiroidismo cuya asociación se describe en la literatura. Recibió manejo con piridostigmina con adecuada respuesta terapéutica.

**Conclusiones.** El síndrome de Eaton Lambert es una condición rara asociada frecuentemente a neoplasias. Sin embargo en pocos casos puede manifestarse sin evidencia de lesión tumoral. Lo más importante es realizar seguimiento a estos pacientes ya que se describe que pudiera manifestarse hasta 5 años antes de la aparición de la neoplasia.

D-65

**SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO. UN REPORTE DE CASO**

PARRA PEDRO FELIPE, SEGURA JD, GÓMEZ S.

*Clinica Universitaria Rafael Uribe Uribe, Santiago de Cali, Colombia.*

**Introducción.** La linfohistiocitosis hemofagocítica es un síndrome que se caracteriza por activación inmune patológica que puede presentarse de forma primaria (asociada a mutaciones genéticas) o relacionado a infecciones, neoplasias o enfermedades autoinmunes. El cuadro clínico se caracteriza por una inflamación desproporcionada que produce fiebre, citopenias, esplenomegalia, hipertrigliceridemia, hipofibrinogenemia y hemofagocitos en médula ósea.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Informe del caso.

**Resultado.** Se describe a continuación un paciente masculino de 27 años afrodescendiente, procedente de la ciudad de Cali quien consulta por cuadro clínico de 20 días de evolución, consistente en fiebre cuantificada en 38.5°C, asociado a malestar general, astenia, adinamia e ictericia. Niega antecedentes de importancia. Al examen físico ictericia mucocutánea, hepatoesplenomegalia, corazón sin soplos, no adenopatías, sin alteraciones neurológicas.

Paraclínicos muestran pancitopenia; se solicitan pruebas para virus hepatotropos (A, B y C), Epstein Barr, citomegalovirus, leptospira, dengue, VIH, antígenos febriles, gota gruesa seriada, marcadores tumorales y policultivos, los cuales son negativos. Pruebas de función renal alteradas, con requerimiento de hemodiálisis, elevación de transaminasas e hiperbilirrubinemia a expensas de la bilirrubina directa, hipofibrinogenemia, ferritina masivamente elevada e hipertrigliceridemia. TAC abdominal que muestra lesiones hipodensas en el polo anterior y posterior de bazo así como en segmentos II, III, VII hepáticos. Manejado con antibióticos de amplio espectro sin mejoría. Se realiza mielograma y biopsia hepática la cual reporta: infiltrado inflamatorio agudo y crónico con acumulo de histiocitos, con lo que se confirma el diagnóstico de síndrome hemofagocítico. Recibe manejo con pulso de esteroides y etoposido, con evolución clínica favorable.

**Conclusiones.** El síndrome hemofagocítico es una causa rara de síndrome febril prolongado, con criterios clínicos, paraclínicos e histológicos descritos que hacen de este un caso interesante para la literatura médica en nuestro país.

D-67

**NEFROPATÍA MEMBRANOSA Y DERMATOSIS IgA LINEAL ASOCIADA A VANCOMICINA EN UN PACIENTE CON ADENOCARCINOMA DE COLÓN. RETO DIAGNÓSTICO EN UNA ASOCIACIÓN INUSUAL**
MADERA ROJAS ANA MARÍA, PEÑARANDA-CONTRERAS EO, MEDINA-GARCÍA C.  
*Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La nefropatía membranosa es la principal causa de síndrome nefrótico en adultos. Con una presentación de distribución bifásica, la forma primaria es más comúnmente encontrada hacia la cuarta década de la vida, con un segundo pico de presentación que ocurre después de los 60 años de edad en asociación importante con glomerulopatía paraneoplásica.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso.

**Resultados.** Se presenta el caso de un paciente de 70 años sin antecedentes médicos quien ingresa por edema periférico, documentándose proteinuria en rango sub nefrótico, hematuria glomerular e hipertensión arterial, desarrollando una glomerulonefritis rápidamente progresiva con requerimiento de terapia sustitutiva renal. La biopsia renal establece el diagnóstico de nefropatía membranosa.

Dentro de la evolución intrahospitalaria el paciente desarrolla ampollas tensas generalizadas, con biopsia de piel en inmunofluorescencia que reporta la presencia de depósitos lineales de IgA.

Tanto el curso clínico de la enfermedad renal, como la presencia de anticuerpos anti mieloperoxidasa y ANCA positivos configuran una presentación inusual de esta glomerulopatía. La asociación con la enfermedad ampollosa plantea un estudio exhaustivo de síndrome paraneoplásico, que en este caso permitió establecer el diagnóstico de adenocarcinoma de colon. Finalmente, el análisis histopatológico de la dermatosis bullosa permitió definir una entidad de etiología medicamentosa, sin nexo con la patología primaria.

**Conclusión.** Caso particularmente llamativo por el reto de diagnóstico de los síndromes paraneoplásicos en el anciano.

D-66

**SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN HEPATITIS AUTOINMUNE / CIRROSIS BILIAR PRIMARIA Y SARCOIDOSIS. REPORTE DE CASO**

HERNÁNDEZ HÉCTOR OLMEDO, CASANOVA ME.

*Clinica Universitaria Rafael Uribe Uribe, Cali, Colombia.*

**Introducción.** La sarcoidosis es una enfermedad crónica multisistémica de etiología desconocida que se caracteriza por granulomas no caseosos. En raras ocasiones se asocia a otras enfermedades raras como la superposición de la hepatitis autoinmune (HAI) y la cirrosis biliar primaria (CBP).

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Informe del caso.

**Resultado.** Se presenta el caso de un paciente de 56 años que consulta por dolor y distensión abdominal, asociado a disnea de grandes esfuerzos, tos con expectoración y síntomas constitucionales. Los resultados iniciales de laboratorio revelaron bicitopenia y pruebas de funciones hepáticas elevadas y Anticuerpos Antinucleares, Anticuerpos Anti-Músculo Liso y Anti-Mitocondriales positivos con tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen reporta hígado de aspecto cirrótico asociado a esplenomegalia. Se planteó el diagnóstico de síndrome overlap HAI / CBP, se realizó biopsia hepática que reveló cambios esteatósicos, inflamación crónica periportal. Ecocardiograma transtorácico normal y TAC de tórax con compromiso intersticial de predominio basal y lóbulo superior derecho, espirometría con curva de flujo volumen con cambios restrictivos, capacidad de difusión de monóxido de carbono de 50%, gases arteriales con hipoxemia. Se realiza biopsia de médula ósea que documenta lesiones granulomatosas típicas para la sarcoidosis. El paciente fue diagnosticado con superposición de HAI / CBP y sarcoidosis, fue tratado con ácido ursodeoxicólico y prednisolona. Se observó una marcada mejoría clínica y de sus valores de las pruebas de función hepática al año de tratamiento.

**Conclusión.** Enfermedades autoinmunes concurrentes son comunes en los pacientes con síndrome de superposición HAI / CBP y reflejan toda la gama de enfermedades autoinmunes conocidas. Por lo tanto, un diagnóstico de detección de sarcoidosis parece razonable en pacientes con síndrome de superposición que debe sospecharse basado en criterios clínicos, patológicos e imagenológicos.

D-68

**PANCREATITIS AGUDA POR HIPERTRIGLICERIDEMIA CASO FATAL**

SÚPELANO MARIO, FORERO N, PATIÑO B, SÁNCHEZ L.

*Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La Pancreatitis aguda inducida por hipertrigliceridemia es la tercera causa de pancreatitis después de la etiología alcohólica y biliar. Tener un nivel de triglicéridos alrededor de 1000 mg/dl o superior incrementa riesgo de desarrollarla.

**Diseño.** Se realiza reporte de caso clínico expuesto a manera de póster.

**Método.** Informe de caso.

**Resultado.** Se trata de paciente masculino de 58 años quien acusa dolor abdominal de un día de evolución, mesogástrico e irradiado en banda, de intensidad progresiva hasta 10/10, asocia emesis biliosa. Antecedentes Diabetes Mellitus tipo 2, Hipertrigliceridemia severa.

Examen físico TA 125/82, FC 121, FR 22, Temp 37.5 grados, abdomen levemente distendido, dolor generalizado de predominio en mesogástrico, sin signos de irritación peritoneal.

Laboratorios: Colesterol: 750 mg/dl, HDL: 17 mg/dl, LDL: 24 mg/dl, Triglicéridos: 5.253 mg/dl, Amilasa: 1482 u/l, Lipasa: 1703 u/l, Fosfatasa alcalina normal, Glicemia 451 mg/dl, ecografía abdominal con líquido peripancreático.

Se realiza diagnóstico de Pancreatitis Aguda secundaria a Hipertrigliceridemia severa con APACHE de 12 puntos. Hipertrigliceridemia favorecida por la presencia de Diabetes Mellitus Tipo 2.

Se instaura manejo con infusión de insulina cristalina y heparina subcutánea logrando notable mejoría del valor de triglicéridos a 1.911 mg/dl en las siguientes 24 horas. TAC de abdomen reportado como Baltazar D.

Paciente evoluciona tórpidamente. Desarrolla choque e insuficiencia respiratoria. Se lleva a laparotomía encontrando pancreatitis severa necrohemorrágica, posteriormente paciente fallece.

**Conclusiones.** La hipertrigliceridemia es una causa infrecuente de pancreatitis. Es clara la asociación entre Diabetes Mellitus y el desarrollo de hipertrigliceridemia. El manejo con insulina y heparinas esta descrito para favorecer la actividad de la lipoproteína lipasa. También esta descrita la terapia por aféresis. Sin embargo la entidad puede evolucionar hacia cuadros severos que incrementan la mortalidad.

D-69

**PENFIGOIDE AMPOLLOSO: UNA PRESENTACIÓN ATÍPICA**AGUIRRE HERNÁN DARÍO, POSADA AF, ZAMORA M.  
*Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El penfigoide ampolloso es una patología autolimitada de etiología autoinmune que se presenta principalmente en personas de edad avanzada. Clínicamente se caracteriza por presentar ampollas tensas en piel eritematosa o normocrómica, con predominio en extremidades y dorso. El diagnóstico se establece de acuerdo a las manifestaciones cutáneas del paciente, las características histológicas determinadas por ampollas subdermicas con predominio eosinofílico y pruebas de inmunofluorescencia directa que evidencia depósitos lineales de IgG y/o C3 en el sitio de la membrana basal.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Reporte de Caso.

**Resultado.** Hombre de 38 años sin antecedentes personales ni familiares de relevancia. Consulta por cuadro clínico de un mes de evolución consistente en rash cutáneo en miembros inferiores, asociado a prurito, con posterior generalización, causando lesiones eritematosas papulares pruriginosas y dolorosas en zonas flexoras de extremidades, hasta convertirse en ampollas con compromiso generalizado que excluyen el rostro, algunas lesiones con esfacelación, signo de Nikolsky positivo y áreas erosivas de predominio de miembros inferiores. Se realiza biopsia la cual confirma el diagnóstico iniciándose esteroide tópico clobetasol 0.05% en crema sin lograr mejoría por lo que se cambia a esteroide sistémico a dosis 1 mg/kg/día (prednisolona 80mg) y se adiciona azatioprina 100mg/día como terapia de sostenimiento.

**Conclusión.** El penfigoide ampolloso es una enfermedad ampollosa autoinmune, potencialmente mortal, caracterizada por compromiso subepidérmico, que se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 60 años y se caracteriza histopatológicamente por el depósito de IgG y C3 en la membrana basal.

Se sugiere tratamiento con un corticosteroide tópico de alta potencia y si es inefectiva o hay gran compromiso, se sugiere el tratamiento con un esteroide sistémico como fue en el caso de nuestro paciente.

D-70

**TIROTOXICOSIS MIXTA INDUCIDA POR AMIODARONA EN UN PACIENTE CON MIOCARDIOPATÍA CHAGÁSICA: UN RETO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO**POSADA ANDRÉS FELIPE, AGUIRRE HD.  
*Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La amiodarona es un antiarrítmico con efectos en la despolarización y repolarización del miocardio que lo convierten en un fármaco eficaz. Sin embargo, tiene muchos efectos secundarios, incluyendo la disfunción de la tiroides (tanto hipo- e hipertiroidismo), debido al alto contenido de yodo y su efecto tóxico directo sobre la tiroides

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Reporte de Caso.

**Resultado.** Hombre de 38 años con antecedente de miocardiopatía chagásica con FEVI 15-20%, portador de CDI, en manejo con Amiodarona desde 2011. Consulta por 3 meses de evolución de palpitaciones, temblor distal, hipertermia y diarrea. Al examen físico FC 105 lpm, Temperatura 37,3°C, bocio palpable grado II, sin orbitopatía, temblor distal leve. Paraclínicos reportan: TSH: 0,00 mIU/L T4 Libre: 3,99 mcg/dL, T3 Libre 26,94 Pmol/L. Ecografía de tiroides con aumento difuso de la glándula tiroides sin lesiones focales, gammagrafía de tiroides con índice de atrapamiento 0,0%. Se continuó Amiodarona, se inició Prednisona 25 mg/día y Metimazol 20 mg.

**Conclusión.** La tirotoxicosis inducida por amiodarona (TIA) es poco frecuente. En la TIA tipo 1, hay aumento de la síntesis de la hormona tiroidea, mientras que en la tipo 2 hay un exceso de liberación de T4 y T3 debido a una tiroiditis destructiva. En muchos casos, existen formas mixtas de TIA como es el caso descrito, por lo tanto el diagnóstico y el tratamiento son difíciles de abordar. En los casos de duda etiológica una combinación de prednisona (0,5 mg/kg/día) y metimazol es la terapia inicial razonable. La amiodarona no debe interrumpirse hasta que los síntomas de hipertiroidismo estén controlados.

D-71

**CARACTERIZACIÓN FENOTÍPICA CLÍNICA DE LA ANEMIA DE CÉLULAS FALCIFORMES EN PACIENTES ADULTOS DE LA FUNDACIÓN HOSPITAL UNIVERSITARIO METROPOLITANO**MENDOZA PLINIO, VILLANUEVA J.  
*Fundación Hospital Universitario Metropolitano, Barranquilla, Colombia.*

**Introducción.** Debido a factores hereditarios y adquiridos, la gravedad de las manifestaciones clínicas en la anemia de células falciformes (ACF) varía de paciente a paciente, en la morbilidad, la frecuencia de crisis, el grado de anemia, y en el compromiso de los órganos comprometidos. El estudio pretende Identificar las probables características fenotípicas clínicas en las personas con ACF, correlacionar el grado en que dicha heterogeneidad se relaciona con su evolución y proponer una clasificación en subtipos.

**Diseño y Métodos.** Se trata de un estudio observacional, transversal, prospectivo, y descriptivo de las condiciones sociales, clínicas y de apoyo diagnóstico, a una cohorte de pacientes adultos con ACF seguidos durante un año.

**Resultados.** Un total de 30 pacientes se incluyeron durante el estudio. El 80% son hombres y un 20% son mujeres. El 63% presentaron estancia hospitalarias inferiores a 6 días y el 37% la estancia fue superior a los 7 días. Las complicaciones hemolíticas y vaso-oclusivas fueron las más frecuentes, presentándose en el 93% y 90% de los casos respectivamente, seguida de un 47% de las infecciosas. Se identificaron 3 fenotipos clínicos de la enfermedad como son: Infección, Hemolisis y Vaso-oclusión. Menos del 3% de los pacientes presentaron 2 fenotipos al mismo tiempo, presentando una alta mortalidad, riesgo de muerte súbita y daño orgánico crónico (DOC). Se propone una nueva teoría fenotípica clínica llamada "Exacerbador" que hace referencia al 50% de los pacientes que presentaron más de 7 ingresos hospitalarios al año.

**Conclusiones.** Se pudo demostrar la asociación existente entre los distintos grupos fenotípicos clínicos de la ACF, que permitieron entender y diagnosticar las distintas variables clínicas de la enfermedad, la mortalidad de sus complicaciones basado en la búsqueda del DOC.

D-72

**VARIABILIDAD EN LOS RESULTADOS REPETIDOS DE LA PRUEBA DE CAMINATA DE 6 MINUTOS EN PACIENTES ADULTOS CON PATOLOGÍA CARDIOPULMONAR EN UN CENTRO DE REFERENCIA EN COLOMBIA**GÓMEZ PAULA, ORTEGA H, GONZÁLEZ N.  
*Clínica Cardio VID, Medellín, Colombia.*

**Introducción.** La prueba de caminata de 6 minutos evalúa la capacidad funcional e impacto de la enfermedad en las actividades de la vida diaria a bajo costo y fácil realización, siendo cada vez más utilizada en la evaluación de pacientes con enfermedades cardiopulmonares. Según las guías de 2002 de la ATS se señala la necesidad de obtener dos mediciones repetidas para algunos pacientes con una espera de al menos una hora entre ellas.

**Diseño.** Estudio de corte transversal.

**Métodos.** Se realizaron dos caminatas con intervalo de una hora.

Inclusión: pacientes con patologías cardiopulmonares.

Exclusión: PAS >180 mmHg, PAD > 100 mmHg, FC > 120 lpm, angina inestable/IAM reciente. Variables cualitativas se reportan mediante frecuencias absolutas y relativas, las cuantitativas mediante media y desviación estándar. Para la Variable distancia caminada: T de student pareada y análisis de correlación de Pearson considerándose como alta correlación con valores superiores a 0.7 y p menor de 0.05.

**Resultados.** Se incluyeron 199 individuos, 75 de sexo masculino (37.7%).

Al comparar el promedio de metros caminados en las 2 pruebas se encontró una variabilidad cercana al 0%. No se encontró diferencia estadísticamente significativa en el desempeño entre las 2 pruebas (p:0.161). El coeficiente de correlación de Pearson demostró una alta correlación con valor de 0.96 (p ≤0.01) incluso al estratificarlo por sexo.

**Conclusiones.** La prueba de caminata de 6 minutos se encuentra estandarizada y es muy útil en la evaluación de individuos con patologías cardio pulmonares. Según los resultados de nuestro estudio, no parece necesario realizar más de una caminata teniendo en cuenta la poca variabilidad observada entre las dos pruebas.

D-73

**ABLACIÓN LINEAL TRANSVERSA CON RADIOFRECUENCIA DE TAQUICARDIA FASCICULAR ANTEROSUPERIOR: REPORTE DE CASO**JIMENEZ EVERT, MAYA A, ASTUDILLO J, FRANCO G, ASTUDILLO V.  
*Clínica El Rosario-Corazón Instituto Especializado, Medellín, Colombia.*

**Introducción.** Las taquicardias fasciculares, son taquiarritmias idiopáticas originadas en el ventrículo izquierdo que suelen confundirse con taquicardias supraventriculares debido a la morfología de complejo QRS estrecho. Se presenta en pacientes jóvenes en ausencia de cardiopatía estructural con episodios de palpitaciones paroxísticas y electrocardiograma con evidencia de taquicardia con morfología de bloqueo de la rama derecha del haz de Hiss y desviación del eje a la derecha.

**Diseño del estudio.** Descriptivo.

**Metodos.** Se reportan dos pacientes con taquicardia fascicular anterosuperior sometidos a ablación lineal transversa con radiofrecuencia realizado en La Clínica el Rosario-Corazón Instituto Especializado entre septiembre del 2013 y enero del 2014.

**Resultados.** Se analizaron 2 pacientes de sexo masculino de 19 y 33 años, ambos con corazón estructuralmente sano evaluado por ecocardiografía y prueba de inducción de isquemia miocárdica negativa. El origen de la taquicardia fue encontrado durante estudio electrofisiológico en las fibras de purkinje del fascículo anterosuperior de la rama izquierda del haz de Hiss en ambos pacientes. Se logró la desaparición de la arritmia mediante la técnica de ablación lineal transversa al momento del estudio. En el seguimiento a 7 y 4 meses respectivamente están libres de recurrencia de la arritmia.

**Conclusiones.** La ablación lineal transversa con radiofrecuencia es eficaz y segura en el tratamiento de la taquicardia fascicular anterosuperior.

D-75

**NEUMONIA POR LEGIONELLA PNEUMOPHILA: REPORTE DE CASO**

ADAMS CHRISTIAN DAVID, VÉLEZ JD.

*Medicina Interna, Infectología, Fundación Clínica Valle de Lili, Cali, Colombia*

**Introducción.** La Legionella pneumophila es neumonía atípica con incidencia variable, difícil de diagnosticar, por lo que su sospecha clínica es esencial para un manejo oportuno.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso-revisión literatura.

**Resultados.** Paciente masculino, 26 años, trabaja en ingeniería mecánica; antecedentes de Epididimitis sin complicaciones, no viajes o contactos con personas febriles. Cuadro clínico de 3 días de fiebre mayor de 39°C y osteomalgias generalizadas, no mejora con analgésicos, no otros síntomas asociados, al examen físico como únicos hallazgos: fiebre 38,4°C, episodios de desaturación hasta 87%, dolor en costado y flanco izquierdo. Paraclínicos más relevantes fueron Proteína C reactiva 22, leucocitos 13930 con 77% neutrófilos, hemoglobina 16.1, y plaquetas 206000; perfil hepático y renal normal, CPK normal, Uroanálisis normal, HIV negativo. Radiografía de tórax con infiltrado alveolar leve derecho, gram de esputo con muestra inadecuada, antígeno urinario neumococo negativo, hemo y urocultivos negativos, Tomografía de tórax con infiltrados en vidrio esmerilado bibasales. Se da manejo con Ceftriaxona y moxifloxacina con poca mejoría, posteriormente presenta esputo purulento y hemoptoico; se complementan estudios con baciloscopias negativas, reactantes de fase aguda en aumento, lavado broncoalveolar normal con directos negativos, por lo que se sospecha gérmenes atípicos y se solicita panel IgM siendo positivo para Legionella pneumophila; se re interroga sobre los factores de riesgo exposicionales en el que refiere exposición reciente a vapores de en su taller.

**Conclusiones.** La infección por Legionella pneumophila tiene una amplia presentación clínica, debe ser sospechada en casos de neumonía atípica y correlacionada con factores exposicionales como aguas calientes estancadas; alta morbi-mortalidad sin tratamiento oportuno, y se deben tomar medidas sanitarias en los posibles reservorios.

D-74

**ENDOCARDITIS INFECCIOSA DE LAS VÁLVULAS AÓRTICA Y TRICÚSPIDE NATIVAS CON UN DEFECTO SEPTAL VENTRICULAR**MADRID-MUÑOZ CAMILO ALBERTO<sup>1,2</sup>, JARAMILLO-CATAÑO AN<sup>1</sup>, RENDÓN-ISAZA JC<sup>1</sup>, DURANGO-GUTIÉRREZ LF<sup>1</sup>.<sup>1</sup>Grupo ENDOCARDIO, Clínica CardioVID, Medellín, Colombia.<sup>2</sup>Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

**Introducción.** La endocarditis infecciosa (EI) tiene una alta mortalidad hospitalaria, el compromiso plurivalvular es infrecuente y afecta negativamente el pronóstico.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso.

**Resultado.** Varón de 30 años sin antecedentes, quien consultó por disnea, se diagnosticó neumotórax espontáneo que requirió toracostomía, posteriormente con empiema y bacteriemia por *Streptococcus viridans*, recibió antibioticoterapia con evolución desfavorable (fiebre, sudoración nocturna y pérdida de peso); se remitió a nuestra institución con sospecha de tuberculosis pleural.

Al examen físico de ingreso se encontró un soplo cardíaco sistólico, múltiples petequias y lesiones de Janeway, por lo cual se realizó ecocardiografía transesofágica en la cual se observó válvula aórtica bivalva (VAB) con vegetación de 1.3cm<sup>2</sup>; válvula tricúspide con dos vegetaciones 1,8 y 1,1cm<sup>2</sup> ambas con insuficiencia severa.

Se inició antibioticoterapia y cinco días después se realizó cirugía mínimamente invasiva (implante de válvula aórtica mecánica, reparo tricúspide y cierre de CIV), adicional a los hallazgos reportados en la ecocardiografía se encontró una comunicación interventricular (CIV) de 5mm. El paciente mejoró con el tratamiento instaurado sin complicaciones.

La VAB es un hallazgo frecuente en EI, Tribouilloy et al. publicaron 310 casos de EI de válvula aórtica nativa y el 16% tenían VAB (pacientes más jóvenes, con mayor probabilidad de formación de abscesos y sin diferencias en la mortalidad global a 5 años). Lamas y Eykyn. publicaron 50 pacientes con VAB, el 32% tenían condiciones cardíacas predisponentes y 6% tenían CIV.

Caso de un paciente con VAB con EI simultánea de las válvulas aórtica y tricúspide con un defecto septal ventricular que permitió, el paso de la infección a cavidades derechas. La CIV por los hallazgos quirúrgicos sugiere ser congénita y no secundaria a una complicación.

**Conclusión.** Los pacientes con VAB tienen mayor riesgo de EI que la población general y los defectos cardíacos estructurales concomitantes pueden complicar su presentación.

D-76

**CUADRI-PARESIA Y RABDOMIOLISIS POR PORFIRIA INTERMITENTE AGUDA: REPORTE DE CASO**

ADAMS CHRISTIAN DAVID, AMAYA PF.

*Medicina Interna, Neurología Clínica, Universidad ICESI, Fundación Clínica Valle de Lili, Cali, Colombia*

**Introducción.** La Porfiria Intermitente Aguda (PIA) es una enfermedad metabólica poco común y se asocia a severas alteraciones en múltiples sistemas como el muscular y nervioso periférico.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso-revisión literatura.

**Resultados.** Paciente femenino, 24 años, afro-colombiana; sin antecedentes. Cuadro clínico de 6 semanas de debilidad progresiva y mialgias generalizadas, epigastralgia y estreñimiento, empeora por paresia proximal hasta la falla ventilatoria, en primer sitio de consulta evidencian anemia, hiponatremia e hipocalcemia dan soporte intensivo y remiten; se encuentra con dolor a la palpación de miembros inferiores (MMII), cuadriparesia proximal 2/5, tono disminuido, reflejos tendinosos 1/4, no Babinski, hipostesia distal leve, no otras alteraciones en examen físico. Paraclínicos relevantes Leucocitos:19.810 (Neutrófilos:84%), hemoglobina:12, plaquetas:180.000, Coagulograma normal, ionograma normal, Albumina 2.9, Vitamina B12: 2.000, VDRL y HIV: negativo, panel renal normal, AST:268 ALT: 220, CPK:5335, PCR:3.6, ANA, ENA y complemento normal, TSH 0.439. Marcadores tumorales negativos, Plomo suero normal.

Se sospecha inicial de Miopatía inflamatoria (Polimiositis), manejado con esteroides y plasmáferesis con pobre respuesta. AntiJO1 negativos y LCR: proteinorraquia 212 mg/dL, LDH 30 y sin células. RMN de SNC con leucoencefalopatía posterior reversible. Ácido d-Aminolevulinico 160 (1,5-7,5) y Porfobilinogeno cualitativo positivo; haciendo diagnóstico una Porfiria Intermitente Aguda, se da manejo con Hematina, biopsia de musculo estriado con cambios compatibles con Rbdomiolisis.

**Conclusiones.** La PIA causa debilidad muscular en 42-60% casos, hasta la parálisis respiratoria en 5-12% casos; la neuropatía Porfirica es de tipo axonal y simula un Guillain-Barre sin desmielinización, la rbdomiolisis es más frecuente en afrodescendientes, altos niveles de ALA, y corrección de hiponatremia agresiva.

D-77

**ESCLEROSIS TUBEROSA COMO CAUSA DE EPILEPSIA EN PACIENTE ADOLESCENTE. REPORTE DE CASO**

DAZA RODRIGO, GUARÍN C, GÓMEZ E, ESTUPIÑÁN R, URIBE A, LÓPEZ J, CHARRIA J. *Servicio Cuidado Intensivo, Clínica Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.*

**Introducción.** La epilepsia es un desorden cerebral caracterizado por una predisposición duradera para generar ataques epilépticos y por consecuencias neurobiológicas, cognitivas, psicológicas y sociales. Tiene una etiología multifactorial. El caso que se presenta a continuación es de una paciente adolescente con diagnóstico previo de epilepsia focal sintomática, quien presenta estatus epiléptico con documentación de lesiones en piel, trastorno cognitivo severo y postración en cama por lo que se investigan posibles etiologías neurológicas causales y se documenta esclerosis tuberosa.

**Diseño.** Reporte de caso.

**Métodos.** Se plantea el reporte de un caso de un paciente con complejo de esclerosis tuberosa.

**Resultados.** Paciente de 22 años de edad con antecedente de epilepsia focal sintomática, en manejo ambulatorio con carbamazepina. Ingresa a la unidad de cuidados intensivos por cuadro de 1 semana de evolución estatus epiléptico. Presencia de angiofibromas en cara, nevus de tejido conectivo en hipogastrio y región inguinal derecha, lesiones hiperpigmentadas en piel abdominal, marcada atrofia muscular acompañada de contractura de 4 extremidades, hiporreflexia, fibroqueratoma digital en hueso arto izquierdo como principales datos positivos al examen físico. Se considera determinar Esclerosis Tuberosa. Con los resultados encontrados, los hallazgos al examen físico y el antecedente de epilepsia de la paciente, se considera paciente cursa con Esclerosis Tuberosa y se reajusta tratamiento anticonvulsivante. Se logra extubación al 5 día de hospitalización pero posteriormente presenta bradicardia extrema, hipertensión arterial y posteriormente paro cardiorrespiratorio, paciente fallece.

**Conclusiones.** El complejo de esclerosis tuberosa es una condición rara.

Múltiples casos y sobretodo aquellos en los que la epilepsia no sea la manifestación clínica principal quedaran sin diagnóstico etiológico dada la frecuencia del subdiagnóstico.

El tratamiento agresivo y las aproximaciones diagnósticas multimodales son necesarias para mejorar el pronóstico.

D-79

**FASCITIS NECROTIZANTE CAUSADA POR ESCHERICHIA COLI**

DAZA RODRIGO, CHARRIA J, CALDERÓN M.

*Medicina Interna, Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La fascitis necrotizante es una condición poco común pero devastadora que requiere de una temprana identificación para lograr un control adecuado y así evitar la mortalidad y morbilidad derivada de la misma. En términos generales la infección de la fascia se da por la presencia de múltiples microorganismos, es poco frecuente el aislamiento de un solo germen. En el presente trabajo se plantea un reporte de caso de un paciente con fascitis necrotizante por *E. coli*.

**Diseño.** Reporte de caso.

**Métodos.** Se plantea el reporte de un caso de un paciente con fascitis necrotizante por *E. coli*.

**Resultados.** Paciente quien consulta por cuadro consistente en caída de su altura con posterior trauma en rodilla derecha que generó herida lineal, transversa, de 10 cm de longitud. Consulta a hospital local donde suturan y dan manejo ambulatorio analgésico y antibiótico cefalexina. Presenta edema, eritema, dolor tipo punzada, secreción purulenta y aspecto necrótico de la lesión. Asociado fiebre. Por persistencia de los síntomas y empeoramiento del estado consulta.

Ingresa en aceptables condiciones generales, ansioso y con sudoración. Taquicárdico, herida lineal de 12.2cm de longitud, suturada, transversa en región de rodilla derecha con salida de material seroso, de mal olor y signos inflamatorios, bordes de lesión necrótica, acompañado de edema hasta maléolos de extremidad ipsilateral. Se considera exploración quirúrgica de la lesión. Se toma muestra de fascia del muslo y pierna por congelación; reporte positivo para fascitis necrotizante por *Escherichia coli*. Después de 2 semanas de terapia antibiótica se tomó biopsia por gramo de tejido para evaluar resolución de proceso infeccioso, fue negativa,

**Conclusiones.** Se presenta un caso de fascitis necrotizante por *E. coli*, condición seria, relativamente infrecuente y más por un solo germen.

D-78

**VARIABILIDAD ELECTROCARDIOGRÁFICA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 Y HEMOGLOBINA GLICOSILADA A1C FUERA DE METAS**

SÁNCHEZ RINCONES WILLIAM, MANOTAS-ANGULO K, RENOWITZKY C, LÓPEZ JD. *Centro de Excelencia para el manejo de la Diabetes (CEMDI), Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La neuropatía autonómica cardiovascular es considerada la disfunción mas importante por su implicación en el incremento de la mortalidad en los pacientes diabéticos. Este trabajo de investigación permite concluir que un 48% de los pacientes con elevación de la hemoglobina glicosilada por encima de lo normal se exponen a presentar arritmias antes de la aparición de la sintomatología.

Determinar el comportamiento de los pacientes sin control de la hemoglobina glicosilada A1C, predispone a presentar neuropatía autonómica cardíaca y mayor aparición de arritmias.

**Métodos.** Estudio prospectivo, descriptivo en el que se incluyeron 44 pacientes diagnosticados de Diabetes Mellitus Tipo 2 en el Centro de excelencia para el manejo de la Diabetes (CEMDI) realizado en pacientes de la consulta externa en las edades comprendidas entre 49 y 69 años.

**Resultados.** Se demuestran alteraciones electrocardiográficas: Arritmia Sinusal 23%, Hemibloqueo anterior 16%, Taquicardia Sinusal 20%, Normal 25%, Pobre onda R 2%, Necrosis Inferior 5%, Enfermedad renal 7%.

**Conclusiones.** Se estableció la presencia de arritmias sinusales en un 41% de los pacientes diabéticos tipo 2 asintomáticos con HBA1C sin control.

D-80

**EFECTO WARBURG**

BARRERA-LÓPEZ ANA MADELEINE, REYES-CORTES OI.

*Fundación Cardioinfantil, Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El avido consumo anaerobico de glucosa con la producción de lactato por células malignas, se llama Efecto Warburg. A proposito un caso.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: reporte de caso.

**Método.** Caso clínico.

**Resultado.** Femenina de 93 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 tratada con sulfonilurea, ingresa a urgencias con hipoglicemia severa y durante estancia persiste dependiente de infusión de dextrosa al 10%. Se inicia enfoque etiológico de hipoglicemia con test de ayuno, descartando etiología autoinmune y presencia de insulina circulante endógena o exógena. Por emesis se realiza endoscopia digestiva encontrando masa gástrica que correspondía a Linfoma No Hodgkin de célula grande. Se documenta en varias mediciones lactato elevado sin explicación aparente, lo que sumado a hipoglicemia y neoplasia, se conoce como Efecto Warburg.

**Discusión.** Efecto Warburg, es el cambio metabólico observado en células cancerígenas de la fosforilación oxidativa a la glucólisis anaeróbica como principal fuente de energía incluso en condiciones aeróbicas, con aumento del ácido láctico circulante subproducto de esta vía metabólica.

El rendimiento energético de la vía glucolítica es bajo por tanto se requiere mayor consumo de glucosa para satisfacer la demanda de las células malignas, resultando en hipoglucemia y acidosis láctica. Característicamente, la hipoglucemia por efecto Warburg no induce síntomas neuroglucopénicos porque el tejido cerebral es capaz de adaptarse al lactato como sustrato.

Siendo un efecto desencadenado por las células malignas se requiere neutralizar el crecimiento tumoral para controlar la hipoglucemia.

**Conclusiones.** “El oxígeno, donante de energía, es destronado en células cancerosas y se sustituye por una reacción de bajo rendimiento energético, la fermentación de la glucosa” Otto Heinrich Warburg.

D-81

**LUPUS LIKE: UN DIAGNOSTICO PROBABLE**

AVILA YEISSON, JIMÉNEZ K, GARZÓN D, APONTE C.

Clínica Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.

**Introducción.** El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad crónica autoinmune, potencialmente fatal que involucra múltiples sistemas. Con prevalencia de 25 a 150 casos por cada 100.000 habitantes, preferencia por el sexo femenino de 9:1, cuando aparece después de los 50 años se considera de inicio tardío igualándose la presentación entre los sexos. Existe una variante denominada Lupus like, inducido por fármacos, más frecuente en ancianos con incidencia máxima de 30.000 casos/año en USA. Existen fármacos con asociación definitiva, probable y posible. La isoniazida se encuentra en el primer grupo.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo. Informe de caso.

**Métodos.** Informe de caso.

**Resultados.** Hombre de 77 años, con tuberculosis pulmonar en tratamiento, presenta aparición de petequias en piel y mucosas asociado a fiebre. Se documenta trombocitopenia severa y anemia asociado a respuesta inflamatoria sistémica con diagnóstico inicial de sepsis de foco no establecido, iniciándose tratamiento antibiótico y soporte transfusional. Ante trombocitopenia refractaria se sospechó origen inmune vs medicamentoso, iniciándose tratamiento esteroide y realizándose perfil inmunológico documentando ANAS positivos 1:640, complemento consumido. Se hace presunción diagnóstica de LES del anciano vs LES inducido por fármacos por reciente inicio de terapia antituberculosa probablemente asociado isoniazida, se solicitan antihistonas las cuales son positivas. Se ajusta tratamiento antituberculoso y esteroide con adecuada evolución.

**Conclusiones.** La presentación del LES es extraña en hombres y más aún en el adulto mayor. Convirtiendo esta posibilidad diagnóstica en un reto, con un grado adicional de dificultad, cuando en el contexto del paciente anciano existe generalmente comorbilidad y por ende polifarmacia, lo que obliga a pensar no solo en LES del anciano sino en Lupus inducido por fármacos. Al conocer los fármacos asociados a Lupus Like consideraremos el diagnóstico con una mayor probabilidad de éxito.

D-83

**VASCULITIS COMO MANIFESTACIÓN PARANEÓPLÁSICA**

DÍAZ-NASSIF GUSTAVO ANDRÉS, LUNA-VELA FA.

Fundación CardioInfantil, Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** Las vasculitis paraneoplásicas son un grupo de enfermedades de la piel que pueden ser marcadores de la presencia de cáncer y permiten el diagnóstico precoz de un cáncer oculto. Presentamos un caso de vasculitis en paciente con linfoma No Hodgkin.

**Diseño.** Informe de caso.

**Métodos.** Informe de caso-revisión literatura.

**Resultados.** Paciente de 75 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial, asma, con cuadro de 8 días de evolución dado por aparición de lesiones maculares en piernas con progresión ascendente hasta comprometer tórax y miembros superiores, y quien en la revisión por sistemas refiere pérdida de peso en los últimos 3 meses con diaforesis nocturna. Al examen físico máculas violáceas edematosas confluyentes con áreas de piel sana que compromete la mayoría de ambos miembros inferiores, compromiéndolo plantas, no cede a la digitopresión, no dolor a la palpación, lesiones de similares características en tercio distal de miembros superiores que comprometen palmas, el resto del examen físico era normal. Se consideró vasculitis de pequeño vaso e inicialmente cuadro hemático, función renal y electrolitos que fueron normales, se le solicitó perfil de autoinmunidad: ANA, ANCA, C3, C4, factor reumatoide, el cual fue negativo, se solicitó radiografía de tórax que mostraba nódulos pulmonares, por tanto se solicitó ante estos hallazgos y los síntomas B, TAC toraco-abdominal que mostró: mediastino superior con adenomegalias y adenomegalias retrocrales bilaterales e inguinales profundas en relación a proceso linfoproliferativo, por lo que se solicitó biopsia de piel y ganglio linfático. La biopsia de piel reportó, vasculitis leucocitoclástica superficial y la biopsia de ganglio linfático: compromiso por neoplasia linfoide, consistente en linfoma no Hodgkin.

**Resultados.** La vasculitis leucocitoclástica es una infrecuente presentación de vasculitis paraneoplásica. En los pacientes portadores de una vasculitis, la asociación de una neoplasia maligna tiene una prevalencia media inferior al 5%.

La incidencia es claramente mayor en relación con neoplasias hematológicas (fundamentalmente en los procesos linfoproliferativos y en los síndromes mieloproliferativos) que con los tumores sólidos, todos éstos se caracterizan por afectar pequeños vasos, por una reacción inmunológica tipo III, mediada por complejos inmunes. El resultado es infiltrado denso de leucocitos polimorfonucleares y células mononucleares. Estas células producen mediadores capaces de perpetuar el proceso inflamatorio mediante IL-1, IL-4 y TNF-alfa. El hallazgo histológico característico es la vasculitis leucocitoclástica. Los linfomas pueden expresarse con alteraciones cutáneas de tipo vasculítico como manifestaciones paraneoplásicas.

**Conclusiones.** La piel como el espejo del cuerpo, así en ocasiones un simple síntoma cutáneo puede hacernos sospechar la presencia de un cáncer. "No hay arte más difícil de adquirir que el arte de la observación". W. Osler.

D-82

**URTICARIA CRÓNICA COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD STILL DEL ADULTO**

BETANCUR JUAN FELIPE, TOBÓN GABRIEL J, VELÉZ JD, ADAMS C.

Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.

**Introducción.** La enfermedad de Still del Adulto (ESA) es un desorden inflamatorio sistémico, de etiología desconocida, caracterizado por: fiebre cotidiana vespertina, brote macular evanescente color salmon y artralgias/artritis. Otras manifestaciones típicas incluyen odinofagia, linfadenopatía, hepato-esplenomegalia, elevación de ferritina sérica, leucocitosis, negatividad para ANAS y factor reumatoideo. Dentro del espectro de manifestaciones cutáneas se encuentra el rash cutáneo evanescente, dermatografismo y placas fijas eritematosas. Hay reportados en la literatura 25 casos de ESA con urticaria crónica como manifestación.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso-revisión literatura.

**Resultados.** Paciente femenina 59 años, antecedente condición fibroquística de la mama, presenta cuadro clínico 2 años de evolución consistente en lesiones tipo habón pruriginosas crónicas, asociado a fiebre cotidiana (hasta 39°C), astenia y adinamia progresivas que llevan hasta la postración, pérdida de peso de aproximadamente 20 kg, osteomalgias difusas con episodios de artritis de manos, muñecas y rodillas. Característicamente sintomatología cede con antiinflamatorios. Al examen físico: adenopatías generalizadas, no dolorosas. Auscultación cardiopulmonar: normal, palpación abdominal: hepatoesplenomegalia.

Biopsia piel: compatible con urticaria, infiltrado perivascular linfocitos, neutrófilos y eosinófilos. Ferritina: 24406, Inmunoglobulinas: IgE, IgA, IgM, e IgG: normales ANAS, ENAS, Anti-ADN, anticardiolipinas IgM e IgG, Factor Reumatoide: negativos. Anticuerpos: Hepatitis C: 0.060, Toxoplasma IgG: 1395 (+) IgM: 1.190 (-) Citomegalovirus: IgG 226.66 (+), IgM: 0.14 (-). Ag superficie hepatitis B: 0.52 (-) Biopsia ganglio linfático cervical: Hiperplasia paracortical difusa reactiva, no microorganismos en PAS y BK.

Citometría de flujo: hiperplasia mieloide neutrófila, de características reactivas.

**Conclusiones.** Clínicos y dermatólogos deben tener en mente la asociación de estas lesiones cutáneas con signos y síntomas de enfermedad sistémica para llegar al diagnóstico oportuno de la enfermedad de Still.

D-84

**SÍNDROME HEPATOPULMONAR NO CIRRÓTICO SECUNDARIO A HIPERTENSIÓN PORTAL IDIOPÁTICA (HPI) POR FÍSTULA ARTERIO-VENOSA ESPLÉNICA**

JIMÉNEZ DF, CAICEDO LA, BETANCUR JUAN FELIPE, ADAMS C.

Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.

**Introducción.** El síndrome hepatopulmonar (SHP) se define como la presencia de la triada: defecto oxigenación arterial: PaO<sub>2</sub>: <80 mmHg o Gradiente alveoloarterial (O<sub>2</sub>)>15 mmHg, vasodilatación pulmonar: ecocardiografía con solución salina agitada o gammagrafía con albumina macroagregada e hipertensión portal con o sin Cirrosis.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso-revisión literatura.

**Resultados.** Paciente femenina 24 años, sin antecedentes, cuadro clínico 3 años de evolución: cuadro constitucional severo, pérdida de peso 17 kgs, disnea pequeños esfuerzos, requerimiento O<sub>2</sub> domiciliario. Examen físico: FC: 100, PA: 80/60 mmHg, FR: 22, platipnea y ortodeoxia: SaO<sub>2</sub>: 87% sin O<sub>2</sub>, con O<sub>2</sub> a 3 lts/min: sentada 89%, en decúbito 92%. Auscultación cardiopulmonar normal. Abdomen: Hepato-esplenomegalia palpable. Acropaquias manos y pies. Hemoleucograma: normal, Bilirrubinas: normales, AST: 30 ALT:41 Fosfatasa Alcalina: 371. Gases arteriales: ph: 7.449 PO<sub>2</sub>: 72.1 PCO<sub>2</sub>:29.5 BE: -2.8 cHCO<sub>3</sub>: 20, gradiente alveoloarterial de O<sub>2</sub>: 24.68. Ecocardiografía: Septum interauricular íntegro, paso de burbujas con solución salina agitada a cavidades izquierdas provenientes de venas pulmonares. Gammagrafía con albumina macroagregada: captación cerebro y riñones sugestivo de shunt derecha-izquierda. Portografía: presión confluyente espleno-portal 11 mmHg, Porta intrahepática 12 mmHg. Endoscopia: vórices esofágicas incipientes. Ecografía doppler: Hepato-esplenomegalia, imagen parénquima esplénico de shunt arteriovenoso. Biopsia hepática: esteatohepatitis grado I. La presión portal cayó a 6 mmHg con la esplenectomía.

**Conclusiones.** El bazo parece tener un papel en la patogénesis de la HPI, pues se ha descrito que la esplenectomía puede ser un tratamiento efectivo. Se ha implicado la sobre-expresión en lecho esplénico de: Oxido Nitrico, VCAM-1 y la endotelina-1 por las células de revestimiento esplénicas, causando hipercirculación, hipertensión venosa portal y síndrome hepatopulmonar.

D-85

**ENFERMEDAD DE KIKUCHI-FUJIMOTO EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. REPORTE DE UN CASO**

BETANCUR JUAN FELIPE, GRACIANO NA, QUINTERO PA.

*Medicina Interna, Hospital Manuel Uribe Ángel, Facultad de Medicina Universidad CES, Medellín, Colombia.*

**Introducción.** La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto (EKF) o linfadenitis necrotizante linfocítica, es una patología autolimitada, benigna, se han descrito casos de LES en su evolución.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso-revisión literatura.

**Resultados.** Hombre de 19 años, con antecedente de hipotiroidismo, cuadro de 2 meses de evolución: síndrome constitucional, disnea incremental, edema de miembros inferiores, fiebre nocturna: 40°C, alopecia y adenopatías generalizadas de predominio cervical. Posteriormente brote eritematoso, papuloescamoso región malar y zonas fotoexpuestas, además anasarca. Examen físico: alopecia, úlceras orales, edema bupalpebral. Se palpa conglomerado adenopático cadenas latero-cervicales bilaterales, supraclaviculares y axilares. Auscultación cardiopulmonar normal. Paraclínicos: anemia microcítica hipocrómica, leucopenia: 2.700/mm<sup>3</sup> linfopenia: 300/mm<sup>3</sup> plaquetas: 162.000, VSG: 106 mm/hora, PCR: 2.44 (0-5) Ferritina:>2000, AST: 95 ALT: 62, Bilirrubinas: normales. Parcial de orina: telescopado, cilindros céreos y granuloso, proteínas: 100 mg /dl. Cr: 1.38, BUN: 26, proteinuria 24 horas: 0,84 g. Baciloscopias seriadas: negativas, serología para: Citomegalovirus: IgM: 0.2 (-) IgG: 262 (+), Toxoplasma, Epstein-Barr, serología hepatitis B y C: negativos, ELISA VIH: negativo, VDRL: No reactivo, ANA por IFI: 1:1280 patrón homogéneo, ENAS: RNP y Sm: positivos, anti-ADN por IFI: 1:160, complemento C3:26 C4:9, TP: normal, TPT: 60 seg. Anticoagulante lúpico y anticardiolipinas: negativos. Histopatología adenopática: Necrosis licuefacción, sin granulomas, expansión paracortical, infiltración por macrófagos, linfocitos T, células plasmocitoides linfocíticas CD123+, compatible con enfermedad de Kikuchi.

**Conclusiones.** La enfermedad de Kikuchi-Fujimoto es una linfadenitis necrotizante linfocítica, rara, benigna. Actualmente se debate acerca de si la EKF es una manifestación atípica del LES o una entidad aislada pues presentan hallazgos histopatológicos similares y su co-ocurrencia es infrecuente.

D-87

**ACTINOMICOSIS ENDORONQUIAL. SERIE DE CASOS, HOSPITAL SANTA CLARA**

MARTÍNEZ OMAR, LEÓN L, DÍAZ D, VERGARA E, ORDOÑEZ J.

*Hospital Santa Clara E.S.E, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La actinomicosis es una enfermedad infecciosa granulomatosa de lenta progresión por tanto crónica, muy poco frecuente con una incidencia mayor en adultos que en niños, tres veces más frecuente en hombres que en mujeres causada por una bacteria filamentosa gram positiva anaerobia o microaerófila, siendo Actinomyces israeli el más frecuente dentro de las 6 formas patógenas; se manifiesta con compromiso torácico hasta en el 15-45% de los casos; siendo esta a su vez o de tipo endobronquial o pleural.

**Diseño.** El presente trabajo es un estudio descriptivo de serie de casos retrospectivo de actinomicosis endobronquial entre los años 1985 al 2014, de los cuales se describen en detalle los dos más recientes, se exponen los hallazgos endoscópicos e histopatológicos.

**Método.** Se tomaron los casos de actinomicosis endobronquial registrados en el Hospital Santa Clara entre 1985-2014; de este grupo se seleccionaron los dos casos más recientes y se tomaron datos relevantes de historias clínicas respectivas; (clínica, imágenes y hallazgos endoscópicos e histopatológicos).

**Resultados.** Se registran 7 casos, con edad promedio de presentación fue de 33 años, rango de 32 a 72 años cuyo principal motivo de consulta fue disnea y tos productiva crónica; los hallazgos radiológicos más frecuentes correspondieron a imágenes de ocupación del espacio aéreo; con diagnóstico histopatológico por fibrobroncoscopia, biopsia pulmonar abierta, lobectomía hasta neumonectomía.

**Conclusiones.** 1. La actinomicosis de ubicación torácica puede ser endobronquial y pleural. 2. La forma endobronquial, forma exclusiva en nuestra institución tiene un amplio diagnóstico diferencial, especialmente tuberculosis pulmonar hasta Neoplasias pleuropulmonares. 3. Representa un reto diagnóstico debido a que en la actualidad las formas torácicas en especial la endobronquial son extraordinariamente infrecuentes y el diagnóstico es histopatológico.

D-86

**PERITONITIS ASOCIADA A CAPD POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS, A PROPOSITO DE UN CASO**

CUERVO FRANCY, LABRADOR C, CALDERON M.

*Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La peritonitis por tuberculosis es una forma rara de tuberculosis extra pulmonar, siendo más frecuente en pacientes con infección por VIH, trasplantados o con enfermedad renal crónica en estadio terminal que se encuentren en terapia de reemplazo renal con diálisis peritoneal automática continua (CAPD). Describimos un caso de peritonitis asociado a CAPD por Mycobacterias no tuberculosas por infección favorecida por la contaminación del lumen del catéter de diálisis.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso-revisión literatura.

**Resultados.** Mujer de 73 años de edad, con antecedente de enfermedad renal crónica estadio terminal, en diálisis peritoneal y 2 episodios previos de peritonitis asociado a catéter de diálisis. Consultó por cuadro clínico de 1 semana de evolución consistente en dolor abdominal generalizado, asociado a líquido peritoneal turbio, pérdida de peso de forma involuntaria y progresiva en los últimos 6 meses, asociado a diaforesis nocturna y tos productiva. Se documenta en el líquido de recambio peritoneal alto contenido de leucocitos, de predominio linfocítico, con coloración de Zielh-Nielsen positivo para bacilos ácido-alcohol resistente +++, ADA positiva, PCR para Mycobacterium tuberculosis negativo y cultivo para Mycobacterias tuberculosas.

**Conclusión.** La tuberculosis peritoneal es una entidad rara y el compromiso del peritoneo por mycobacterias no tuberculosas es aún menos frecuente, con un importante subregistro epidemiológico en nuestro país. Dada la alta incidencia de tuberculosis en nuestro país, debe ser siempre una entidad a considerar ante los cuadros de evolución insidiosa y de presentación atípica de las peritonitis bacterianas que no responden al tratamiento instaurado. Su diagnóstico requiere de una alta sospecha clínica y epidemiológica, con el objetivo de realizar un tratamiento oportuno y disminuir la mortalidad generada por esta entidad.

D-88

**SÍNDROME DE PAGET-SCHROETTER. REPORTE DE UN CASO**

CHARRIA JOSÉ, RIVILLAS V, GIRALDO S, MARTÍNEZ N, VILLALOBOS W.

*Servicio de Medicina Interna, Clínica Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.*

**Introducción.** El síndrome de Paget-Schroetter, caracterizado por la trombosis de la vena subclavia en la unión costo clavicular, se trata de una condición extremadamente rara con tasas de incidencia de 1/100000 habitantes en pero sin contar con una epidemiología claramente establecida. Más frecuente en los hombres y por lo general la extremidad afectada es la dominante. Desde el punto de vista fisiopatológico se considera la generación de alteraciones hemostáticas secundarias a traumas repetitivos o traumas de intensidad severa.

**Diseño.** Reporte de caso.

**Métodos.** Se plantea el reporte de un caso de un paciente con la condición.

**Resultados.** Hombre de 22 años, con cuadro de un día de evolución parestesias intermitentes en miembro superior derecho, edema y coloración violácea, posterior a trauma contundente en hombro derecho al caer de su propia altura 4 días antes. Sin antecedentes relevantes y músico de ocupación, interpreta la guacharaca más de 4 horas todos los días. Examen físico con signos vitales normales, en extremidades coloración violácea, asimetría por aumento de los perímetros en antebrazo derecho 28.5cm, antebrazo izquierdo: 25 cm, brazo derecho 30 cm brazo izquierdo 27.5 cm. Cirugía general considera trombosis venosa axilar – subclavia derecha, inician anti coagulación y además trombolisis loco regional con alteplase la cual no fue exitosa, escasa recanalización con maniobras de hiperabducción mostrando una obstrucción fija en el triángulo esternoclavicular que requiere descompresión con venoplastia quirúrgica.

**Conclusiones.** El síndrome de Paget-Schroetter es una condición rara que requiere de una búsqueda activa y de la cual depende la intervención. Se genera por lo general por trauma repetitivo de las estructuras vasculares y a veces, como en el presente caso, por traumas externos de alto impacto.

D-89

**AORTITIS POR *STREPTOCOCCUS MUTANS***

JIMÉNEZ KARINA, CALDERÓN M.

*Hospital de la Samaritana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La infección de la pared aórtica es una entidad poco frecuente que puede ser espontánea o una complicación postoperatoria. El foco generalmente proviene de endocarditis u otro foco con diseminación hematogena o por extensión local de una zona contigua. Se conocen factores predisponentes para su desarrollo como las prótesis vasculares, aterosclerosis y coartación aórtica. Las manifestaciones clínicas son similares a las de endocarditis bacteriana, incluso pueden presentarse manifestaciones periféricas. Los microorganismos comúnmente aislados son diferentes especies de *staphylococcus*, *enterococcus* y *streptococcus*.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: Informe de caso.

**Métodos.** Informe de caso-revisión literatura.

**Resultados.** Paciente femenina de 19 años quien consulta por cuadro de 2 meses de fiebre intermitente asociado a pérdida de peso y disnea. Ingres a la consulta externa de cardiología donde documentan presencia de soplo interescapular, asociado a soplo continuo en todos los focos, franca disminución de pulsos de miembros inferiores con diferencia en las tensiones arteriales. Se sospecha coartación aórtica y ductus persistente. Se hospitaliza para estudio con ecocardiograma transefágico que confirma dichos diagnósticos y observa engrosamiento intimal de la aorta distal a la malformación. Demás paraclínicos muestran hemograma normal, PCR elevada, VSG positiva, factor reumatoideo positivo y hemocultivos positivos para *streptococcus mutans*. Se considera diagnóstico de Aortitis iniciándose tratamiento antibiótico, adecuada respuesta tras 14 días de terapia intravenosa se da alta con hemocultivos de control negativos, para completar 6 semanas de terapia ambulatoria.

**Conclusiones.** Hay casos en los cuales existe la presunción diagnóstica de endocarditis bacteriana, sin encontrarse lesiones típicas en las válvulas cardíacas, sin embargo los hallazgos clínicos y paraclínicos hacen persistir la sospecha diagnóstica, al asociarse estos a malformación aórtica se debe considerar el diagnóstico de aortitis infecciosa, aún más cuando el germen documentado hace parte del grupo viridans. Microorganismos ampliamente descritos en infecciones vasculares.

D-91

**INTOXICACIÓN AGUDA POR CARBAMATOS DURANTE EL EMBARAZO**

ARRIETA ELIZABETH, FERNÁNDEZ J, DUEÑAS C.

*Clínica Crecer, Cartagena, Colombia.*

**Introducción.** Los intentos de suicidios y envenenamientos en el embarazo son un reto debido a los efectos desconocidos del agente tóxico y la terapia antidoto contra los fetos; además que dichos agentes pueden tener un comportamiento diferente derivado de los cambios fisiológicos de la gestación que la hacen más susceptible a determinados tóxicos o medicamentos y sus acciones específicas sobre el bienestar del binomio materno fetal

**Diseño.** Presentación de caso.

**Métodos.** Estudio de Caso.

**Resultados.** Femenina de 26 años de edad, con embarazo de 20 semanas, no controlado, quien ingiere con fines autolesivos 20 gr de Aldicarb (Carbamato), con posterior presentación de dolor abdominal de predominio epigástrico, náuseas, disnea, sialorrea y posteriormente somnolencia, bradicardia e hipotensión severa, que recibió manejo con fluidoterapia, lavado gástrico, una dosis de atropina y monitoreo en cuidados intensivos por 24 horas, con evolución clínica satisfactoria y alta 72 horas posterior al ingreso, con adecuada evolución de gestación.

**Conclusiones.** La evaluación del riesgo de envenenamiento durante el embarazo puede ser difícil, el pronóstico fetal es, sin embargo, relativamente bueno si la madre recibe tratamiento inicial oportuno. No existe ningún otro caso reportado en la literatura de intoxicación aguda por carbamatos durante el embarazo, razón que motivo el reporte del mismo, con el fin de generar un referente en relación al manejo de este tipo de intoxicaciones en una gestante.

D-90

**TÉTANOS UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL EN CUIDADO INTENSIVO**

FERNÁNDEZ JUAN, VIVERO M, PERTUZ K, GAVIRIA L.

*Clínica Crecer, Cartagena, Colombia.*

**Introducción.** En la actualidad muy pocos casos de tétanos son reportados, se realiza el reporte de un caso de tétanos generalizados diagnosticado en cuidado intensivo, luego de un análisis y estudio detallado de los diagnósticos diferenciales, se llevo al diagnóstico de tétanos generalizado por exclusión; luego de haber iniciado un cuadro clínico caracterizado por dolor abdominal y manejado por cirugía general como un paciente con abdomen agudo, requirió laparotomía exploratoria y en el proceso de extubación postquirúrgico presento trismus, se muestra todo el proceso diagnóstico y tratamiento, con un final exitoso.

**Diseño.** Presentación de caso.

**Métodos.** Estudio de Caso.

**Resultados.** Se realizo el diagnóstico de tétanos generalizado, con un manejo integral en cuidados intensivos y tratamiento de las multiplex complicaciones, el paciente permaneció 28 días en cuidado intensivo y luego de 14 días en hospitalización fue dado de alta con recuperación completa de su estado funcional y neuronal.

**Conclusiones.** Son varios los aspectos a resaltar en este caso, primordialmente el hecho de que este tipo de patología sigue afectando a nuestra población, a pesar de su baja incidencia y el uso de inmunización sistemática, debemos tenerla como diagnóstico diferencial desde urgencias y no como resultado final en cuidado intensivo.

D-92

**HEMORRAGIA DE VÍAS DIGESTIVAS ALTAS COMO MANIFESTACIÓN DE TROMBOCITOPENIA INDUCIDA POR HEPARINA EN UN PACIENTE**

LABRADOR CHRISTIAN, TÉLLEZ A, APONTE C.

*Clínica Universidad de la Sabana, Chía, Cundinamarca, Colombia.*

**Introducción.** La heparina no fraccionada (HNF) y las heparinas de bajo peso molecular (HBPM) son medicamentos de amplio uso en el ámbito clínico. Sus principales complicaciones incluyen la hemorragia y la trombocitopenia inducida por heparina (TIH). La TIH es una reacción adversa que puede desencadenar eventos trombóticos fatales, mientras que el sangrado espontáneo es una manifestación poco frecuente.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: Informe de caso.

**Métodos.** Informe de caso - revisión literatura.

**Resultados.** Paciente masculino, 72 años de edad, con antecedente de síndrome anti fosfolípido, en manejo con warfarina desde hace 10 años, la cual había sido suspendida hace dos meses, con posterior cambio a HBPM. Ingresó por cuadro de 6 días de evolución consistente en astenia, presencia de equimosis y hematomas en extremidades, además de melenas. Se documentó hemorragia de vías digestivas altas y bicitopenia en el hemograma. Dada sospecha de TIH se aplicó sistema de puntuación de las 4 T con puntuación de 5, clasificándose como probabilidad intermedia para TIH. Se suspendió anticoagulación por 5 días, con posterior ascenso en el valor de plaquetas y dado la indicación de anticoagulación se decidió iniciar fondaparinux con mantenimiento en el valor de plaquetas.

**Conclusión.** La TIH es una complicación grave del uso de la HNF y de la HBPM. La importancia de ésta revisión radica en destacar la TIH como una entidad a considerar en el diagnóstico diferencial del paciente con trombocitopenia. Esta entidad requiere de un diagnóstico oportuno, para evitar las complicaciones que pueden resultar potencialmente fatales. El tratamiento de elección no se encuentra disponible en nuestro medio y a pesar de que el fondaparinux se presente como una opción útil, se requieren más estudios que avalen su seguridad.

D-93

**PRESENTACIÓN INUSUAL DE UN MIXOMA CARDIACO**

PÉREZ FERNÁNDEZ OSCAR MAURICIO, GUERRERO CHALELA CE, TAPIAS AVENDAÑO CA, FRANCO REYES C.

*Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología, Universidad del Rosario, Bogotá D.C. Colombia.*

**Introducción.** Los mixomas son tumores cardíacos infrecuentes, en la mayoría de los casos de localización auricular izquierda, pediculados y de longitud variable. Se reporta el caso en un paciente joven, con localización atípica de este tipo de tumor.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: Informe de caso.

**Métodos.** Reporte de caso.

**Resultados.** Hombre de 28 años. Consultó por cuadro de 2 días de evolución de dolor torácico pleurítico en hemitorax izquierdo, asociado a tos, expectoración hemoptóica, disnea, sin otros síntomas y sin antecedentes de importancia. Un mes antes había consultado por la misma sintomatología, pero solicitó salida voluntaria sin mayores estudios. A su ingreso sus signos vitales fueron: PA: 164/94 FC: 94, SPO<sub>2</sub>: 94%, FIO<sub>2</sub>: 0,21, FR: 16 y su examen físico solo mostraba disminución de ruidos respiratorios en base derecha. La radiografía de tórax fue normal (Gráfico 1), los gases arteriales con equilibrio ácido base y hemograma dentro de límites normales. Se consideró el diagnóstico de tromboembolismo pulmonar, que por probabilidad según escala de Wells ponderaba como baja. Su dímero D fue positivo, por lo cual se realizó angiotac de tórax (Gráfico 2), que mostró múltiples defectos de llenamiento en arterias de ramas interbronquiales y ramas segmentarias a lóbulos inferiores, diagnosticando así un Tromboembolismo pulmonar múltiple. Se inició anticoagulación y como estudios de extensión se ordenó ecocardiograma transtorácico, el cual incidentalmente reveló la presencia de una masa lobulada en el ventrículo derecho de 5,2 x 2,1 cm, con pedículo en el septum interventricular, haciendo cuerpo con la válvula tricúspide, que fue confirmada con ecocardiograma transesofágico (Gráfico 3) y resonancia nuclear magnética cardíaca (Gráfico 4). El paciente fue llevado a Cirugía con resección completa del tumor, que correspondió histológicamente a un mixoma con extensa trombosis (Gráfico 5).

**Conclusión.** Se reporta el caso de un paciente con un mixoma dependiente del ventrículo derecho, localización muy infrecuente, con reportes en la literatura de prevalencia menor al 1% de todos los mixomas y cuya manifestación inicial fue un Tromboembolismo pulmonar.

D-95

**EVENTOS TROMBÓTICOS ASOCIADOS A INFECCIÓN INVASIVA POR ASPERGILLUS**

SÁNCHEZ ALEXANDER, OSPINA M, GARZÓN D, JIMÉNEZ K, COY A, FAJARDO L, CASAS D, HERRERA C.

*Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La aspergillosis invasiva (AI) es causada por diferentes especies del género *Aspergillus*. El desarrollo de una infección depende de la virulencia del hongo, el tipo y cantidad de la exposición y principalmente del estado inmunológico del paciente, asociándose a alteraciones de la inmunidad celular mediada por macrófagos y linfocitos T. El proceso de enfermedad incluye angio-invasión, trombosis y trombo-embolismo, esto último favorece a la diseminación a otros órganos. El diagnóstico con frecuencia se hace en forma tardía, incluso postmortem.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: Informe de caso.

**Métodos.** Informe de caso-revisión literatura.

**Resultados.** Paciente de 48 años sin antecedentes patológicos, acude al servicio de urgencias relatando cuadro clínico de 15 días de edema de miembros inferiores (MIs) que se asocia en los últimos 8 días a edema de miembro superior derecho (MSD) y deterioro de la clase funcional III-IV por disnea. Se documenta anemia severa, indicándose transfusión de hemoderivados, realización de estudios carenciales y doppler venoso y arterial de MSD- MIs que evidencia trombosis de todo el sistema venoso profundo, se inicia anticoagulación terapéutica y se amplían estudios para etiología neoplásica y/o autoinmune. Paciente con evolución tórpida ingresa a la Unidad de Cuidado Intensivo por Falla ventilatoria hipoxémica y requerimiento de soporte vasopresor. Progresivamente Choque refractario, se consideró sepsis urinaria a pesar de terapia antimicrobiana desarrolla disfunción multiorgánica. Deterioro del estado neurológico con tomografía cerebral que reporta evento Isquémico y hemorrágico agudo extenso. Paciente Fallece. Se realiza autopsia clínica que documenta *aspergillosis* invasiva.

**Conclusiones.** El *Aspergillus* es angiotrópico; ocasionando trombosis e infarto, no sólo afecta a inmunocomprometidos, sino que ocasionalmente causa enfermedad en humanos sanos. Su mortalidad sin tratamiento supera el 90% de los casos.

D-94

**SARCOMA DE KAPOSI (SK) SISTÉMICO IATROGÉNICO**

SÁNCHEZ ALEXANDER, OSPINA M, JIMÉNEZ K, HERRERA C, GARZÓN D, FAJARDO L, CASAS D, COY A.

*Hospital Universitario de la Samaritana. Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El SK es una enfermedad neoplásica mesenquimal, se conocen 4 subtipos: clásico, endémico, epidémico o asociado a VIH y iatrogénico, hasta el momento ampliamente descrito en inmunosupresión farmacológica de pacientes trasplantados.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: Informe de caso.

**Métodos.** Informe de caso-revisión literatura.

**Resultados.** Paciente masculino adulto con diagnóstico de poliangeitis microscópica, tratamiento inicial con ciclofosfamida, mantenimiento con prednisona y azatioprina. Presenta polineuropatía sensitivomotora, posterior neumonía asociada al cuidado de la salud, con control infeccioso pero deterioro respiratorio requiriendo soporte vasopresor y ventilatorio. Sospecha de hemorragia alveolar subclínica iniciándose metilprednisona e inmunoglobulina g. Se documentan lesiones en cavidad oral y piel con histología compatible con SK, anemia progresiva, estudio endoscópico muestra múltiples lesiones sugestivas de SK en estómago. Presenta deterioro progresivo, sospecha de SK sistémico con compromiso pulmonar, requerimiento en aumento de parámetros ventilatorios y hemodinámicos, paciente fallece. En Autopsia clínica se documenta compromiso por SK sistémico (piel, cavidad oral, estómago, pulmón), considerándose este la causa de muerte.

**Conclusiones.** Son pocos los casos documentados en la literatura acerca de SK iatrogénico en pacientes con enfermedades reumatológicas, los descritos se asocian a colitis ulcerativa, lupus eritematoso sistémico y vasculitis. Sin embargo ninguno de estos con un compromiso neoplásico tan amplio que llevara a la muerte. El curso de las enfermedades que condicionan la inmunosupresión se ve negativamente afectada con el diagnóstico de SK, así como en casos susceptibles de tratamiento, el curso de este y la terapia de elección está influenciada por el grado de inmunosupresión.

D-96

**QUILOTORAX NO TRAUMÁTICO SECUNDARIO A LINFOMA NO HODGKING**

SERPA DAGOBERTO, FERNÁNDEZ J.

*Clínica Cartagena del Mar, Cartagena, Colombia.*

**Introducción.** El Quilotorax presenta en muy poco casos, uno de los estudios más grandes realizado durante los años de 1999 a 2009 encontraron un caso de quilotorax por cada 3,3 mil ingresos hospitalarios, el presente caso presenta una caso infrecuente de quilotorax no traumático de origen maligno.

**Diseño.** Presentación de caso.

**Métodos.** Estudio de Caso.

**Resultados.** Paciente femenina de 54 años, mestiza, testigo de Jehova, quien ingresa con cuadro clínico de 20 días de evolución consistente en dolor pulsátil en hemitorax derecho asociado a dificultad respiratoria y tos sin expectoración, se logra la realización del diagnóstico de Linfoma no Hodgking, gracias al estudio detallado de antecedentes y al interrogatorio se considera cuadro Quilotorax de causa médica secundario a Linfoma no Hodgking y se da inicio al primer ciclo de quimioterapia (R-CHOP)

**Conclusiones.** El presente caso nos permite apuntar el diagnóstico y manejo médico en Quilotorax no traumático, siempre investigar el origen maligno y en el cual el linfoma es una causa directa, por lo cual la experticia diagnóstica es fundamental para un diagnóstico oportuno.

D-97

**SARCOIDOSIS EN MUJER JOVEN CON DOLOR TORÁCICO. REPORTE DE CASO**

RADA ROBIN, HINCAPIÉ G, SOSA O, SILVA L, PRADA L.

Departamento de Medicina Interna, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa crónica de etiología desconocida, prevalente a nivel mundial con tasas de incidencia variable. En Colombia no disponemos de un estudio de caracterización de pacientes con esta patología y desafortunadamente no hay una base de datos con el conglomerado total de pacientes afectados por la enfermedad.

Las manifestaciones de la sarcoidosis son multisistémicas, siendo el compromiso pulmonar el más incidente y con un espectro muy variable, seguido por el compromiso cutáneo encontrado hasta un 30% de los casos ocular cardíaco y gastrointestinal, entre otros.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: Informe de caso

**Métodos.** Informe de caso-revisión literatura

**Resultados.** Paciente femenino de 23 años, estudiante de arte, sin antecedentes médicos de importancia, consulta por cuadro de 3 días de evolución de dolor torácico en hemitórax izquierdo, tipo pleurítico, asociado a diaforesis nocturna de 3 días de evolución y disnea de medianos esfuerzos; niega tos y niega fiebre. Se sospecha inicialmente tromboembolismo pulmonar, pero se obtiene resultado de dímero D negativo y demás paraclínicos dentro de límites normales, por lo que la paciente fue dada de alta con manejo analgésico. 2 días posterior al alta, la paciente reingresa por persistencia del dolor pleurítico, acompañado de disnea de esfuerzo, diaforesis y escalofrío, no acompañado de fiebre. En estudios de extensión se encuentra conglomerado ganglionar en la ventana para-aórtica e infiltrado intersticial parahiliar derecho, sin derrame pleural. Se realiza fibrobroncoscopia donde se observa compresión extrínseca en pared posterior del lóbulo superior izquierdo con disminución de la luz del bronquio del segmento apical. Adicionalmente, se toma biopsia de ganglio profundo por medio de mediastinoscopia cuyo reporte de patología es una enfermedad granulomatosa no necrosante compatible con sarcoidosis.

La fibrosis pulmonar es una complicación de los estadios avanzados de la sarcoidosis, encontrándose hasta un 20% de la población con la enfermedad y típicamente asociado con la presentación en estadio IV. Diferentes estudios han pretendido demostrar el papel diagnóstico de la enzima convertidora de angiotensina y la hipercalcemia, sin embargo el alto nivel de sospecha clínica sigue siendo la principal estrategia para su diagnóstico. Hay diferentes agentes relacionados con la presencia de sarcoidosis, desde agentes infecciosos como mycobacterias y agentes no infecciosos como polen, talco, entre otros. Pero en muchos casos, como el reportado en esta publicación, no se encuentra causa aparente de esta enfermedad.

**Conclusiones.** La sarcoidosis es una enfermedad granulomatosa multisistémica de causa desconocida que afecta principalmente el pulmón y los ganglios linfáticos, pero cualquier órgano puede afectarse por la enfermedad, incluyendo órganos abdominales y el tracto gastrointestinal. Para su diagnóstico se requiere una alta sospecha clínica, estudios imagenológicos compatibles y biopsia que demuestre granuloma no caseificante.

D-99

**SÍNDROME DE ABSCESO HEPÁTICO INVASIVO POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE**

PATIÑO YOHANA, UNIGARRO M, FERNÁNDEZ, J.

Universidad del Sinú, Cartagena, Colombia.

**Introducción.** Se presenta el caso de un hombre de 48 años de edad, con cuadro de fiebre, dolor costal derecho y posterior dificultad respiratoria. Se documentó en imágenes derrame pleural derecho con consolidaciones multilobares derechas y colección hepática, con reporte de hemocultivo y cultivo de lavado bronquial con crecimiento de *Klebsiella pneumoniae*, constituyendo así cuadro de síndrome de absceso hepático invasivo por *Klebsiella pneumoniae*, con bacteremia y embolismo séptico pulmonar.

**Diseño.** Presentación de caso.

**Métodos.** Estudio de Caso.

**Resultados.** Paciente con disnea marcada y desarrolla disminución del murmullo vesicular en base pulmonar derecha y presencia de crépitos, la radiografía de tórax en la cual muestra derrame pleural, con abombamiento hacia la cisura menor, se realizó toracentesis diagnóstica donde se documentó derrame pleural tipo exudado con cultivo en líquido negativo, se reportaron hemocultivos positivos con crecimiento de *Klebsiella pneumoniae* multisensible, tomografía de tórax se evidenció derrame pleural, proceso neumónico multilobar, se obtuvo posterior aislamiento de la *K. pneumoniae* en hemocultivo y lavado bronco alveolar

**Conclusiones.** El caso que presentamos es característico de Síndrome de absceso hepático Invasivo por *K. pneumoniae*. Es interesante mencionar que el foco metastásico secundario a la bacteriemia se presentó a nivel pulmonar, evento de importancia clínica debido a que el involucro pulmonar se asocia con poca frecuencia a este síndrome y del que existen muy pocos casos reportados.

D-98

**PIREY Y DOLOR OSTEOMUSCULAR COMO MANIFESTACIÓN DE POLIARTRITIS NODOSA. REPORTE DE UN CASO**

ÁLVAREZ-ECHEVERRY INGRID, BONILLA-ABADÍA F, VÉLEZ JD. Fundación Clínica Valle del Lili, Cali, Colombia.

**Introducción.** La poliarteritis nodosa (PAN) es una vasculitis necrotizante de vasos de mediano calibre, no hay marcadores séricos específicos y el diagnóstico requiere estudios histopatológicos y angiográficos.

**Diseño.** Estudio observacional, descriptivo. Reporte de caso.

**Métodos.** Informe de caso-revisión literatura.

**Resultados.** Paciente femenina de 82 años, con enfermedad pulmonar crónica e hipertensión arterial, con cuadro de dos meses de fiebre, pérdida de peso de 15 Kg, dolor osteomuscular y debilidad de cintura pélvica. Al examen lúvido reticularis y nódulos de Hederben. Leucocitosis, anemia de volúmenes normales y PCR elevada. Baciloscopias, hemocultivos, virus de hepatitis C y B negativos, factor reumatoide 107 UI/ml, sedimento urinario con hematuria, tomografía de tórax y abdomen con edema de grasa perirrenal. Perfil reumatológico negativo, electromiografía con polineuropatía desmielinizante, biopsia de nervio sural, con compromiso vascular y necrosis fibrinoide, se manejó con esteroide y azatioprina. La PAN, es una vasculitis necrotizante, asociada a infecciones virales especialmente hepatitis B, procesos autoinmunes (Sjögren) y mutaciones de gen CECR1 para la adenosin deaminasa tipo 2. Hay alteración endotelial que activa células T Cd4+, liberación de citoquinas, TNF $\alpha$ , INF $\gamma$ , IL2 e IL8, producción de pro-retnina que induce activación de los receptores ERK1 y proteína PLZF/p85 $\alpha$  llevando a proliferación endotelial.

Afecta cualquier vaso, excepto pulmones, la clínica incluye fiebre, osteoartralgias, pérdida de peso, isquemia cutánea y lúvido reticularis, hay neuropatía periférica e hipertensión, hematuria y proteinuria. El diagnóstico requiere hallazgos clínicos, angiográficos e histopatológicos, puede haber Anticuerpos anti complejo fosfatidil serina- protrombina elevados, la biopsia muestra necrosis inflamatoria panmural en las bifurcaciones arteriales.

**Conclusiones.** La panarteritis es una enfermedad con incidencia en descenso, con clínica inespecífica y curso relativamente benigno, el manejo consiste en terapia con esteroides a dosis bajas y ciclofosfamida. En caso de infección por Hepatitis B el manejo específico de la infección mejora la evolución.

D-100

**CRYPTOCOCOSIS DISEMINADA EN PACIENTE TRATADO CON MOFETIL MICOFENOLATO. REPORTE DE CASO**

FAJARDO LINA, CASAS D, MARTÍNEZ G, SALDARRIAGA E, MARTÍNEZ F, COY A, MONTENEGRO E.

Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá Colombia.

**Introducción.** La criptococosis es una enfermedad oportunista causada por una levadura encapsulada potencialmente fatal, causada por variantes de *Cryptococcus neoformans*, la cual afecta inicialmente al pulmón y se disemina por vía hematogénea. La presentación diseminada en el paciente que recibe micofenolato es inusual por su mecanismo de acción.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: Informe de caso.

**Métodos.** Informe de caso-revisión literatura.

**Resultados.** Paciente masculino de 23 años de edad, que asiste por 15 días de evolución de cefalea progresiva, fotofobia y emésis. Antecedente de síndrome hemolítico urémico a los 2 años con falla renal secundaria, trasplante renal a los 7 años, en manejo con mofetil micofenolato 750mg bid. Al examen físico se encuentra rigidez nuchal se documenta en piel placas eritematosas, descamativas con nódulos en piernas. Se realizó punción lumbar con reporte de antígeno positivo para *cryptococcus neoformans*, reporte de 3 hemocultivos positivos para el mismo germen. Se tomó biopsia de las lesiones de piel que reporta numerosas estructuras circulares de diversos tamaños de paredes gruesas birrefringentes centros claros reactivas con las coloraciones de PAS, Gomori y Mucicarmin compatibles con *Cryptococcus sp.* Se inició manejo con Anfotericina B deoxicolato, sin embargo tras completar 1 gr paciente persistía con taquicardia, fiebre y sin mejoría de las lesiones cutáneas, por lo que se completo el esquema con anfotericina liposomal con mejoría clínica significativa y se dio salida con fluconazol para completar 2 meses de tratamiento. Durante los seguimientos por consulta externa paciente con evolución clínica favorable, sin nuevas recaídas hasta la fecha.

**Conclusión.** Es importante conocer las diferentes manifestaciones que se pueden presentar en la infección por criptococo y sospecharla no solo en pacientes con VIH sino también en terapia inmunosupresora como el micofenolato, en el cual la presentación de infecciones oportunistas es inusual, para realizar el diagnóstico de forma oportuna e iniciar tempranamente el tratamiento para disminuir la morbi-mortalidad.

D-101

**ESCLEROSIS MÚLTIPLE EN HOMBRE JOVEN**

RIAÑO J, FERNÁNDEZ JUAN.

*Universidad del Sinú, Cartagena, Colombia.*

**Introducción.** La esclerosis múltiple es una enfermedad inflamatoria crónica del sistema nervioso central de etiología no conocida caracterizada por la aparición de sintomatología neurológica diversa en forma de brotes o de deterioro progresivo y de lesiones en cualquier localización de la sustancia blanca cerebral que pueden dejar como secuelas la desmielinización definitiva de la zona, esta enfermedad tiene poca incidencia en nuestra costa atlántica y se presenta en una relación 3:1 mayor en mujeres que en hombres; se realiza la presentación de un caso clínico en un paciente masculino de 17 años de edad con dos brotes quien luego de muchos estudios y de un plan diagnóstico exhaustivo se logra la realización del diagnóstico e inicio del tratamiento con interferón.

**Diseño.** Presentación de caso.

**Métodos.** Estudio de caso.

**Resultados.** Paciente con cuadro subagudo de déficit neurológico de diferente topografía, con hallazgos en resonancia compatibles con placas desmielinizantes, por lo cual es prioritario el estudio para esclerosis múltiple, se muestra el pna de diagnóstico y como el análisis de los demás diagnósticos diferenciales son útiles para poder dar inicio al manejo médico de esta patología.

**Conclusiones.** Se plantea la importancia del diagnóstico clínico, sus bases, los diferentes procedimientos para llevarlo a cabo y se analizan los diversos diagnósticos diferenciales, la importancia de la interrelación entre la clínica y la tecnología para el diagnóstico de la esclerosis múltiple.

D-103

**MASA PULMONAR EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO: PRESENTACIÓN DE 2 CASOS DE NOCARDIOSIS PULMONAR**

PÉREZ FERNÁNDEZ OSCAR MAURICIO, SARAVIA IC, UCROS-LOZANO EC, CONDE-CAMACHO R, CASTAÑEDA-LUQUERNA AX.

*Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** Presentamos 2 casos de pacientes con Nocardiosis pulmonar en contexto de inmunosupresión farmacológica, una infección potencialmente grave y de baja prevalencia.

**Métodos.** Reporte de casos.

**Resultados.** Caso 1. Mujer de 54 años con antecedente de amiloidosis sistémica. Consultó por dolor torácico pleurítico derecho y disnea. Recibía prednisolona por más de 1 año. A su ingreso sus signos vitales fueron normales y no tenía hallazgos relevantes al examen clínico.

Hemograma al ingreso con leucocitosis, neutrofilia y creatinina elevada crónicamente. La radiografía de tórax (Gráfico 1) mostró una masa en lóbulo inferior derecho. El TAC de tórax reveló en el segmento superior del lóbulo inferior derecho una masa irregular de 31 mm x 26mm x 28 mm, en contacto con la pleura (Gráfico 2). Histológicamente se observaron microorganismos filamentosos ramificados compatibles con *Nocardia spp.* Se dio manejo con trimetoprim sulfametoxazol pero paciente falleció meses después por complicaciones de su enfermedad de base.

Caso 2. Hombre 68 años con dermatopoliomiositis en tratamiento con azatioprina y prednisolona. Consultó por cuadro de 4 meses de disnea, tos con esputo purulento reciente, mialgias, diaforesis nocturna y pérdida de peso. Ingresó en regulares condiciones generales, taquicárdico y con requerimiento de suplencia de oxígeno, sus ruidos respiratorios estaban disminuidos en base derecha, con matidez a la percusión, sin otros hallazgos importantes.

La radiografía de tórax (Gráfico 3) mostró infiltrado alveolar del lóbulo superior e inferior derecho. TAC de tórax reveló masa en segmento posterior del lóbulo superior derecho de 46 x 59 x 64 mm (Gráfico 4). Cultivo de biopsia mostró crecimiento de *Nocardia spp.* y pleuritis aguda con granulomas necrotizantes, sin caseificación. Paciente recibió manejo con trimetoprim sulfametoxazol con recuperación total.

**Conclusiones.** La Nocardiosis pulmonar es un diagnóstico diferencial que se debe tener en cuenta en pacientes inmunocomprometidos que se presentan en el servicio de urgencias con masa pulmonar.

D-102

**NEUMONÍA ORGANIZADA FIBRINOSA AGUDA. REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

LABRADOR CHRISTIAN, DURÁN M, MARTÍNEZ G.

*Fundación Neumológica Colombiana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La neumonía organizada fibrinosa aguda (AFOP) por sus siglas en inglés, corresponde a un patrón histológico de neumonía intersticial raro descrito como una variante del espectro clínico de la neumonía organizada y del daño alveolar difuso, con características histológicas distintas. Esta entidad ha sido reportada en asociación con enfermedades del colágeno, neumonitis por medicamentos, infecciones, post trasplante y de origen idiopático.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: Informe de caso.

**Métodos.** Informe de caso-revisión literatura.

**Resultados.** Caso 1. Hombre de 70 años con antecedente de reciente diagnóstico de Linfoma B estadio III, en manejo con quimioterapia quien cursó con tos, fiebre y disnea, con posterior desarrollo de insuficiencia respiratoria aguda. La tomografía de alta resolución reveló áreas inespecíficas de vidrio esmerilado de predominio en lóbulos superiores. La fibrobroncoscopia fue normal y el lavado bronco alveolar mostro neutrofilia y linfocitosis, con tinciones y cultivos negativos. La biopsia pulmonar reportó un cuadro histológico compatible con neumonía fibrinosa organizativa aguda.

Caso 2. Mujer de 72 años sin comorbilidades de importancia quien consultó por cuadro de 8 meses de evolución de tos seca asociado a disnea, sin fiebre. La tomografía de alta resolución de tórax reportó engrosamiento de los septos intralobulillares, con aumento del coeficiente atenuación de ambos parénquimas pulmonares, con áreas de vidrio esmerilado y signo del halo invertido. Se consideró posible neumonía intersticial por lo cual se llevó a biopsia pulmonar, la cual describió la presencia de bolas de fibrina intra-alveolares, ausencia de membranas hialinas, considerándose cuadro histológico de neumonía organizada fibrinosa aguda.

**Conclusión.** La AFOP es una entidad con características histológicas, curso clínico y mortalidad distinta a los clásicos patrones histológicos descritos en la neumonía intersticial. El reconocimiento temprano de esta enfermedad es importante debido al curso fatal que puede presentarse.

D-104

**SARCOMA DE KAPOSI EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE**

CASAS D, MARTÍNEZ G, SILDARRIAGA E, FAJARDO LINA\*

*Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá Colombia.*

**Introducción.** El Sarcoma de Kaposi (SK) es una neoplasia del endotelio vascular. Se clasifica en cuatro tipos: clásico, endémico, iatrogénico, y epidémico. El SK clásico tiene mayor prevalencia en hombres mayores de 60 años, su curso clínico es prolongado y en la mayoría de los casos es benigno.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: Informe de caso.

**Métodos.** Informe de caso.

**Resultados.** Paciente masculino de 82 años con cuadro clínico de dos años de evolución de aparición de lesiones en piel tipo placas color ocre/violáceas localizadas en tronco, abdomen y extremidades, con cambios de angiodermatitis, acompañadas de edema semiduro, dolor de intensidad 7/10 y sensación de debilidad en miembros inferiores del mismo tiempo de evolución. Antecedente de Trombosis venosa profunda en manejo con Warfarina. Se sospecho síndrome paraneoplásico por estado hipercoagulable vs enfermedad de Hansen en el contexto de paciente con lesiones en piel y síntomas sensitivos. Dermatología realiza biopsia de las lesiones en piel cuyo resultado fue Sarcoma de Kaposi. Se realiza ELISA para VIH el cual fue negativo, por lo que se considera paciente con SK de variedad clásica y se solicita valoración por oncología para manejo. Se suspende Warfarina y se inicia anticoagulación con heparinas de bajo peso molecular.

**Conclusión.** El SK es una neoplasia de tejidos blandos de origen vascular, la cual generalmente se presenta en nuestro medio asociado a inmunosupresión por VIH, sin embargo existe la modalidad de SK clásico en inmunocompetentes y se ha descrito mayor frecuencia de presentación en poblaciones del Mediterráneo. En nuestro medio son pocos los casos de SK clásico reportados en la literatura y sus manifestaciones cutáneas pueden ser confundidas con otras patologías, por lo que se considera importante el conocimiento de la enfermedad para el diagnóstico y manejo oportuno.

D-105

**NEUMONÍA ORGANIZADA FIBRINOSA AGUDA, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA**

LABRADOR CHRISTIAN, DURÁN M, MARTÍNEZ G.

*Fundación Neumológica Colombiana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La neumonía organizada fibrinosa aguda (AFOP) por sus siglas en inglés, corresponde a un patrón histológico de neumonía intersticial raro descrito como una variante del espectro clínico de la neumonía organizada y del daño alveolar difuso, con características histológicas distintas. Esta entidad ha sido reportada en asociación con enfermedades del colágeno, neumonitis por medicamentos, infecciones, post trasplante y de origen idiopático.

**Diseño.** Presentación de caso.

**Métodos.** Estudio de caso.

**Resultados.** Caso 1 Hombre de 70 años con antecedente de reciente diagnóstico de Linfoma B estadio III, en manejo con quimioterapia quien cursó con tos, fiebre y disnea, con posterior desarrollo de insuficiencia respiratoria aguda. La tomografía de alta resolución reveló áreas inespecíficas de vidrio esmerilado de predominio en lóbulos superiores. La fibrobroncoscopia fue normal y el lavado bronco alveolar mostro neutrofilia y linfocitosis, con tinciones y cultivos negativos. La biopsia pulmonar reportó un cuadro histológico compatible con neumonía fibrinosa organizativa aguda. .

Caso 2 Mujer de 72 años sin comorbilidades de importancia quien consultó por cuadro de 8 meses de evolución de tos seca asociado a disnea, sin fiebre. La tomografía de alta resolución de tórax reportó engrosamiento de los septos intralobulillares, con aumento del coeficiente atenuación de ambos parénquimas pulmonares, con áreas de vidrio esmerilado y signo del halo invertido. Se consideró posible neumonía intersticial por lo cual se llevó a biopsia pulmonar, la cual describió la presencia de bolas de fibrina intra- alveolares, ausencia de membranas hialinas, considerándose cuadro histológico de neumonía organizada fibrinosa aguda.

**Conclusión.** La AFOP es una entidad con características histológicas, curso clínico y mortalidad distinta a los clásicos patrones histológicos descritos en la neumonía intersticial. El reconocimiento temprano de esta enfermedad es importante debido al curso fatal que puede presentar.

D-107

**HIPERSENSIBILIDAD DEL SENO CAROTÍDEO Y MARCAPASOS; SEGUIMIENTO DE RECURRENCIA DE SÍNCOPE**

ASTUDILLO V, MAYA A, JIMENEZ E, FRANCO G, ASTUDILLO J.

*Clínica El Rosario-Corazón Instituto Especializado. Medellín, Colombia.*

**Introducción.** Se denomina hipersensibilidad del seno carotideo a la reacción que se presenta posterior a un masaje realizado sobre el borde anterior del musculo esternocleidomastoide a la altura del cartilago cricoides en el sitio de mayor pulsación carotideo por 10 segundos o menos si se produce el síncope, pudiendo ser esta respuesta: cardioinhibitoria si se presenta asistolia por mas de 3 segundos, vasodpresora cuando se registra una reducción de la TA sistólica mayor o igual a 50 mmHg y mixta si se presenta características de bradicardia severa e hipotensión.

**Diseño del estudio.** Descriptivo.

**Métodos.** Se reporta estudio de serie de casos en pacientes con hipersensibilidad del seno carotideo posterior al masaje y respuesta cardioinhibitoria (asistolia mayor de 3 segundos) en quienes se implantó marcapaso bicameral los cuales fueron seguidos para evaluar recurrencia.

**Resultados.** Se analizaron 5 pacientes con hipersensibilidad del seno carotideo, a los que se les implantó marcapasos, 3 pacientes de sexo masculino (60%) con una edad mediana de 70 años con un rango intercuartílico [60 - 80] años, todos hipertensos. Solo una paciente presentó recurrencia de los síntomas 4 meses después del procedimiento.

**Conclusiones.** La implantación de marcapasos en pacientes con hipersensibilidad del seno carotideo evita la recurrencia de síntomas en la mayoría de los pacientes.

D-106

**BRONQUIOLITIS OBLITERANTE COMO CAUSA DE NEUMONÍA A REPETICIÓN EN PACIENTE POST TRASPLANTE AUTÓLOGO DE MÉDULA ÓSEA**MARTÍNEZ G, SALDARRIAGA E, FAJARDO LINA, CASAS D, LABRADOR C.  
*Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La bronquilitis obliterante (BrOb) es una complicación tardía que se presenta hasta en el 3.7% de los paciente luego del trasplante de medula ósea (TMO) alogénico, se encuentra asociada con la enfermedad crónica de injerto contra huésped y representa una alta morbimortalidad, sin embargo su presentación en TMO autólogos es poco conocida, existen pocos casos reportados en la literatura ya que su noción fisiopatológica aun por terminar de establecer excluye el autoinjerto.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: Informe de caso.

**Métodos.** Informe de caso.

**Resultados.** Paciente masculino, 54 años de edad, con antecedente de Linfoma No Hodking tipo Folicular con Transformación a linfoma B de células grandes (Síndrome de Richter), con quimioterapia abril 2008 y rescate RESHAP Mayo 2011, posterior trasplante autólogo de medula ósea marzo 2012, presenta neumonía adquirida en la comunidad a repetición 3 episodios el último año; Reingresa por tos, expectoración mucopurulenta y aumento de la clase funcional, se documenta en imágenes tomográficas, mosaico de atenuación con atrapamiento aéreo, árbol gemación, se realiza fibrobroncoscopia descartando proceso infeccioso agudo y coloraciones y cultivos negativos, biopsia trasbronquial tejido pulmonar sano, posterior biopsia por videotoracoscopia en la cual se identifica bronquiolitis obliterante, asociado a neumonía organizativa circundante.

**Conclusión.** La (BrOb) es una complicación grave posterior al TMO alogénico, y poco frecuente en TMO autólogo, esta entidad requiere de un diagnóstico oportuno, una sospecha clínica alta y descartar siempre otras patologías más frecuentes, para determinar un tratamiento óptimo y oportuno.

D-108

**HIPERGLUCEMIA Y OTRAS MANIFESTACIONES METABÓLICAS DEL HEPATOCARCINOMA**

HERNÁNDEZ GIOVANNI, GIRALDO S.

*Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El carcinoma hepatocelular es el quinto cáncer más común en los hombres y el séptimo en las mujeres con un alto porcentaje relacionado al virus de la Hepatitis B, y con altas tasas de crecimiento y frecuencia de mortalidad a los relacionados con la hepatitis C, además de tener fuertes asociaciones con población alcohólica y con hígado graso no alcohólico. Dentro de las manifestaciones clínicas se encuentran síntomas de dolor abdominal, aquellos derivados de la disfunción hepática y aquellos relacionados con sustancias derivadas de la misma actividad tumoral es el caso de manifestaciones clínicas sistémicas que tienen relación directa con la invasión y severidad y pronóstico de la enfermedad.

**Diseño.** Reporte de caso.

**Métodos.** Se plantea el reporte de un caso de hepatocarcinoma con manifestaciones metabólicas.

**Resultados.** Paciente sin antecedentes patológicos de importancia quien consulta por cuadro clínico de 1 año de evolución consistente en dolor abdominal persistente, con sensación de masa en hipocondrio derecho de 3 meses de evolución, a la que en estudios iniciales se documenta masa dependiente de hígado que es biopsiada y llevada a estudio anatomopatológico, diagnosticándose hepatocarcinoma avanzado, continuando estudios ambulatorios, sin embargo paciente inicia cuadros intermitentes de alteración del estado de conciencia acompañados de diaforesis, náuseas, encontrándose niveles de glucemia < 30 mg/dl sintomáticos, requiere manejo intrahospitalario con infusión de dextrosa y bolos de glucagón, a pesar de esto persistencia de hipoglucemia por lo que se indica inicio de terapia con esteroides a altas dosis (1.5 mg/kg), descartándose otras causas de hipoglucemia. Lográndose estabilizar niveles metabólicos. Como otros hallazgos importantes y que requirieron atención médica se encuentran aumento de los niveles de colesterol y calcio séricos que tienen relación directa con la fisiopatología del diagnóstico primario.

**Conclusiones.** El hepatocarcinoma continua siendo un tumor con alta incidencia en la población mundial, viéndose un aumento progresivo en la población hispana y latina derivado de infecciones por hepatitis crónicas B y C, los pocos recursos de acceder a un sistema calificado de salud, por lo que es de gran importancia destacar manifestaciones clínicas y paraclínicas haciendo parte de los síndromes paraneoplásicos que se relacionan con el estado clínico y severidad de la enfermedad, lo que determinara un cambio en el pronóstico y las condiciones morbiles de la entidad.

D-109

**AUTOINMUNIDAD MEDIADA POR ADYUVANTES. REPORTE DE UN CASO Y REVISIÓN EN LA LITERATURA**

ESCOBAR CÁRDENAS DIANA MARCELA, TOBÓN G.

Fundación Valle de Lili, Cali, Colombia.

**Introducción.** Recientemente se ha generado un especial interés relacionado con el fenómeno de autoinmunidad mediada por factores ambientales. El síndrome de autoinmunidad mediada por adyuvantes –ASIA– engloba cuatro entidades descritas separadamente y pone en el radar la pérdida de tolerancia inmunológica relacionada con situaciones como la vacunación y los implantes de silicona.

**Diseño.** Estudio observacional, descriptivo. Reporte de Caso.

**Métodos.** Reporte de caso-revisión literaria.

**Resultados.** Reporte de caso de una paciente con antecedente de hipotiroidismo, implantes mamarios de silicona y biopolímeros y síndrome de Sjogren quien desarrolla síntomas constitucionales, gastrointestinales, respiratorios y cutáneos con necesidad de hospitalización con evidencia de eosinofilia, linfadenopatías que requirió estudios adicionales. Se revisaron los criterios diagnósticos, el curso clínico, manejo de la entidad y seguimiento a largo plazo.

**Resultados.** Se describe el caso de una paciente de 51 años con antecedente de hipotiroidismo implantes mamarios y biopolímeros con posterior diagnóstico de síndrome de Sjogren quien consultó por mialgias artralgiás y episodios de fiebre intermitente con linfadenopatías, además de diarrea de reciente instauración. Recibió tratamiento antibiótico con desarrollo de lesiones cutáneas pruriginosas, eosinofilia y elevación de transaminasas que se interpretó inicialmente con una reacción a medicamentos. Recibió tratamiento específico con suspensión del antibiótico sin mejoría del cuadro por lo que se realizaron complementarios. Habiendo descartado otras patologías y teniendo en cuenta la historia clínica de la paciente se consideró el diagnóstico de síndrome de autoinmunidad mediada por adyuvantes.

**Conclusiones.** El síndrome de autoinmunidad mediada por adyuvantes cuenta con crecientes reportes en la literatura siendo además diagnóstico de exclusión. El uso de implantes mamarios aumenta por lo que debemos estar sensibilizados al respecto. En cuanto a la terapia la literatura es limitada. Considerando la historia de la paciente se indicó el retiro de los implantes mamarios y la corticoterapia con una evolución que hasta el momento ha sido estable.

D-111

**USO EXCESIVO DE GUIRO Y TRINCHE (GUACHARACA) GENERADOR DE SÍNDROME DE OPÉRCULO TORÁCICO DINÁMICO Y TROMBOSIS DE VENA SUBCLAVIA**

AGUIRRE HERNÁN DARIO, POSADA AF, JIMÉNEZ CE.

Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** El Síndrome del Opérculo Torácico (SOT) está constituido por un conjunto de síntomas originados de la compresión posicional, continua o intermitente, del plexo braquial y/o de la arteria o vena subclavias y la arteria vertebral en el espacio costoclavicular, y es una condición habitualmente subdiagnosticada.

La complicación venosa es la trombosis de las venas subclavias o axilares, con edema severo y deterioro funcional importante de la extremidad superior

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso.

**Resultado.** Paciente masculino de 22 años, músico, usa por más de 6 horas diarias en los últimos 6 años el Guiro y Trinche (Guacharaca), consulta por cuadro de 12 horas de edema, dolor, parestias, y congestión venosa en miembro superior derecho. Se solicita un doppler triplex venoso de miembro superior derecho donde se aprecia trombo ocupando la luz de la vena subclavia derecha, sin compromiso de venas de brazo y flujo lento en vena axilar, se realiza flebografía y trombolisis venosa local, se aprecia compresión mecánica dinámica extrínseca de la vena subclavia. Al día siguiente se realiza nueva flebografía post trombolisis donde hay persistencia del trombo, se toma tomografía de cuello que descarta costilla accesoría. Se diagnostica síndrome de opérculo torácico dinámico y es programado para descompresión de estructura vascular con anticoagulación por 6 meses.

**Conclusiones.** La trombosis venosa de miembros superiores es menos del 10% y las originadas por trastornos primarios como el SOT son sólo el 20% de estas. Se debe tener una alta sospecha diagnóstica para evitar complicaciones que comprometan la viabilidad de la extremidad. La flebografía funcional es el parámetro de oro, no solamente para diagnosticar la trombosis, sino para visualizar posibles obstrucciones que se generan con los cambios de posición, se debe intentar remoción mecánica o farmacológica del trombo venoso y es imperativo dar manejo con antagonistas de vitamina K por un periodo que oscila entre 3 y 6 meses.

D-110

**COLANGIOPCARCINOMA METASTÁSICO EN PACIENTE CON COLANGITIS ESCLEROSANTE SECUNDARIA Y MÚLTIPLES NÓDULOS PULMONARES**

MORALES ORTIZ ANDRÉS, FERNÁNDEZ L, SUA L.

Universidad CES, Fundación Valle de Lili, Cali, Colombia.

**Introducción.** La colangitis esclerosante secundaria es una enfermedad rara, en la que una alteración conocida de la vía biliar lleva a inflamación y fibrosis obliterante de los conductos biliares, con la formación de estenosis, y la destrucción progresiva del árbol biliar.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: Reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso-revisión literaria.

**Resultados.** Mujer de 50 años, con antecedente de estenosis congénita de la vía biliar, múltiples episodios de colangitis, dilataciones de la anastomosis bilioenterica y cirugía reconstrucción de la vía biliar. Ingresó con tos seca de 2 meses de evolución y radiografía de tórax con múltiples nódulos pulmonares. Al examen físico se auscultan estertores finos, sin otras alteraciones.

Paraclínicos: anemia microcítica, bilirrubinas y transaminasas normales Fosfatasa alcalina: 255, GGT: 91, Ca 19-9: 1011, ACE: 955.

TAC tórax: nódulos pulmonares y masas parenquimatosos, distribuidos de manera aleatoria.

ColangioRNM: Dilatación de la vía biliar intrahepática de aspecto “arrosariado”, además realce periportal sugestivo de proceso inflamatorio crónico o de una patología infiltrativa tipo colangiocarcinoma.

Biopsia pulmón: Adenocarcinoma.

Inmunohistoquímica: Se observa en muchas de las células tumorales hay expresión nuclear de P53 que hace altamente probable origen del tumor en la vía biliar.

**Conclusiones.** La colangitis esclerosante secundaria es una enfermedad rara, en la que no es común la asociación con cáncer de la vía biliar, son escasos los reportes encontrados en la literatura (1,2). Esta paciente con antecedente de patología congénita de la vía biliar con varios procedimientos quirúrgicos en la vía biliar. Se documentan múltiples nódulos pulmonares con estudios complementarios que confirman la presencia de colangiocarcinoma primario metastásico a pulmón.

D-112

**PIOMIOSITIS TROPICAL Y FASCITIS NECROTIZANTE TIPO II SECUNDARIAS A CUADRO DE ARTRITIS SEPTICA DE CADERA. REPORTE DE CASO**

CHARRIA JOSÉ, PÉREZ M, DÍAZ R, POVEDA M, BUITRAGO R, VILLALOBOS W.

Medicina Interna y Cuidado Intensivo, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

**Introducción.** Piomiositis es una infección bacteriana purulenta del músculo esquelético que surge por diseminación hematogena, por lo general con la formación de abscesos, más presente en pacientes inmunocomprometidos o excepcionalmente en inmunocompetentes en zonas tropicales; aunque la fasciitis necrotizante es una infección más grave, rápidamente progresiva, que compromete la fascia superficial y profunda con necrosis y colecciones potencialmente mortales sin un manejo oportuno. Dichas patologías pueden coexistir pero de una manera poco común por lo que el presente reporte de caso es novedoso y facilita la comprensión de la comorbilidad de patología infecciosa.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso.

**Resultados.** Se plantea un reporte de caso de un paciente con diagnóstico de piomiositis tropical y fasciitis necrotizante.

**Resultados.** Mujer de 77 años de edad que ingresa por un cuadro de edema de miembro inferior que comprende cadera y muslo derecho, limitación para los arcos de movimiento, dolor y fiebre. En la tomografía computarizada y cirugía muestran artritis séptica de cadera, fasciitis necrotizante abscedada y colecciones multifocales con pus que afectan a los músculos de la cadera derecha alrededor de la articulación coxofemoral, en glúteo medio y todos los grupos musculares de muslo derecho, durante la hospitalización, se tipifica en cultivos crecimiento en cultivo de tejido muscular y colección de *Streptococcus pyogenes*. La paciente resuelve el cuadro de choque luego de múltiples lavados quirúrgicos.

**Conclusiones.** La Piomiositis es una infección del músculo esquelético con formación de abscesos que surge de la diseminación hematogena, generalmente adquirida en el trópico, pero independientemente de su incidencia presenta complicaciones graves y potencialmente mortales.

D-113

**EMPIEMA ESPONTÁNEO POR SALMONELLA SPP. REPORTE DE UN CASO**

GUERRERO CHALELA CARLOS EDUARDO, PÉREZ FERNÁNDEZ OM.

Fundación Cardioinfantil – Instituto de Cardiología, Universidad del Rosario, Bogotá D.C. Colombia.

**Introducción.** La salmonella es un bacilo Gram negativo, que compromete principalmente tracto digestivo y es de curso limitado en la mayoría de los casos. El compromiso pleuropulmonar es raro y se ha reportado que sólo es causal de 1.1% de las infecciones por Salmonella extraintestinal.

El empiema bacteriano espontáneo es una complicación rara de la cirrosis hepática, secundario a infección del hidrotórax hepático, presenta altos índices de mortalidad hasta del 20%. Presentamos el caso de una paciente con empiema bacteriano espontáneo por Salmonella spp.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso.

**Resultados.** Mujer de 60 años, con antecedente de cirrosis por hepatitis C, CHILD C, MELD 23, portadora de derivación portosistémica (TIPS) realizado 25 días antes, diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. Consultó por 8 días de estado de conciencia fluctuante, bradipsiquia, bradilalia, dolor en hipocóndrio derecho y aumento de ictericia. A su ingreso en regular estado general, desorientada, bradipsíquica, taquicárdica e hipotensa, con ictericia generalizada, disminución de ruidos en bases pulmonares, matidez a la percusión derecha, sin ascitis evidente, con respuestas incoherentes, desorientada en tiempo, lugar no en persona y sin focalización neurológica, pero con asterixis. Se consideró probable encefalopatía hepática secundaria a desplazamiento o malfuncionamiento de TIPS, el cual fue descartado por hemodinamia hepática.

La radiografía de tórax mostró gran derrame pleural derecho con irregularidad pleural. Se decidió inicio de manejo antibiótico considerándose proceso infeccioso pulmonar como origen de encefalopatía. El estudio de líquido pleural reveló un exudado neutrofílico y se realiza TAC de tórax que mostró derrame pleural no libre con hidroneumotórax (Gráfico 2). Es llevada a decorticación de lóbulo inferior por toracoscopia más pleurectomía, con franco empiema a la inspección general.

El reporte del cultivo de la biopsia pleural, secreción orotraqueal y hemocultivos mostró crecimiento de *Salmonella* group, considerándose el diagnóstico de empiema espontáneo por *Salmonella* spp. La paciente fallece producto de complicaciones postoperatorias y disfunción multiorgánica por sepsis.

**Conclusiones.** El empiema bacteriano espontáneo es una complicación infrecuente, pero potencialmente mortal en pacientes cirróticos y debe ser tenido en cuenta en el abordaje inicial de un paciente con hepatopatía y sospecha de infección.

D-115

**HIPERINFECCIÓN POR STRONGYLOIDES EN UN SÍNDROME DE GOOD (HIPOGAMMAGLOBULINEMIA ASOCIADA A TIMOMA)**

GONZÁLEZ RENZA ALEJANDRO, FERNÁNDEZ TRUJILLO L, SUA LF.

Medicina Interna ICESI, Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.

**Introducción.** Las infecciones diseminadas por *Strongyloides* son frecuentes en inmunosuprimidos. Describimos el caso de un síndrome de hiperinfección por *Strongyloides* en donde se documentó niveles muy bajos de Inmunoglobulina G asociado a un timoma (Síndrome de Good).

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso

**Resultado.** Hombre de 65 años, con antecedente de resección de un timoma fusocelular un año previo al cuadro actual, el cual consistía en dolor epigástrico, emesis, disfagia y pérdida de 20 kilos en los últimos 2 meses. Se realizó una endoscopia digestiva superior que mostró esofagitis y una bulboduodenitis, una tomografía de abdomen en donde se observó un engrosamiento de las paredes del colon con adenopatías adyacentes y una colonoscopia compatible con una pancolitis; por deterioro clínico fue llevado a una laparoscopia; se encontró líquido libre sanguinolento, un colon ascendente dilatado pero sin obstrucción y adenopatías mesentéricas que fueron biopsiadas. Las muestras de patología mostraron cambios de colitis y esofagitis eosinofílica y a nivel de la mucosa duodenal, ganglio mesentérico y líquido peritoneal larvas de *Strongyloides*. Presenta deterioro respiratorio con requerimiento de intubación orotraqueal, los estudios radiológicos muestran la aparición de un nódulo pulmonar derecho, con directos de la secreción orotraqueal que mostraron también larvas de *Strongyloides*. Se llevó a broncoscopia, los resultados de patología revelaron la presencia de hemorragia alveolar antigua (posiblemente secundaria a migración parasitaria) y estructuras micóticas compatibles con *Aspergillus*. Se encontraron niveles muy bajos de Inmunoglobulina G en 1,74 g/dl (VR 7-16), se inició reposición con inmunoglobulina G, con lo que finalmente se logró recuperar, continuando reemplazo mensuales y hasta 2 años de seguimiento ha permanecido libre de nuevos procesos infecciosos.

**Discusión.** Los timomas se asocian a diferentes estados paraneoplásicos, dentro de ellos la hipogammaglobulinemia (Síndrome de Good), caracterizado por infecciones sinopulmonares recurrentes, la resección tumoral no corrige las anomalías inmunológicas. El tratamiento con inmunoglobulina G, reduce los episodios de infecciones. Este es para nuestro conocimiento el primer caso de hiperinfección por *Strongyloides* asociado a un síndrome de Good descrito.

D-114

**AMILOIDOSIS CON COMPROMISO CARDIACO**

DÍAZ NASSIF GUSTAVO, LUNA VELA F.

Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia

**Introducción.** El daño cardíaco en amiloidosis poco se reconoce, la excepcional presentación de amiloidosis y la afectación variable de diferentes órganos y tejidos hacen de esta entidad un reto clínico considerable. Se presenta un caso de amiloidosis con compromiso cardíaco

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso.

**Resultados.** Paciente con antecedente de apnea del sueño, cuadro caracterizado por palpitaciones, dolor torácico, disnea y diaforesis con pérdida de la conciencia de 30 segundos de duración. Ha presentado 5 episodios similares desde hace 1 año. Al examen físico ruidos cardíacos arrítmicos, soplo mitral grado I, se enfoca como síncope cardiogénico, toman hemograma y troponina que son normales, electrocardiograma con extrasístoles ventriculares, ecocardiograma; hipoquinesia difusa, patrón restrictivo. Perfusión miocárdica negativa, resonancia magnética; realce difuso subendocárdico en el ventrículo izquierdo, estando hospitalizado presenta lesiones equimóticas peripalpebrales, por lo que se toma biopsia de piel que muestra presencia de material amorfo, con coloración rojo Congo positivo, por tanto se considera amiloidosis que debuto con compromiso cardíaco.

La amiloidosis es un grupo de enfermedades raras, de causa desconocida, se caracterizan por depósito de sustancia amorfa (amiloido), de diversos órganos y tejidos condicionando alteraciones funcionales y estructurales. Alrededor del 75% de pacientes que la padecen tienen amiloidosis primaria, el 5% total presenta amiloidosis secundaria, la presencia de amiloidosis cardíaca es con frecuencia, el peor factor pronóstico. El diagnóstico de amiloidosis requiere la demostración histopatológica de los depósitos de amiloide. El daño cardíaco es progresivo y conduce a falla cardíaca. El tratamiento de la amiloidosis cardíaca requiere: el manejo de los síntomas cardíacos y el tratamiento de la enfermedad de fondo.

**Conclusiones.** Debe sospecharse amiloidosis en pacientes con miocardiopatía restrictiva, ya que desarrollan disfunción diastólica temprana y anomalías no específicas al sistema de conducción que pueden llevar a episodios sincopales.

D-116

**LITIASIS RENAL EN PACIENTE CON HIPERPARATIROIDISMO. REPORTE DE UN CASO**

BERNAL LAURA, SALAZAR E.

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

**Introducción.** La nefrolitiasis es la manifestación renal más importante del hiperparatiroidismo primario (HPTP), muchas veces puede ser la única. Ocurre en un 15 a 20% de pacientes con HPTP, y un 5 a 10% de pacientes con nefrolitiasis tienen hiperparatiroidismo.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso.

**Resultados.** Se trata de una paciente de 24 años, quien presenta en el transcurso de dos años, cuadros de nefroureterolitiasis bilateral e infecciones de vías urinarias a repetición, con requerimiento de manejo antibiótico de amplio espectro y realización de ureterolitotomía endoscópica y colocaciones de catéter doble J.

Consulta a nuestra institución por sepsis severa de origen urinario, aislándose en urocultivo de *E. coli* BLEE y enterococo faecium, recibió manejo con ertapenem/Vancomicina, posterior a finalización, se realiza ureterolitotomía, sin evidencia de cálculos residuales.

Reconsulta a los pocos días, por sepsis de origen urinario, documentándose nuevamente urolitiasis.

Ante la recurrencia de la enfermedad litiasica, se decide realización de estudios metabólicos, documentándose hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo primario (hormona paratiroidea por encima de 1000), se realiza gammagrafía que muestra adenoma paratiroideo. Es llevada a paratiroidectomía sin complicaciones, con posterior normalización de los niveles de calcio y resolución del cuadro litiasico.

**Conclusión.** Aunque no es una recomendación universal el estudio metabólico de la enfermedad litiasica renal en episodios agudos, debe considerarse en pacientes con difícil control de la enfermedad, en quienes dada la rápida formación de los cálculos, no se logran periodos de remisión. En estos casos, teniendo en cuenta el riesgo de complicaciones asociadas, adquiere valor el diagnóstico temprano de la patología causal subyacente, en este caso, el HPTP, siendo esta una entidad de fácil diagnóstico, susceptible de manejo definitivo, permitiendo así evitar consecuencias irreversibles tales como la falla renal.

D-117

**RINÓN DE MIELOMA. COMO PRESENTACIÓN DE MIELOMA MÚLTIPLE**

PATIÑO Y, FERNÁNDEZ JUAN.

*Universidad del Sinú, Cartagena, Colombia.*

**Introducción.** La lesión renal aguda es una complicación relativamente frecuente del Mieloma Múltiple. Esta complicación se asocia a peor pronóstico y acortamiento de la supervivencia. La etiología es multifactorial, incluyendo la depleción de volumen, hipercalcemia, nefritis tubulointersticial y raramente el síndrome de hiperviscosidad. Sin embargo, la principal causa del daño renal es el exceso de producción monoclonal de cadenas ligeras que provocan obstrucción a nivel tubular conocida como riñón del mieloma.

Presentamos el caso de un fallo renal agudo secundario a riñón del mieloma, con buena respuesta a la plasmáferesis, en el cual se obtuvo una recuperación de la función renal.

**Diseño.** Presentación de caso.

**Métodos.** Estudio de Caso.

**Resultados.** Se presenta el caso de una paciente de 48 años de edad, diagnosticado con gammapatía monoclonal tipo Mieloma Múltiple en el año anterior, manejada desde el momento del diagnóstico con protocolo de quimioterapia con bortezomib, dexametasona y ciclofosfamida por 4 ciclos con remisión completa de la enfermedad, quien luego de esto presenta cuadro agudo de oliguria con falla renal aguda.

**Conclusiones.** El tratamiento agresivo de una urgencia hematológica está indicado, aun cuando no se haya establecido un diagnóstico exacto de la enfermedad de base. En el caso de la urgencia oncohematológica, cuando es consecuencia directa del proceso maligno, se debe tratar la neoplasia subyacente siempre que se disponga de un tratamiento efectivo para esta.

D-119

**HEMIBALISMO, PRESENTACIÓN DE UN CASO**

SERPA D, FERNÁNDEZ JUAN.

*Clínica Cartagena del Mar, Cartagena, Colombia.*

**Introducción.** El hemibalismo consiste en movimientos espásticos, involuntarios, rápidos, sin coordinación, especialmente en las extremidades superiores, que afectan a la mitad del cuerpo. Con frecuencia provoca caídas y evita que la persona tenga una posición sostenida. Es la manifestación de una lesión en el núcleo subtalámico cerebral contralateral o en sus conexiones, generalmente en pacientes con un historial de hipertensión y/o diabetes, se presenta el caso de un paciente masculino de 52 años con cuadro clínico de 3 días de evolución caracterizado por movimientos involuntarios y arrítmicos en boca, miembro superior e inferior izquierdo. El cuadro inicio de forma brusca no asociado a ninguna otra sintomatología

**Diseño.** Presentación de caso.

**Métodos.** Estudio de Caso.

**Resultados.** Paciente con movimientos de hemibalismo y hemicorea en brazo y pierna izquierda. Persiste con hiperglucemia pero con osmolaridad y gasometría dentro de la normalidad. En la TAC cerebral simple se evidencia sangrado ganglio basal derecho, lo cual explica el trastorno neurológico.

**Conclusiones.** El gran aprendizaje de este caso es como la presentación clínica, advertida por el ojo clínico, sumado a la búsqueda incansable de la verdad, nos dan claridad de cómo encontrar el trasfondo de esta manifestación compleja y que es la punta del iceberg de muchas patológicas neurológicas.

D-118

**PERFORACIÓN ESOFÁGICA Y FÍSTULA ESOFAGOPLEURAL POR CANDIDA ALBICANS**

GARZÓN DIANA, JIMÉNEZ K, ÁVILA Y, ALI A.

*Fundación Neumológica, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La incidencia de empiemas fúngicos ha venido en aumento en los recientes años, la mayoría de los casos de esta entidad son adquiridos nosocomialmente o en pacientes inmunocomprometidos. Las principales causas de empiema por hongos incluyen infecciones abdominales, infecciones broncopulmonares, intervenciones quirúrgicas y toracentesis a repetición. Un estudio reciente de cohorte prospectiva incluyó 73 pacientes con neumonía, donde especies de *Cándida* comprometen 9.3% de los 54 aislamientos microbiológicos recolectados en sangre, aspirados endobronquiales y lavados broncoalveolares (BAL). La etiología infecciosa de una fístula esófago-pleural y su relación con empiema es realmente rara, siendo el factor causal microbiológico más frecuente la tuberculosis, y de las micosis en orden de frecuencia las histoplasmosis, actinomicosis y sumamente infrecuente especies de *Candida* y más aún en pacientes inmunocompetentes.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso.

**Resultado.** Paciente de 82 años con antecedente de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica oxígeno-requiriente, presenta síntomas respiratorios con imágenes compatibles con derrame pleural tabicado asociado a neumotórax del 30%; presenta episodio de desaturación requiriendo intubación orotraqueal, trasladado a Unidad de Cuidado Intensivo. Fibrobroncoscopia evidencia material purulento en lóbulo inferior izquierdo. Es Llevado a decorticación. El cultivo del BAL reporta *Candida Albicans* y el estudio de líquido pleural muestra componentes de nutrición enteral. Endoscopia digestiva evidencia desgarro de la mucosa a nivel de la unión gastroesofágica, se confirma con Tomografía Computada Ruptura Esofágica. Se inicia Caspofungina e implanta Stent, que posteriormente migra a cavidad gástrica. Prueba de azul de metileno positiva para fístula Esófago-pleural. Paciente con evolución tórpida Fallece.

**Conclusiones.** La perforación esofágica por *candida* es una entidad muy rara, con una mortalidad y morbilidad significativa en asociación a su presentación clínica, siendo de difícil diagnóstico y tratamiento exitoso.

D-120

**SÍNDROME DE DOEGE POTTER**DÍAZ-PORTILLA OSCAR EMILIO<sup>1</sup>, SAAVEDRA Y<sup>1</sup>, GÓMEZ G<sup>2</sup>, BUILES-BARRERA CA<sup>3</sup>, ROMÁN-GONZÁLEZ A<sup>4</sup>.*Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia.**Hospital Universitario San Vicente Fundación.**Grupo Endocrinología y Metabolismo. Universidad de Antioquia. Endocrinología Hospital Universitario San Vicente Fundación.**Grupo Endocrinología y Metabolismo. Universidad de Antioquia. Medicina Interna. Hospital Universitario San Vicente Fundación.**Grupo Endocrinología y Metabolismo. Universidad de Antioquia. Medicina Interna. Hospital Universitario San Vicente Fundación.*

**Introducción.** En 1930 los doctores Karl Doege y Roy Potter, describieron casos de hipoglucemia en pacientes no diabéticos asociada a tumores no pancreáticos, años más tarde se propone que posiblemente la fisiopatología corresponda a la producción del factor de crecimiento insulínico tipo 2 (IGF-2) que se ha relacionado con tumores de mesénquima, fibrosarcomas, mesotelomas, leiomiomas y hemangiopericitomas como causa de hipoglucemia<sup>3</sup>. En esta reporte presentamos un caso de TFSP asociado a hipoglucemia.

**Diseño.** Reporte de caso.

**Métodos.** Revisión de historia clínica.

**Resultados.** Paciente de 38 años de edad sin antecedentes personales importantes quien presenta cuadro clínico de 2 años de evolución de episodios convulsivos. Al ingreso se evidencia la presencia de glucemia en 22 mg/dl y radio-opacidad completa del pulmón izquierdo con tomografía de tórax para que reporta opacidad heterogénea que involucra la mayor parte del hemitórax izquierdo con desplazamiento del mediastino a la derecha, signos de necrosis, sin signos tomográficos que sugieran infiltración. Se documenta hiperinsulinismo endógeno (aumento en los niveles de insulina y péptido C con ausencia de sulfonilureas y metilglucosaminas en plasma). Requiere manejo con DAD al 30% por vía central y se llevo a toracotomía con resección de costillas previa embolización del tumor. Se logra extirpar todo el tumor y con esto tuvo mejoría completa de la hipoglucemia.

**Conclusiones.** Se reporta un síndrome de Doege-Potter.

D-121

**EVENTO CEREBRO VASCULAR ISQUÉMICO SECUNDARIO A NEUROSÍFILIS**

SALDARRIAGA E, FAJARDO LINA, CASAS D, MARTÍNEZ G.

*Hospital de La Samaritana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La sífilis meningovascular representa el 10% de los casos de neurosífilis y menos del 1% de los casos se comporta como un evento cerebro vascular isquémico (ECV), el cual puede afectar cualquier vaso en el sistema nervioso central.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso.

**Resultados.** Paciente masculino 65 años, quien consulta por cuadro clínico de 4 meses de evolución consistente en parestias en hemicuerpo izquierdo, asociado a cefalea global, tipo punzante, en escala análoga del dolor 7/10. Tiene antecedente de sífilis secundaria hace 15 años sin tratamiento.

Al examen físico presenta hemiparesia e hipoestesia en hemicuerpo izquierdo, reflejos musculotendinosos ++/++++. TAC de cráneo zona de isquemia en región parietal izquierda correspondiente a territorio de arteria cerebral posterior izquierda, asociado a examen de líquido cefalorraquídeo con pleocitosis linfocítica, hiperproteínoorraquia y VDRL reactivo, por lo anterior se hace diagnóstico de ECV isquémico secundario a neurosífilis, y se administra tratamiento completo.

**Conclusión.** La sífilis meningovascular se evidencia en <1% de los casos de ECV isquémico, la cual puede desarrollarse, en cualquier momento del curso de la enfermedad, desde los primeros meses de la infección hasta años después del inicio de esta, con un intervalo promedio de 7 a 10 años. La arteria cerebral media y sus ramas se comprometen el 85% de los casos, la arteria vertebrobasilar se compromete en el 10 a 15% de los casos y con menor frecuencia, se ve afectada la arteria espinal anterior, lo que provoca infartos de la médula espinal. Por lo anterior en todos los casos de ECV isquémico se recomienda, solicitar VDRL ya que permite aclarar posibles causas del evento como lo es la neurosífilis.

D-123

**CASEOMA DEL ANILLO MITRAL COMO CAUSA DE DOLOR TORÁCICO**HERRERA CATALINA<sup>1</sup>, INSIGNARES D<sup>1</sup>, MARÍN F<sup>2</sup>.*1 Universidad de la Sabana, Chía, Colombia.**2 Servicio de Cardiología, Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia*

**Introducción.** Existe una variante infrecuente de la calcificación degenerativa del anillo mitral llamada necrosis de licuefacción o caseoma; hallazgo incidental y asintomático. La prevalencia aproximada es de 0,06-0,07%. Hipótesis, postulan un desequilibrio entre la inhibición y el estímulo de la calcificación en pacientes con diabetes mellitus, hipertensión arterial, aterosclerosis y falla renal. Se describe un caso de una mujer de 78 años de edad con este hallazgo esporádico en la válvula mitral y con síntomas cardiovasculares.

**Diseño.** Reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso de una paciente de 78 años de edad con hallazgo de caseoma anular mitral diagnosticado en la Fundación Cardioinfantil.

**Resultado.** Paciente femenina de 78 años de edad que consulta por cuadro de 18 horas de evolución de dolor torácico opresivo, no irradiado de intensidad moderada desencadenada con el ejercicio sin mejoría con el reposo y sin deterioro de la clase funcional. Antecedentes: Hipertensión arterial, hipotiroidismo, diabetes mellitus, obesidad grado I y nefropatía diabética. Durante su evolución, se descartó isquemia coronaria con perfusión miocárdica y biomarcadores. El ecocardiograma trans-torácico no demostró alteraciones estructurales o funcionales, salvo una masa calcificada del anillo mitral de 199x16 mm correspondiente a necrosis caseosa del anillo mitral.

**Conclusiones.** La licuefacción anular mitral es un hallazgo poco frecuente y a menudo incidental en pacientes con factores de riesgo cardiovascular. Es posible que con su evolución, genere síntomas asociados a valvulopatía con consecuentes repercusiones hemodinámicas. Es una entidad creciente que debe tenerse en cuenta como parte del espectro de las enfermedades cardiovasculares para identificarlas tempranamente y prevenir complicaciones relacionadas.

D-122

**UNA RARA CAUSA DE HIPERTENSIÓN PULMONAR**

GIL-TORRES PABLO RAMÓN, FERNÁNDEZ-TRUJILLO L.

*Fundación Valle del Lili, Santiago de Cali, Valle del Cauca, Colombia.*

**Introducción.** El síndrome de Sjogren con compromiso pulmonar es una entidad poco frecuente. De igual forma su participación como causa de hipertensión pulmonar se observa en pocos casos. A continuación se presentará un resumen de un caso de hipertensión pulmonar en cuya aproximación diagnóstica se llegó a esta entidad.

**Diseño.** Presentación de poster electrónico de un caso de síndrome de Sjogren como causa de hipertensión pulmonar.

**Métodos.** Se realizó un estudio diagnóstico de una paciente con hipertensión pulmonar en quien se llegó al diagnóstico de síndrome de Sjogren.

**Resultados.** Paciente femenina de 40 años con deterioro progresivo de su clase funcional y disnea en quien inicialmente se tuvo un diagnóstico de tromboembolismo pulmonar crónico bilateral e hipertensión pulmonar. Llamó la atención algunas alteraciones en la arquitectura pulmonar con patrón en mosaico. Se realizó cateterismo derecho con prueba de vasorreactividad positiva. Las pruebas de función pulmonar mostraron un patrón restrictivo severo con disminución de la capacidad de difusión de monóxido de carbono. Con diagnóstico de fibrosis pulmonar se realizó biopsia pulmonar con documentación de neumonía intersticial no especificada con patrón histológico de neumonía descamativa like. Se dio tratamiento esteroide y se ordenaron pruebas de autoinmunidad con antiSSA y SSB positivos. Fue valorada por reumatología decidiéndose iniciar azatioprina. Se realizó biopsia de glándula salival menor con denso infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario alrededor de los ductos confirmándose el diagnóstico de síndrome de Sjogren primario. Se continuó con proceso de anticoagulación, así como manejo con sildenafil y esteroide oral.

**Conclusión.** El síndrome de Sjogren es una rara entidad causante de hipertensión pulmonar. Se debe tener presente las entidades autoinmunes que originen fibrosis pulmonar dentro de las posibilidades etiológicas de hipertensión pulmonar.

D-124

**MONONEUROPATÍA MÚLTIPLE COMO MANIFESTACIÓN DE NEUROPATÍA VASCULÍTICA**

RODRÍGUEZ-CAICEDO GA, SÁNCHEZ-GONZÁLEZ SM, MUÑOZ-DÍAZ HA, VALDÉS-

CÉSPEDES JF, LORENZANA-POMBO PABLO.

*Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** Las neuropatías vasculíticas son un grupo de enfermedades caracterizadas por un déficit motor y sensitivo de inicio agudo o subagudo que se presentan por la destrucción de origen inflamatorio de los vasos sanguíneos que irrigan nervios periféricos conllevando a isquemia subsecuente. Se describe un caso de un hombre de 51 años quien presenta Mononeuropatía múltiple como manifestación de vasculitis primaria de mediano vaso.

**Diseño.** Reporte de caso.

**Métodos.** Se describe de forma retrospectiva el caso clínico de un paciente atendido por el Servicio de Medicina Interna de la Universidad Nacional de Colombia en marzo de 2014.

**Resultados.** Hombre de 51 años con cuadro de aproximadamente 6 semanas de dolor en región inguinal bilateral asociado a cuadriparesia progresiva y pérdida de peso. Al examen físico se documenta caquexia, astenia, adinamia, telangiectasias y mononeuropatía múltiple. Se descartó VIH por prueba se ELISA negativo, anticuerpos antinucleares y anticuerpos nucleares extrañables negativos, pruebas de complemento normales, anticuerpos anticitoplasma de neutrofilos positivos 1/20. Se inicia Terapia de inducción con bolos de metilprednisolona y luego dosis de mantenimiento con prednisolona oral. Estudio anatomopatológico de nervio sural indica vasculitis de vasos mediano calibre, se considera primera posibilidad Panarteritis nodosa. Dado compromiso neurológico extenso se amplió esquema de inducción con ciclofosfamida parenteral.

**Conclusiones.** El estudio de la Mononeuropatía múltiple debe incluir sospecha clínica de enfermedades autoinmunes tipo vasculitis, enfermedades infecciosas, enfermedades de depósito, enfermedades metabólicas y síndromes paraneoplásicos. Un diagnóstico y tratamiento oportuno impactan en el pronóstico vital y funcional a largo plazo de los pacientes.

D-125

**DISNEA PSICOGENA ¿UN RETO DIAGNÓSTICO?**INSIGNARES DIEGO<sup>1</sup>, HERRERA C<sup>1</sup>, MARIN F<sup>2</sup>

1. Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

2. Servicio Cardiología, Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La disnea puede hacer parte de condiciones psiquiátricas y emocionales; con una prevalencia del 24,6%. Varios estudios fallan en soportar una teoría única. Se ha propuesto un modelo multifactorial donde existen factores psicológicos y factores físicos del paciente y en familiares de primer orden; por lo tanto, para el médico clínico la disnea se convierte en un reto diagnóstico dado a que suelen realizarse tanto formulaciones innecesarias como recursos injustificados.

**Diseño.** Reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso de una paciente adulta con disnea psicógena en la Fundación Cardioinfantil.

**Resultado.** Paciente femenina de 24 años quien ingresa con cuadro clínico de 1 mes de evolución de dolor precordial asociado a sensación de disnea y disminución de clase funcional de I a IV/IV. Antecedentes: hospitalización 2 años antes por misma sintomatología durante 30 días, alta hospitalaria sin diagnóstico. Posteriormente, se sospechó tuberculosis pericárdica por PPD positiva sin confirmación microbiológica o histológica. Perfusión miocárdica farmacológica, Gamagrafía Ventilación Perfusión negativos, perfil autoinmune y tiroideo normal, TAC de tórax sin alteraciones, Holter con bloqueo de rama izquierda intermitente, caminata 6 minutos con disnea severa a los 600 mts, ecocardiograma TT sin alteraciones funcionales pero engrosamiento pericárdico de 7mm, resonancia magnética normal. Al ingreso a urgencias, signos vitales y examen físico normal. Se realizaron los mismos estudios previos incluida curva flujo volumen normal. Infectología descartó patología infecciosa, psicología relacionó reacción de ajuste ante disfunción familiar y de pareja.

**Discusión.** La aproximación diagnóstica juega un papel importante por el amplio espectro de enfermedades que obliga descartar como en este caso etiología cardiogénica, ventilatoria y muscular periférica, pero en el abordaje clínico los trastornos mentales toman importancia pues es considerado un diagnóstico de exclusión. En esta paciente la intervención oportuna por parte del grupo de salud mental contribuyó al diagnóstico clínico.

D-127

**EVALUACIÓN DE ECUACIONES DE PREDICCIÓN DE LA CAMINATA DE SEIS MINUTOS EN POBLACIÓN ADULTA SANA**

MC EWEN OSCAR IVÁN, ORTEGA H, GÓMEZ PA, BEDOYA LJ, GÓMEZ LA, OSPINO A, MEJÍA J, GONZÁLEZ N.

Clínica Cardio VID, Medellín, Colombia.

**Introducción.** La caminata de 6 minutos es una prueba útil para evaluar la capacidad funcional de individuos con enfermedades cardiopulmonares. Las ecuaciones disponibles para predecir el rendimiento en personas sanas y con enfermedades crónicas no son aplicables indistintamente. En Colombia no existen valores de referencia propios, siendo común usar ecuaciones de otras poblaciones. El propósito es evaluar la correlación de los valores calculados con ecuaciones de predicción y los valores medidos en población sana entre 18 y 75 años de Medellín, Colombia a 1.500 mts de altitud.

**Métodos.** Estudio de corte trasversal. Se evaluó la correlación mediante prueba T para muestras relacionadas y Pearson. Para estimar una nueva ecuación se evaluó la correlación entre las variables y aquellas significativas se ingresaron a regresión lineal.

**Resultados.** Se evaluaron 11 ecuaciones en 180 participantes con edad promedio de 41 años. 46% fueron hombres, quienes caminaron  $538,9 \pm 73,3$  mts, las mujeres  $481 \pm 62$  mts, sin diferencia estadísticamente significativa entre las pruebas 1 y 2 (p:0.5). El mejor resultado se obtuvo con la ecuación de Poh (correlación Pearson: 0,48). A partir de las variables recolectadas, solo se encontró significancia estadística en las variables edad, índice de masa corporal y presión arterial sistólica inicial, modelo que explica solo el 39% de la variabilidad.

**Conclusiones.** Ninguna ecuación mostró una correlación significativa con los metros recorridos. Con las variables recolectadas no se encontró un modelo que logre explicar significativamente la variabilidad de los metros caminados, por tanto no es posible con estos datos obtener una nueva ecuación que se ajuste a la población de estudio.

D-126

**PERICARDITIS CONSTRICTIVA CRÓNICA CALCIFICADA IDIOPÁTICA**

POSADA-ANDRÉS FELIPE, AGUIRRE HD, DUQUE-RAMÍREZ JJ, GIL-ALDANA VJ.

Universidad de la Sabana, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La pericarditis constrictiva puede ocurrir después de cualquier proceso de enfermedad pericárdica o como manifestación de enfermedad sistémica y es el resultado de la cicatrización y pérdida de la elasticidad del pericárdico.

La presencia de calcificación pericárdica en la radiografía de tórax, es coherente con pericarditis constrictiva, sin embargo, la mayoría de los pacientes con pericarditis constrictiva no tendrá calcificación pericárdica ya que esta es una manifestación relativamente rara, la tomografía de tórax es ampliamente utilizada para delinear la calcificación pericárdica y detectar complicaciones, entre tanto, la ecocardiografía ayuda a diferenciar pericarditis constrictiva de cardiomiopatía restrictiva.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo reporte de caso.

**Método.** Informe de caso.

**Resultado.** Hombre de 53 años quien presenta deterioro de su clase funcional IV/IV NYHA, asociado a dolor torácico pleurítico en hemitórax derecho, intensidad severa, sin ortopnea, ni disnea paroxística nocturna, sin edema de miembros inferiores, relata pericarditis hace 5 años con aparente resolución total.

Presenta ingurgitación yugular, frote pericárdico, y matidez a la percusión en base del hemitórax izquierdo. Se realiza radiografía de tórax y posteriormente tomografía que muestran hallazgos típicos de pericarditis constrictiva calcificada, en la ecocardiografía transesofágica se aprecia engrosamiento difuso del pericardio. Es llevada a pericardiectomía total con biopsia de pericardio la cual reporta severa calcificación del 70%, sin presencia de granulomas ni bacilos ácido alcohol resistente (BAAR). El paciente tuvo un postoperatorio adecuado y una notable mejoría de sus síntomas.

**Conclusión.** La calcificación pericárdica es un hallazgo infrecuente pero debe sospecharse posterior a un episodio de pericarditis constrictiva. Aunque la mayoría de las veces su etiología es idiopática, en nuestro medio la tuberculosis cuenta con un gran porcentaje de los casos (30 – 40%). Un diagnóstico basado en la clínica y hallazgos imaginológicos es la piedra angular para una exitosa aproximación terapéutica y adecuados desenlaces.

D-128

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON CÁNCER COLORECTAL EN UN SERVICIO DE ONCOLOGÍA. CALI: 2010-2012**

SAAVEDRA MIGUEL, GUERRERO Á, LÓPEZ D, ZORRILLA C, IDROBO H, VELASCO M. Centro de Investigación en Cáncer de Hemato-Oncólogos S.A. (CIHO), Universidad Libre, Seccional Cali, Colombia.

**Objetivo.** Caracterizar en un servicio oncológico de Cali los pacientes con cáncer colorectal de acuerdo a variables socio-demográficas, clínicas y anatómicas.

**Materiales y métodos.** Estudio descriptivo transversal retrospectivo. Revisión de historias clínicas entre 2010-2012. Se incluyó toda la población con este diagnóstico (178 pacientes). Se realizaron comparaciones de tipo categórico por medio de la prueba  $\chi^2$  o exacta de Fisher. Análisis en Stata11.

**Resultados.** El 58,4% de los casos fueron mujeres, 47,5% entre los 60-79 años, 39,5% entre los 40-59 años, 54% en colon izquierdo, 38,4% con índice de masa corporal (IMC) mayor a 25. Los síntomas predominantes fueron dolor abdominal crónico (45% en colon derecho y 38% en colon izquierdo), seguido de sangrado para colon izquierdo (33%), y abdomen agudo para colon derecho (15%). Los estadios II y III fueron los más frecuentes (29,6% y 43,4%, respectivamente); el 25% se diagnosticó en estadio metastásico (IV). La invasión angiolinfática estuvo presente en 88% y el grado bien diferenciado en 36,9% de las patologías. El 88,9% tuvieron ECOG 0 ó 1. El protocolo de quimioterapia más usado al iniciar quimioterapia fue FOLFOX 4. Se encontró diferencia estadísticamente significativa en la proporción de pacientes con invasión angio-linfática y estadios avanzados/metastásico e IMC menor a 25 en Estadio III. El tamaño tumoral y la invasión vascular se relacionaron con la decisión de iniciar quimioterapia en Estadio II.

**Conclusión.** El perfil que se encontró difiere del reportado. Se describe mayor proporción de casos en mujeres, número significativo de casos en colon derecho, menor frecuencia de sobrepeso/obesidad, predominio del dolor como causa de consulta en colon izquierdo, más casos metastásicos al diagnóstico, mayor invasión angiolinfática. Se aconsejaría que los estudios clínicos se validarán en la población ante las diferencias encontradas.

D-129

### INTERPRETACIÓN DE LOS PERFILES HEMODINÁMICOS MEDIANTE VARIABLES MÍNIMAMENTE INVASIVAS EN CUIDADO INTENSIVO

ROJAS-SUÁREZ JOSÉ ANTONIO (1), DUEÑAS-CASTELL C. (2), LÓPEZ-ARRIETA C. E.S.E. Hospital de la Divina Misericordia, Magangué (Bolívar), Colombia. (1) (2) Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

**Introducción.** La monitorización hemodinámica se ha usado en los escenarios críticos para evaluar la insuficiencia cardiovascular, pues al diferenciar los factores contribuyentes, genera un mejor enfoque. De las estrategias conocidas, las mínimamente invasivas se han ganado un espacio en el manejo de los pacientes en las unidades de cuidados intensivos (UCI), desplazando al catéter de arteria pulmonar. El sistema PiCCO (Pulse index Continuous Cardiac Output) ha mostrado ser una herramienta con ciertas ventajas en algunos escenarios. Nuestro objetivo es describir las características de los pacientes monitorizados con este sistema así como las variables que este proporciona.

**Diseño.** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Metodología.** Se incluyeron todos los pacientes admitidos en la UCI del hospital La Divina Misericordia, de Magangué (Colombia), con monitorización PiCCO desde Noviembre de 2013 hasta Abril de 2014 de quienes se pudieran extraer los datos. Se establecieron perfiles hemodinámicos basados en el GEDI (*Global End Diastolic Index*), ITBI (*Intra-Thoracic Blood Index*), SVV (*Stroke Volume Variability*) y ELWI (*Extravascular Lung Water Index*), variables características del sistema PiCCO para cada paciente. Se expresaron las variables como medidas de tendencia central y dispersión según fuera el caso.

**Resultados.** Se utilizó PiCCO en 24 pacientes durante el periodo de estudio de estos, 19 pacientes aplicaron para el análisis. El APACHE II de ingreso de los pacientes fallecidos fue superior al de los pacientes sobrevivientes ( $24.7 \pm 7.2$  vs  $20 \pm 9.9$ ). Trece pacientes presentaron perfil hemodinámico de choque séptico, 5 de choque cardiogénico y 1 de choque obstructivo con una mortalidad de 10/13, 3/5 y 1/1, para estos grupos respectivamente.

**Conclusión.** El choque distributivo fue la principal causa de inestabilidad hemodinámica diagnosticada en los pacientes que requirieron monitorización invasiva, siendo adicionalmente el de mayor mortalidad. El sistema PiCCO, ofrece múltiples parámetros para evaluar de manera integrada la hemodinamia en los escenarios críticos.

D-131

### CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO SAN IGNACIO

GÓMEZ ÁLVARO, RODRÍGUEZ A.

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

**Introducción.** La pancreatitis aguda (PA) es causa frecuente de consulta y se asocia con una importante morbimortalidad. En Colombia hay poca información publicada sobre las características clínicas de la PA. Consideramos importante hacer una revisión para establecer las características demográficas, clínicas, manejo recibido y desenlaces de los pacientes con (PA) en un centro hospitalario de cuarto nivel.

**Diseño.** Estudio descriptivo de tipo corte transversal

**Métodos.** Se revisaron las historias de los pacientes adultos con PA, hospitalizados entre Enero del 2008 y Diciembre del 2011.

**Resultados.** Se incluyeron 222 pacientes, 60% mujeres, con edad promedio 52 años. Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal 99%, vomito 65% e ictericia 13%. El 99% presentaba un cuadro clínico compatible, la alteración enzimática se encontró en el 96% de los casos y solo en el 7% se necesitó el criterio imagenológico para confirmar el diagnóstico. La etiología biliar fue la más frecuente, en el 66% de los casos y solo en el 6% se estableció etiología alcohólica. Un 63% de los pacientes fueron clasificados como PA severa. El 32% requirió manejo en cuidados intensivos, el 10% de los casos requirió soporte vasopresor y la mortalidad global fue 4%.

**Conclusión.** Las características clínicas, demográficas y etiología son similares a las descritas en otras series de centros de similar complejidad. Pero tenemos un porcentaje alto de pacientes con PA severa que podría obedecer a la relativamente baja especificidad de las escalas usadas, a pesar de este porcentaje elevado de severidad la mortalidad global no fue alta. Dado que la severidad orienta algunas intervenciones terapéuticas podría ser útil definir criterios de clasificación que sean más útiles en nuestra población.

D-130

### TROMBOSIS DE LA ARTERIA CEREBELOSA POSTERO INFERIOR

MURIEL ÁLVARO, ROBLEDO C, RAMOS G, CASANOVA ME.

Clínica DIME, Universidad Libre, Cali, Colombia.

**Introducción.** 5.7 millones de muertes fueron causadas por un accidente cerebrovascular (ACV). Es la segunda causa más común de muerte en el mundo. 85% de las defunciones ocurrieron en países en desarrollo y un tercio de los afectados fueron sujetos económicamente activos lo cual genera un gran impacto económico para sus familias e instituciones. En Colombia es la tercera causa después de la violencia y las enfermedades cardíacas y es una de las principales causas de discapacidad y pérdida de años de vida saludables. La identificación y tratamiento de los factores de riesgo modificables pueden reducir la posibilidad de un primer ACV o recurrencias y prevenir la morbilidad y la mortalidad a largo plazo.

**Diseño.** Paciente con presentación clínica típica de trombosis de la arteria cerebelosa postero inferior (PICA).

**Métodos.** Revisión al paciente, historia clínica, datos de laboratorio, ecocardiograma, holter, tomografía y resonancia magnética (RMN) cerebral simple, seguimiento clínico del caso. Se Revisan las recomendaciones de tratamiento actualmente establecido.

**Resultados.** Femenina de 80 años, hipertensa y dislipidémica. Presentó cefalea occipital súbita de intensidad moderada, náuseas, disartria, vértigo, ataxia, disminución de la fuerza ipsilateral izquierdo con marcha lateralizada, nistagmo horizontal, miosis derecha, elevación del velo del paladar derecho disminuido con sensibilidad normal, dismetría y diadococinesia, fuerza de extremidades 4/5 en hemicuerpo izquierdo. Tomografía cerebral sin isquemia aguda, resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral simple, imagen de evento isquémico agudo bulbo-medular derecho en territorio de la PICA.

**Conclusiones.** Los factores de riesgo para trombosis de la PICA son similares al resto de los infartos cerebrales, entre los que se encuentran diabetes mellitus, hipertensión, dislipidemia y tabaquismo. El reconocimiento temprano y terapia adecuada se vincula a mejores desenlaces clínicos.

D-132

### AMAUROSIS MONONUCLEAR Y CEFALEA, A PROPOSITO DE UN CASO DE ARTERITIS TEMPORAL DE CELULAS GIGANTES

ESCONDÓN RAFAEL, DIAZGRANADOS J, MURIEL A, LEVY A.

Universidad Libre, Centro Médico Imbanaco, Cali, Colombia.

**Introducción.** La arteritis de células gigantes compromete principalmente las rama extracraneales de la arteria carótida, sobretodo en mayores de 50 años. Puede presentarse como: arteritis craneal, extracraneal, con síntomas sistémicos y polimialgia reumática además de reactantes de fase aguda elevados. Los criterios del Colegio Americano de Reumatología orientan el diagnóstico, pero la única prueba confirmatoria es la biopsia de la arteria temporal.

**Diseño.** Paciente con presentación clínica típica de arteritis temporal de células gigantes.

**Métodos.** Revisión al paciente, historia clínica, datos de laboratorio, seguimiento clínico del caso. Se revisan las recomendaciones de tratamiento actualmente establecido.

**Resultados.** Paciente femenina de 80 años, historia de 4 meses consistente en cefalea global opresiva progresiva asociado a disminución de la agudeza visual en especial por el ojo derecho, hasta llegar a visión de bultos, además de claudicación mandibular. Al examen físico, visión de luces por el ojo derecho, movimientos oculares normales, sin dolor a la palpación de región temporal bilateral, sin palpase pulso temporal. Se realizó velocidad de eritrosedimentación (VSG) en 95 segundos, proteína C reactiva de 191 mg/L. Se sospecha de arteritis de células gigantes por lo que se realiza biopsia de la arteria temporal derecha encontrando oclusión casi completa de la luz a expensas de la capa media con depósitos de fibrina e infiltrado linfoplasmocitario con ocasionales células gigantes. Se da manejo con esteroides y aspirina presentando recuperación paulatina de la visión.

**Conclusiones.** La arteritis de células gigantes de la temporal, es una causa de cefalea poco común en nuestro medio, pero los parámetros diagnósticos propuestos, y la biopsia, pueden hacer un reconocimiento temprano de la enfermedad y evitar desenlaces incapacitantes.

D-133

**SÍNDROME DE WALLEBERG. A PROPÓSITO DE UN CASO**

TRIANA PABLO, MURIEL A., CASANOVA ME.

*Clínica Universitaria Rafael Uribe Uribe, Universidad Libre, Cali, Colombia.*

**Introducción.** El Síndrome de Wallenberg, descrito en 1895 por el Dr. Adolf Wallenberg (1862-1949), se refiere a un conjunto de signos y síntomas causados por la oclusión de la porción intracraneana de la arteria vertebral o de una de sus ramas, la arteria cerebelosa inferior posterior, desarrollándose un infarto bulbomedular lateral. En general, afecta a personas mayores de 40 años de edad y normalmente se debe a factores de riesgo vascular como la hipertensión, cardiopatías, dislipidemia y diabetes mellitus. El síndrome de Wallenberg también puede ocurrir en personas más jóvenes, pero las causas subyacentes son diferentes. Este síndrome es poco frecuente, por lo que hay pocos estudios al respecto y escasos **Resultados.**

**Diseño.** Paciente con presentación clínica típica de Síndrome de Wallenberg.

**Metodos.** Revisión al paciente, historia clínica, datos de laboratorio, ecocardiograma, tomografía y resonancia magnética (RMN) cerebral simple, seguimiento clínico del caso. Se Revisan las recomendaciones de tratamiento actualmente establecido.

**Resultados.** Masculino de 78 años, hipertenso y diabético. Presentó cefalea hemisférica izquierda súbita de intensidad moderada, náuseas, disartria, vértigo, ataxia, disminución de la fuerza ipsilateral izquierda con marcha lateralizada, miosis, disfagia, compromiso de la sensibilidad termoalgésica ipsilateral y táctil contralateral, fuerza de extremidades 4/5 en hemicuero izquierdo. Tomografía cerebral sin isquemia aguda, resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral en donde se observa evento isquémico agudo dorso lateral izquierdo del bulbo medular

**Conclusiones.** Es un síndrome poco frecuente con factores de riesgo comparable con las demás enfermedades vasculares en su mayoría prevenibles, por eso la importancia de la intervención temprana en los primeros niveles de atención médica y evitar los desenlaces clínicos como los demostrados en esta entidad.

D-135

**ESTUDIO DAFI,**

MARTÍNEZ-GONZÁLEZ GLORIA, CASAS-CORTÉS D, CALDERÓN-NOVOA W, PINILLA-CHAVES P, BASTIDAS-GOYES A, CUERVO-MILLÁN F, OLIVEROS H.

*Universidad de la Sabana, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** Se determinará el rendimiento de la diferencia alveolo arterial (DA-a) y la relación presión alveolar de oxígeno y fracción inspirada de oxígeno ( $PaO_2/FiO_2$ ), para requerimiento de Ventilación Mecánica (VM) en neumonía adquirida en comunidad (NAC).

**Diseño.** Estudio de cohorte prospectivo con análisis de prueba diagnóstica.

**Métodos.** Se incluyeron mayores de 65 años con NAC. Se analizaron los gases arteriales para el cálculo de  $PaO_2/FiO_2$ , DAa y otras variables como el CURB-65, calculándose sensibilidad (S), especificidad (E), valor predictivo positivo (VPP), valor predictivo negativo (VPN), curvas ROC en diferentes puntos de corte para predecir VM en las primeras 72 horas. Las variables cualitativas se compararon con Chi2 y las cuantitativas con U de Mann-Whitney, se comparó las áreas bajo las curvas ROC considerándose una p significativa <0,05.

**Resultados.** De 247 pacientes, 37 (15%) requirieron VM, la mortalidad fue de 3.2%. No se encontraron diferencias en edad, género, y comorbilidades entre los grupos de VM y no VM. El área bajo la curva ROC para DAa como predictor de VM fue de 0,84 (IC95%:0,77-0,92), para la  $PaO_2/FiO_2$  de 0,85 (IC95%:0,78-0,92) y para el CURB-65 de 0,75 (IC95%:0,67-0,83) (p<0,0001). Para una DAa en 55 se obtuvo una S para predecir VM en 70,27%, E 86,19%, VPP: 47%, VPN: 94%, razón de verosimilitud positiva (LR+): 5,1, razón de verosimilitud negativa (LR-): 0,3. Una  $PaO_2/FiO_2$  de 175 tiene una S: 86,65%, E: 70,27%, VPP: 34%, VPN: 97%, LR+: 2,9, LR-: 0,2.

**Conclusión.** Hay un buen rendimiento para la DAa y  $PaO_2/FiO_2$  como predictores de VM en pacientes mayores de 65 años con NAC.

D-134

**CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE PANCREATITIS AGUDA ATENDIDOS ENTRE ENERO DEL 2008 A DICIEMBRE DEL 2011 EN UN CENTRO DE CUARTO NIVEL**

GÓMEZ-V. ÁLVARO ANDRÉS, RODRÍGUEZ-V. A.

**Introducción.** La pancreatitis aguda (PA) es causa frecuente de consulta y se asocia con una importante morbimortalidad. En Colombia hay poca información publicada sobre las características clínicas de la PA. Consideramos importante hacer una revisión para establecer las características demográficas, clínicas, manejo recibido y desenlaces de los pacientes con (PA) en un centro hospitalario de cuarto nivel.

**Diseño.** Estudio descriptivo de tipo corte transversal.

**Métodos.** Se revisaron las historias de los pacientes adultos con PA, hospitalizados entre Enero del 2008 y Diciembre del 2011.

**Resultados.** Se incluyeron 222 pacientes, 60% mujeres, con edad promedio 52 años. Los síntomas más frecuentes fueron dolor abdominal 99%, vomito 65% e ictericia 13%. El 99% presentaba un cuadro clínico compatible, la alteración enzimática se encontró en el 96% de los casos y solo en el 7% se necesitó el criterio imagenológico para confirmar el diagnóstico. La etiología biliar fue la más frecuente, en el 67% de los casos y solo en el 6% se estableció etiología alcohólica. Un 63% de los pacientes fueron clasificados como PA severa. El 32% requirió manejo en cuidados intensivos, el 10% de los casos requirió soporte vasopresor y la mortalidad global fue 4%.

**Conclusión.** Las características clínicas, demográficas y etiología son similares a las descritas en otras series de centros de similar complejidad. Pero tenemos un porcentaje alto de pacientes con PA severa que podría obedecer a la relativamente baja especificidad de las escalas usadas, a pesar de este porcentaje elevado de severidad la mortalidad global no fue alta. Dado que la severidad orienta algunas intervenciones terapéuticas podría ser útil definir criterios de clasificación que sean más útiles en nuestra población.

D-136

**PREVALENCIA DE ALTERACIONES DEL METABOLISMO MINERAL EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA EN HEMODIALISIS. PERÍODO ENERO-DICIEMBRE DE 2013**SÁNCHEZ R WILLIAM, VÁSQUEZ-T M, ACOSTA-H E, LOPEZ-V I. *Fresenius Medical Care, Santa Marta, Colombia.*

**Objetivo.** Determinar la prevalencia de alteraciones en el metabolismo mineral en pacientes con diagnóstico de enfermedad renal crónica estadio V, pertenecientes al programa de hemodiálisis de Fresenius Medical Care, Santa Marta, periodo enero a diciembre de 2013.

**Métodos.** Estudio descriptivo retrospectivo, en pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal crónica estadio V, que acuden a hemodiálisis a Fresenius Medical Care, Santa Marta Colombia, durante el periodo enero a diciembre de 2013. Los datos fueron llevados a formulario de recolección de la información prediseñado. Para la tabulación de la información se utilizó el programa Epi – Info 3.5.3.

**Resultados.** El sexo masculino mayor prevalencia 81.3%; la media de la edad fue de 58.8 ± 16.3 años; la media del calcio sérico 8.8 ± 1.1 mg/dl; la media del fósforo sérico 4.5 ± 2.3 mg/dl; la media del producto Calcio (Ca)/fósforo (P) 41.4 ± 22.5 mg<sup>2</sup>/ml<sup>2</sup>; la media de la PTHi 538.8 ± 738.1 pg/ml.

**Conclusiones.** La prevalencia de hipocalcemia fue del 25%; hipercalcemia 30%; hipofosfatemia 12.5%; hiperfosfatemia 40%; hipoparatiroidismo 37.5%; hiperparatiroidismo 45%.

## Intervención • Tratamiento

## Intervention • Treatment

|              |   |              |  |
|--------------|---|--------------|--|
| <b>IT-1</b>  | MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES DE LA ENFERMEDAD DE BEHCET: REPORTE DE CASO ..... 45   | <b>IT-11</b> | BACTERIEMIA POR ENTEROBACTERIAS RESISTENTES A CARBAPENEMS. UN ESTUDIO TRANSVERSAL. .... 47   |
| <b>IT-2</b>  | EFFECTO DE OXÍGENO SUPLEMENTARIO EN LA HIPERCAPNIA DE LOS PACIENTES CON HIPOVENTILACIÓN ASOCIADO A LA OBESIDAD A LA ALTURA DE 2600 METROS ..... 45  | <b>IT-12</b> | CONSUMO DE FACTOR ANTIHEMOFILICO EN PACIENTES HEMOFÍLICOS CON ATROPATIA EN UNA COHORTE DE IPS ESPECIALIZADA ..... 47   |
| <b>IT-3</b>  | REPORTE DE CASO: EFECTO DE LIPODISTROFIA EN EL CONTROL METABÓLICO DE PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2 ..... 45   | <b>IT-13</b> | TROMBOPROFILAXIS EN EL PACIENTE MÉDICO HOSPITALIZADO POR MEDICINA INTERNA: UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL ..... 48  |
| <b>IT-4</b>  | CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS DE PACIENTES ADULTOS CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA TRATADA QUIRÚRGICAMENTE ..... 45   | <b>IT-14</b> | HISTOPLASMOSIS GASTROINTESTINAL EN PACIENTE CON VIH: REPORTE DE CASO ..... 48  |
| <b>IT-5</b>  | COMPARACIÓN ENTRE CIRUGÍA DE PUENTES Y ANGIOPLASTIA CORONARIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE TRONCO PRINCIPAL IZQUIERDO EN DOS COHORTES RETROSPECTIVAS, MEDELLÍN, 2000-2012 ..... 46 | <b>IT-15</b> | TUBERCULOSIS MULTIDROGO RESISTENTE EN PACIENTE ADULTO JOVEN: REPORTE DE CASO ..... 48  |
| <b>IT-6</b>  | IMPACTO DE LA ARTROPATÍA HEMOFÍLICA EN EL CONSUMO TOTAL DE UNIDADES ..... 46  | <b>IT-16</b> | EMBOLISMO PARADÓJICO, TOMA DE DECISIONES. REPORTE DE CASO. .... 48   |
| <b>IT-7</b>  | RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE (PTI) EN UN SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGIA, CALI. .... 46   | <b>IT-17</b> | EXPERIENCIA DEL USO DE INMUNOGLOBULINA G EN UCI ..... 49   |
| <b>IT-8</b>  | EXPERIENCIA DE TROMBOLISIS INTRAVENOSA EN INFARTO CEREBRAL AGUDO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CALI. .... 46  | <b>IT-18</b> | FRECUENCIA DE INTERVENCIÓN EN PROGRAMACIÓN DE MARCAPASOS; EFECTO EN LA RECURRENCIA DEL SÍNCOPE ..... 49  |
| <b>IT-9</b>  | RAZONES DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y A LAS RECOMENDACIONES DADAS AL EGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON SÍNDROME DE FALLA CARDÍACA. .... 47                             | <b>IT-19</b> | HIPOALBUMINEMIA COMO FACTOR ASOCIADO CON SOBREALICUAGULACIÓN POR WARFARINA DURANTE LOS PRIMEROS 4 DÍAS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS ..... 49 |
| <b>IT-10</b> | PAPEL DE LA COMBINACIÓN DE ARA II/BCC EN EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS ..... 47  | <b>IT-20</b> | PATRONES DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN PACIENTES DE ALTO RIESGO ..... 49                                    |
|              |   | <b>IT-21</b> | TIEMPO PARA EL INICIO DE INSULINA Y FACTORES ASOCIADOS AL CAMBIO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2 ..... 50  |

## IT-1

**MANIFESTACIONES CARDIOVASCULARES DE LA ENFERMEDAD DE BEHÇET. REPORTE DE CASO**

SALDARRIAGA CLARA INÉS, AGÁMEZ LD, MONTOYA AM, GONZÁLEZ JM, RONCANCIO G, MARTINEZ C.

*Clínica Cardio VID, Universidad Pontificia Bolivariana, Universidad de Antioquia.*

**Introducción.** El compromiso del sistema cardiovascular en la enfermedad de Behçet es infrecuente y ocurre en menos del 3% de los casos.

**Objetivo.** Reportar un caso de un paciente con enfermedad de Behçet con manifestaciones cardiovasculares y revisar la información reportada en la literatura.

**Reporte de caso.** Hombre de 44 años, consultó por cuadro febril de 3 meses de evolución asociado a la aparición de úlceras en genitales. También refería pérdida de 4 kg de peso y aftas recurrentes en cavidad oral. Al examen físico se demostró la presencia de úlcera en el pene. Se realizaron estudios para buscar la etiología del síndrome febril, como hemocultivos, VIH, VDRL, ANAS que fueron negativos, también se descartó tuberculosis. Por la persistencia de los síntomas se realizó un ecocardiograma transesofágico que reportó una masa cardíaca pediculada, móvil, de apariencia quística, en el ventrículo derecho de 9 x 8 mm de diámetro (FIGURA 1), también se realizó una angiogramografía de torax donde se observaron aneurismas de las arterias pulmonares y presencia de embolia pulmonar bilateral (FIGURA 2). Por los hallazgos clínicos se realizó el diagnóstico de la enfermedad de Behçet y se inició tratamiento con anticoagulación y esteroides lográndose una mejoría en los síntomas. 5 días después se realizó una nueva imagen cardíaca de control en la cual se observó desaparición de la masa observada inicialmente.

**Discusión.** Las manifestaciones cardiovasculares de la enfermedad de Behçet son infrecuentes, existen reportes en la literatura de pericarditis, miocarditis y compromiso de las arterias pulmonares y coronarias. La presencia de lesiones ventriculares como la que se describe en este caso puede corresponder a la presencia de trombos organizados que podrían migrar a la circulación pulmonar o masas inflamatorias que se resuelven con el tratamiento inmunosupresor.

## IT-3

**REPORTE DE CASO. EFECTO DE LIPODISTROFIA EN EL CONTROL METABÓLICO DE PACIENTE CON DIABETES MELLITUS TIPO 2**

ORTIZ-ROA CYNTHIA, GÓMEZ-ESLAVA AF, PINILLA-ROA AE.  
*Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El fenómeno de lipodistrofia, implica la redistribución del tejido adiposo, de característica generalizada o localizada, clasificado como hereditario o adquirido, este último puede ser secundario a inyección subcutánea de medicamentos tales como la insulina, con efectos metabólicos conocidos, incluyendo fenómenos de resistencia.

**Diseño.** Paciente femenina 46 años, diabetes mellitus tipo 2 hace 8 años, sin historia de complicaciones micro o macrovasculares, en tratamiento con insulina glargina 45UI/día, sin control de glucometrías, después de múltiples ajustes. El automonitoreo mostró glucometrías basales y postprandiales fuera de metas. Glicemia preprandial 299 mg/dL, sin dato de hemoglobina glicosilada. En la anamnesis, se encontró falta de rotación en sitio de aplicación de insulina. Al examen físico: pániculo adiposo abdominal prominente, con región indurada en tejido celular subcutáneo, relacionada con sitio de punción repetitiva compatible con lipodistrofia la cual fue documentada por ecografía con infiltración grasa de rectos anteriores.

**Métodos.** Educación a la paciente sobre la técnica de aplicación de insulina, cambio de zona y rotación del sitio de aplicación, entrega de guía para automonitoreo y seguimiento periódico del mismo.

**Resultados.** El automonitoreo, mostró mejoría de las glucometrías basales, hasta valores de 116 mg/dL, comparado con el valor basal previo a intervenir de 242 mg/dL, con la misma insulina y dosis de 45 UI/día.

**Conclusiones.** La lipodistrofia asociada a aplicación de insulina puede pasar desapercibida. La instrucción básica, a la paciente, sobre la técnica de rotación del sitio de aplicación diaria de la insulina, conduce a la consecución de metas de glucometría basal y posprandial. Así, se optimizaron los efectos metabólico y farmacocinético relacionados con el fenómeno de lipodistrofia.

## IT-2

**EFECTO DE OXÍGENO SUPLEMENTARIO EN LA HIPERCAPNIA DE LOS PACIENTES CON HIPOVENTILACIÓN ASOCIADO A LA OBESIDAD A LA ALTURA DE 2600 METROS**

PARRA-IZQUIERDO VIVIANA, AGUDELO-VALENCIA N, BASTIDAS A, GARCIA A, GIRALDO LF.

*Clínica Universidad de La Sabana, Chía, Cundinamarca, Colombia.*

**Introducción.** La administración de oxígeno a flujos altos en los pacientes con hipoventilación alveolar asociado a la obesidad (HAO) empeora en los pacientes residentes al nivel del mar, sin embargo no se conoce la respuesta a una altura de 2660 m sobre el nivel del mar. El objetivo del estudio fue describir la diferencia en los niveles de PCO<sub>2</sub> en los pacientes HAO cuando se les administra oxígeno suplementario a flujos del 28 y 50% a una altura de 2660 m.

**Diseño.** Se realizó un ensayo clínico controlado, aleatorizado, tipo cruzado

**Métodos.** A 33 pacientes se les administró oxígeno al 50% y 28% por 30 minutos en 2 días separados con posterior toma de gases arteriales. Se tomó como cambio clínicamente significativo un aumento de la PCO<sub>2</sub> mayor a 4 mmHg.

**Resultados.** La diferencia de la PaCO<sub>2</sub> basal comparada con la PaCO<sub>2</sub> al 28% fue de -1.7 (P=0,02) y al 50% fue de -0.1 (P=0,66). La diferencia entre la PaCO<sub>2</sub> al 28% y al 50% fue de +0.7 (P=0,75). Se realizó un análisis por subgrupos tomando un corte de PCO<sub>2</sub> de 37 mmHg encontrando que en la población con PCO<sub>2</sub> mayor de este valor hubo una diferencia de -2,5 (p=0.03) para FIO<sub>2</sub> al 28%, de -1.5 (p=0.03) para el 50% y una diferencia de +1.1 (p=0.03) al comparar entre FIO<sub>2</sub> al 28% y al 50%. El subgrupo con PCO<sub>2</sub> menor de 37 mmHg mostró una diferencia de -1 (p=0.05) para FIO<sub>2</sub> al 28%, de -0.6 (p=0.05) para el 50% y una diferencia de +0.4 (p=0.05) al comparar entre FIO<sub>2</sub> al 28% y al 50%.

**Conclusión.** La respuesta a la hiperoxia en los pacientes obesos hipercápnicos fue similar a lo que se ha encontrado en los pacientes sanos a nivel del mar. Nuestros resultados sugieren que los criterios de PCO<sub>2</sub> que definen hipoventilación alveolar asociado a grandes alturas deben redefinirse con un nuevo estudio incluyendo una muestra apropiada de sujetos con un PCO<sub>2</sub> >40mmHg.

## IT-4

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y RESULTADOS DE PACIENTES ADULTOS CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA TRATADA QUIRÚRGICAMENTE**

MADRID-MUÑOZ CAMILO ALBERTO<sup>1,2</sup>, GONZÁLEZ-PÉREZ JM<sup>1</sup>, RONCANCIO-VILLAMIL G<sup>1,2</sup>, JARAMILLO-CATAÑO AN<sup>1</sup>, FRANCO-RESTREPO L<sup>1</sup>, RENDÓN-ISAZA JC<sup>1</sup>, GONZÁLEZ-ARROYAVE JC<sup>1,2</sup>, MONTOYA-DUQUE AM<sup>2</sup>, VELÁSQUEZ-MARTÍNEZ MA<sup>2</sup>.  
*Grupo ENDOCARDIO, Clínica CardioVID, Medellín, Colombia. Universidad Pontificia Bolivariana.*

**Introducción.** La tasa de cirugía valvular en endocarditis infecciosa (EI) se aproxima al 50% en países desarrollados y algunos estudios lo asocian con mejor pronóstico a corto plazo. Es necesario evaluar si la cirugía obtiene resultados similares en nuestro medio.

**Diseño.** Cohorte ENDOCARDIO de la Clínica CardioVID, estudio observacional

**Métodos.** Evaluación retrospectiva entre los años 2004 y 2012, prospectiva a partir del año 2012 de adultos sometidos a manejo quirúrgico para el tratamiento de EI definitiva en la Clínica CardioVID de Medellín, entre el 2004 y 2013. Se revisaron las historias clínicas de la hospitalización.

**Resultados.** De 104 pacientes incluidos en la cohorte, 64 (61.5%) fueron tratados quirúrgicamente y se incluyeron en el estudio. El promedio de edad fue 58,3±17 años y 48 eran hombres (75%). La mayoría ocurrieron en válvula nativa (55%), de las cuales 45% tenían valvulopatía de base; 39% en válvula protésica y 6% asociadas a dispositivos intracardiacos. El 12.5% tenía un episodio previo de EI y 16% tenían un foco infeccioso evidente. Al ingreso, 23% tenían clase funcional NYHA 2 y 20% clase 3-4. El 22% de los pacientes tuvo embolia cerebral, 23% embolia periférica, 14% choque séptico, 25% trastornos de conducción y 28% falla cardíaca refractaria. La cirugía se realizó de manera emergente en el 17% de los casos. La mediana entre el diagnóstico y la cirugía fue de 8 días. La mortalidad intrahospitalaria fue 12,5% en pacientes operados vs 20% en manejo médico (p=0,05).

**Conclusión.** En nuestro medio la cirugía en EI obtiene resultados similares a cohortes internacionales. En un análisis no ajustado la mortalidad intrahospitalaria es más baja en pacientes tratados quirúrgicamente.

## IT-5

### COMPARACIÓN ENTRE CIRUGÍA DE PUENTES Y ANGIOPLASTIA CORONARIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD DE TRONCO PRINCIPAL IZQUIERDO EN DOS COHORTES RETROSPECTIVAS. MEDELLÍN, 2000-2012

JARAMILLO JUAN SANTIAGO, EUSSE C, RENDÓN JC, TENORIO C, URIBE C, CANO C, GONZÁLEZ N.  
Clínica CardioVID, Medellín, Colombia.

**Introducción:** La estenosis del tronco coronario principal izquierdo (TRI) ocurre en 5 - 7% de los sometidos a angiografía con una mortalidad del 50% a 3 años en quienes reciben tratamiento médico. Estudios han encontrado que los pacientes llevados a PCI tienen mayores tasas de revascularización repetida del vaso tratado (TVR) así como mayor incidencia de evento adverso cardiovascular mayor (MACE) en lesiones distales.

**Metodología:** Estudio retrospectivo de cohortes. Se analizaron 210 pacientes con enfermedad de TPI, de los cuales 110 fueron sometidos a revascularización quirúrgica y 100 a percutánea. Se compararon ambos grupos en cuanto a desenlace compuesto MACE, mortalidad, infarto, revascularización repetida de vaso culpable o de lesión culpable a un año.

**Resultados:** Se observaron tasas mayores en el grupo de PCI con diferencias significativas en cuanto a MACE (RR 5,516 IC 95% (2,6 -11,5) P <0,05), infarto (19% vs 0%, P<0,05) y TLR (RR 4,3 IC 95% (1,5 - 12,1) P<0,05). No hubo diferencias significativas en mortalidad (RR 2,6 IC 0,6 - 10,6 P>0,05). Al analizar los eventos de desenlace compuesto MACE, muerte, infarto, TVR y TLR según el segmento del tronco comprometido, las tasas fueron mayores cuando las lesiones eran distales, sin diferencias estadísticamente significativas, sin embargo, al comparar los grupos, se evidenciaron que las lesiones distales tenían tasas mayores de muerte en PCI (2,7% vs 13%, P<0,05).

**Conclusión:** Ambos procedimientos tienen desenlaces similares a un año en cuanto a muerte y TVR, sin embargo hay tasas menores de IAM, MACE y TLR en los pacientes sometidos a CABG.

## IT-7

### RESPUESTA AL TRATAMIENTO CON RITUXIMAB EN PACIENTES CON PÚRPURA TROMBOCITOPÉNICA INMUNE (PTI) EN UN SERVICIO DE HEMATO-ONCOLOGÍA, CALI

IDROBO HENRY, GÓMEZ R, HERNÁNDEZ I, VELASCO M, GUERRERO Á, ZORRILLA C, SAAVEDRA M, HUERTAS J.  
Centro de Investigación en Cáncer de Hemato-Oncólogos S.A. (CIHO).  
Universidad Libre, Seccional Cali, Colombia.

La PTI corresponde a una acelerada destrucción y deficiente producción plaquetaria, cuando no responde a las primeras líneas terapéuticas el rituximab, un anticuerpo monoclonal anti CD 20 presente en los linfocitos B, es una opción terapéutica para esta patología.

**Diseño.** Estudio descriptivo tipo serie de casos

**Materiales y métodos.** Se revisaron 3 historias clínicas de pacientes con PTI en manejo con rituximab 600mg (Días 1-8-15-22) entre 2009-2012. Se caracterizaron variables sociodemográficas, clínicas y paraclínicas para evaluar respuesta al tratamiento, así como posibles efectos adversos. Se definió como respuesta recuento plaquetario (RP) mayor a 30.000 ó un incremento de por lo menos dos veces el valor basal.

**Resultados.** Edad promedio 25,3 años (rango: 19-36 años), los tres casos fueron mujeres, promedio de 10 meses de evolución de la enfermedad previo al uso de rituximab. 2 tenían anemia ferropénica, una presentaba sordera por rubeola congénita. Antes del rituximab todas recibieron esteroides, una recibió danazol, una de ellas estaba esplenectomizada. Concomitante con rituximab, una paciente recibió prednisona.

El RP antes del rituximab fue en promedio 16000 plaquetas/uL. Al primer mes todas tuvieron respuesta, siendo rápida en dos pacientes, que la lograron dentro de las dos primeras semanas. Todas mantuvieron dicha respuesta en un período de seguimiento entre 8 y 12 meses. Al 8 mes se esplenectomizó a una de las pacientes por un RP de 35.000 plaquetas/uL. Antes del rituximab, dos pacientes tuvieron manifestaciones hemorrágicas en piel, gingivorragia y enterorragia. Después del tratamiento las manifestaciones hemorrágicas desaparecieron. No se encontraron efectos adversos relacionados con la terapia.

**Conclusión.** Rituximab a pesar de no tener aprobación por INVIMA en nuestro país para uso en PTI, tiene soporte en la literatura internacional y esta serie de casos sugiere que en nuestra población previamente tratada, también obtiene buena respuesta clínica y paraclínica, con pocos efectos adversos.

## IT-6

### IMPACTO DE LA ARTROPATÍA HEMOFÍLICA EN EL CONSUMO TOTAL DE UNIDADES

RAMÍREZ CARLOS, CEPEDA C, LAMOS C, ARIAS D, RUIZ A, SÁNCHEZ O.  
IPS especializada Audifarma S.A., Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La artropatía establece un reto en el manejo de la hemofilia, y es una de las complicaciones más temidas, por ser un marcador de sangrados recurrentes, este estudio busca establecer la relación del compromiso articular (número de articulaciones comprometidas) frente al consumo de factor anti-hemofílico durante un año.

**Diseño.** Análisis retrospectivo, basado en el registro de entrega de medicamentos (enero 2013 - enero 2014), tratados en un programa de atención integral transdisciplinario, cohorte de coagulopatías hereditarias IPS Especializada S.A.

**Método.** Utilizando un modelo de regresión lineal múltiple, la variable dependiente fue el consumo total de unidades en el periodo y como variables explicativas se seleccionaron: edad, severidad (leve, moderada, severa), y número de articulaciones afectadas.

**Resultado.** Fueron analizados 126 pacientes con diagnóstico de hemofilia, 76 severos, 25 moderados y 25 leves. El promedio de edad y peso fue de 33,8 años y 66,4 Kg respectivamente, el 85,1% tenían hemofilia tipo A. Los coeficientes de consumo dentro de la regresión fueron positivos para las variables explicativas: articulaciones afectadas y severidad, siendo estas estadísticamente significativas y entendiéndose como: por cada articulación afectada en el paciente, el consumo total se incrementa en 18.755 unidades al año, y 115.233 por el aumento en la severidad, valores de p: 0.010 - 0.0001, respectivamente. La edad presentó un coeficiente de consumo negativo calculado en -1.186 unidades por cada año cumplido, sin embargo, este valor no fue estadísticamente significativo p: 0.13.

**Conclusiones.** La artropatía hemofílica genera mayores necesidades de uso de factor anti hemofílico, en relación directa con el número de articulaciones comprometidas. Basado en esto se puede plantear que la atención integral y transdisciplinaria en esta condición cobra relevancia para la prevención de las comorbilidades que deterioran la calidad de vida y generan un impacto económico en el sistema de salud.

## IT-8

### EXPERIENCIA DE TROMBOLISIS INTRAVENOSA EN INFARTO CEREBRAL AGUDO EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CALI.

GUERRERO-GONZÁLEZ LUIS FERNANDO, SERNA JJ, GÁMEZ DX.  
Clínica Rafael Uribe Uribe, Cali, Colombia.

**Introducción.** La enfermedad Cerebrovascular (ECV) es la causa principal de discapacidad a en adultos. En Colombia la trombolisis de ECV, todavía no es una realidad en muchos hospitales.

**Diseño.** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Método.** Se revisaron las historias clínicas de paciente que ingresaron a la Clínica Rafael Uribe Uribe con diagnóstico de ECV en las primeras 4,5 horas del déficit neurológico desde enero de 2012 a enero de 2014. Los criterios de inclusión y exclusión para trombolisis, fueron los de las guías de la Sociedad Americana de Stroke.

Se revisaron variables sociodemográficas, tiempo de déficit neurológico, escala de NIHSS, síntomas neurológicos, comorbilidades asociadas, hallazgos en tomografía cerebral, escala de Rankin al ingreso y a los 3 meses.

**Resultados.** Se encontraron 15 pacientes que se trombolizaron con Alteplase intravenoso. El 60% fueron hombres, la edad promedio fue 68,7 ± 8,8 años, el tiempo promedio de trombolisis fue de 125,3 ± 68,5 minutos.

Todos los pacientes ingresaron por hemiparesia, el 73,3% presentaban disartria, el 53,3% parálisis facial y el 26,7% afasia global.

El NIHSS promedio al ingreso fue de 12,9 ± 4,9. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (80%), Diabetes M. (53,3%), fibrilación auricular (46,7%), ECV previo (40%) y enfermedad coronaria (20%).

La tomografía cerebral fue normal en el 60%, a las 24 horas tres pacientes presentaron transformación hemorrágica. En el seguimiento a 3 meses cuatro pacientes (26,7%) fallecieron.

**Conclusiones.** La ECV es una patología muy frecuente, solo un pequeño porcentaje de pacientes se logró trombolizar. La HTA fue la principal comorbilidad asociada, el 20% de los pacientes presentaron transformación hemorrágica. En necesario mejorar los criterios de exclusión y tomográficos al ingreso para trombolisis.

## IT-9

**RAZONES DE NO ADHERENCIA AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO Y A LAS RECOMENDACIONES DADAS AL EGRESO DE PACIENTES HOSPITALIZADOS CON SÍNDROME DE FALLA CARDÍACA**

CHAVES-SANTIAGO WALTER GABRIEL, PINZÓN-VELÁZQUEZ GA, RIVERA-BELTRÁN MA, BAÑOS-LINERO JR.

Hospital de San José, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** En los pacientes con falla cardíaca, una de las razones más frecuentes de hospitalización es la no adherencia al tratamiento por los pacientes y el incumplimiento de las guías de manejo por el médico. En Colombia se ha reportado la no adherencia como causa de reingreso en el 50% de los casos. Determinar las razones de no adherencia por los pacientes es el motivo del presente estudio.

**Diseño.** Estudio de cohorte.

**Métodos.** Se incluyeron pacientes hospitalizados con falla cardíaca descompensada, se aplicó una lista de chequeo con las recomendaciones de egreso, se realizó seguimiento telefónico a 30 días y se evaluó la adherencia con el Test Morinsky-Green-Levine y los 4 dominios de la OMS (paciente, enfermedad, medicamentos y sistema de salud).

**Resultados.** La no adherencia se encontró en el 31.6% por el test Morinsky-Green-Levine, según los dominios de la OMS, los pacientes refieren que en el 39.4% la distribución de medicamentos por la EPS es deficiente, el 10.5% falta de educación por el personal de salud sobre su enfermedad, 31.6% no sigue las recomendaciones de dieta y ejercicio, 73.7% toma más de tres medicamentos, 10.5% confunde los medicamentos, 26.3% que los medicamentos le causan síntomas desagradables y el 18.4% olvida tomarlos.

**Conclusiones.** La no adherencia se considera un problema de salud pública, en nuestro estudio la no adherencia al tratamiento fue alta en esta muestra de pacientes, las principales causas fueron un sistema deficiente en el suministro de medicamentos por la EPS, la polifarmacia, el no seguimiento de las recomendaciones sobre dieta, ejercicio, el olvido por el paciente en la toma de los medicamentos y la falta de educación del personal de salud. Los factores médicos, sociales y económicos complejos contribuyen a las tasas de readmisión y hacen necesario un enfoque multidisciplinario como grupos de apoyo en educación de los pacientes.

## IT-11

**BACTERIEMIA POR ENTEROBACTERIAS RESISTENTES A CARBAPENEMS. UN ESTUDIO TRANSVERSAL**

OLIVEROS AIDA, URIBE N, SIERRA P, JAIMES F, GONZÁLEZ JM.

Institución Universitaria Colegio Mayor de Antioquia, Medellín, Colombia. Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.

IPS Universitaria Clínica León XIII, Medellín, Colombia.

**Introducción.** La bacteriemia por enterobacterias resistentes a carbapenem (CRE) conlleva una alta mortalidad y no se conoce un tratamiento óptimo. Nos propusimos describir los resultados en nuestro medio.

**Diseño.** Estudio descriptivo de corte transversal.

**Métodos.** Se revisaron historias clínicas de pacientes con bacteriemia por CRE entre enero de 2010 a diciembre de 2013. Se analizaron variables continuas con medianas y rangos intercuantiles (IQR) y categóricas con porcentajes.

**Resultados.** Se incluyeron 64 casos de 62 ±14 años y 66% hombres. El 60% se encontraban en UCI (APACHE-II = 17, IQR: 12-22), con alta comorbilidad (Charlson score = 3, IQR: 2-5), estancia previa a la bacteriemia de 21d (IQR: 13-39) y el 39% tenían cáncer. El 64% correspondieron a *Klebsiella pneumoniae*, 20% a *Serratia marcescens* y 11% a *Enterobacter* spp. La MIC fue 16 mg/L (IQR: 16-16) para meropenem e imipenem y 8 mg/L (IQR: 8-8) para ertapenem y doripenem. El 45% tenían tamizaje positivo previo a la bacteriemia.

La mortalidad fue 39% y 51.6% a los 14 y 28 días, con una mediana de 5 días (IQR: 2-17). El tratamiento definitivo fue combinado en el 76.6%, pero no hubo un esquema de combinación prevalente. El 45% recibieron colistina, 42% un carbapenem y 28% tigeciclina, solos o en combinación. Se reportaron efectos adversos en 1 de cada 3 pacientes, con estancia hospitalaria de 46 días (IQR: 26-76). Incluir un carbapenem en el tratamiento se correlacionó con menor mortalidad global (p=0.026).

**Conclusiones.** La bacteriemia por CRE afecta pacientes muy enfermos, con elevada mortalidad. Hay heterogeneidad en el manejo antimicrobiano, pero la inclusión de carbapenems en el esquema de combinación podría relacionarse con menor mortalidad hospitalaria. Se detecta colonización en casi la mitad de los pacientes antes del desarrollo de infección, resaltando la importancia de la vigilancia activa.

## IT-10

**PAPEL DE LA COMBINACIÓN DE ARA II/BCC EN EL MANEJO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE. PRESENTACIÓN DE UNA SERIE DE CASOS**

SPROCKEL JOHN, TEJEDA M, RIVERA M.

Hospital de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La hipertensión arterial (HTA) resistente es la incapacidad para alcanzar las metas con tres o más medicamentos con mecanismos de acción diferente, a dosis máximas toleradas, incluido un diurético. Es conocido el beneficio del control adecuado de la HTA al lograr disminuir los desenlaces cardiovasculares, aún así, en un número importante de casos no se logra. La inhibición del sistema renina-angiotensina más un bloqueador de los canales de calcio es una combinación de primera línea con marcada eficacia antihipertensiva y menos edema, el principal efecto adverso de los dihidropiridínicos que limita su uso. Se busca describir la experiencia con una combinación de ARA II/BCC (Telmisartan/Amlodipino) en el manejo de HTA resistente.

**Diseño.** Serie de casos.

**Métodos.** Se describen 6 pacientes que asistieron a consulta externa de medicina interna del Hospital San José de Bogotá con HTA resistente en quienes se empleó la combinación fija de 80/10 mg de Telmisartan/Amlodipino.

**Resultados.** Se encontró que en dos casos se trataban de HTA refractaria (con 5 medicamentos), solo en un caso las cifras de TA se encontraron controladas al inicio. El promedio de reducción de la TA 16/15 mmHg. Uno de ellos tenía Diabetes tipo 2, enfermedad renal crónica e hipotiroidismo no controlado, tres de los pacientes tenían obesidad grado I y uno de ellos tenía sobrepeso. Solo en un caso no se alcanzaron metas de TA pero tenía agenesia renal y fue remitido para derivación renal. La mitad de los pacientes redujo el número de medicamentos de 7,6 a 6,1 y ninguno de ellos reportó edema.

**Conclusiones.** En esta serie de casos, la adición de la combinación de dosis fija de Telmisartan/Amlodipino permitió lograr las metas de tensión arterial en un grupo de pacientes con HTA resistente, con una disminución de los fármacos empleados, sin un exceso de eventos adversos.

## IT-12

**CONSUMO DE FACTOR ANTIHEMOFÍLICO EN PACIENTES HEMOFÍLICOS CON ATROPATÍA EN UNA COHORTE DE IPS ESPECIALIZADA**

PARDO CARLOS EDUARDO, PÉREZ LF, LAMOS C, ARIAS D.

IPS especializada Audifarma S.A., Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La hemofilia es una condición que se caracteriza por una deficiencia de la actividad de Factor VIII de la coagulación (Hemofilia A) o de Factor IX de la coagulación (Hemofilia B). Es un defecto genético recesivo ligado al cromosoma X que es transmitido de generación en generación de sus madres portadoras o sus padres hemofílicos.

La clínica de estos pacientes se caracteriza por la aparición de sangrados recurrentes, cuya intensidad y frecuencia están en estrecha relación con la severidad del defecto de la proteína FVIII o FIX. Las complicaciones a largo plazo de esta patología secundaria a sangrados es la artropatía hemofílica lo cual nos predispone a una mayor tasa de sangrados con un incremento del consumo de factor descrito en las guías de manejo.

**Diseño.** Estudio de corte transversal descriptivo en el análisis de una cohorte de pacientes con coagulopatías hereditarias en IPS Especializada desde abril del 2012 hasta febrero del 2014.

**Método.** El método utilizado es un análisis descriptivo univariado para cada nivel del grupo en el cual la variable principal es el número de unidades consumidas y las variables dependientes es el grado de severidad así como la comorbilidad en artropatía, o infecciosa relacionadas con la condición hemofílica. Se realiza una prueba- t para comparar las medias de las muestras.

**Resultado.** En cada nivel del grupo se evidencian diferencias significativas, con un nivel de varianza superior en el grupo correspondiente a la presencia de comorbilidad sin artropatía, en la comparación de medias entre los grupos con presencia de artropatía con y sin comorbilidad, se evidencia una diferencia significativa a favor del mayor consumo en los pacientes que presentan artropatía y comorbilidad con un valor de p 0.05.

**Conclusiones.** La presencia de severidad genera un consumo mayor de los pacientes hemofílicos, sin embargo dentro de este grupo etareo, el mayor consumo se evidencia en los pacientes con artropatía hemofílica asociada a comorbilidad infecciosa. Los cuales pueden ser disminuidos con un programa de atención integral en un grupo transdisciplinario.

## IT- 13

**TROMBOPROFILAXIS EN EL PACIENTE MÉDICO HOSPITALIZADO POR MEDICINA INTERNA. UN ESTUDIO DE CORTE TRANSVERSAL**

DIAZTAGLE-FERNÁNDEZ JUAN JOSÉ, CELY-DELGADO JE, MENDOZA-OLMOS EJ, SÁNCHEZ-CANTILLO J DE J, SÁNCHEZ-ESQUIVEL FA.

**Introducción.** El tromboembolismo venoso es una de las principales causas de morbilidad prevenible seguida de una hospitalización. Las heparinas han demostrado ser eficaces para su prevención, sin embargo se ha documentado la subutilización de estos fármacos, por lo que implementar medidas que garanticen la formulación adecuada es fundamental. En nuestra institución se han instaurado estrategias para mejorar la formulación de estos fármacos con resultados iniciales favorables, pero se desconoce el efecto a más largo plazo.

**Diseño.** Estudio descriptivo, retrospectivo de corte transversal.

**Métodos.** Se evaluaron pacientes mayores de 18 años, hospitalizados por Medicina Interna entre junio y noviembre de 2012. Se estimó una muestra representativa de 102 pacientes. Se identificó la formulación de la trombopprofilaxis al segundo día de hospitalización, se determinó si fue adecuada según las guías institucionales y los errores en la prescripción de la misma. Se comparó los resultados con dos mediciones previas realizadas en la institución.

**Resultados.** De los 102 pacientes evaluados, la trombopprofilaxis fue adecuada en 63 (61,8%) e inadecuada en 39 (38,2%). Las causas más frecuentes de error fueron: formulación en pacientes de bajo riesgo 18 (46,1%) y error por omisión en 12 (30,7%) pacientes. La formulación en pacientes con indicación y sin contraindicación disminuyó de 92% a 82% y en pacientes sin indicación aumentó de 50% a 56,2%, con relación a una medida previa realizada después de la difusión de guías institucionales.

**Conclusiones.** La trombopprofilaxis en pacientes hospitalizados por medicina interna en nuestra institución se ordena en un alto porcentaje, sin embargo debe ser mejorada. El principal error es la formulación en pacientes con riesgo bajo. La implementación de estrategias para mejorar la trombopprofilaxis logró una mejoría inicial, pero tiende a disminuir con el tiempo. Se requiere un trabajo continuado de múltiples medidas que garanticen su impacto favorable a largo plazo.

## IT- 15

**TUBERCULOSIS MULTIDROGO RESISTENTE EN PACIENTE ADULTO JOVEN: REPORTE DE CASO**

RADA ROBIN, HINCAPIE G, SOSA O, SILVA L, PRADA L.

Departamento de Medicina Interna, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La tuberculosis sigue siendo una causa de alta morbilidad, relacionada con el índice de pobreza y las pobres condiciones sanitarias. Asimismo, la tuberculosis multiresistente es un problema cuya incidencia está en ascenso; se estima que 3,6% de los nuevos casos de tuberculosis y 20% de los casos previamente tratados presentan diferentes espectros de resistencia.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso-revisión literatura.

**Resultados.** Paciente masculino de 18 años, soldado activo, sin antecedentes médicos de importancia, consulta por cuadro de 15 días de tos seca asociada a picos febriles no cuantificados, malestar general y astenia. Por el cuadro clínico y hallazgos radiológicos iniciales se considera cuadro de neumonía adquirida en comunidad, se inicia tratamiento antibiótico y se hospitaliza en sala general.

Por contacto con caso confirmado de tuberculosis pulmonar solicitan baciloscopia seriada para *Mycobacterium tuberculosis*, la cual resulta positiva. Se instaura tratamiento con isoniazida, rifampicina, etambutol y pirazinamida, y se da alta al paciente con controles ambulatorios, recomendaciones y signos de alarma.

A los 15 días el paciente reingresa por persistencia de la sintomatología a pesar del manejo, se obtiene cultivo y prueba de sensibilidad a fármacos compatible con multidrogo resistencia con mutación del gen *rpoB* y *katG* para rifampicina e isoniazida respectivamente. Se ajusta el tratamiento farmacológico, con lo que el paciente presenta una evolución favorable, por lo que se decide dar de alta y continuar el plan de manejo ambulatorio.

Se define según la OMS un caso de tuberculosis multidrogo resistente como un hallazgo microbiológico donde se aísla *Mycobacterium tuberculosis* que es resistente por lo menos a isoniazida y rifampicina, sin poder excluir resistencia a otros agentes de primera línea, añadiéndole si es primaria o secundaria según la exposición previa o no a fármacos antituberculosos.

Se conocen los factores de riesgo, siendo uno de ellos la convivencia con otras pacientes con cultivos de estas características, como en el caso de este paciente, lo que permite sospecharlo e inclusive indica el inicio del manejo con esquemas que no tengan isoniazida ni rifampicina.

**Conclusiones.** La tuberculosis multidrogo resistente es una condición que debe ser sospechada en pacientes con factores de riesgo. Se requiere un enfoque y manejo ajustado a las características del paciente para asegurar un tratamiento efectivo de la enfermedad.

## IT- 14

**HISTOPLASMOSIS GASTROINTESTINAL EN PACIENTE CON VIH: REPORTE DE CASO**

RODRIGUEZ ANDRÉS, CASTILLO M, SILVA L, PRADA L.

Departamento de Medicina Interna, Hospital Militar Central, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La histoplasmosis es una infección prevalente en pacientes con infección por el VIH con un conteo de linfocitos T CD4 menor de 150. Característicamente, al igual que las otras micosis oportunistas, la vía de ingreso en su gran mayoría de casos ocurre a través del aparato respiratorio, pasando de una enfermedad localizada con sintomatología inespecífica hasta un compromiso invasivo diseminado con compromiso multisistémico.

**Diseño.** Estudio observacional-descriptivo: reporte de caso.

**Métodos.** Reporte de caso-revisión literatura.

**Resultados.** Paciente masculino de 33 años, soldado pensionado, consulta por cuadro clínico de 20 días de evolución de dolor abdominal tipo cólico, intermitente, localizado en hipocondrio izquierdo, intensidad 7/10, que empeora con la ingesta, asociado a deposiciones líquidas de escasa cantidad, sin moco ni sangre, que autoresuelven y se presentan 2 a 3 veces por semana, náuseas sin vómitos y picos febriles no cuantificados. Refiere enfermedad por VIH estadio 3c diagnosticada nueve años atrás, con antecedente de colitis por CMV diagnosticada 3 años atrás y tratada. Se realiza biopsia de carrillo y de tracto gastrointestinal positiva para *Histoplasma capsulatum*, sin evidencia de compromiso en sistema respiratorio o en sangre. Se realiza tratamiento con Anfotericina B y se da de alta con Itraconazol oral con adecuada evolución.

La enfermedad diarreica crónica en paciente con enfermedad por VIH representa un interesante reto diagnóstico, ya que en su mayoría su causa es secundaria a infección por gérmenes oportunistas. Existen pocos casos reportados donde la primera manifestación de la histoplasmosis sea a través del tracto gastrointestinal, habiendo descrito lesiones en cavidad oral como puerta de entrada y manifestaciones gastrointestinales debilitantes que afectan la calidad de vida. El tratamiento recomendado se realiza con Itraconazol oral para los casos leves y Anfotericina B para los casos más severos, requiriendo profilaxis secundaria hasta lograr recuperación inmunológica con un conteo de linfocitos T CD4 mayor de 200 en dos tomas con un intervalo de 6 meses.

**Conclusiones.** La infección micótica sistémica por el *Histoplasma capsulatum* es una de las infecciones oportunistas en pacientes con infección por VIH, siendo el compromiso gastrointestinal poco frecuente. Este debe sospecharse cuando el grado de inmunocompromiso es mayor y el tratamiento se ajustará de acuerdo a la severidad del cuadro clínico.

## IT- 16

**EMBOLISMO PARADÓJICO, TOMA DE DECISIONES. REPORTE DE CASO**

FAJARDO L, VILLALOBOS WALTER, MARTÍNEZ F, ARIAS C.

Clínica Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** El tromboembolismo paradójico es una patología inusual, la cual consiste en obstrucción del sistema arterial sistémico por material proveniente del lado derecho del corazón. Al elevarse las presiones del lado derecho y disminuir las del lado izquierdo se favorecen los embolismos.

**Caso clínico.** Paciente femenina de 53 años consulta por 2 días de desviación de la comisura labial hacia la derecha, afasia motora y disnea en reposo. Antecedente retardo mental leve. Al examen físico se encuentra taquicárdica, taquipneica, desaturada con síndrome piramidal izquierdo. Electrocardiograma mostró patrón de bloqueo de rama derecha. Troponina positiva, gases arteriales con hipoxemia moderada y acidosis metabólica con hiperlactatemia e injuria renal AKIN II. TAC cerebral simple con infarto subagudo de ramas anteriores de arteria cerebral media derecha. AngioTAC de tórax evidencia obstrucción de la mayor parte de la luz de arterias pulmonares principales, interlobares y segmentarias, sin recanalización, dilatación del tronco de la arteria pulmonar, ventrículo y aurícula derechas. Ecocardiograma transesofágico con movimiento paradójico del septum con evidencia de trombo en tránsito a través de cortocircuito interauricular de tipo foramen oval, en base de aneurisma de septum interauricular, con función sistólica del ventrículo derecho comprometida y múltiples coágulos en la aurícula izquierda. Durante la evolución paciente presenta hipotensión con requerimiento de soporte vasopresor. Con diagnósticos de tromboembolismo pulmonar paradójico por comunicación interauricular, con tromboembolismo pulmonar masivo y ACV\* de arteria cerebral media derecha.

Evaluando riesgo/beneficio se inicia anticoagulación plena con enoxaparina, con mejoría de los síntomas neurológicos así como de la estabilidad hemodinámica. Posteriormente se realiza cierre del foramen oval vía percutánea, sin complicaciones.

**Conclusión.** Es importante la toma de decisiones de manera ágil en el embolismo paradójico para disminuir la morbi-mortalidad.

## IT-17

**EXPERIENCIA DEL USO DE INMUNOGLOBULINA G EN UCI**

SÁNCHEZ A, OSPINA M, FAJARDO LINA, CASAS D, COY A, JIMÉNEZ K, HERRERA C, GARZÓN D.

*Hospital Universitario de la Samaritana. Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La inmunoglobulina G (IgG) como estrategia terapéutica, tiene cabida en varias patologías con curso agudo y severo, tanto neurológicas, hematológicas, dermatológicas y autoinmunes. Las más frecuentes son el Síndrome de Guillain Barré, dermatomiositis, miastenia gravis y lupus eritematoso sistémico. Este abordaje terapéutico se tornó relevante en el manejo de enfermedades sistémicas ante la refractariedad al manejo inmunosupresor (1). A pesar de no constituir la primera opción terapéutica, la IgG es una opción válida que cada vez se emplea más en unidades de cuidado crítico.

**Diseño.** Serie de Casos.

**Métodos.** Se describe la experiencia de los últimos 4 años exponiendo 20 casos de pacientes con diagnósticos de autoinmunidad que recibieron IgG endovenosa. Se analizan los diagnósticos, indicación de uso, estancia en la unidad de cuidados intensivos, infección y mortalidad.

**Resultados.** La mediana de edad fue de 51.5 años (P25-P75: 30.2-67.2). 55% de género femenino. El diagnóstico más prevalente fue LES (35%), seguido de Guillain Barré, 25%. Otras indicaciones menos prevalentes fueron polimiositis, síndrome antifosfolípido y poliangeftis microscópica. Las indicaciones más frecuentes fueron polineuropatía y hemorragia alveolar. El 85% de los pacientes cursaban con infección concomitante. La estancia hospitalaria en UCI tuvo una mediana de 13.5 días (P25-P75: 3,5-32,7) y la mortalidad global fue de 9 pacientes(45%).

**Conclusiones.** La IgG es una alternativa terapéutica en el manejo del paciente crítico con autoinmunidad logrando generar beneficio en comparación con otras terapias. Sin embargo, aún no se cuenta con estudios con suficiente validez externa que permitan establecer una indicación terapéutica específica.

## IT-19

**HIPOALBUMINEMIA COMO FACTOR ASOCIADO CON SOBREATICOAGULACIÓN POR WARFARINA DURANTE LOS PRIMEROS 4 DÍAS DE TRATAMIENTO EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS**

MESA A, DENNIS R.

*Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** La warfarina es utilizada para la anticoagulación formal de múltiples patologías en el paciente anciano. El principal efecto adverso de la warfarina es el incremento del riesgo de sangrado, el cual se encuentra relacionado directamente con el nivel de anticoagulación (INR). La porción activa de la warfarina es la que no se encuentra unida a la albúmina y en los ancianos la albúmina sérica puede encontrarse disminuida, por esta razón se incrementa la porción libre de warfarina pudiendo incrementar el riesgo de sobreanticoagulación.

**Diseño.** Estudio observacional analítico de cohorte concurrente.

**Métodos.** Se recolectaron de forma consecutiva 174 pacientes que tuvieran indicación de anticoagulación formal con warfarina en el Hospital Universitario San Ignacio en Bogotá-Colombia. Se obtuvo consentimiento de todos los pacientes incluidos en el estudio. El desenlace principal fue evaluar el riesgo de sobreanticoagulación por warfarina en pacientes ancianos con hipoalbuminemia.

**Resultados.** Se encontró en pacientes en tratamiento con warfarina y con albúmina baja un incremento significativo del valor de INR, al compararse con el INR de pacientes en tratamiento con warfarina y albúmina normal (RR = 2.679, 95% CI: 1.612.4.451, p <0.001).

En el análisis multivariado al ajustar por sexo, edad, IMC y el uso de medicamentos que pueden interactuar con la acción de la warfarina, se encontró que la albúmina baja se asoció significativamente con sobreanticoagulación por warfarina durante los primeros 4 días de tratamiento en pacientes de 60 años y mayores (OR 5.813, IC 95%: 2.613,12.932, p<0.001).

**Conclusiones.** En pacientes de 60 o más años con hipoalbuminemia se incrementa el riesgo de sobreanticoagulación por warfarina en los 4 primeros días de tratamiento. Esta asociación permite que se tomen mejores medidas de control al anticoagular este tipo de pacientes y disminuir el riesgo de sangrado asociado a sobreanticoagulación.

## IT-18

**FRECUENCIA DE INTERVENCIÓN EN PROGRAMACIÓN DE MARCAPASOS. EFECTO EN LA RECURRENCIA DEL SÍNCOPE**

ASTUDILLO V, JIMÉNEZ E, MAYA ANDRÉS, FRANCO G, ASTUDILLO J.

*Clínica El Rosario-Corazón Instituto Especializado, Medellín, Colombia.*

**Introducción.** El síncope es la pérdida de conocimiento autolimitado con recuperación espontánea e íntegra. El mecanismo puede ser cardiogénico cuando es secundario a causas cardiovasculares o neuralmente mediado (vasovagal). El test de mesa basculante o Tilt test es el estudio indicado para descartar causas vasovagales o neurocardiogénicas, mediante inducción de síncope durante el estudio, encontrándose tres diferentes tipos de respuesta: la vasodilatadora en la cual se observa disminución de la presión arterial exclusivamente, respuesta cardioinhibitoria y respuesta mixta con disminución de la presión arterial y bradicardia (vasodilatadora y cardioinhibitoria).

**Diseño del estudio.** Descriptivo.

**Métodos.** Estudio de serie de casos en pacientes con síncope y respuesta cardioinhibitoria en el tilt test a quienes se les implantó marcapasos bicameral entre octubre de 2010 y abril de 2014 con una programación específica: modo DDDR, frecuencia cardíaca entre 60 y 130lpm, frecuencia de histéresis activada en 50 lpm, frecuencia cardíaca de intervención igual a la intrínseca más 30 lpm, duración de la intervención de 3 minutos y recuperación postintervención media con intervalos AV de detección a 170 ms y estimulación a 200 ms.

**Resultados.** Se analizaron 17 pacientes, 11 (64%) de sexo femenino con edad mediana de 55 años (Rango Intercuartilico 37.25 - 67.75). En el seguimiento hasta la fecha actual solo un paciente ha tenido recurrencia de síncope a los 4.1 meses, el tiempo medio de supervivencia libre de síncope es 24.6 meses con un IC95% [20.7; 28.4].

**Conclusiones.** La implantación de marcapasos con la programación específica definida logra impactar en la recurrencia del síncope.

## IT-20

**PATRONES DE PRESCRIPCIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS EN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN PACIENTES DE ALTO RIESGO**

MIRANDA ROSERO HAROLD, HERRERA TASAMA A, MARTINEZ JW.

*Pereira, Risaralda.*

**Introducción.** El tratamiento farmacológico es la principal estrategia, en el manejo del paciente con hipertensión arterial para lograr metas de control. Nosotros describimos los patrones de prescripción de medicamentos antihipertensivos de una población hipertensa de alto riesgo.

**Métodos.** Estudio descriptivo de corte transversal.

**Resultados.** 592 pacientes fueron evaluados. Edad promedio 65.4 años (65.4 ± 10 años: 19 - 89 años, 27 % hombres y 73% mujeres. 78.4% de los pacientes presentan dos o más factores de riesgo cardiovascular. Se utilizaron en promedio 2.13 medicamentos por cada paciente. El 27.1% recibió monoterapia. 48.6% dos clases de medicamentos antihipertensivos y el 24.1% recibió terapia combinada con tres o más clases de antihipertensivos.

1.266 drogas antihipertensivas prescritas en 592 pacientes, 374 son Diuréticos (29.5%). 359 inhibidores de enzima convertidora de angiotensina (IECAS) (28.3%), 210 bloqueantes de los canales de calcio (BBC) (16.5%), 186 betabloqueadores (BB) (14.9%), 75 otros antihipertensivos (5.9%) y 62 antagonistas de los receptores ATII (ARA II) (4.8%).

La prescripción de los medicamentos antihipertensivos solos o en combinación, mostro que los Diuréticos son la clase de antihipertensivo más utilizada 63.1%, los IECAS se prescribieron en el 60.2%. Los BBC en 34.5%, los BB en 31.9%, otros medicamentos antihipertensivos en el 12.6% y los ARA II en 10.2% de los pacientes.

Cuando se utilizó monoterapia los IECA se prescribieron en el 47.2 %, BCC 22.3%. Diuréticos 15.5% y los beta bloqueadores 10.5%. Los ARA II se utilizaron en el 4.3%.

No se encontró diferencias en el número de medicamentos utilizado entre los controlados (42,2%) y los no controlados, tampoco entre los pacientes adheridos (82,2%) versus los no adheridos.

**Conclusión.** En esta población de alto riesgo cardiovascular, los Diuréticos y los IECAS son los medicamentos más prescritos. No hay relación entre el número de medicamentos y el control de hipertensión.

## IT - 21

**TIEMPO PARA EL INICIO DE INSULINA Y FACTORES ASOCIADOS AL CAMBIO DE TRATAMIENTO EN PACIENTES DIABÉTICOS TIPO 2**MACHADO-DUQUE MANUEL ENRIQUE<sup>1</sup>, MORENO-GUTIÉRREZ PA<sup>2</sup>, MACHADO-ALBA JE<sup>3</sup>.

*Semillero investigación farmacoepidemiología y farmacovigilancia, Miembro activo asociación científica de estudiante de medicina de Risaralda (ACEMRIS), Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia. 2. Grupo de investigación en farmacoepidemiología y farmacovigilancia, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia. 3. Grupo de investigación en farmacoepidemiología y farmacovigilancia, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia.*

**Objetivo.** Determinar el tiempo transcurrido entre el inicio de tratamiento antidiabético oral (ADO) hasta el momento de inicio de terapia con insulinas y conocer los factores asociados a la prescripción de insulina en pacientes diabéticos tipo 2 de Pereira, Colombia.

**Metodología.** Estudio de cohortes, retrospectivo, sobre una población afiliada al Sistema de Salud en Pereira, Colombia, se buscaron pacientes diabéticos tipo 2 que iniciaron terapia ADO entre 1 de enero de 2007 y 31 de diciembre de 2008, se realizó seguimiento durante 5 años, mediante un análisis de sobrevida Kaplan-Meier se determinó el tiempo transcurrido hasta el inicio de insulina y los factores asociados con su inicio mediante regresión logística. Análisis mediante SPSS 22.0.

**Resultados.** Se estudiaron 1042 pacientes diabéticos con edad promedio 63,4±13,7 años al inicio del tratamiento farmacológico, el 52,4% fueron mujeres. Tras 5 años de seguimiento, 272 pacientes (26,1%) iniciaron terapia insulínica. Se encontró que ser mujer se asoció significativamente con mayor riesgo de inicio de insulina tempranamente (OR:1,78. IC95%:1,05–3,03, p=0,03), la terapia combinada de metformina + glibenclámda se asoció con mayor riesgo de iniciar insulinas (OR:1,64; IC95%:1,12–2,40, p=0,010), mientras que ser hombre mayor de 45 años (OR:0,59; IC95%:0,37–0,96, p=0,034) e iniciar terapia ADO con metformina (OR:0,30; IC95%:0,20–0,46, p=<0,001) redujeron el riesgo. **Conclusiones.** Una reducida proporción de pacientes diabéticos tipo 2 después de 5 años de tratamiento oral inicia terapia con insulina. La edad, el sexo y tipo de manejo ADO inicial afectan la probabilidad de cambio hacia insulinas en diabéticos de Pereira, Colombia.

## Prevención

## Prevention

## P- 1

**TROMBOPROFILAXIS EN PACIENTES CON PATOLOGÍA MÉDICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER.**

ARIAS JOSÉ, NARANJO F, CASTELBLANCO M, CARREÑO F, PRIETO H.

*Hospital Universitario de Santander, Universidad Industrial de Santander. Bucaramanga, Colombia*

**Introducción.** El tromboembolismo venoso afecta el 10-20% de pacientes hospitalizados y el tromboembolismo pulmonar representa el 10% de las muertes hospitalarias. Evaluar los factores de riesgo de tromboembolia venosa, los métodos y la adherencia a guías de tromboprofilaxis en pacientes con patología médica hospitalizados en el Hospital Universitario de Santander permitiría desarrollar estrategias que prevengan de forma eficaz la tromboembolia venosa en pacientes hospitalizados por causas médicas.

**Diseño.** Estudio descriptivo, corte transversal

**Métodos.** Evaluación de historias clínicas de pacientes hospitalizados con tratamiento médico. Se utilizaron las guías de 2012 del American College of Chest Physicians para evaluar el riesgo de tromboembolia venosa y la profilaxis apropiada.

**Resultados.** Hasta el momento se han evaluado 63 historias clínicas de pacientes con tratamiento médico en el servicio de medicina interna obteniéndose resultados preliminares de la prueba piloto que muestran que en dicha población y basados en la escala de riesgo de Padua ( $\geq 4$ ), el 58% (n = 37) de los pacientes se encontraban en riesgo de tromboembolia venosa. La tromboprofilaxis en los pacientes en riesgo fue del 62,1% (n=23). Dichos resultados se asemejan a los obtenidos en el estudio Endorse para Colombia con 63,7% de profilaxis. El riesgo de sangrado según escala Improve fue del 33,3%. Las heparinas de bajo peso molecular representa el 96,5% de los métodos farmacológicos utilizados.

**Conclusiones.** El manejo en la prevención de la tromboembolia venosa en el Hospital Universitario de Santander, teniendo en cuenta las guías actuales de tromboprofilaxis es similar a la realizada en otros centros hospitalarios en Colombia. No obstante, es necesario mejorar la profilaxis en pacientes hospitalizados dado que sigue siendo subóptima.

## Salud Pública • Epidemiología

## Public Health • Epidemiology

|                 |  |                 |   |
|-----------------|--|-----------------|---|
| <b>SPE - 1</b>  | DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGO-RESISTENTE EN CONDICIONES PROGRAMÁTICAS EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER ..... 53  | <b>SPE - 20</b> | DIABETES MELLITUS NO DIAGNOSTICADA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO. CLÍNICA CARDIOVID, MEDELLÍN-COLOMBIA. .... 57   |
| <b>SPE - 2</b>  | OPTIMIZACIÓN DEL TIEMPO PUERTA-ELECTROCARDIOGRAMA AL INTERIOR DE UNA RUTA CRÍTICA EN EL MANEJO DEL DOLOR TORÁCICO. .... 53   | <b>SPE - 21</b> | MORBIMORTALIDAD CORONARIA EN PACIENTES CON VIH: COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES. .... 58  |
| <b>SPE - 3</b>  | ESTIMACIÓN DE COSTOS ASUMIDOS POR EL PACIENTE Y SU FAMILIA, EN EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN COLOMBIA. .... 53   | <b>SPE - 22</b> | CARACTERIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA POBLACIÓN CON RESULTADOS FALSAMENTE POSITIVOS, EN EL DIAGNÓSTICO DE SCA SIN ELEVACIÓN DEL ST. .... 58  |
| <b>SPE - 4</b>  | ¿EXISTE LA ARTRITIS REUMATOIDE EROSIVA? ..... 53   | <b>SPE - 23</b> | LA INVESTIGACIÓN EN COLOMBIA EN FALLA CARDÍACA, 1980-2013. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA ..... 58  |
| <b>SPE - 5</b>  | HIPOTIROIDISMO AUTOINMUNE EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. ANÁLISIS DE PREVALENCIA ANALÍTICA Y REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA. .... 54   | <b>SPE - 24</b> | TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL EN COLOMBIA. .... 58   |
| <b>SPE - 6</b>  | FACTORES ASOCIADOS A LA NEFRITIS LÚPICA ..... 54   | <b>SPE - 25</b> | ALTOS NIVELES DE INSULINEMIA Y SU SENSIBILIDAD PARA TRASTORNOS METABÓLICOS EN EL CARIBE. .... 59  |
| <b>SPE - 7</b>  | FENÓMENO DE LUCIO. .... 54   | <b>SPE - 26</b> | CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE ..... 59   |
| <b>SPE - 8</b>  | LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE INICIO TARDÍO ..... 54  | <b>SPE - 27</b> | PREVALENCIA DE CANDIDEMIA POR <i>CANDIDA ALBICANS</i> Y <i>NO ALBICANS</i> EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA 2008-2011 ..... 59   |
| <b>SPE - 9</b>  | PERITONITIS ASOCIADA A CAPD POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS, A PROPÓSITO DE UN CASO ..... 55   | <b>SPE - 28</b> | CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR DE LAS INFECCIONES POR <i>ACINETOBACTER BAUMANNII</i> Y <i>PSEUDOMONAS AERUGINOSA</i> RESISTENTES A CARBAPENÉMICOS EN HOSPITALES DE MEDELLÍN, COLOMBIA ..... 59 |
| <b>SPE - 10</b> | EFECTO DE LA ANCESTRÍA EN LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES. .... 55  | <b>SPE - 29</b> | CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR DE <i>KLEBSIELLA PNEUMONIAE</i> Y <i>ENTEROBACTER CLOACAE</i> RESISTENTES A CARBAPENÉMICOS EN INSTITUCIONES DE ALTA COMPLEJIDAD DE MEDELLÍN, 2012-2013. .... 60 |
| <b>SPE - 11</b> | CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAHOS) LLEVADOS HOLTER ELECTROCARDIOGRÁFICO. .... 55  | <b>SPE - 30</b> | CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CARDIOPATAS EMBARAZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS ..... 60  |
| <b>SPE - 12</b> | SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL CÁNCER DE PULMÓN. .... 55   | <b>SPE - 31</b> | CÁNCER DE PULMÓN CON MUTACIÓN DEL GEN EGFR ..... 60   |
| <b>SPE - 13</b> | ETIOLOGÍA OLVIDADA DE MASA PULMONAR: ACTINOMICOSIS. A PROPÓSITO DE UN CASO ..... 56  | <b>SPE - 32</b> | CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA MENOR O IGUAL A 2 CM. . . 60  |
| <b>SPE - 14</b> | ASOCIACIÓN MIASTENIA GRAVIS Y LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. .... 56   | <b>SPE - 33</b> | ANÁLISIS DE SOBREVIDA DE CÁNCER DE RECTO NO METASTÁSICO ..... 61  |
| <b>SPE - 15</b> | BACTERIAS OPORTUNISTAS EMERGENTES, REPORTE DE UN CASO. .... 56   | <b>SPE - 34</b> | ANÁLISIS DE SOBREVIDA DE CÁNCER DE CÉRVIX NO METASTÁSICO ..... 61   |
| <b>SPE - 16</b> | PREVALENCIA DE TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN PACIENTES DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA HOSPITAL SAN JOSÉ (HSJ) – HOSPITAL INFANTIL SAN JOSÉ (HUISJ) BOGOTÁ. 2006- 2014. .... 56                    | <b>SPE - 35</b> | CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE CÁNCER DE MAMA EN JÓVENES DE 35 AÑOS O MENOS. .... 61  |
| <b>SPE - 17</b> | ALTERACIONES EN HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER Y EL INSTITUTO NEUROLÓGICO DEL ORIENTE. .... 57 | <b>SPE - 36</b> | MORTALIDAD EN CÁNCER DE MAMA EN ANCIANAS. .... 61   |
| <b>SPE - 18</b> | OPORTUNIDADES PERDIDAS EN LA HOSPITALIZACIÓN DE FUMADORES ..... 57   | <b>SPE - 37</b> | CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS EN CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVOS. .... 62   |
| <b>SPE - 19</b> | SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN HEPATITIS AUTOINMUNE / CIRROSIS BILIAR PRIMARIA Y SARCOIDOSIS. REPORTE DE CASO. .... 57  | <b>SPE - 38</b> | SOBREVIDA DE CÁNCER GÁSTRICO NO METASTÁSICO ..... 62  |

|                 |   |    |                 |  |    |
|-----------------|---|----|-----------------|--|----|
| <b>SPE - 39</b> | REGISTRO INSTITUCIONAL DE CÁNCER .....  | 62 | <b>SPE - 51</b> | PERFIL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN MODALIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD EN SANTA MARTA. 2012..... | 65 |
| <b>SPE - 40</b> | ANÁLISIS DE SOBREVIVENCIA DE CÁNCER DE COLON NO METASTÁSICO .....   | 62 | <b>SPE - 52</b> | PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE UN MODELO DE REDES BAYESIANAS EN LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS .....  | 65 |
| <b>SPE - 41</b> | ANÁLISIS DE SOBREVIVENCIA DE CÁNCER DE OVARIO.....  | 63 | <b>SPE - 53</b> | FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON BACTERIEMIA POR <i>KLEBSIELLA PNEUMONIAE</i> .....  | 66 |
| <b>SPE - 42</b> | ANÁLISIS DE SOBREVIVENCIA DE CÁNCER GERMINAL DE TESTÍCULO .....   | 63 | <b>SPE - 54</b> | CORTISOL SALIVAL EN ANCIANOS COLOMBIANOS .....   | 66 |
| <b>SPE - 43</b> | BLASTOSISTIS SSP EN PACIENTES REUMÁTICOS EN EXTREMA POBREZA CARTAGENA, COLOMBIA.....  | 63 | <b>SPE - 55</b> | ANÁLISIS MULTIVARIADO Y MORTALIDAD CÁNCER DE MAMA RECEPTOR HORMONAL POSITIVO .....   | 66 |
| <b>SPE - 44</b> | CARACTERÍSTICAS DEL DORMIR Y OBESIDAD CENTRAL EN AFRO COLOMBIANAS EN EDAD MEDIA .....   | 63 | <b>SPE - 56</b> | FACTORES PRONÓSTICO DE MORTALIDAD EN CÁNCER DE MAMA HER2 POSITIVO .....  | 66 |
| <b>SPE - 45</b> | ¿LA OBESIDAD CENTRAL ES FACTOR DE RIESGO PARA DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON SINTOMATOLOGÍA MENOPÁUSICA? ..... | 64 | <b>SPE - 57</b> | ANÁLISIS DE SOBREVIVENCIA EN CÁNCER DE MAMA AVANZADO. ....   | 67 |
| <b>SPE - 46</b> | TASA DE CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA .....          | 64 | <b>SPE - 58</b> | RESULTADOS A LARGO PLAZO EN UNA COHORTE DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA .....  | 67 |
| <b>SPE - 47</b> | IMPACTO CLÍNICO DEL PROGRAMA DE FALLA CARDIACA EN UN CENTRO DE REFERENCIA CARDIOVASCULAR .....                                  | 64 | <b>SPE - 59</b> | ANÁLISIS MULTIVARIADO Y MORTALIDAD DE CÁNCER DE MAMA TEMPRANO .....  | 67 |
| <b>SPE - 48</b> | TASA DE CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA .....          | 64 | <b>SPE - 60</b> | IMPACTO DE LOS TRASTORNOS DE SUEÑO EN LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON SÍNDROME DE INTESTINO IRRITABLE .....  | 67 |
| <b>SPE - 49</b> | FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON FALLA CARDIACA DESCOMPENSADA .....   | 65 | <b>SPE - 61</b> | CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UNA CLÍNICA DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE CALI .....  | 68 |
| <b>SPE - 50</b> | PREVALENCIA DE INFECCIONES OPORTUNISTAS EN PACIENTES VIH-SIDA CON BASE EN EL ESTUDIO DE MEDULA ÓSEA .....                       | 65 | <b>SPE - 62</b> | INCIDENCIA DE EPISODIOS INFECCIOSOS EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL DURANTE EL PRIMER AÑO DE SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE .....                           | 68 |

## SPE - 1

**DESCRIPCIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS MULTIDROGO-RESISTENTE EN CONDICIONES PROGRAMÁTICAS EN EL DEPARTAMENTO DE SANTANDER**

VEGA-VERA A, ACEVEDO-OLIVEROS GERMÁN AUGUSTO.

Grupo GERMINA. Departamento de Medicina Interna, Universidad Industrial de Santander, Departamentos de Santander, Bucaramanga, Colombia.

**Introducción.** La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por el complejo *Mycobacterium tuberculosis*. Para 2010 hubo 8.8 millones de casos incidentes en el mundo. Tuberculosis multidrogo-resistente (TBMDR) es la presencia de resistencia a rifampicina e isoniácida. Factores relacionados con la aparición de resistencia son la exposición previa a tratamientos antituberculosos y algunas barreras sociales.

**Diseño.** Estudio descriptivo retrospectivo.

**Método.** Se tomaron los datos almacenados en el archivo de la Secretaría de Salud Departamental de Santander de los pacientes con diagnóstico de TB MDR durante el periodo 2003-2012. El protocolo fue sometido a evaluación y avalado por el Comité de Ética de la Universidad Industrial de Santander.

**Resultados.** Se presentaron 16 casos de TBMDR, mayor incidencia 2008 (33% casos). La proporción hombre: mujer fue 1:1, el 81% se encontraban en edad laboral (20-60 años), todos los casos correspondieron al área metropolitana de Bucaramanga, 94% vivienda urbana, 69% régimen contributivo, 62% no tenían empleo. Coinfección VIH fue del 13%.

La exposición a fármacos antituberculosos estuvo presente en el 86% de la población, las fallas en la aplicación del tratamiento acortado estrictamente supervisado (TAES) y de la estrategia "alto a la tuberculosis" son hallazgos presentes. Se encontró una resistencia adicional a estreptomycinina 100%, Pirazinamida 78% y etambutol 50% de los casos.

**Conclusiones.** La TBMDR es un problema real en nuestro departamento, la mayoría de pacientes presentaban exposición previa al programa. Debe realizar un esfuerzo para el fortalecimiento de la estrategia alto a la tuberculosis, iniciando por un mayor cumplimiento del TAES para evitar las fallas y/o abandonos en el tratamiento que conlleven a la generación de presión selectiva y por ende resistencia. Fortalecimiento del comité regional de casos especiales de tuberculosis pasa una atención integral de los pacientes e implementación de pruebas genotípicas para la identificación temprana de la resistencia en poblaciones especiales.

## SPE - 3

**ESTIMACIÓN DE COSTOS ASUMIDOS POR EL PACIENTE Y SU FAMILIA, EN EL PROCESO DE DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LA TUBERCULOSIS EN COLOMBIA**

JIMENEZ EVERT, MEJIA L, MARTÍNEZ L, GONZÁLEZ G, LÁZARO C, SÁNCHEZ Y, CARDONA J, CASTRILLÓN D, OCHOA L, HERNÁNDEZ J.

Universidad Pontificia Bolivariana. Corporación para Investigaciones Biológicas CIB, Medellín, Colombia.

**Introducción.** La tuberculosis es una enfermedad infecto-contagiosa considerada como una emergencia mundial. La OMS ha recomendado a los países implementar la estrategia DOTS (Directly Observed Therapy Short Course) como medida efectiva en el control de la enfermedad. Sin embargo, esta estrategia tiene implicaciones económicas tanto para el sistema como para el paciente.

**Diseño.** Estudio observacional descriptivo prospectivo.

**Métodos.** La población estuvo compuesta por pacientes con diagnóstico de tuberculosis en tres ciudades diferentes de Colombia (Medellín, Montería y Quibdó) que iniciaron tratamiento bajo la estrategia DOTS. Se utilizó un cuestionario estandarizado para la recolección de los datos. Las variables de estudio fueron los costos directos e indirectos asumidos por los pacientes.

**Resultados.** En total fueron encuestados 91 pacientes. El costo promedio durante el diagnóstico fue de \$26.456 (DS± 19.333). El promedio mensual de gastos por pacientes durante el tratamiento fue de \$65.123 (DS± 13.838), equivalente al 17% del ingreso mensual promedio estimado en \$378.530 (DS± 46.807). Los costos registrados en Medellín fueron de \$ 95.650, en Montería fue de \$36.631 y en Quibdó de \$26,456. Las incapacidades laborales fueron cercanas a 2 días por mes.

**Conclusión.** Los costos asumidos por los pacientes bajo la estrategia DOTS son altos, incluso cuando los servicios son proporcionados gratuitamente. La creación de la supervisión del diagnóstico y tratamiento basado en la comunidad podría disminuir los costos, mejorando la atención integral de la tuberculosis.

## SPE - 2

**OPTIMIZACIÓN DEL TIEMPO PUERTA-ELECTROCARDIOGRAMA AL INTERIOR DE UNA RUTA CRÍTICA EN EL MANEJO DEL DOLOR TORÁCICO**

SPROCKEL JOHN, TOVAR L, OMAÑA OP, SAAVEDRA MA, CHAVES W, DIAZTAGLE JJ. Hospital de San José, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** El tiempo puerta electrocardiograma es reconocido como uno de los parámetros de calidad de la atención de los síndromes coronarios agudos. Al lograr el objetivo de realizarlo antes de 10 minutos, aumenta la posibilidad de lograr una reperfusión rápida y efectiva, impactando en los desenlaces. Se describen los resultados de una estrategia para mejorar la adherencia a la meta de tiempo puerta-electrocardiograma <10 minutos en adultos que consultan a urgencias por dolor torácico.

**Diseño.** Estudio de antes y después.

**Métodos.** Se realizó una evaluación del tiempo puerta-electrocardiograma tras implementar medidas para la reorganización del proceso de atención de los pacientes con dolor torácico en el contexto de la implementación de una ruta crítica.

**Resultados.** Se evaluaron 373 pacientes, 204 en la fase antes de la intervención y 169 en la fase después. En la fase antes se encontró una mediana de tiempo puerta electrocardiograma de 16 minutos, entre los cuales el 41% fue menor a 10 minutos; luego de implementar el cambio del proceso de atención del dolor torácico la mediana fue 5 minutos, con el 63% por debajo de 10 minutos.

**Conclusiones.** El tiempo puerta electrocardiograma es uno de los principales determinantes del tiempo de reperfusión en los pacientes con infarto. Se logró instaurar una medida que logró reducirlo y aumentó el porcentaje de ellos que alcanzó la meta, sin embargo se requirieron intervenciones adicionales que aseguren proporciones mayores de pacientes con tiempo puerta electrocardiograma menor a 10 minutos, similar a otras investigaciones parecidas.

## SPE - 4

**¿EXISTE LA ARTRITIS REUMATOIDE NO EROSIVA?**AMAYA-AMAYA JENNY<sup>a,b</sup>, CALIXTO OJ<sup>a,b</sup>, SAADE-LEMUS S<sup>a,b</sup>, CALVO-PARAMO E<sup>a,c</sup>, MANTILLA RD<sup>a,b</sup>, ROJAS-VILLARRAGA A<sup>a,b</sup>, ANAYA JM<sup>a,b</sup>.<sup>a</sup> Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.<sup>b</sup> Mederi, Hospital Universitario Mayor, Bogotá, Colombia.<sup>c</sup> Escuela de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** Factores asociados con artritis reumatoide (AR) erosiva han sido ampliamente descritos. Por el contrario, existe poca información de la AR no-erosiva. En el presente estudio identificamos la prevalencia y los factores asociados con la AR no-erosiva, así como la sensibilidad y especificidad de diferentes técnicas imagenológicas mediante un estudio de casos y una revisión sistemática de la literatura (RSL).

**Diseño.** Estudio de corte transversal.

**Métodos.** Se evaluaron 500 pacientes con AR para seleccionar, mediante Rx simple, quienes no presentaban erosiones en manos y pies luego de 5 o más años de evolución. De un total de 50 que cumplieron estos criterios, 40 pacientes fueron reevaluados con un segundo set de Rx y, adicionalmente, ultrasonografía (US) y tomografía (TAC) de manos y pies. El coeficiente de correlación de Spearman, el coeficiente kappa y W-Kendall fueron empleados para el análisis. Tomando al TAC como método de referencia, se calculó la sensibilidad y especificidad de Rx y US. La RSL se realizó siguiendo las guías PRISMA.

**Resultados.** La mediana de duración de la AR fue 10 años. La AR no-erosiva fue confirmada por los 3 métodos en 8 pacientes (1.6%). Sin embargo, no hubo concordancia entre ellos. Los factores asociados con la AR no-erosiva fueron: menor duración de la enfermedad, baja evaluación global del paciente y RAPID3 (Routine Assessment of Patient Index Data-3), bajos títulos de factor reumatoide y proteína-C-reactiva, y la positividad de anticuerpos antinucleares. En la RSL la AR no-erosiva fue reportada en un rango de 11-85% y asociada a la ausencia tanto de autoanticuerpos como de alelos del HLA portadores del epítipo compartido.

**Conclusiones.** La AR no-erosiva es poco frecuente. La marcada diferencia en las prevalencias reportadas se debe a falta de definición y consenso. Los factores asociados servirán para identificar pacientes menos graves y guiar conductas terapéuticas.

## SPE - 5

**HIPOTIROIDISMO AUTOINMUNE EN LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO. ANÁLISIS DE PREVALENCIA ANALÍTICA Y REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LA LITERATURA**

FRANCO JUAN-SEBASTIÁN<sup>A,B</sup>, AMAYA-AMAYA J<sup>A,B</sup>, MOLANO-GONZÁLEZ N<sup>A</sup>, CARO-MORENO J<sup>A,B</sup>, RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ M<sup>A</sup>, ACOSTA-AMPUDIA Y<sup>A</sup>, MANTILLA RD<sup>A,B</sup>, ROJAS-VILLARRAGA A<sup>A,B</sup>, ANAYA JM<sup>A,B</sup>.

<sup>A</sup>Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

<sup>B</sup>Mederi, Hospital Universitario Mayor, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La enfermedad tiroidea autoinmune (ETA) ha sido descrita como la enfermedad autoinmune (EAI) más prevalente. A pesar de la conocida asociación con otras EAI, los factores que influyen su coexistencia con lupus eritematoso sistémico (LES) han sido parcialmente examinados. En el presente estudio se determinó la prevalencia e impacto de la ETA en una cohorte de pacientes con LES. Adicionalmente, los resultados fueron contrastados a la luz de una revisión sistemática de la literatura (RSL).

**Diseño.** Estudio de corte transversal.

**Métodos.** 376 pacientes con LES fueron sistemáticamente evaluados para la presencia de 1) ETA, 2) anticuerpos anti-tiroperoxidasa (TPO) y anti-tiroglobulina (Tg) pero eutiroideos 3) hipotiroidismo clínico sin auto-anticuerpos tiroideos, 4) LES sin presencia de hipotiroidismo ni auto-anticuerpos. La comparación se realizó entre los grupos 1 y 4 a través de un análisis multivariado y un modelo predictivo basado en árboles de regresión. La RSL se realizó siguiendo las guías PRISMA.

**Resultados.** La prevalencia de ETA fue del 12%, mientras que TPO y Tg fue del 21% y 10%, respectivamente. El 40% de los pacientes pertenecían al grupo 4. Los pacientes con ETA tuvieron mayor edad y un inicio de LES más tardío. La ETA fue asociada a la coexistencia de síndrome de Sjögren (SS) y al tabaquismo. Estas mismas variables fueron encontradas como predictoras para ETA. En la RSL el rango de prevalencias de ETA en LES fue entre 1%- 60%. El género femenino, edad, tabaquismo, algunos auto-anticuerpos, el SS, y compromiso articular y cutáneo fueron los factores asociados con esta poliautoinmunidad.

**Conclusiones.** La ETA es frecuente en pacientes con LES y parece no afectar su severidad. Los factores asociados con esta poliautoinmunidad facilitarán una mejor evaluación de pacientes con LES. Nuestros resultados resaltan la necesidad de campañas para el control del tabaquismo en pacientes con EAI.

## SPE - 7

**FENÓMENO DE LUCIO**

ONATE HERMES, KOPTI M, NARVÁEZ O, COTRIM S, GONZÁLEZ E, PADILLA W. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

**Introducción.** La lepra es una enfermedad infecto-contagiosa de evolución crónica, producida por el *Mycobacterium Leprae*. Puede manifestarse de diversas formas, variando desde lesiones cutáneas y neurológicas únicas hasta cuadros diseminados con compromiso sistémico. El fenómeno de lucio es una manifestación cutánea necrotizante grave en hanseniasis multibacilar antes, durante o pos-tratamiento, caracterizado por la presencia de lesiones eritemato-purpúricas que evolucionan a úlceras y necrosis principalmente en miembros inferiores.

**Diseño.** Estudio descriptivo.

**Métodos.** Reporte de Caso.

**Objetivos.** Describir un caso clínico de una paciente con enfermedad de Hansen que presenta fenómeno de lucio.

**Resultado.** Paciente femenina 59 años de edad con cuadro clínico de 2 años de evolución consistente en aparición de lesiones ulcerativas en miembros superiores e inferiores asociado a deformidad de la nariz y madarosis. Antecedentes personales: Ex indigente, Retardo Mental moderado. Examen físico: Fascie leonina, madarosis, deformidad nasal, mano izquierda en garra cubital, presencia de múltiples lesiones ulcerativas en miembros inferiores con signos locales de infección, pérdida de la sensibilidad dolorosa y amputación del quinto arto de pie derecho. Fueron tomadas 4 biopsias, 2 correspondiente a los lóbulos de la oreja y 2 de lesiones ulcerativas de la pierna, compatible con lepra lepromatosa. Iniciado tratamiento con antibióticos tópicos y sistémicos.

**Conclusión.** La hanseniasis es una enfermedad infectocontagiosa aun endémica para países en desarrollo. Existe correlación entre las formas clínicas de la enfermedad y el grado de inmunidad del paciente, esto explica la presentación clínica con sus dos formas opuestas: Tuberculoide hay respuesta inmunitaria adecuada presentando un cuadro limitado, Wirchioniana más agresiva al no evitar la multiplicación del bacilo.

Brasil ocupa el segundo lugar en número de casos de hanseniasis en el mundo pero la presentación de fenómenos de Lucio es muy rara.

**Resultados.** Paciente con evolución satisfactoria, continúa en tratamiento supervisado en el instituto estadual de Dermatología Sanitaria.

## SPE - 6

**FACTORES ASOCIADOS A LA NEFRITIS LÚPICA**

FRANCO JUAN-SEBASTIÁN<sup>A,B</sup>, AMAYA-AMAYA J<sup>A,B</sup>, MOLANO-GONZÁLEZ N<sup>A</sup>, RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ M<sup>A</sup>, ACOSTA-AMPUDIA Y<sup>A</sup>, MANTILLA RD<sup>A,B</sup>, ROJAS-VILLARRAGA A<sup>A,B</sup>, ANAYA JM<sup>A,B</sup>.

<sup>A</sup>Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.

<sup>B</sup>Mederi, Hospital Universitario Mayor, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La nefritis lúpica es una de las complicaciones más serias del lupus eritematoso sistémico (LES). Múltiples factores de riesgo y protección han sido identificados en Caucásicos. En el presente estudio se evaluaron los factores asociados con el compromiso renal en una cohorte de pacientes mestizos Colombianos, pertenecientes a un solo centro asistencial.

**Diseño.** Estudio de corte transversal.

**Métodos.** Fue examinada la presencia de compromiso renal en 376 pacientes con LES, definido por la presencia de proteinuria mayor a 500mg/24horas, sedimento urinario activo o una biopsia renal positiva (ISN/RPS). Los factores asociados a la nefritis lúpica fueron estudiados mediante análisis bivariado y multivariado.

**Resultados.** El 44.6% de nuestra cohorte presentó compromiso renal. Los pacientes con nefritis lúpica tuvieron una edad de inicio significativamente menor (26 vs 32 años,  $p < 0.0001$ ), y los factores asociados fueron enfermedad cardiovascular (ECV) (49% vs 30%, AOR= 2.12, IC95%=1.17-3.87,  $p=0.013$ ) y compromiso neurológico (17% vs 9%, AOR= 2.54, IC95%=1.05-6.34,  $p=0.03$ ). La fotosensibilidad y el compromiso hematológico fueron los principales factores protectores.

**Conclusiones.** Estos resultados confirman la severidad asociada con la nefritis lúpica, la cual debe ser considerada en las políticas de salud personalizadas, para mantener un control estricto del LES y disminuir la carga de la enfermedad.

## SPE - 8

**LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO DE INICIO TARDÍO**

ONATE HERMES, KOPTI M, NARVÁEZ O, COTRIM S, GONZÁLEZ E, PADILLA W. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

**Introducción.** El lupus eritematoso sistémico (LES) de inicio tardío es una entidad rara que se presenta en personas mayores de 50 años con características clínicas y serológicas diferentes a la población joven. Los síntomas son inespecíficos siendo más frecuentes neumonitis, serositis, citopenias y neuropatía periférica. Los marcadores serológicos más frecuentemente encontrados son anti-RO y anti-LA.

**Diseño.** Estudio descriptivo.

**Método.** Reporte de Caso.

**Objetivos.** Describir un caso clínico de una paciente con LES de inicio tardío.

**Relato de caso.** Paciente femenina de 84 años de edad con cuadro clínico de 2 meses de evolución consistente en aparición de lesiones equimóticas espontáneas en piel de miembros superiores asociado a astenia y adinamia. Antecedentes personales enfermedad renal crónica en tratamiento conservador e hipertensión arterial. Examen físico paciente hemodinámicamente estable. Lesiones equimóticas en cara anterior de manos y antebrazos, sin evidencia de sangrado activo, resto del examen clínico sin alteraciones. Solicitados paraclínicos evidenciando en el hemograma anemia normocítica normocromica recuento de plaquetas 3990 x mm<sup>3</sup>, suspendidas las medicaciones relacionadas con trombocitopenia (Hidroclorotiazida, alfametildopa, Valsartán), solicitados marcadores de hemólisis negativos, serologías para hepatitis B, C, VEB, HIV, CMV negativas, TAC de torax y abdomen normal, electroforesis de proteínas séricas con pico biclonal kappa y lambda, punción de medula ósea con reporte hiperclonal. Manejada inicialmente como púrpura trombocitopenica inmune con prednisona, Inmunoglobina IV y danazol sin aumento en el recuento de plaquetas tras 3 semanas de tratamiento.

**Resultados.** Paciente sin respuesta satisfactoria, pesquisa de colagenopatía difusa encontrado ANA (+), Anticardiolipina (+) y complemento sérico disminuido.

**Conclusión.** El LES puede presentarse a cualquier edad, las manifestaciones clínicas en ancianos son inespecíficas dificultando el diagnóstico oportuno y tratamiento precoz.

## SPE - 9

**PERITONITIS ASOCIADA A CAPD POR MICOBACTERIAS NO TUBERCULOSAS. A PROPOSITO DE UN CASO**

CUERVO FRANCY, LABRADOR C, CALDERON M.

*Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La peritonitis por tuberculosis es una forma rara de tuberculosis extra pulmonar, siendo más frecuente en pacientes con infección por VIH, trasplantados o con enfermedad renal crónica en estadio terminal que se encuentren en terapia de reemplazo renal con diálisis peritoneal automática continua (CAPD). Describimos un caso de peritonitis asociado a CAPD por Mycobacterias no tuberculosas por infección favorecida por la contaminación del lumen del catéter de diálisis.

**Diseño.** Estudio descriptivo del tipo informe de caso.

**Método.** Informe del caso

**Resultado.** Mujer de 73 años de edad, con antecedente de enfermedad renal crónica estadio terminal, en diálisis peritoneal y 2 episodios previos de peritonitis asociado a catéter de diálisis. Consultó por cuadro clínico de 1 semana de evolución consistente en dolor abdominal generalizado, asociado a líquido peritoneal turbio, pérdida de peso de forma involuntaria y progresiva en los últimos 6 meses, asociado a diaforesis nocturna y tos productiva. Se documenta en el líquido de recambio peritoneal alto contenido de leucocitos, de predominio linfocítico, con coloración de Zielh-Nielsen positivo para bacilos ácido-alcohol resistente +++, ADA positiva, PCR para Mycobacterium tuberculosis negativo y cultivo para Mycobacterias tuberculosas.

**Conclusión.** La tuberculosis peritoneal es una entidad rara y el compromiso del peritoneo por mycobacterias no tuberculosas es aún menos frecuente, con un importante subregistro epidemiológico en nuestro país. Dada la alta incidencia de tuberculosis en nuestro país, debe ser siempre una entidad a considerar ante los cuadros de evolución insidiosa y de presentación atípica de las peritonitis bacterianas que no responden al tratamiento instaurado. Su diagnóstico requiere de una alta sospecha clínica y epidemiológica, con el objetivo de realizar un tratamiento oportuno y disminuir la mortalidad generada por esta entidad.

## SPE - 11

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME DE APNEA HIPOPNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAHOS) LLEVADOS HOLTER ELECTROCARDIOGRÁFICO.**

BASTIDAS ALIRIO, PROAÑOS N, TORRES MF, PÉREZ C.

*Clínica Universidad de la Sabana – Universidad de la Sabana, Chía, Colombia*

**Introducción.** El SAHOS se ha asociado a alteraciones en el ritmo cardíaco, no se conocen las características clínicas y tipo de arritmias en sujetos con SAHOS llevados a holter electrocardiográfico en nuestro medio.

**Diseño.** Estudio de serie de casos.

**Métodos.** Se tomaron datos de historia clínica, en cuanto a edad, género, antecedentes médicos, ecocardiograma, resultados de polisomnografía y diagnóstico de holter electrocardiográfico en pacientes con SAHOS en un centro de III nivel de atención, las variables cualitativas se resumieron en frecuencias y porcentajes y las cuantitativas en promedios y desviación estándar, se realizaron cruces exploratorios entre las características clínicas y la presencia o no de arritmia en el holter.

**Resultados.** Se analizaron en total 149 registros, con edad promedio de 63.01 años (ds: 11,76), 51,7% hombres, el 20,1% tenía SAHOS severo, 26,8% SAHOS moderado y 49,7% SAHOS severo, 101 sujetos (67,8%) presentaron algún tipo de trastorno del ritmo cardíaco y 86 sujetos (57,7%) presentaron algún tipo de arritmia, las extrasístoles ventriculares se presentaron en el 28,9%, extrasístoles supraventriculares en el 13,4%, fibrilación auricular 9,4%, bloqueo auriculo-ventricular 8,7%, arritmias ventriculares 2,7%, en los cruces exploratorios el sexo femenino y la EPOC se asociaron a la presencia de arritmia cardíaca (chi cuadrado  $p < 0,05$ ).

**Conclusión.** En nuestro estudio la presencia de arritmias cardíacas en pacientes con SAHOS llevados a holter electrocardiográfico fue de 57,7%, el trastorno más frecuente fue las extrasístoles ventriculares en el 28,9%, se requieren estudios analíticos para profundizar si el sexo femenino y la EPOC se asocian con el incremento de arritmias cardíacas en estos pacientes.

## SPE - 10

**EFFECTO DE LA ANCESTRÍA EN LAS ENFERMEDADES AUTOINMUNES**MOLANO-GONZÁLEZ NICOLÁS<sup>a</sup>, CASTIBLANCO J<sup>a</sup>, MANTILLA RD<sup>a,b</sup>, ROJAS-VILLARRAGA A<sup>a,b</sup>, ANAYA JM<sup>a,b</sup>.<sup>a</sup> Centro de Estudio de Enfermedades Autoinmunes (CREA), Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia.<sup>b</sup> Mederi, Hospital Universitario Mayor, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** Uno de los mayores retos en el estudio de las enfermedades complejas son las interacciones entre los factores ambientales y hereditarios. Los factores hereditarios incidentes en una enfermedad pueden confundirse debido a epístasis, pleiotropía, estratificación y mezcla poblacional. En este estudio evaluamos el efecto de la ancestría en enfermedades autoinmunes.

**Diseño.** Estudio de casos y controles.

**Métodos.** Se incluyeron 508 individuos: 327 pacientes con diferentes enfermedades autoinmunes y 181 controles pareados por sexo y edad. Los pacientes se estratificaron en tres grupos: A) aquellos con una sola enfermedad (n=240), B) con dos (n=51), C) con síndrome autoinmune múltiple (n=36). Se examinaron 32 marcadores informativos de ancestría de un panel de 393 microsatelites (Marshfield Screening Set 16). El perfil de ancestría de cada individuo se construyó en el programa STRUCTURE 2.3.4, usando información de referencia para individuos en tres grupos étnicos: África (n=148), Europa (n=160) y Nativo Americano (n=278). Las diferencias en los promedios de ancestría de cada grupo fueron evaluadas mediante análisis multivariado (MANOVA).

**Resultados.** Los datos fueron consistentes con tres contribuciones poblacionales (K=3) en el conjunto de mestizos colombianos analizados. En promedio, esta población tiene un 50% de ancestría europea, 26% africana y 24% amerindia. Se encontró una asociación entre la ancestría amerindia y la poliautoinmuni- dad. Así, a mayor ancestría amerindia mayor el número de enfermedades autoinmunes ( $p=0.001$ ) y a mayor ancestría europea menor el número de enfermedades autoinmunes ( $p=0.003$ ).

**Conclusiones.** La ancestría amerindia es un factor de riesgo de poliautoinmuni- dad. Estos resultados contribuirán al diseño de mejores estrategias encaminadas a caracterizar y comprender mejor los factores genéticos asociados a las enfermedades autoinmunes en colombianos.

## SPE - 12

**SÍNDROME FEBRIL PROLONGADO COMO PRESENTACIÓN ATÍPICA DEL CÁNCER DE PULMÓN**

ÁLVAREZ DEISY, MÉNDEZ O, BERNAL M, MONCALEANO G.

*Fundación Hospital San Carlos, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá D. C., Colombia.*

**Introducción.** Se presenta el caso de un paciente con fiebre prolongada quien luego de múltiples intervenciones fallece; en autopsia se documenta cáncer pulmonar.

**Diseño.** Descriptivo, reporte de caso.

**Métodos.** N/A

**Resultados.** Paciente masculino de 70 años, procedente de Bogotá, conductor de tractomula. Consulta por cuadro de veinte días de fiebre no cuantificada, mialgias y disnea en reposo. Antecedente de Enfermedad coronaria e Hipertensión arterial. Niega tabaquismo. Viajes recientes a Puerto Gaitán Meta, último hace doce días. Ingresa en aceptable estado general, Frecuencia cardíaca: 84, Frecuencia respiratoria: 20, Presión arterial: 125/70, Temperatura: 38,5°C, Saturación de oxígeno: 92% a 2 litros/min, ingurgitación yugular grado II, reforzamiento de S2 y estertores finos bibasales sin dificultad respiratoria. Radiografía de tórax muestra infiltrado retículo nodular en cuatro cuadrantes. Se considera cuadro de Neumonía multilobar, se inicia Ampicilina Sulbactam y Claritromicina. Paciente persiste febril por lo que se inician estudios de fiebre de origen tropical. Resultados para malaria, dengue y Leptospira negativos. Hemocultivos y urocultivo negativos. Presenta deterioro súbito del patrón respiratorio con tronponina positiva por lo que se considera Infarto agudo de miocardio con edema pulmonar y se traslada a Cuidados intermedios. Evolución estacionaria con requerimiento de ventilación mecánica no invasiva intermitente y persistencia de la fiebre. Tomografía de tórax con imágenes en empedrado en cuatro cuadrantes. Neumología conceptúa neumonitis intersticial Vs neumonía por gérmenes atípicos e inician Trimetropim Sulfametoxazol y Piperacilina Tazobactam. No se puede realizar fibrobroncoscopia por la condición del paciente. Reaparece la fiebre por lo que se cambia manejo a Meropenem. Presenta dificultad respiratoria severa, leucocitosis, trombocitopenia y acidosis metabólica; requiere intubación orotraqueal. Posteriormente sufre dos episodios de paro cardiorrespiratorio y fallece. Resultado de la autopsia clínica muestra carcinoma broncogénico y fibrosis pulmonar generalizada como causa de muerte.

**Conclusiones.** Se revisó un caso de carcinoma pulmonar de presentación clínica e imagenológica atípica.

## SPE -13

**ETIOLOGÍA OLVIDADA DE MASA PULMONAR: ACTINOMICOSIS. A PROPOSITO DE UN CASO**

NAVARRO KAREN, BERNAL L, CAÑAS A, AMADO S, BUSTOS M.

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

**Introducción.** La actinomicosis es una enfermedad infecciosa crónica, causada por bacilos grampositivos anaerobios del género *Actinomyces*. La presentación pulmonar constituye sólo el 15% del total los casos y su manifestación clínica más frecuente es la presencia de masa y síntomas constitucionales, siendo la neoplasia el principal diagnóstico diferencial.

El tratamiento antibiótico oportuno y prolongado en la mayoría de los casos es curativo.

**Reporte de Caso.** Paciente masculino de 53 años de edad, con antecedente de alcoholismo y cuadro clínico de 14 meses de evolución de tos no productiva, pérdida de 20 kilogramos de peso y diaforesis nocturna, con múltiples consultas en diferentes instituciones. Se documentó inicialmente en tomografía axial computerizada (TAC) de tórax engrosamiento nodular de la pleura parietal, masa de 7 centímetros de diámetro en lóbulo inferior derecho y nódulos pulmonares ipsilaterales que sugerían neoplasia. Se realizaron biopsias transbronquiales las cuales fueron negativas para malignidad. Posteriormente presenta aparición de masa en región pectoral derecha, de crecimiento rápido, alcanzando más de 20 centímetros en un mes por lo que consulta a nuestra institución. Se realiza nueva TAC donde se evidencia extensión intra-torácica e intra-abdominal de dicha masa, asociada a gran absceso, del cual se realizó drenaje quirúrgico y toma de biopsias. Los cultivos para gérmenes comunes fueron negativos y la patología reportó inflamación neutrofílica con colonias de *Actinomyces*, sin presencia de células malignas. Se indicó manejo con ampicilina endovenosa por 4 semanas, seguido de amoxicilina oral, con mejoría clínica.

**Conclusión.** La actinomicosis pulmonar es una entidad olvidada en nuestro medio, cuyo pronóstico depende en gran parte del diagnóstico y tratamiento oportuno para lo cual es fundamental una alta sospecha.

## SPE - 15

**BACTERIAS OPORTUNISTAS EMERGENTES. REPORTE DE UN CASO**

DUQUE R, JUAN JOSÉ, MORENO D, ARANGO ÁI, CASTAÑEDA X.

Universidad de La Sabana, Universidad del Rosario, Fundación Cardioinfantil, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** Los patógenos oportunistas se incrementan a medida que la morbilidad de la población aumenta y las técnicas de detección mejoran. Se presenta un caso de bacteriemia por una especie inusual de *Acinetobacter spp.* *Acinetobacter ursingii* un cocobacilo Gram negativo, aerobio estricto descrito por primera vez en el 2001 cuya identificación por métodos manuales es infrecuente, con sistemas automatizados la identificación en género y especie es posible, aunque en ocasiones es necesario el uso de métodos moleculares.

**Caso Clínico.** Se presenta un hombre de 62 años procedente del Meta, agricultor con antecedente de cardiopatía chagásica y bloqueo auriculoventricular completo remitido a la Fundación CardioInfantil para implante de marcapasos.

Al segundo día presenta flebitis asociada a respuesta inflamatoria sistémica, se documenta bacteriemia por *Acinetobacter ursingii*; con crecimiento en 2 de 3 hemocultivos a las 29 horas por equipo Vitek2® con 91% y 97% de certeza.

Se maneja con Piperacilina/tazobactam con adecuada respuesta clínica y microbiológica.

**Conclusión.** El género *Acinetobacter* consta de una taxonomía complicada con un creciente número de especies, se conocen más de 30 especies de *Acinetobacter* patógenas para humanos, aunque la mayoría son *Acinetobacter baumannii* (78%), se han encontrado múltiples especies entre las que está *Acinetobacter ursingii* (4%), la mayoría aisladas en sangre, y asociadas con bacteriemias nosocomiales. Su identificación en ocasiones requiere métodos moleculares; se pueden identificar por sistemas de fenotipificación como (API 20 NE y VITEK 2), PCR para secuenciación de genes 16S rRNA, identificación de secuencias específicas o análisis del polimorfismo del ADN.

El tratamiento depende de la sensibilidad, se pueden utilizar agentes con inhibidores de betalactamasas, cefalosporinas de amplio espectro, carbapenémicos y para cepas multiresistentes polimixinas.

Este caso nos ilustra como las especies de *Acinetobacter* han cobrado importancia en el ámbito nosocomial, como patógenos oportunistas en pacientes inmunosuprimidos y oncológicos.

## SPE - 14

**ASOCIACIÓN MIASTENIA GRAVIS Y LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO**

SUPELANO MARIO, CORREA N.

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Servicio de Medicina Interna, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La asociación de miastenia gravis (MG) y lupus eritematoso sistémico (LES) ha sido raramente descrita, siendo dos enfermedades que comparten su patogenia inmunomediada y características epidemiológicas; frecuentemente su asociación es reportada en pacientes con antecedente de timentomía, e incluso la MG ha sido incluida como parte del síndrome neuropsiquiátrico en LES, siendo de gran importancia el conocimiento de la coexistencia entre estas patologías.

**Diseño.** Se realizará el reporte de un caso clínico expuesto a manera de poster, de una paciente de 36 años con antecedente de MG y timentomía, a quien se le realizó diagnóstico posterior de LES.

**Métodos.** Se presenta el caso clínico de una paciente de 36 años con antecedente previo de MG diagnosticado hace 11 años, que se encontraba en tratamiento con esteroide, piridostigmina, y azatioprina, con antecedente de timentomía y plasmáféresis, con diagnóstico previo de Lupus Like extra institucional para lo cual estaba en manejo con cloroquina y prednisolona a dosis bajas; consultó por cuadro de 15 días de evolución consistente en menometrorragias, epistaxis, petequias y gingivorragia, por lo que se realizó ambulatoriamente hemograma evidenciando trombocitopenia severa (recuento en 3.000) por lo que se hospitaliza.

**Resultados.** Se realiza diagnóstico de LES dado criterios clínicos (fotosensibilidad, compromiso articular, trombocitopenia) y paraclínicos (ANAS, anticogulante lúpico, VDRL falsamente positivo).

**Conclusiones.** El reporte de la asociación entre estas dos patologías ha sido descrito en su mayoría por casos clínicos aislados, algunos de ellos en relación a antecedente previo de timentomía, lo que debe inducir a la sospecha clínica para un adecuado conocimiento en la asociación de las dos patologías para orientar adecuadamente la terapéutica.

## SPE - 16

**PREVALENCIA DE TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL EN PACIENTES DEL SERVICIO DE NEUROLOGÍA HOSPITAL SAN JOSE (HSJ) – HOSPITAL INFANTIL SAN JOSE (HUISJ) BOGOTÁ. 2006- 2014**

VERGARA JEAN PAUL, PALACIOS E, SALGADO SA, SILVA MA, PULIDO AC.

Hospital San José, Hospital Universitario Infantil de San José, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La trombosis venosa cerebral es una forma poco frecuente de Ataque Cerebro Vascular (ACV), corresponde al 0.5 - 2% de los ACV. (1) Hay factores de riesgo, congénitos y adquiridos. (2-3) La manifestación clínica más frecuente es cefalea (90%). El seno venoso más trombosado es en orden según la AHA es Longitudinal superior 62%, transversos del 41% - 45%. (4)

**Diseño.** Estudio observacional descriptivo de corte transversal.

**Métodos.** Los datos se recolectaron de las historias Clínicas. Se busca Describir la prevalencia puntual 2006 a 2014 de la trombosis de senos venosos cerebrales en la población que ingresa con diagnóstico de ataque cerebro vascular, Determinar las alteraciones neurológicas al egreso, Establecer la mortalidad.

Se analizaron las variables cualitativas y cuantitativas con STATA 10. Inclusión: Pacientes mayores de 15 años, que ingresan al servicio de urgencias con cuadro clínico compatible y es comprobada con angioresonancia cerebral.

**Resultados.** La prevalencia puntual de trombosis venosa cerebral, en este periodo de tiempo es la siguiente: 2006: (2.14%) 2007 (3.5 %) 2008 (3.5%) 2009 (2.85%) 2011 (5%) 2012 (8.5%) 2013 (3.1 %) 2014(4.4%). La media de edad 34.6 años (DE± 15,7) 68.1 % fueron mujeres. El síntoma referido al ingreso más frecuente fue cefalea (72.3%). Antecedentes: 27.7% pacientes no tenían patología asociada. Al ingreso el 48.9% no tenían déficit neurológico. Las angioresonancia reporto: Seno longitudinal superior 13 pacientes (27 %) Transverso cada uno con 12%. El tratamiento fue: 42% con Warfarina, 53.2% heparinas de bajo peso molecular .La mortalidad fue del 4%.

**Conclusiones.** En nuestra población la trombosis venosa cerebral es infrecuente, afecta más a mujeres y pacientes jóvenes .El síntoma más frecuente es cefalea, el seno venoso que más se trombosó en nuestra población fue el longitudinal superior. La mortalidad de nuestros pacientes es del 4% mientras que los otros estudios alcanzan una mortalidad hasta del 13%.

## SPE -17

### ALTERACIONES EN HEMOGLOBINA Y HEMATOCRITO EN PACIENTES CON ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE SANTANDER Y EL INSTITUTO NEUMOLÓGICO DEL ORIENTE

AYALA OCTAVIO, BOLÍVAR F.

Universidad Industrial de Santander, Hospital Universitario de Santander, Instituto Neumológico del Oriente, Bucaramanga, Colombia.

**Introducción.** Secundario a la hipoxemia que con frecuencia presentan los pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), tradicionalmente se ha considerado que estos pacientes cursan con policitemia. Debido a la presencia de múltiples citoquinas pro-inflamatorias en estos pacientes, las cuales se asocian a la génesis de anemia de enfermedad crónica, se ha querido determinar la presencia de anemia en pacientes con EPOC, encontrando en diversos estudios prevalencias que oscilan entre 6.2% y 36.7%. Se busca estudiar la coexistencia de estas 2 patologías en una población local.

**Diseño.** Estudio descriptivo de tipo observacional ambispectivo.

**Método.** Se incluyeron todos los pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital Universitario de Santander y el Instituto Neumológico del Oriente, con diagnóstico de EPOC de acuerdo a la guía GOLD 2010, confirmado con espirometría y a quienes se estudiarán las alteraciones en el hemograma.

**Resultados.** La prueba piloto involucro 24 pacientes de consulta externa que cumplieron los requisitos de inclusión y exclusión. El promedio de edad fue 64 años, distribución de género hombres 38.4%, mujeres 61.5%. El principal factor de riesgo encontrado fue la exposición a biomasa (76.9%), seguido por tabaquismo (61.5%). Respecto a la clasificación GOLD, el 76% se clasifico como estado 3, 15.3% estado 2 y 7.6% estado 1. La prevalencia de anemia fue de 15.3%, mientras que la policitemia se encontró en el 23.2%.

**Conclusiones.** Los resultados obtenidos hasta el momento se encuentran dentro de los rangos reportados en la literatura mundial. Se debe tener en cuenta la posibilidad de la presencia de anemia al manejar un paciente con EPOC.

## SPE -19

### SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN HEPATITIS AUTOINMUNE / CIRROSIS BILIAR PRIMARIA Y SARCOIDOSIS. REPORTE DE CASO

HERNÁNDEZ HÉCTOR OLMEDO, CASANOVA ME.

Clínica Universitaria Rafael Uribe Uribe, Cali, Colombia.

**Introducción.** La sarcoidosis es una enfermedad crónica multisistémica de etiología desconocida que se caracteriza por granulomas no caseosos. En raras ocasiones se asocia a otras enfermedades raras como la superposición de la hepatitis autoinmune (HAI) y la cirrosis biliar primaria (CBP).

**Descripción del caso.** Se presenta el caso de una paciente de 56 años que consulta por dolor y distensión abdominal, asociado a disnea de grandes esfuerzos, tos con expectoración y síntomas constitucionales. Los resultados iniciales de laboratorio revelaron bicitopenia y pruebas de funciones hepáticas elevadas y Anticuerpos Antinucleares, Anticuerpos Anti-Músculo Liso y Anti-Mitocondriales positivos con tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen reporta hígado de aspecto cirrótico asociado a esplenomegalia. Se planteó el diagnóstico de síndrome overlap HAI / CBP, se realizó biopsia hepática que reveló cambios esteatósicos, inflamación crónica periportal. Ecocardiograma transtorácico normal y TAC de tórax con compromiso intersticial de predominio basal y lóbulo superior derecho, espirometría con curva de flujo volumen con cambios restrictivos, capacidad de difusión de monóxido de carbono de 50%, gases arteriales con hipoxemia. Se realiza biopsia de médula ósea que documenta lesiones granulomatosas típicas para la sarcoidosis. El paciente fue diagnosticado con superposición de HAI / CBP y sarcoidosis. Se trató con ácido ursodeoxicólico y prednisolona. Se observó una marcada mejoría clínica y de sus valores de las pruebas de función hepática al año de tratamiento.

**Conclusión.** Enfermedades autoinmunes concurrentes son comunes en los pacientes con síndrome de superposición HAI / CBP y reflejan toda la gama de enfermedades autoinmunes conocidas. Por lo tanto, un diagnóstico de detección de sarcoidosis parece razonable en pacientes con síndrome de superposición que debe sospecharse basado en criterios clínicos, patológicos e imagenológicos.

## SPE - 18

### OPORTUNIDADES PERDIDAS EN LA HOSPITALIZACIÓN DE FUMADORES

PIPPO ANTONELLA, LLAMBÍ L, PARODI C, BARROS M, BOBADILLA J, SILVEIRA A. Unidad de Tabaquismo, Clínica Médica "A" y Dpto de Psicología Médica Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

**Introducción.** La hospitalización constituye un evento en la salud del fumador que determina en muchos casos una motivación adicional para la cesación, la recaída luego del alta es un hecho frecuente.

Estudios realizados en la Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas, mostraron hasta 7% de falsos auto-reportes de abstinencia que no se comprobaron a través de biomarcadores.

La determinación de monóxido de carbono (CO) en aire espirado y cotinina en saliva son indicadores biológicos fiables para medir el status de fumador y la intensidad del consumo de tabaco.

**Objetivos.** Estudiar la fiabilidad del auto-reporte de abstinencia tabáquica en fumadores internados a través de dos biomarcadores: cotinina en saliva y CO espirado.

Conocer con qué frecuencia los pacientes internados reciben algún tipo de intervención respecto a su tabaquismo.

**Material y Métodos.** Se realizó un estudio prospectivo, analítico. Se incluyeron fumadores ingresados en un servicio de Clínica Médica entre 15.01.13 y 31.05.13, que referían abstinencia tabáquica desde el ingreso. Se efectuaron entrevista y mediciones de CO espirado y cotinina en saliva.

**Resultados.** Se incluyeron 40 pacientes (22 mujeres y 18 varones) con media de edad de 54.2± DE 2.5 años. El 27.5% presentó dependencia fuerte a la nicotina. Mediante la determinación de CO y cotinina en saliva la abstinencia se comprobó en 82.5% y 72.5% respectivamente. Al 55% de los pacientes se les ofreció algún tipo de información o ayuda para dejar de fumar, 35% fueron contactados con el equipo de cesación de la institución.

**Conclusiones.** La abstinencia tabáquica auto-reportada no se siempre se corrobora con biomarcadores, por tanto estos últimos deberían emplearse para conocer el status de fumador e intervenir apropiadamente. Casi la mitad de los fumadores hospitalizados en abstinencia reciente no reciben la intervención adecuada para tratar eventuales síntomas de abstinencia y mantener la cesación al alta.

## SPE - 20

### DIABETES MELLITUS NO DIAGNOSTICADA EN PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO. CLÍNICA CARDIOVID, MEDELLÍN-COLOMBIA

TORRES-SOTO SNEIDER, CARDONA-VÉLEZ J, FERNÁNDEZ-RUIZ RL, CAÑAS E. Clínica CardioVID, Medellín, Colombia.

**Introducción.** La diabetes mellitus (DM) es un factor de riesgo cardiovascular asociado con incremento en la prevalencia de enfermedad coronaria. Sin embargo, no se ha determinado la posibilidad ni la importancia de establecer su diagnóstico en el momento de presentación de un síndrome coronario agudo (SCA). Este estudio tuvo la intención de determinar la incidencia de DM no diagnosticada en pacientes con SCA y la gravedad de la enfermedad coronaria.

**Diseño.** Estudio transversal analítico.

**Métodos.** Se revisaron las historias clínicas de todos los pacientes con SCA y examen de hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) al ingreso durante el 2013. Aquellos pacientes sin antecedente de DM se discriminaron en tres grupos dependiendo de los valores de Hb1Ac en: diabéticos ( $\geq 6.5$ ), prediabéticos (5.7-6.4) y normales ( $< 6.4$ ). Se hizo uso del programa SPSS y de la estadística descriptiva para el análisis. Los niveles de troponina, número de vasos comprometidos y fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) se analizaron en los tres grupos de pacientes sin antecedente de DM mediante la prueba no paramétrica de Kruskal-Wallis debido a que tales variables no presentaron distribución normal en el test de Kolmogorov-Smirnov.

**Resultados.** Se obtuvieron 345 pacientes, el 66.1% fueron de sexo masculino con una media de edad de 62.93±11.88 años. El 23% presentaron antecedente de DM, el 69% de hipertensión arterial, 56.8% de dislipidemia, entre otros. La incidencia de DM no diagnosticada fue del 16.7%. La mediana del número de vasos comprometidos, niveles de troponina y FEVI presentaron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0.00$ ) entre los tres grupos; encontrando mayor número de vasos afectados, menor FEVI y niveles de troponina más elevados en el grupo de pacientes con diagnóstico de DM al momento del evento.

**Conclusión.** Hay una incidencia importante de DM no diagnosticada al momento de un SCA y estos pacientes tienen enfermedad coronaria más grave.

## SPE - 21

**MORBIMORTALIDAD CORONARIA EN PACIENTES CON VIH: COMPARACIÓN ENTRE GRUPOS ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES**

RONCANCIO GUSTAVO, SILDARRIAGA C, CASTAÑEDA AC, PATIÑO S, GONZÁLEZ N. *Clínica Cardio, VID, Medellín, Colombia.*

**Introducción.** Gracias a la terapia HAART para el VIH se ha alcanzado una esperanza de vida mayor a la estimada hace años. Artículos han alertado sobre mayor mortalidad por enfermedad cardiovascular en VIH en tratamiento con antirretrovirales.

**Objetivo.** Comparar la morbimortalidad coronaria entre pacientes VIH positivos y negativos en un centro de referencia.

**Métodos.** Se incluyeron pacientes entre enero 2008 y marzo 2014 con síndrome coronario agudo y VIH, se compararon con un grupo control sin VIH emparejados por edad y sexo. Las variables cuantitativas se describieron con medidas de tendencia central, las cualitativas con proporciones. Se compararon medias mediante t de student y proporciones por chí2.

**Resultados.** Se incluyeron 13 pacientes con VIH, se compararon con un grupo control sin VIH emparejados por edad y sexo (n=31). Todos los pacientes con VIH fueron hombres en terapia HAART, con un tiempo promedio de evolución de la enfermedad de 8.2 años. La edad promedio fue de 53.2. El número de vasos comprometidos fue similar (VIH 2.2 vs controles 2.1). La mortalidad fue mayor en el grupo de VIH (66.7% vs 33.3%); sin diferencia estadísticamente significativa (OR 3.091, IC 0.25-38.32).

**Conclusiones.** No se presentaron diferencias estadísticamente significativas en la mortalidad, a pesar de haber menor prevalencia de factores de riesgo como dislipidemia e igual proporción de diabetes en los casos (VIH), con mayor presencia de tabaquismo en los infectados (76.9% vs. 61.1%). Es necesario continuar analizando este grupo de pacientes y definir si el enfoque debe seguir centrándose en la dislipidemia secundaria, que no difiere de la del grupo control o si es necesario intervenir estilos de vida incluyendo el tabaquismo

## SPE - 23

**LA INVESTIGACIÓN EN COLOMBIA EN FALLA CARDÍACA, 1980-2013. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

DIAZTAGLE-FERNÁNDEZ JUAN JOSÉ, CHAVES-SANTIAGO WG, LATORRE-ALFONSO SI, MANOSALVA-ÁLVAREZ GP, MALDONADO-ARENAS SE, MERCHÁN-CEPEDA JS. *Hospital de San José, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La Falla Cardíaca es una de las enfermedades con mayor prevalencia a nivel mundial. La investigación en este campo es fundamental para generar los avances científicos que permitan una mejor atención del paciente. En nuestro país se cuenta con poca investigación en este tema y no se conoce el total de estudios publicados.

**Diseño.** Revisión sistemática

**Métodos.** Búsqueda Manual: revistas colombianas del área de la salud identificadas en el Índice Bibliográfico Nacional – Publindex, Colciencias (58 revistas).

Búsqueda Electrónica, EMBASE, PUBMED, LILACS Y SCIELO, con términos MESH: “heart failure”, “colombian”, “Colombia”, “Latin America”, “developing countries”. Se incluyeron investigaciones originales que evaluaron población adulta colombiana con falla cardíaca aguda o crónica, ambulatorios u hospitalizados, publicadas en versión completa entre 1980 y 2013. Se excluyeron reporte de casos, revisiones de tema, guías de manejo y resúmenes.

**Resultados.** Se identificaron 79 artículos de los cuales 23 cumplieron criterios de inclusión. La mayoría fueron publicados a partir del 2009, 18 (78.26%). Doce estudios (52.1%) fueron de Bogotá y 9 (39.1%) de Medellín. En 10 (43.5%) la n fue < 50, 8 (34.8%) tuvieron n > 200. Catorce (60.8%) fueron de diseño descriptivos y 5 (21.7%) cuasixperimentales. Cinco (21.7%) estudios describieron poblaciones generales, 3 en contexto ambulatorio. Seis (23%) abordaron el tema del autocuidado, dos (8.6%) la rehabilitación cardíaca, percepción de enfermedad, factores pronósticos e intervenciones terapéuticas.

**Conclusiones.** El número de estudios publicados es escaso, sin embargo hay un gran incremento en los últimos años. El diseño descriptivo fue el más frecuente así como el tema de autocuidado y las descripciones generales. Se deben realizar esfuerzos para aumentar la generación del conocimiento en el campo, lograr un impacto académico y una adecuada apropiación social del mismo.

## SPE - 22

**CARACTERIZACIÓN DE LAS VARIABLES DE LA POBLACIÓN CON RESULTADOS FALSAMENTE POSITIVOS, EN EL DIAGNÓSTICO DE SCA SIN ELEVACION DEL ST**

JARAMILLO JUAN MARIO, MONCAYO JG, GONZÁLEZ N, ARENAS L, CASTRO M, MEJÍA M, ARANGO AM, BERMÚDEZ C. *Clínica CardioVID, Medellín, Colombia.*

**Introducción.** El dolor torácico agudo es una causa importante de consulta a centros de salud, representa entre un 5 y 8% de los ingresos hospitalarios de la población adulta y corresponde en el 30% de los casos a un evento coronario agudo. Su presentación se convierte en un reto diagnóstico para el primer contacto médico y la interpretación del cuadro clínico no siempre resulta fácil debido a la diversidad de diagnósticos diferenciales que enmarca. Se ha estimado que del total de pacientes llevados con confirmación paraclínica no invasiva de IAM no ST, finalmente un 11% presentan coronariografías normales.

**Metodología.** Estudio analítico, prospectivo. Se incluyeron pacientes con resultados positivos de troponina entre Enero de 2011 y Diciembre de 2013 y que fueron llevados a coronariografía. Se compararon las características clínicas y demográficas entre coronariografías normales vs anormales. Los análisis se hicieron en SPSS v20.

**Resultados.** 18.6% de los pacientes tenían coronarias sanas y troponinas positivas. Se observó una diferencia estadísticamente significativa entre mujeres y hombres (24% y 15% respectivamente, p= 0.03). Los pacientes sin antecedente de enfermedad coronaria presentaron una incidencia mayor de coronariografía normal (21.5% vs 10.9%, RR 1.97 IC 95% (1-3.6).

Los pacientes que ingresaron al servicio de urgencias por equivalente anginoso evidenciaron una incidencia superior de coronariografía normal (26.7% vs. 14.7%, RR=2.1, IC= 1.2 - 3.6).

**Conclusión.** El criterio clínico para solicitar enzimas cardíacas, ayuda a aumentar la probabilidad pre-test del marcador.

## SPE - 24

**TUBERCULOSIS EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL EN COLOMBIA**

CASAS CHRISTIAN ANDRÉS, CORTÉS JA, YOMAYUSA N, TORRES R, MONTERO M. *Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia, Grupo de Investigación en Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Grupo de Trasplante Renal, Departamento de Medicina Interna Clínica Colsanitas, Grupo de Investigación Traslacional Clínica Colsanitas, Fundación Universitaria Sanitas, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La tuberculosis es mucho más frecuente en el paciente con trasplante renal que en la población general. Se desconoce la incidencia y prevalencia en nuestro medio.

**Diseño.** Estudio de cohorte retrospectivo.

**Métodos.** Revisión de la totalidad de trasplantes renales realizados desde 2007 hasta 2012 por nuestro grupo de trasplantes y se describen los casos clínicos de los pacientes que presentaron tuberculosis en su seguimiento, con diagnóstico clínico, histológico y microbiológico.

**Resultados.** En nuestro grupo de seguimiento de pacientes con trasplante renal en Clínica Colsanitas (N = 227), se encontró una prevalencia del 0.9% (N = 2 casos), con una incidencia anual de hasta 2,2% (I = 21.7x1000 trasplantados). La incidencia de tuberculosis es de 78 a 90 veces más frecuente en trasplantados renales que en la población general. Un caso fue de tuberculosis pulmonar y otro extrapulmonar.

**Conclusiones.** La incidencia y prevalencia de la tuberculosis es cerca de 80 veces más alta en pacientes con trasplante renal en Colombia.

## SPE - 25

**ALTOS NIVELES DE INSULINEMIA Y SU SENSIBILIDAD PARA TRASTORNOS METABÓLICOS EN EL CARIBE**

MORA-GARCÍA G, MORA-GARCÍA K, GÓMEZ-CAMARGO DORIS, GÓMEZ-ALEGRIA C. Doctorado en Medicina Tropical, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Cartagena, Colombia.

División de Estudios para Graduados, Programa de Medicina Interna, Universidad de Zulia, Venezuela.

Doctorado en Medicina Tropical, Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia.

Departamento de Farmacia, Facultad de Ciencias, Universidad Nacional de Colombia.

**Introducción.** La resistencia a la insulina ha sido descrita como un predictor de diabetes y otros trastornos metabólicos. En el Caribe la morbilidad asociada a diabetes es la más alta del mundo, pero se desconoce su grado de relación con la resistencia a la insulina. El objetivo de este estudio fue analizar la sensibilidad y especificidad de las concentraciones plasmáticas de insulina para predecir trastornos metabólicos asociados con la obesidad en el Caribe.

**Diseño.** Estudio de corte transversal en hombres y mujeres adultos de dos ciudades caribeñas, Cartagena (Colombia) y Maracaibo (Venezuela).

**Metodología.** Se midieron los valores de la presión arterial y concentraciones plasmáticas de glucosa, colesterol, triglicéridos, cHDL e insulina. Se calculó el Modelo de Evaluación de Homeostasis (HOMA). La sensibilidad y especificidad HOMA-IR para el Síndrome Metabólico (SMet) se estableció mediante: (1) límite inferior del quintil superior en pacientes sanos; (2) punto de máxima sensibilidad - (1-especificidad) o Índice Youden, y (3) la distancia más corta sobre las curvas  $[(1-\text{sensibilidad})^2 + (1-\text{especificidad})^2]$ .

**Resultados.** Se incluyó un total de 340 personas (66.5% mujeres, 33.5% hombres), con edad promedio de  $43.2 \pm 13.3$  años. Las medianas [RI] para insulinemia y HOMA-IR fueron  $13.4 \mu\text{UI/ml}$  RI[7.1-25.5] y 2.9 [1.6-5.8]. Frecuencia del SMet fue de 38.5% IC95%[33.3-43.7]. Los puntos de mayor sensibilidad y especificidad del HOMA-IR fueron 8.67, 3.43 y 3.34, para los tres métodos aplicados. La sensibilidad del HOMA-IR para SM estuvo entre 61.7-64.1%, y la especificidad entre 57.3-59.5%.

**Conclusiones.** Los valores poblacionales de insulinemia y HOMA-IR en este estudio son los más altos observados en el Caribe. Niveles de HOMA-IR inferiores a los puntos de corte aquí descritos tendrían baja sensibilidad para prever la ocurrencia de los trastornos metabólicos agrupados en el SMet. Estas observaciones podrían indicar un curso más crónico de la resistencia a la insulina en el Caribe.

## SPE - 27

**PREVALENCIA DE CANDIDEMIA POR CANDIDA ALBICANS Y NO ALBICANS EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA SAMARITANA 2008-2011**

CALDERÓN-VARGAS CARLOS MAURICIO, PEREZ CE, JIMENEZ LF, BARON ML. Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La infección por *Candida* representa aproximadamente un 3% de todas las infecciones nosocomiales en la UCI con alta morbilidad y mortalidad. Ante el aumento de infecciones por *Candida* no albicans y la resistencia al tratamiento con azoles, es necesario determinar cuál es su prevalencia en las instituciones y la descripción de los posibles factores de riesgo adicionales asociados a su desarrollo.

**Diseño.** Se planteó un estudio descriptivo de corte transversal

**Metodología.** Se incluyó pacientes hospitalizados en un hospital de III nivel entre Septiembre de 2008 y Octubre de 2011 con miras a establecer la prevalencia de candidemia por *Candida albicans* y *Candida no albicans* en el periodo mencionado, basados en registros de microbiología y WHONET, conformando una base de datos en Excel y realizando el análisis en Stata.

**Resultados.** La prevalencia por aislamiento en hemocultivos de *Candida no albicans* fue de 6.05% y la de *Candida albicans* de 7.22% en el periodo estudiado. Se determinó una prevalencia acumulada entre 2008 y 2011 para *Candida albicans* de 0.07% en hospitalización y 1.7% en UCI, así como para *Candida no albicans* de 0.05% en hospitalización y 1.4% en UCI. La mayor prevalencia en hospitalización fue 0.1% en 2010 y para UCI fue de 3.5% durante 2008. La comorbilidad encontrada más frecuentemente fue la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (16.4%), seguida de Diabetes Mellitus (13.1%) y en tercer lugar la falla cardiaca (11.5%). El perfil de sensibilidad de *Candida sp* aisladas fue reportado sensible al Fluconazol en 98.4%, a Flucitocina 98.4% y a Voriconazol 100%.

**Conclusiones.** Aunque las variaciones de prevalencia de candidemia entre instituciones son discretas, es necesario conocerlas para definir las políticas de su manejo en para cada institución, especialmente con el aumento de aislamientos de *Candida no albicans*. La mayoría de las especies son sensibles a fluconazol, sin embargo el manejo empírico puede aumentar la resistencia.

## SPE - 26

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES CON INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE**

CORTES JORGE, ÚLLOA MARÍA, REMOLINA Y, GUARNIZO A, BURBANO L, VILLALOBOS M, USME S, CASTILLO A, VARGAS E.

Hospital Santa Clara, Hospital Tunal, Fundación Clínica Universitaria San Rafael, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** La definición de infección respiratoria aguda grave (IRAG) fue introducida en Colombia en razón a la pandemia de influenza H1N1. No hay información sobre el significado real de estos pacientes.

**Métodos.** Se seleccionaron al azar pacientes con diagnóstico de IRAG cuyas muestras habían sido enviadas por vigilancia a la Secretaría Distrital de Salud en Bogotá en el año 2012. Se recogieron datos clínicos y radiológicos de estos pacientes en el Hospital Santa Clara, Tunal, San Rafael.

**Resultados.** 60 pacientes, 58% mujeres, con media de 49.1 años (rango 20 a 94). Todos los pacientes provenían del hogar, 5% eran trabajadores de la salud. Tenían historia de EPOC (20%), tabaquismo (18.3%), insuficiencia cardiaca congestiva (11.6%), diabetes (8.3%), enfermedad renal crónica 6.6%, inmunosupresión (5%), 1 lupus, 1 esteroides, 1 VIH), y otros. El 11.6% de los pacientes tenían antecedente de hospitalización previa en los últimos 3 meses. 25.7% de las mujeres se encontraban en gestación. El compromiso radiográfico multilobar se observó en 26% de los pacientes. El 43.3% de los pacientes requirió manejo en unidad de cuidados intensivos y el 35% requirió ventilación mecánica con una duración promedio de 6.2 días, siendo empleada la modalidad invasiva en el 80.9% de los casos. De los 60 pacientes incluidos en el estudio, 8 fallecieron (13.3%).

**Conclusiones.** En pacientes con IRAG se observa una alta frecuencia de comorbilidad y se ha reconocido a las embarazadas como un grupo de riesgo. La IRAG identifica un grupo de pacientes con alta frecuencia de requerimiento de cuidado intensivo y una alta mortalidad relativa.

## SPE - 28

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR DE LAS INFECCIONES POR ACINETOBACTER BAUMANNII Y PSEUDOMONAS AERUGINOSA RESISTENTES A CARBAPENÉMICOS EN HOSPITALES DE MEDELLÍN, COLOMBIA**

VANEGAS J<sup>1</sup>, CIENFUEGOS V<sup>1</sup>, OCAMPO AM<sup>1</sup>, RONCANCIO GUSTAVO<sup>2</sup>, SIERRA P<sup>3</sup>, OSPINA SIGIFREDO<sup>4</sup>, ECHEVERRI L<sup>4</sup>, MALDONADO N<sup>5</sup>, ROBLEDO C<sup>5</sup>, MOLINA O<sup>6</sup>, RESTREPO A<sup>6</sup>, MÚNERA MI<sup>6</sup>, JIMÉNEZ N<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Grupo de Microbiología Molecular - Grupo de Microbiología Básica y Aplicada, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. <sup>2</sup> Clínica CardioVID, Medellín, Colombia. <sup>3</sup> Clínica León XIII, Medellín, Colombia. <sup>4</sup> Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia.

<sup>5</sup> Clínica El Rosario, Medellín, Colombia. <sup>6</sup> Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

**Introducción.** Los carbapenémicos son el tratamiento de elección en infecciones ocasionadas por *Acinetobacter baumannii* y *Pseudomonas aeruginosa* multiresistentes, sin embargo, la resistencia a este grupo terapéutico es cada vez más frecuente. Este trabajo pretende describir las características clínicas y moleculares de las infecciones ocasionadas por *A. baumannii* y *P. aeruginosa* resistentes a carbapenémicos en hospitales de alto nivel de complejidad de la ciudad de Medellín.

**Diseño.** Observacional, transversal

**Métodos.** El estudio fue realizado en 5 hospitales de Medellín durante el período comprendido entre Junio 2012 - Febrero 2014. La información clínica fue obtenida a partir de la revisión de la historia clínica de cada paciente. La caracterización molecular incluyó la detección de los genes que codifican para carbapenemasas de clase A, B y D.

**Resultados.** 257 pacientes, 30 con infecciones por *A. baumannii* y 227 con infecciones por *P. aeruginosa*, la mayoría de ellos adultos (91.4%), sexo masculino (65.8%). 36.6% de los pacientes estaban en UCI, y tenían uso previo de piperacilina/tazobactam y carbapenémicos en más del 40% de los casos. Las infecciones más frecuentes por *A. baumannii* fueron piel y tejidos blandos (20%) y osteomielitis (20%), mientras que para *P. aeruginosa* fueron infección urinaria (15.5%) e intrabdominal (13.7%). 11.9% de la resistencia a carbapenémicos en *P. aeruginosa* fue explicada por serin-proteasas tipo KPC y 12.8% por metalobetalactamasas tipo VIM; mientras que las oxacilinasas fueron el mecanismo de resistencia a carbapenémicos en el 100% de los aislamientos de *A. baumannii*.

**Conclusiones.** 1. Aumento emergente de infecciones en hueso y tejidos blandos por *A. baumannii*. 2. Diseminación de la carbapenemasa KPC y el aumento creciente de las metalobetalactamasas en *P. aeruginosa*. Se hace necesaria la implementación de políticas que eviten su propagación. La tipificación molecular permite optimizar la adecuación temprana de medidas para evitar la diseminación de la resistencia a los carbapenémicos.

## SPE - 29

**CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y MOLECULAR DE *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* Y *ENTEROBACTER CLOACAE* RESISTENTES A CARBAPENÉMICOS EN INSTITUCIONES DE ALTA COMPLEJIDAD DE MEDELLÍN, 2012-2013**

OCAMPO AM<sup>1</sup>, VANEGAS J<sup>1</sup>, CIENFUEGOS V<sup>1</sup>, RODRIGUEZ E<sup>1</sup>, RONCANCIO GUSTAVO<sup>2\*</sup>, FRANCO L<sup>2</sup>, SIERRA P<sup>3</sup>, OSPINA S<sup>4</sup>, ECHEVERRI L<sup>4</sup>, MALDONADO N<sup>5</sup>, ROBLEDO C<sup>5</sup>, MOLINA O<sup>6</sup>, RESTREPO A<sup>6</sup>, MÚNERA MI<sup>6</sup>, JIMÉNEZ-J. N<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Grupo de Microbiología Molecular - Grupo de Microbiología Básica y Aplicada, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. <sup>2</sup> Clínica CardioVID, Medellín, Colombia. <sup>3</sup> Clínica León XIII, Medellín, Colombia. <sup>4</sup> Hospital Universitario San Vicente Fundación, Medellín, Colombia

<sup>5</sup> Clínica El Rosario, Medellín, Colombia. <sup>6</sup> Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

\*Autor que presentará y asistirá al congreso

**Introducción.** Actualmente la emergencia y diseminación de patógenos nosocomiales resistentes a carbapenémicos como *Klebsiella pneumoniae* y *Enterobacter cloacae* ha reducido las opciones terapéuticas causando mayor morbi-mortalidad. Este estudio se propone describir las características clínicas y moleculares de aislamientos provenientes de instituciones de alto nivel de complejidad.

**Diseño.** Transversal.

**Métodos.** El estudio se realizó en cinco instituciones de Medellín e incluyó aislamientos de *K. pneumoniae* y *E. cloacae* resistentes a carbapenémicos (julio 2012-febrero 2014). A partir de la historia clínica de los pacientes se obtuvo información clínico-epidemiológica. Se realizó Identificación, antibiograma (Vitek2®) y detección de carbapenemasas mediante test tridimensional y PCR.

**Resultados.** Se incluyeron 261 pacientes (166 con *K. pneumoniae*, 95 con *E. cloacae*), la mayoría adultos (85%), de sexo masculino (65%). El 26% de los pacientes provenían de UCI y 45% usaron previamente piperacilina/tazobactam y/o carbapenémicos. Las infecciones urinarias fueron las más frecuentes (35% para *K. pneumoniae* y 22% para *E. cloacae*). En general se observó alta resistencia a gentamicina y ciprofloxacina. (50% y 78% en *K. pneumoniae*, 60% y 70% para *E. cloacae* respectivamente). La carbapenemasa KPC fue detectada en el 82% de los aislamientos de *K. pneumoniae* y sólo en el 37% de *E. cloacae*. No obstante, el 63% de *E. cloacae* fueron positivos para el test tridimensional a pesar de no tener carbapenemasas; de estos, el 95% fueron resistentes únicamente a ertapenem y sensibles a otros carbapenémicos.

**Conclusiones.** En *K. pneumoniae* la carbapenemasa KPC continúa siendo el mecanismo de resistencia a carbapenémicos más importante, sin embargo, para *E. cloacae* los resultados sugieren que es la sobreproducción de β-lactamasa cromosómica AmpC sumada a defectos en la permeabilidad; lo cual puede generar falsos positivos en pruebas fenotípicas. Esto puede tener implicaciones a nivel terapéutico, ya que en estos pacientes se podría considerar el uso de carbapenémicos en vez de opciones más tóxicas como la colistina.

## SPE - 31

**CÁNCER DE PULMÓN CON MUTACION DEL GEN EGFR**

RAMOS PEDRO.

Clínica Oncocare, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** El propósito de este estudio fue describir las características clínicas y demográficas de las pacientes con cáncer de pulmón EGFR mutado.

**Diseño.** Se trata de un estudio observacional descriptivo tipo serie de casos bidireccional.

**Métodos.** Se realiza con la información de la clínica Oncocare en el periodo comprendido entre el 1 de diciembre del 2008 hasta el 31 diciembre del 2012. Se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de pulmón con mutación en el gen EGFR, se hace una descripción de las características clínicas y demográficas con estadística descriptiva.

**Resultados.** Un total de 10 pacientes fueron identificados en el estudio. La edad promedio fue de 51,8 años, la mediana de seguimiento fue de 16,7 meses. La mediana de tiempo a la progresión fue 12,6 meses. El sexo femenino fue predominante con 7 casos, todos los casos fueron adenocarcinoma y de estos 2 con la variante bronquioloalveolar, la presentación clínica inicial fue estado IIIB 1 caso, IV 7 casos y 2 casos de recaídas sistémicas con estados tempranos iniciales IIA Y IIB, todos los casos fueron en no fumadores, 4 pacientes progresaron de los cuales 3 fallecieron hasta el fin del seguimiento.

**Conclusiones.** Los pacientes con cáncer de pulmón con mutación del gen EGFR tiene uno tiempos de sobrevida prolongados mejores que los pacientes no mutados que es lo reportado en la literatura, se requiere un esfuerzo nacional para incluir todos los pacientes en tratamiento y tratados en el país para conocer nuestra realidad nacional.

## SPE - 30

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CARDIOPATAS EMBARAZADAS EN UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS**

ROJAS-SUAREZ JOSÉ ANTONIO, GÓMEZ-ARROYO GJ, CARDENAS-GONZALEZ OP. Grupo de investigación en cuidado intensivo obstétrico (GRICIO), Clínica Gestión Salud IPS, Cartagena de Indias, Colombia.

**Introducción.** Estudios recientes reportan un aumento en la incidencia de cardiopatías en el embarazo, debido al desarrollo de tratamientos y avances en cirugía cardíaca que permiten a estas pacientes alcanzar la edad reproductiva. Las cardiopatías en el embarazo son una de las principales causas de morbi-mortalidad materna y de ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI) en embarazadas. Se desconoce la epidemiología de esta entidad en la costa atlántica de nuestro país. En este trabajo se describen las principales características de las pacientes cardiopatas embarazadas que ingresan a UCI.

**Diseño.** Se realizó un estudio descriptivo de serie de casos.

**Métodos.** Recopilados en una base de datos en la UCI de la clínica gestión salud de Cartagena. Se incluyeron pacientes embarazadas y puérperas con cardiopatías entre los años 2006-2011. Para el análisis se utilizaron herramientas como Excel y Epi Info.

**Resultados.** Durante el periodo de estudio, se presentaron 724 ingresos de maternas a UCI, se incluyeron 40 maternas con cardiopatías en el estudio (5,5% de los ingresos). La edad media fue 25 años (DE: 5,7), la mayoría admitidas parto (n=23) 57,5%, la edad gestacional media al ingreso fue 31 (DE: 10,2) semanas, una estancia media de 5 días (DE: 3,7). De las cardiopatías, la más frecuente fueron las valvulopatías (n=12) 30%, dentro de estas la estenosis mitral fue un gran número del total (n=5) 12,5%, el edema pulmonar agudo la principal causa de ingreso a UCI (n=13) 32,5%. Las cardiopatías congénitas fueron 10% (n=4). Mortalidad 7,5% (n=3).

**Conclusiones.** Existe un porcentaje significativo de maternas ingresadas a UCI con cardiopatías, en nuestro medio estas pacientes son relativamente jóvenes y a diferencia de otros estudios realizados en otros países la mayoría de las pacientes ingresan en estado parto. La patología cardíaca que con mayor frecuencia observamos son las valvulopatías con complicaciones como el edema pulmonar agudo, es decir, con patologías crónicas que se complican con los cambios fisiológicos desencadenados por el embarazo.

## SPE - 32

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS EN PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA MENOR O IGUAL A 2 CM**

RAMOS PEDRO.

Clínica Oncocare, Bogotá, Colombia.

**Introducción.** El propósito de este estudio fue describir las características clínicas y demográficas de las pacientes con cáncer de mama T1 menor o igual a 2 cm y ganglios negativos.

**Diseño.** Estudio descriptivo tipo serie de casos bidireccional.

**Métodos.** Este estudio se realiza con la información en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2003 hasta 31 julio del 2012. Se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama T1 y ganglios negativos, se hace una descripción de las características clínicas y demográficas con estadística descriptiva.

**Resultados.** Un total de 60 pacientes fueron identificados en el estudio. La edad promedio fue de 56,9 años, el tiempo de seguimiento promedio fue de 53,1 meses. La presentación clínica fue T1a 1(1,67) T1b 13(21,66%) T1c 46(76,67%). Los pacientes pertenecen al régimen contributivo. 70%, los receptores her2 positivo en el 13,33%, ambos receptor hormonales positivo 43 (71,67) , se presentaron 2 muertes para una frecuencia de 3,3% se presentaron 2 recaídas que corresponden a un total de 3,3 %.

**Conclusión.** Los pacientes con cáncer de mama T1 son de buen pronóstico en esta serie se presentaron 2 muertes 1 en un paciente GIII y otra her2 positivo que son factores que se asocian a alto riesgo de mortalidad y recaídas en este grupo de pacientes.

## SPE - 33

## ANÁLISIS DE SOBREVIVENCIA DE CÁNCER DE RECTO NO METASTÁSICO

RAMOS PEDRO.

*Clínica Oncocare, Bogotá, Colombia*

**Introducción.** Describir las características clínicas, demográficas y la supervivencia libre de enfermedad y global en una cohorte de 127 pacientes con cáncer de recto en Bogotá Colombia.

**Diseño.** Se trata de un estudio tipo cohorte bidireccional.

**Métodos.** Se registró la información de las características clínicas, demográficas y los tiempos a recaída y muerte por cáncer u otras causas de una cohorte de 127 pacientes con cáncer de recto, durante el periodo 2003-2012. Las pacientes fueron seguidas en intervalos cada cuatro a seis meses en donde se documentaba el estado vital y la presencia de recaídas locales o sistémicas de la enfermedad. Se realizaron análisis descriptivos y se estimaron funciones de supervivencia usando el método de Kaplan Meier. Se realizó análisis de regresión de Cox para identificar factores asociados a la supervivencia.

**Resultados.** Se identificaron 127 pacientes con cáncer de recto, la mediana de seguimiento fue 74 meses, la edad promedio fue 64 años, del sexo femenino fueron (51,18%), se presentaron en estado avanzado (III) (66,29%). Se presentaron (23,62 %) de recaídas, se observaron (18,11%) muertes. En análisis multivariado se evidenció asociación de estado clínico avanzado III con menor supervivencia libre de enfermedad y global HR 3.40 (IC95% 1,36-8,47) y 2,51(1,09-5,79) respectivamente, los otros factores grado histológico, tipo histológico, estado funcional, tipo de quimioterapia y respuesta a la quimioradioterapia neoadyuvante no se asociaron con la supervivencia libre de enfermedad y global.

**Conclusiones.** Los tiempos de supervivencia libre de enfermedad y global observados en la cohorte se asocian con el estado clínico avanzado, pero no hay asociación con grado histológico, tipo histológico, estado funcional, tipo de quimioterapia y respuestas a quimioradioterapia neoadyuvante.

## SPE - 34

## ANÁLISIS DE SOBREVIVENCIA DE CÁNCER DE CÉRVIX NO METASTÁSICO

RAMOS PEDRO.

*Clínica Oncocare, Bogotá, Colombia*

**Introducción.** Describir las características clínicas, demográficas y la supervivencia libre de enfermedad y global en una cohorte de 143 mujeres con cáncer de Cérvix

**Diseño.** Se trata de un estudio cohorte bidireccional.

**Métodos.** Se registró la información de las características clínicas, demográficas y los tiempos a recaída y muerte por cáncer u otras causas de una cohorte de 143 mujeres con cáncer de Cérvix, durante el periodo 2003-2012. Las pacientes fueron seguidas en intervalos cada cuatro a seis meses en donde se documentaba el estado vital y la presencia de recaídas locales o sistémicas de la enfermedad. Se realizaron análisis descriptivos y se estimaron funciones de supervivencia usando el método de Kaplan Meier. Se realizó análisis de regresión de Cox, para identificar factores asociados a la supervivencia.

**Resultados.** Se identificaron 143 pacientes para el análisis descriptivo y analítico la mediana de seguimiento fue 18,16 meses, la edad promedio de las mujeres fue 54 años, 95,1% fueron diagnosticadas en estado avanzado IIA a IIIB, el tipo histológico más frecuente fue escamocelular. Se presentaron (13,9%) recaídas, se observaron (13,2%) muertes. El análisis univariado y multivariado no se evidenció asociación de ninguno de los factores como estado clínico, grado histológico, tipo histológico, estado funcional respuesta a quimioradioterapia con la supervivencia libre de enfermedad y global.

**Conclusiones.** Los tiempos de supervivencia libre de enfermedad y global observados en la cohorte no se asocian con ningún factor pronóstico analizado y se requiere un seguimiento mayor para tener suficientes eventos que permitan conclusiones definitivas en el análisis

## SPE - 35

## CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS DE CÁNCER DE MAMA EN JÓVENES DE 35 AÑOS O MENOS

RAMOS PEDRO.

*Clínica Oncocare, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El propósito de este estudio fue describir las características clínicas y demográficas de pacientes jóvenes con cáncer de mama.

**Diseño.** Se trata de un estudio descriptivo tipo serie de casos.

**Métodos.** Este estudio se realiza con la información en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2004 hasta 31 julio del 2012. Se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama jóvenes con edad de 35 años o menores. Se realizaron descripciones de las características clínicas y demográficas con estadística descriptiva.

**Resultados.** Un total de 25 pacientes fueron identificados en el estudio. La edad media fue de 30.7 años, el tiempo de seguimiento promedio fue de 50.6 meses. La presentación clínica fue estado avanzado fue 68%, el estado ganglionar se distribuyó en ganglios positivos en 57.88% de los casos. La mayoría de los pacientes pertenecen al régimen contributivo 76%. Los pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante en 64% y el esquemas más frecuente fue Doxorubicina-ciclofosfamida-paclitaxel (ACT) 31.25% y Doxorubicina-ciclofosfamida (AC) 62.5%. La respuesta a la quimioterapia neoadyuvante fue: respuesta objetiva en un 81.25%, respuesta completa 12.50%, respuesta parcial 68.75. El receptor her 2 positivo en 24% y receptores estrógenos positivos 80% y progestágenos en un 64%. Se presentaron 2 muertes para una frecuencia de 8%, se presentaron 2 recaídas que corresponden a un total de 8%.

**Conclusión.** Los pacientes con cáncer de mama jóvenes son de alto riesgo de recaída y muerte como se observa en esta serie de casos con un 8% lo cual coincide con lo reportado en la literatura.

## SPE - 36

## MORTALIDAD EN CÁNCER DE MAMA EN ANCIANAS

RAMOS PEDRO.

*Clínica Oncocare, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El propósito de este estudio evaluar los factores pronóstico asociados con la mortalidad en pacientes ancianas con cáncer de mama.

**Diseño.** Se trata de una cohorte bidireccional.

**Métodos.** Este estudio realizó el análisis de información en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2003 hasta 31 julio del 2012. Se incluyeron todos los pacientes de con diagnóstico de cáncer de mama de 65 años de edad o mayor. Se construyeron curvas de supervivencia por el método de Kaplan Meier, se compararon con el método de rangos logaritmos y se realizó un análisis de regresión de rangos proporcionales por Cox.

**Resultados.** Un total de 126 pacientes fueron identificados en el estudio. La tasa de mortalidad de la cohorte fue de 3.96% y las recaídas en 6.35%. La edad media fue de 71.6 años la mediana de seguimiento fue de 43.2 meses.

El estado clínico se distribuyó: (estado I 10.32 %, IIA 15.08 %, IIB 7.46% IIIA 21.43% IIIB 9.12% IIIC 13.95. Los receptores de her2 es positivo en un 9.52 %. Los pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante en 61.11%, el tipo de quimioterapia fue Doxorubicina-ciclofosfamida (AC) 42.86%, Ciclofosfamida-metotrexate-fluorouracilo (CMF) 31.17% y Doxorubicina-ciclofosfamida-paclitaxel (ACT) 22.08%, quimioterapia adyuvante en 54.76% con AC 51.47 %, CMF 11.76%, Doxorubicina-ciclofosfamida-paclitaxel trastuzumab 10.29%, taxanos 17.64 ACT 8.82 %. La respuesta a Quimioterapia neoadyuvante fueron: objetiva 79.22% completa 12.99% parcial 66.23% En el análisis multivariado de los factores analizados receptor her2, receptores hormonales, tamaño tumoral, compromiso ganglionar, respuesta a quimioterapia neoadyuvante y estado clínico no se asocian con la supervivencia libre de enfermedad y global.

**Conclusión.** Los tiempos de supervivencia global y libre de enfermedad observados en la cohorte no se asocian con los factores analizados.

## SPE - 37

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS Y DEMOGRÁFICAS EN CÁNCER DE MAMA TRIPLE NEGATIVOS**

RAMOS PEDRO.

*Clínica Oncocare, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El propósito de este estudio fue describir las características clínicas y demográficas de las pacientes con cáncer de mama triple negativo.

**Diseño.** Estudio descriptivo tipo serie de casos bidireccional.

**Métodos.** Este estudio se realiza con la información en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2004 hasta 31 de julio del 2012.

Se incluyeron todas las pacientes con diagnóstico de cáncer de mama triple negativo no metastásico (estado I a IIIC). Se realizaron descripciones de las características clínicas y demográficas con estadística descriptiva.

**Resultados.** Un total de 39 pacientes fueron identificados en el estudio. La edad media fue de 52 años, el tiempo de seguimiento promedio fue de 27.4 meses. La presentación clínica fue estado I 3 (7,69%), II A 5 (12,82%), IIB 10 (25,64%), IIIA 3 (7,69%), IIIB 9 (23,08%), IIIC 9 (23,08%), siendo la mayoría de casos estados avanzados. El estado ganglionar se distribuyó en ganglios negativos en 18 (46,16%), 1 a 3 ganglios 4 (10,25%), 4 a 9 ganglios 6 (15,38%) y 10 o más ganglios 5 (12,83%). La mayoría de los pacientes pertenecen al régimen subsidiado 69,70% y grado histológico alto (2 y 3) 33 (84,79%). Los pacientes recibieron quimioterapia neoadyuvante en (71,79) de los casos y el esquema más frecuente fue ACT (46,42%) Y AC (39,28%). La respuesta a la quimioterapia neoadyuvante fue: respuesta objetiva en un (57,15%), respuesta completa 5 (17,86%) y respuesta parcial 11 (39,29%).

Se presentaron una frecuencia de 8 (24,4%) muertes y 13 (39,9%) recaídas.

**Conclusión.** los pacientes con cáncer de mama triple negativo son de alto riesgo de recaída (39,9%) y muerte (24,4%) como se observa en esta serie de casos lo cual coincide con lo reportado en la literatura.

## SPE - 39

**REGISTRO INSTITUCIONAL DE CÁNCER**

RAMOS PEDRO.

*Clínica Oncocare, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El propósito de este estudio es tener un registro de los diferentes tipos de cáncer que asisten a consulta a la instrucción y se confirman por patología, realizar clasificación TNM por estados determinar las frecuencias en ambos sexos y global de los casos incidentes y prevalentes.

**Diseño.** Se trata de un estudio descriptivo básico tipo registro bidireccional.

**Métodos.** Se incluye información de 5779 casos que consultaron a la institución durante el periodo del 2009 al 2012, se incluyeron casos incidentes y prevalentes para realizar un aproximación de las causas más frecuentes de cáncer que se atendieron y se realizó la estadificación clínica de los casos.

**Resultados.** Durante el periodo del 1 enero 2009 hasta el 31 diciembre 2012 se realizó el registro de todos los casos incidentes y prevalentes confirmados histológicamente; Se identificaron un total de 5779 casos de cáncer confirmados. El Cáncer de mama es el tipo más frecuente que consulta en la institución con un total de 1132 casos, le siguen en frecuencia cáncer de piel no melanoma con 503, cérvix 502, colorectal 464, próstata 400, gástrico 351, linfomas 412, tiroides 332, ovario 262, leucemias 216, cabeza y cuello 210, mieloma 147. La estadificación evidenció una presentación en estados avanzados en la mayoría de los casos lo que indica la necesidad de diagnóstico temprano.

**Conclusiones.** Las frecuencias de los diferentes tipos de cáncer es muy similar a otros registros como globocan 2008, el registros poblacional de Cali y el institucional del Instituto Nacional de Cancerología con la excepción de cáncer de pulmón que está entre las principales causas de incidencia y prevalencia en el país, pero que en las unidades especializadas de oncología no se presentan con esa misma frecuencia

## SPE - 38

**SOBREVIDA DE CÁNCER GÁSTRICO NO METASTÁSICO**

RAMOS PEDRO.

*Clínica Oncocare, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** Describir las características clínicas, demográficas y la supervivencia libre de enfermedad y global en una cohorte de 130 pacientes con cáncer Gástrico

**Diseño.** Se trata de un estudio tipo cohorte bidireccional

**Métodos.** Se registró la información de las características clínicas, demográficas y los tiempos a recaída y muerte por cáncer u otras causas de una cohorte de 130 pacientes con cáncer gástrico, durante el periodo 2003-2012. Las pacientes fueron seguidas en intervalos cada cuatro o seis meses en donde se documentaba el estado vital y la presencia de recaídas locales o sistémicas de la enfermedad. Se realizaron análisis descriptivos y se estimaron funciones de supervivencia usando el método de Kaplan Meier. Se realizó análisis de regresión de Cox, para identificar factores asociados a la supervivencia.

**Resultados.** Se identificaron 130 pacientes en esta cohorte la mediana de seguimiento fue 20,36 meses, la edad promedio de las mujeres fue 61.6 años, del sexo masculino fueron 55,15%. El estado clínico era avanzado en el 72,09%. Se presentaron recaídas en 19,23%, se observaron 16,92% muertes. El análisis multivariado no se evidenció asociación de ninguno de los factores como estado clínico, grado histológico, tipo histológico, estado funcional, tipo de quimioterapia con la supervivencia libre de enfermedad y global.

**Conclusiones.** Los tiempos de supervivencia libre de enfermedad y global observados en la cohorte no se asocian con ningún factor pronóstico analizado, probablemente se requiera mayor número de pacientes y una cohorte multiinstitucional para poder evidenciar la asociación de estos factores con supervivencias.

## SPE - 40

**ANÁLISIS DE SOBREVIVENCIA DE CÁNCER DE COLON NO METASTÁSICO**

RAMOS PEDRO.

*Clínica Oncocare, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** Describir las características clínicas, demográficas y la supervivencia libre de enfermedad y global en una cohorte de 176 pacientes con cáncer de colon.

**Diseño.** Se trata de un estudio de cohorte bidireccional,

**Métodos.** Se registró la información de las características clínicas, demográficas y los tiempos a recaída y muerte por cáncer u otras causas de una cohorte de 176 pacientes con cáncer de colon, durante el periodo 2003-2012. Las pacientes fueron seguidas en intervalos cada cuatro a seis meses en donde se documentaba el estado vital y la presencia de recaídas locales o sistémicas de la enfermedad. Se realizaron análisis descriptivos y se estimaron funciones de supervivencia usando el método de Kaplan Meier. Se realizó análisis de regresión de Cox, para identificar factores asociados a la supervivencia.

**Resultados.** Se identificaron 176 pacientes con cáncer de colon la mediana de seguimiento fue 31,4 meses, la edad promedio fue 62,19 años, del sexo femenino fueron 55,68%, Se presentaron 14,2% de recaídas, se observaron (8,52%) muertes de las cuales 93,3% correspondieron a muertes específicas por cáncer de Colon. En análisis multivariado no se evidenció asociación de ninguno de los factores como estado clínico, grado histológico, tipo histológico, estado funcional, tipo de quimioterapia con la supervivencia libre de enfermedad y global.

**Conclusiones.** Los tiempos de supervivencia libre de enfermedad y global observados en la cohorte no se asocian en el análisis con estado clínico, grado histológico, tipo histológico, estado funcional o tipo de quimioterapia recibida.

## SPE - 41

## ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE CÁNCER DE OVARIO

RAMOS PEDRO.

Clínica Oncocare, Bogotá Colombia

**Introducción.** Establecer asociación de factores pronósticos y la supervivencia libre de enfermedad y global en una cohorte de 145 mujeres con cáncer de Ovario

**Diseño.** Se trata de un estudio de tipo cohorte bidireccional.

**Métodos.** Se registró la información de las características clínicas, demográficas y los tiempos a recaída y muerte por cáncer de 145 mujeres con cáncer de ovario, durante el periodo 2003-2012. Las pacientes fueron seguidas en intervalos cada cuatro a seis meses en donde se documentaba el estado vital y la presencia de recaídas locales o sistémicas de la enfermedad. Se realizaron análisis descriptivos y se estimaron funciones de supervivencia usando el método de Kaplan Meier. Se realizó análisis de regresión de Cox para identificar factores asociados a la supervivencia.

**Resultados.** Se identificaron 145 pacientes en el estudio, la mediana de seguimiento fue 23,4 meses, la edad promedio de las mujeres fue 49,6 años, 74,5% fueron diagnosticadas en estado avanzado IC a IV, el tipo histológico más frecuente fue seroso. Se presentaron 24,1% recaídas, se observaron 22,6 muertes por cáncer de ovario. En el análisis multivariado se evidenció asociación de la no respuesta completa a la quimioterapia con disminución de la sobrevida libre de enfermedad y global HR 5,86 (IC95% 1,19-28,75) y HR 4,69 (IC95% 1,01-22,01) respectivamente. La citoreducción óptima con disminución del riesgo de muerte y recaídas HR 0,19 (IC95% 0,07- 0,54) y HR 0,39 (IC95% 0,18-0,83) respectivamente. Los otros factores como tipo histológico, grado histológico, estado clínico, la presencia de ascitis y estado funcional no se asociaron con la supervivencia libre de enfermedad y global.

**Conclusiones.** Los tiempos de supervivencia libre de enfermedad y global se disminuyen si no se alcanzan respuestas completas y se aumentan si hay una citoreducción óptima.

## SPE - 42

## ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DE CÁNCER GERMINAL DE TESTÍCULO

RAMOS PEDRO.

Clínica Oncocare, Bogotá, Colombia

**Introducción.** Evaluar la supervivencia libre de enfermedad y global en una cohorte de pacientes con cáncer germinal de testículo en Bogotá Colombia.

**Diseño.** Se trata de un estudio cohorte bidireccional.

**Métodos.** Se registró la información de las características clínicas, demográficas y los tiempos a recaída y muerte por cáncer u otras causas de una cohorte de 64 pacientes con cáncer germinal de testículo, durante el periodo 2003-2012. Las pacientes fueron seguidas en intervalos cada tres a seis meses en donde se documentaba el estado vital y la presencia de recaídas locales o sistémicas de la enfermedad. Se realizaron análisis descriptivos y se estimaron funciones de supervivencia usando el método de Kaplan Meier. Se realizó análisis de regresión de Cox para identificar factores asociados a la supervivencia.

**Resultados.** Se identificaron 64 pacientes con testículo, la mediana de seguimiento fue 38,2 meses, la edad promedio fue 29 años, se presentaron en estado avanzado (57,81%). El tipo histológico más frecuente fue seminoma 48,39%, el 78,13% recibieron quimioterapia y el esquema más frecuente fue PEB (85,71%). Se presentaron 18,75 % de recaídas, se observaron (9,37%) muertes. En el análisis multivariado se evidenció asociación del índice pronóstico alto con menor sobrevida libre de enfermedad y global HR 7,65 (IC95% 2,15-27,20) y 7,81(2,38-25,63) respectivamente, los otros factores tipo histológico, estado funcional, respuesta a quimioterapia y estado clínico no se asociaron con la supervivencia libre de enfermedad y global.

**Conclusiones.** Los tiempos de supervivencia libre de enfermedad y global observados en la cohorte se asocian con el índice pronóstico alto, pero no hay asociación con tipo histológico, estado funcional, el estado clínico, tipo de quimioterapia y respuestas a quimioterapia

## SPE - 43

## BLASTOSISTIS SSP EN PACIENTES REUMÁTICOS EN EXTREMA POBREZA CARTAGENA, COLOMBIA

SIERRA-MERLANO RITA MAGOLA (1), MARTÍNEZ-SIERRA MT (2), SIERRA-JURADO D (3).

Universidad de Cartagena, Cartagena. Colombia. (2) Universidad del Rosario, Bogotá. (3) Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia.

**Introducción.** El Bsp (antes hominis), es un protozooario polimórfico parasito en humanos y otros animales. Es el parásito más frecuente en exámenes coprológicos. No hay acuerdo sobre si es patógeno, oportunista o no en inmunosuprimidos. Se acepta su asociación con: la pobreza, la convivencia con animales y es un indicador de contaminación fecal de agua y alimentos. El objetivo es determinar las características demográficas de Bsp en una población urbana de pacientes reumáticos en extrema pobreza en Cartagena.

**Diseño.** Descriptivo. Serie de casos incidentes.

**Metodología.** Se incluyeron prospectivamente todos los adultos con diagnóstico de EDTC, residentes en el área urbana de Cartagena, clasificados como pobres y un coprológico o más.

**Resultados.** De 166 pacientes con EDTC se excluyó el 17 % por no tener coprológico. Todos los pacientes tenían: tratamiento con uno o más inmuno-supresores, servicio de acueducto, no recibieron antiparasitarios en tres meses y ninguno hervía el agua. El 40 % de los pacientes tuvo parásitos protozoarios y un solo caso helmintos. El más frecuente Bsp (70%) y Giardia (20 %). El 50 % de los pacientes con Bsp reside en tres barrios: Olaya herrera Fredonia y El Pozón.

**Conclusiones.** La prevalencia de parásitos (por coprológico) en enfermos adultos, en extrema pobreza con EDTC en Cartagena es comparable a las de poblaciones urbanas adultas sin EDTC (Santa Marta, 39,5 %) y baja comparada con las rurales (Loma Arena 92 %, Suaita, 59,6 %) re-afirmando las inequidades urbano-rurales en Colombia. En nuestra serie y otras consultadas Bsp es el parásito más frecuente: Cartagena 70 %, Santa Marta 62,6 %. En Sao Paulo con EDTC 52 % y sin EDTC 42% sin diferencias significativas. En países desarrollados las prevalencias van del 0,5- 3,3 %. La demografía del Bsp en los barrios de Cartagena coincide con otros indicadores de extrema pobreza como los homicidios.

## SPE - 44

## CARACTERÍSTICAS DEL DORMIR Y OBESIDAD CENTRAL EN AFROCOLOMBIANAS EN EDAD MEDIA

MONTERROSA-CASTRO ÁLVARO, PARRA-ALMEIDA SC.

Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia.

**Introducción.** Los trastornos del sueño y la obesidad son dos problemáticas crecientes en la población adulta. Además en mujeres en edad media se ha observado que las características del dormir se alteran con el cambio en el estado menopáusico. El objetivo fue comparar las características del dormir en mujeres afro colombianas con y sin obesidad central.

**Metodología.** Estudio transversal que hace parte del proyecto de investigación CAVIMEC (Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas). Se involucraron por medio de visitas puerta a puerta, mujeres entre 40-59 años de edad, de raza negra nativas y residentes en Apartado, Turbo, Carepa y Chigorodó, que hacen parte del Urabá antioqueño, previo consentimiento informado. Encuestadoras, previamente capacitadas, aplicaron el formulario de características sociodemográficas, la escala de insomnio de Atenas y realizaron medición antropométrica. Se definió obesidad central como la presencia de circunferencia abdominal superior a 88 centímetros. Cada pregunta de la escala de Atenas, se calificó de 0 (sin problema) a 3 (problema serio). Más de 5 puntos fueron indicadores de insomnio. El análisis estadístico se realizó con Epi-info 7 y MedCalc.

**Resultados.** 461 mujeres con promedios de edad: 50,2±5,4 años, índice de masa corporal: 27,6±4,5 y circunferencia abdominal: 83,0±10,4. La mitad estaban en sobrepeso y la cuarta parte en obesidad. El 35,5% pre menopáusicas, 15,4% peri menopáusicas y la mitad restante en pos menopausia. Según la presencia de obesidad central, no hubo diferencias significativas en estado menopáusico, uso de terapia hormonal, hipotiroidismo, diabetes mellitus, hipertensión y uso de terapia hormonal. Se encontró insomnio en 42,8% de las mujeres con obesidad central y en el 37,0% de las que estaban libres de ello. Las mujeres con obesidad central manifestaron menor duración del sueño, peor bienestar, mal funcionamiento diurno (p<0,05) y peor impacto del insomnio sobre las actividades (p=0,03). En un modelo de regresión logística univariada, la obesidad central no fue factor de riesgo para inducción del dormir, despertar durante la noche, despertar más temprano de lo deseado, duración total del dormir, calidad general del dormir, sensación de bienestar durante el día, funcionamiento físico y mental durante el día, somnolencia, valoración cuantitativa del dormir, impacto del dormir sobre las actividades diarias e insomnio (p>0,05).

**Conclusión.** Las mujeres afro descendientes colombianas que presentaban obesidad central, tuvieron significativamente peores características del dormir.

## SPE - 45

**LA OBESIDAD CENTRAL ES FACTOR DE RIESGO PARA DETERIORO DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADO CON SINTOMATOLOGÍA MENOPÁUSICA?**

MONTERROSA-CASTRO ÁLVARO, PARRA-ALMEIDA SC.

Facultad de Medicina, Universidad de Cartagena, Colombia.

**Introducción.** La obesidad es un trastorno creciente a nivel global con efectos adversos en diferentes condiciones humanas y en la salud pública. El objetivo fue estimar si la obesidad central es factor de riesgo para deterioro severo somático, psicológico, urogenital y de la calidad de vida relacionada con síntomas menopáusicos.

**Metodología.** Estudio transversal que hace parte del proyecto de investigación CAVIMEC (Calidad de Vida en la Menopausia y Etnias Colombianas), realizado en mujeres de raza negra residentes en cuatro municipios del Urabá Antioqueño, con edades entre 40 y 59 años, que fueron invitadas a participar en sus propias comunidades y llenaron consentimiento informado. Se les aplicó un formulario de características sociodemográficas, la escala de calidad de vida Menopause Rating Scale (MRS) y se realizaron medición antropométrica. Se definió obesidad central como la medición de la circunferencia abdominal superior a 88 centímetros. A mayor puntuación de las preguntas y total del MRS, mayor es la severidad de los síntomas y peor la calidad de vida. Puntuación total mayor a 16 indica deterioro severo de la calidad de vida. El análisis estadístico se realizó con Epi-info 7 y MedCalc.

**Resultados.** Fueron estudiadas 461 mujeres, el 50.5% en sobrepeso y el 23.9% en obesidad. El promedio de la circunferencia abdominal fue: 83.0±10.4 cms. El 35.5% pre menopáusicas, 15.4% peri menopáusicas y el 49.1% pos menopáusicas. El 34.9% tuvieron obesidad central. Los síntomas menopáusicos más prevalentes fueron oleadas de calor y dolores musculares/articulares. El 18.9% tuvieron deterioro severo de la calidad de vida. No se observó diferencia significativa en estado menopáusico, hipotiroidismo, diabetes mellitus, hipertensión y uso de terapia hormonal, según la presencia de obesidad central. El estado de ánimo depresivo y el deterioro del dominio psicológico ( $p=0.002$ ) fueron significativamente más prevalentes en mujeres con obesidad central. No se observó diferencias en la calidad de vida ( $p=0.2$ ). La obesidad central fue factor de riesgo para deterioro severo somático, OR: 1.85 [IC95% 1.03-3.32], psicológico OR: 2.00 [IC95% 1.08-3.70] y de la calidad de vida, OR: 2.00 [IC95% 1.24-3.21]. No fue factor de riesgo para deterioro severo urogenital.

**Conclusión.** La obesidad central incrementa dos veces el riesgo de deterioro severo de la calidad de vida relacionada con síntomas menopáusicos.

## SPE - 47

**IMPACTO CLÍNICO DEL PROGRAMA DE FALLA CARDIACA EN UN CENTRO DE REFERENCIA CARDIOVASCULAR**

SALDARRIAGA CLARA INÉS, GARCÉS JJ, AGUDELO A, HERNÁNDEZ D, GUARÍN LF, MEJÍA J.

**Introducción.** La falla cardíaca es un problema de salud pública, genera grandes costos al sistema de salud por las re-admisiones hospitalarias y genera morbi-mortalidad en los pacientes.

**Objetivo.** Evaluar el impacto en la clase funcional, las visitas al servicio de urgencias y las re-admisiones hospitalarias en la población de pacientes atendidos en el programa de falla cardíaca de la clínica cardioVID.

**Metodología.** Estudio de cohorte prospectivo. Se realizó un análisis de las características clínicas y demográficas de los pacientes antes y después de ingresar al programa.

**Resultados.** Se incluyeron 511 pacientes, con una edad promedio de 66,4 +/- 14,3 años, 58,7% de sexo masculino. Se realizó seguimiento en un programa de falla cardíaca en el cual se contó con controles por cardiología y enfermería, rehabilitación cardíaca, asistencia a un programa educativo y apoyo por psicología. La fracción de eyección promedio al ingreso al programa fue de 28,6%, la distribución de la clase funcional fue: NYHA I 20%, NYHA II 50,7%, NYHA III 23,8%, NYHA IV 4,9%. Luego de 18 meses de seguimiento se demostró un incremento estadísticamente significativo en la fracción de eyección (media: 37,1%), la clase funcional se disminuyeron las consultas a urgencias en 29,3%, las re hospitalizaciones en 66,8% y la duración de estas en 37,5%. La mortalidad total fue de 4%.

**Conclusión.** El seguimiento multidisciplinario en programas de falla cardíaca es factible en nuestro medio, mejora la clase funcional, la fracción de eyección y disminuye los ingresos hospitalarios y las visitas al servicio de urgencias.

## SPE - 46

**TASA DE CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA**

MIRANDA-ROSETO HAROLD, HERRERA TASAMA A, MARTÍNEZ JW.

Pereira, Risaralda, Colombia.

**Introducción.** La meta del tratamiento farmacológico en hipertensión arterial, es lograr una presión arterial menor 140/ 90 mm Hg. Nosotros evaluamos el porcentaje de pacientes que cumplen metas en una población de hipertensos con al menos un factor de riesgo cardiovascular.

**Métodos.** Estudio descriptivo de corte transversal.

**Resultados.** 592 pacientes evaluados por medicina interna. 65.4 años  $\pm$  10 años. Hombres 27 % (160) y mujeres 73% (432). El promedio de la presión arterial sistólica (PAS) fue de 147.0 ( $\pm$  23.18) mm Hg y diastólica 79.0 ( $\pm$  12.05) mm Hg. El 43.9% de los pacientes controlan la PAS y 84.9% controlan PAD. El control de TAS y TAD fue del 42.2% (TAS<140 y TAD<90). La presión de pulso (TAS menos TAD) cambia con relación a la edad. Los menores de 55 años tiene presión de pulso de 57 mm Hg y los mayores de 75 años, 77 mm Hg. El control de las cifras de presión arterial en pacientes < 55 años fue del 57% y en los pacientes mayores de 75 años fue del 31%. Adherencia se encontró en el 82.2%. 88.8% en controlados y 77.4% en no controlados

No hubo diferencias en las comorbilidades asociadas, en general 59.4% Dislipidemia, 23.1% diabetes Tipo 2, 26.8% Hábito tabáquico y 21% obesidad. 2.18 condiciones comórbidas por cada paciente. 78.4% presentan dos o más factores de riesgo cardiovascular.

En promedio se utilizan 2.13 medicamentos antihipertensivos por cada paciente en cada grupo de controlados y no controlados. El 27% recibieron monoterapia, 48.6% recibieron dos clases de antihipertensivos y el 24.1% recibieron tres o más antihipertensivos.

**Conclusión.** En esta población el control de las cifras de presión arterial fue del 42.2%. En pacientes de menor edad y más adheridos se logró mayor porcentaje de control, no hubo diferencias en el número de medicamentos utilizados.

## SPE - 48

**TASA DE CONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES CON FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR EN ATENCIÓN PRIMARIA**

MIRANDA-ROSETO HAROLD, HERRERA A, MARTÍNEZ JW.

**Introducción.** La meta del tratamiento farmacológico en hipertensión arterial, es lograr una presión arterial menor 140/ 90 mm Hg. Nosotros evaluamos el porcentaje de pacientes que cumplen metas en una población de hipertensos con al menos un factor de riesgo cardiovascular.

**Métodos.** Estudio descriptivo de corte transversal.

**Resultados.** 592 pacientes evaluados por medicina interna. 65.4 años  $\pm$  10 años. Hombres 27 % (160) y mujeres 73% (432). El promedio de la presión arterial sistólica (PAS) fue de 147.0 ( $\pm$  23.18) mm Hg y diastólica 79.0 ( $\pm$  12.05) mm Hg. El 43.9% de los pacientes controlan la PAS y 84.9% controlan PAD. El control de TAS y TAD fue del 42.2% (TAS<140 y TAD<90). La presión de pulso (TAS menos TAD) cambia con relación a la edad. Los menores de 55 años tiene presión de pulso de 57 mm Hg y los mayores de 75 años, 77 mm Hg. El control de las cifras de presión arterial en pacientes < 55 años fue del 57% y en los pacientes mayores de 75 años fue del 31%. Adherencia se encontró en el 82.2%. 88.8% en controlados y 77.4% en no controlados.

No hubo diferencias en las comorbilidades asociadas, en general 59.4% Dislipidemia, 23.1% diabetes Tipo 2, 26.8% Hábito tabáquico y 21% obesidad. 2.18 condiciones comórbidas por cada paciente. 78.4% presentan dos o más factores de riesgo cardiovascular.

En promedio se utilizan 2.13 medicamentos antihipertensivos por cada paciente en cada grupo de controlados y no controlados. El 27% recibieron monoterapia, 48.6% recibieron dos clases de antihipertensivos y el 24.1% recibieron tres o más antihipertensivos.

**Conclusión.** En esta población el control de las cifras de presión arterial fue del 42.2%. En pacientes de menor edad y más adheridos se logró mayor porcentaje de control, no hubo diferencias en el número de medicamentos utilizados.

## SPE - 49

**FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON FALLA CARDIACA DESCOMPENSADA**

CHAVES-SANTIAGO WALTER GABRIEL, DIAZTAGLE-FERNÁNDEZ JJ, SPROCKEL-DÍAZ JJ, HERNÁNDEZ-CRUZ JI, BENAVIDEZ-BERMÚDEZ JM, HENAO-CARRILLO DC, MEJÍA-LÓPEZ MG, VARGAS-BUITRAGO V, CARRERO-ROJAS NE, FUENTES-RESTREPO CR, ALBA-SAAVEDRA MJ, CARVAJAL-FLECHAS RA, CONTENTO-ANAYA FA.  
*Hospital de San José, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La insuficiencia cardiaca es una de las principales causas de morbilidad a nivel mundial, la cual ha experimentado aumento gradual de su incidencia sin variación importante en su desenlace en las dos últimas décadas. En Colombia no se cuenta con estudios que evalúen los factores de riesgo que sirvan para predecir la mortalidad, motivo del presente estudio.

**Diseño.** Estudio de Cohorte Prospectiva.

**Métodos.** Se incluyeron pacientes con diagnóstico de insuficiencia cardiaca descompensada al momento del ingreso a urgencias, entre febrero de 2010 y marzo de 2013. Se realizó un cálculo de tamaño de muestra y análisis multivariado para la evaluación de los factores de riesgo asociados a mortalidad intrahospitalaria y a 30 días.

**Resultados.** Se incluyeron 462 pacientes. La mortalidad hospitalaria fue de 8.9% y a 30 días de 13.8%, en el modelo multivariado para el desenlace mortalidad intrahospitalaria se observó que la única variable con significancia estadística fue el BUN >43 mg/dl (OR, 3.45 [IC 1.54-7.74], p= 0.003). Para la mortalidad a 30 días, la estancia hospitalaria >5 días (OR, 2.23 [IC 1.20-4.12], p= 0.011), el BUN >43 mg/dl (OR, 2.55 [IC 1.31-4.94], p= 0.005) y el NT-proBNP  $\geq$  4630 pg/dl (OR, 2.47 [IC 1.30-4.70], p= 0.006).

**Conclusiones.** La mortalidad intrahospitalaria de los pacientes con falla cardiaca descompensada en la población evaluada fue alta. En los análisis multivariados, se encontró que el BUN > 43 mg/dl fue el único factor de riesgo independiente asociado a mortalidad intrahospitalaria; mientras que la mortalidad a 30 días se relacionó además con el NT-proBNP y la estancia hospitalaria superior a 5 días.

## SPE - 51

**PERFIL DE LA POBLACIÓN ATENDIDA EN MODALIDAD DE HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA EN UNA INSTITUCIÓN PRESTADORA DE SERVICIOS DE SALUD EN SANTA MARTA. 2012**

BARROS-MENDOZA YANETH MILENA, SILVA-GARCIA DM.  
*Universidad Cooperativa De Colombia, Sede Santa Marta, Colombia.*

**Introducción.** A través de este estudio, tendremos un mejor conocimiento de la situación de salud de la población que accede a los servicios del programa de Hospitalización Domiciliaria. Fomenta la atención al servicio la intervención de problemas, incentiva al paciente y cuidador familiar a proporcionar acciones de autocuidado.

La hospitalización domiciliaria nace debido a los problemas que se generan en las instituciones prestadoras de servicios.

**Diseño.** Tipo descriptivo, abordaje cuantitativo y corte transversal retrospectivo

**Métodos.** Los datos para la investigación serán recolectados a través de la revisión exhaustiva de las Historias clínicas de los pacientes atendidos durante el 2012 en la modalidad de hospitalización domiciliaria.

**Resultados.** En las investigaciones consultadas no determinan el servicio de salud al que pertenecía la población objeto de estudio. Sin embargo se considera que esta debe pertenecer a un régimen de salud. Los resultados permiten determinar que la gran totalidad de los pacientes con patologías agudas, logran un proceso de recuperación.

**Conclusiones.** En relación al diagnóstico de salud predominante en el grupo de usuarios de este servicio se destacan los tres primeros siendo estos: las infecciones urinarias seguido de Bronconeumonía, Bronquitis, Neumonía y Síndrome de dificultad respiratoria y el menos frecuente Accidente cerebrovascular y Cáncer de próstata, lo cual guarda relación con el grupo de edades que más utilizan este servicio.

Finalmente el estado de alta de los pacientes refleja claramente la mejoría, lo cual puede llevar a deducir que la atención y cuidado brindado hacia los pacientes y la educación impartida a sus cuidadores permiten establecer prácticas de autocuidado eficaces para restablecer su salud; el porcentaje no despreciable de re hospitalizaciones, requiere de un análisis más específico para determinar sus causas.

## SPE - 50

**PREVALENCIA DE INFECCIONES OPORTUNISTAS EN PACIENTES VIH-SIDA CON BASE EN EL ESTUDIO DE MEDULA ÓSEA**

CORZO-ROQUE, ROJAS E, FIGUEROA C, DAZA N.  
*Departamento Medicina Interna, Grupo de Investigación Germina. Universidad Industrial de Santander<sup>1</sup>, Hospital Universitario de Santander<sup>2</sup>. Bucaramanga, Colombia.*

**Introducción.** La utilidad diagnóstica del estudio de médula ósea en pacientes con VIH ha sido evaluada en pocos estudios en Latinoamérica. Se desconoce la frecuencia con la que este estudio aporta a la identificación de oportunistas en nuestro medio.

**Diseño.** Estudio analítico de corte transversal.

**Métodos.** Revisión retrospectiva de historias clínicas de pacientes VIH-SIDA, hospitalizados en el Hospital Universitario de Santander entre 2009 al 2012, quienes fueron sometidos a estudio de médula ósea para evaluar citopenias. Se excluyeron casos con historia de neoplasia y quimioterapia tres meses antes del aspirado. Se calculó tamaño de muestra para evaluación de asociaciones.

**Resultados.** Se evaluaron 92 muestras de médula ósea de 83 pacientes, encontrando una prevalencia de infección oportunista de 23% con examen directo y 34.5% cuando se realizaron cultivos. La histoplasmosis fue la infección más frecuente 20.6%, seguida de Mycobacterias 10.8% e infección por *Cryptococcus Spp* 3.2%. La clínica hematológica que predominó en casos positivos para oportunista fue pancitopenia febril en 41% y monocitopenia en 32%. La deshidrogenasa láctica  $\geq$  600 UI/dl, se asoció con un diagnóstico positivo para infección oportunista en el estudio microscópico de médula ósea, con OR 5.42 (IC95% 1.09-26.9 p=0.03).

**Conclusión.** El estudio de médula ósea en los pacientes con VIH-SIDA permitió un diagnóstico de infección oportunista en una tercera parte de los casos, siendo especialmente útil para la identificación temprana de histoplasmosis. Se requieren estudios para evaluar el impacto en estancia hospitalaria, desenlaces clínicos y costos del uso de este examen de forma temprana en el abordaje de pacientes VIH hospitalizados en Medicina Interna.

## SPE - 52

**PRECISIÓN DIAGNÓSTICA DE UN MODELO DE REDES BAYESIANAS EN LOS SÍNDROMES CORONARIOS AGUDOS**

SPROCKEL JOHN, DIAZTAGLE J.  
*Fundación Universitaria Ciencias de la Salud – FUCS, Hospital de San José, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** La caracterización diagnóstica del dolor torácico, con énfasis en los síndromes coronarios agudos (SCA) es un requerimiento primordial para los médicos del área de urgencias. En el presente estudio se busca diseñar y evaluar el desempeño de las redes bayesianas en el apoyo al diagnóstico de los SCA.

**Diseño.** Estudio de pruebas diagnósticas.

**Metodología.** Se diseñaron dos modelos de redes bayesianas entrenadas en el framework OpenMarkov, a partir de las variables de la escala de probabilidad de Braunwald de angina en un grupo de 159 pacientes que luego se validó en una cohorte de 108 pacientes adultos hospitalizados con sospecha de un SCA en un hospital de tercer nivel de atención.

**Resultados.** Se obtuvo una sensibilidad baja aunque con especificidad y valor predictivo positivo adecuados (62, 86 y 87% respectivamente). El rendimiento fue mejor en los casos que tuvieron electrocardiograma y biomarcadores negativos.

**Conclusiones.** Un modelo de redes Bayesianas entrenado a partir de las variables de la escala de probabilidad de angina inestable de Braunwald, presenta un rendimiento aceptable para el diagnóstico de los SCA.

## SPE - 53

**FACTORES ASOCIADOS A MORTALIDAD EN PACIENTES CON BACTERIEMIA POR *KLEBSIELLA PNEUMONIAE***

CORTÉS JORGE, LEAL A, RUSSI J, BECERRA H, ÁLVAREZ C, CASTILLO J, BARRERO L, BUITRAGO G, GONZÁLEZ A.

*Grupo de investigación en Enfermedades Infecciosas, Departamento de Microbiología, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina Universidad Nacional de Colombia.**Área de Vigilancia Epidemiológica, Departamento de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud, Bogotá, Colombia.**Grupo para el Control de la Resistencia Bacteriana.***Introducción.** *Klebsiella pneumoniae* origina cerca del 8% de infecciones nosocomiales en Europa y Estados Unidos. En Colombia ha sido primer microorganismo aislado en Unidad de Cuidado Intensivo.**Diseño.** Estudio de cohorte retrospectiva, multicéntrico.**Métodos.** Se realizó la descripción y análisis de variables clínicas y microbiológicas de una cohorte retrospectiva multicéntrica que incluyó pacientes con bacteriemias por *Klebsiella pneumoniae*, resistente a cefalosporinas de tercera generación, en 16 Hospitales de Bogotá, de la red pública y privada.**Resultados.** En total se incluyeron 69 pacientes con infección por *Klebsiella pneumoniae* resistente a cefalosporinas de tercera generación, entre Diciembre de 2004 y Enero de 2009, cuya mediana de edad fue 65 años (rango, 17-96 años). Las principales comorbilidades fueron la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (27,1%), Falla Cardíaca (23,2%) y Enfermedad Renal Crónica (15,9%). El servicio más frecuente de aislamiento fue la UCI (86,2%), y el foco más frecuente fue el tracto respiratorio (21,7%). 85,5% de los pacientes incluidos habían recibido antibiótico antes del diagnóstico de bacteriemia, siendo apropiada microbiológicamente en 43,5% de las indicaciones.

En el curso del tratamiento hospitalario, los pacientes presentaron Sepsis Severa (73,9%) y Choque Séptico (50,7%). La mortalidad por este germen fue del 60,9%. Los factores asociados a mortalidad fueron Falla Orgánica Múltiple (OR=10,6; IC95%=2,7-41,0, p=0,0001), Sepsis Severa (OR=6,9; IC95%=2,1-22,9, p=0,0015) y Choque Séptico (OR=5,8; IC95%=2,0-17,2, p=0,0009). Se observaron diferencias estadísticamente significativas para mortalidad, según el análisis por índice de Charlson (puntaje de 5 para los muertos vs 2 para los no muertos; p=0,027) y puntuación de APACHE (17 puntos para los muertos vs 13 para los no muertos; p=0,008).

**Conclusiones.** La presencia de comorbilidades y un proceso infeccioso con compromiso sistémico severo parecen ser factores asociados a mortalidad en pacientes con bacteriemia por *Klebsiella pneumoniae* resistente a cefalosporinas de tercera generación.

## SPE - 55

**ANÁLISIS MULTIVARIADO Y MORTALIDAD CÁNCER DE MAMA RECEPTOR HORMONAL POSITIVO**

RAMOS PEDRO

*Clínica Oncocare, Bogotá, Colombia.***Introducción.** El propósito de este estudio fue evaluar los factores pronóstico asociados con la supervivencia global y libre de enfermedad con cáncer de mama receptor hormonal positivo.**Diseño.** Estudio de tipo cohorte bidireccional.**Métodos.** Este estudio realizó el análisis entre el 1 de enero del 2003 hasta 31 julio del 2012. Se incluyeron todos los pacientes de con diagnóstico de cáncer de mama receptor hormonal positivo (estado I a IIIC). Se construyeron curvas de supervivencia por el método de Kaplan Meier, se compararon con el método de rangos logarítmicos y se realizó un análisis de regresión de rangos proporcionales por Cox.**Resultados.** Un total de 387 pacientes fueron identificados en el estudio. La mortalidad de la cohorte fue de 7.24% pacientes y recaídas un 9.82%. La edad media fue de 55,3 años la mediana de seguimiento fue 48,2 meses.

El estado clínico se distribuyó: (estado I 10.85%, IIA 16.28%, IIB 17.05% IIIA 22.74%, IIIB 19.12% y IIIC 13.95). los receptores her2 positivo 13.7%, el tipo de quimioterapia neoadyuvante fue doxorubicina-ciclofosfamida 59.15%, doxorubicina-ciclofosfamida-paclitaxel 22.25%. Recibieron quimioterapia adyuvante en 73.90%, doxorubicina-ciclofosfamida 44.91%, doxorubicina-ciclofosfamida-paclitaxel-trastuzumab 14.7%, doxorubicina-ciclofosfamida-paclitaxel 23.25%. La respuesta a la quimioterapia neoadyuvante fueron: respuesta objetiva 76.17%, respuesta completa 14.89% y respuesta parcial 61.28%. En el análisis multivariado se evidencia que el número de ganglios positivos 10 o más disminuye la sobrevida libre de enfermedad HR 2,30 (1,39 - 2,80). La respuesta clínica objetiva, el tamaño tumoral, her2 positivo, receptores hormonal positivos, edad y estado clínico no modifican la sobrevida libre de enfermedad y global en el análisis multivariado.

**Conclusión.** los tiempos de supervivencia libre de enfermedad se disminuyen con 10 o más ganglios positivos, pero no afectan la sobrevida global.

## SPE - 54

**CORTISOL SALIVAL EN ANCIANOS COLOMBIANOS**

GÓMEZ F, CURCIO CL, BENJUMEA A.

*Programa de investigaciones en gerontología y geriatría. Facultad de Ciencias para la Salud. Universidad de Caldas, Manizales, Colombia.***Introducción.** El cortisol salival ha sido frecuentemente utilizado como un marcador de estrés. El cortisol tiene un importante ritmo diurno con elevaciones pico en las horas de madrugada, denominada respuesta del cortisol al despertar (RCD) con una caída durante el día. Los cambios al envejecer en el eje Hipotálamo-Pituitaria-Adrenal (HPA) son contradictorios.

Este estudio examina la variación diurna de los niveles de cortisol salival en sujetos ancianos que viven en la comunidad.

**Diseño.** Estudio trasversal descriptivo.**Métodos.** Poblacional. Participantes del estudio IMIAS (International Mobility in Aging Study).

450 personas mayores de 65 años, hombres y mujeres con una submuestra (100) para la toma de cortisol salival.

Los participantes recolectaron diez muestras de saliva, 5 por día, durante dos días así: al levantarse, 30 minutos (media hora) después de despertarse, una hora después de despertarse, en la tarde a las 3 pm y al acostarse. El cortisol fue evaluado mediante radioinmunoanálisis enzimático. Se evaluaron RCD, el área bajo la curva y la curva de patrón diurno.

**Resultados.** Se encontró una RCD amputada con un perfil diurno aplanado y con los niveles más bajos en la noche. El patrón de curva encontrado se considera como un patrón "normal" de ritmo circadiano de cortisol al envejecer, que se caracteriza por tener una baja RCD y con una caída lenta a través del día.**Conclusiones.** El patrón de curva que exhiben los ancianos de nuestro estudio se considera como un patrón "normal" de ritmo circadiano de cortisol al envejecer, que se caracteriza por tener un bajo RCD y con una caída lenta a través del día. Estos hallazgos estarían indicando una menor respuesta a los signos estimuladores originados del marcapasos circadiano en el núcleo supraquiasmático del hipotálamo, con una recuperación más lenta del eje HPA a través del día.

## SPE - 56

**FACTORES PRONÓSTICO DE MORTALIDAD EN CÁNCER DE MAMA HER2 POSITIVO**

RAMOS PEDRO

*Clínica Oncocare, Bogotá, Colombia.***Introducción.** El propósito de este estudio fue evaluar la supervivencia global y libre de enfermedad en mujeres con cáncer de mama her2 positivo.**Diseño.** Estudio tipo cohorte bidireccional.**Métodos.** El análisis fue entre el 1 de enero del 2003 hasta 31 julio del 2012. Se incluyeron todos los pacientes de 18 o más años con diagnóstico de cáncer de mama her2 positivo. Se construyeron curvas de supervivencia por el método de Kaplan Meier, se compararon con el método de rangos logarítmicos y se realizó un análisis de regresión de rangos proporcionales por Cox.**Resultados.** Un total de 82 pacientes fueron identificados en el estudio. La tasa de mortalidad de la cohorte fue de 9.76% y recaídas el 12.2%. La edad media fue de 53,9 años. La mediana de seguimiento fue de 54 meses.

El estado clínico se distribuyó así: estado I 9.76%, IIA 18.74%, IIB 26.83%, IIIA 19.69% IIIB 25.61% IIIC 9.76%. Los receptores estrógenos y progestágeno son positivos 45.12%, ganglios positivos 42.11%. quimioterapia neoadyuvante doxorubicina-ciclofosfamida 61.11%, doxorubicina-ciclofosfamida-paclitaxel-trastuzumab 20.37% y doxorubicina-ciclofosfamida-paclitaxel 14.81%. La quimioterapia adyuvante doxorubicina-ciclofosfamida-paclitaxel-trastuzumab en 75.64%, doxorubicina-ciclofosfamida 14% y doxorubicina-ciclofosfamida-paclitaxel 2.26%. La respuesta a la quimioterapia neoadyuvante fue objetiva en un 83.31% completa 14.81% y parcial 68.52%, se presentaron recaídas en 12.20%. En el análisis univariado el único factor asociado con supervivencia libre de enfermedad fue la respuesta a la quimioterapia neoadyuvante pero en el análisis multivariado no es significativo.

**Conclusión.** Los tiempos de supervivencia libre de enfermedad y global no se asocian con factores como edad, receptores hormonales, estado clínico, estado ganglionar, tamaño tumoral y las respuesta objetivas a la quimioterapia neoadyuvante.

## SPE - 57

## ANÁLISIS DE SOBREVIVENCIA EN CÁNCER DE MAMA AVANZADO

RAMOS PEDRO

*Clínica Oncocare, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El propósito de este estudio fue evaluar la supervivencia libre de enfermedad y global con cáncer de mama avanzado

**Diseño.** estudio tipo cohorte bidireccional

**Métodos.** Este estudio involucro el análisis en el periodo comprendido entre el 1 de enero del 2003 hasta 31 julio del 2012. Se incluyeron todos los pacientes de 18 o más años con diagnóstico de cáncer de mama avanzado (estado IIIA, IIIB Y IIIC). Se construyeron curvas de supervivencia por el método de kaplanmeier, se compararon con el método de rangos logaritmos y se realizo un análisis de regresión de rangos proporcionales por Cox

**Resultados.** Un total de 314 pacientes fueron analizados. La edad media fue de 54,9 años. El estado clínico se distribuyó así: IIIA 120 (38,22%), IIIB 126 (40,12%) y IIIC 68 (21,66%). Los receptores de estrógenos y progéstágeno son positivos en 56,37%, el receptores Her2 es positivo en 14,33%. Las quimioterapias neoadyuvantes fueron doxorubicina-ciclofosfamida 52,33%, doxorubicina-ciclofosfamida-paclitaxel 32,26% y adyuvante fueron doxorubicina-ciclofosfamida en 36,96%, doxorubicina-ciclofosfamida-paclitaxel-trastuzumab en 31%, doxorubicina-ciclofosfamida-paclitaxel 13,04%. La respuesta a quimioterapia neoadyuvante fueron: globales 78,5 %, completa 14,34 % y parcial 64,15%. La mediana del tiempo de seguimiento fue de 41,4 meses, durante el seguimiento se la observaron 39(12,42%) eventos de recaída o muerte y 29(9,24%) eventos de muerte. Los tiempos de supervivencia libre de enfermedad se ven disminuido por el compromiso ganglionar masivo HR 1,98 (1,24 - 3,15), tamaño tumoral mayor de 5 cm HR 2,30(1,05 - 5,03) y estado clínico IIIB HR 1,79(1,23-2,62). Los tiempos de supervivencia global se ven disminuidos por la presencia de 10 o mas ganglios positivos HR 1,57 (1,16 - 2,86).

**Conclusión.** El riesgo de recaída se aumenta con el compromiso ganglionar masivo, tamaño tumoral y estado clínico y la mortalidad con el compromiso ganglionar masivo.

## SPE - 59

## ANÁLISIS MULTIVARIADO Y MORTALIDAD DE CÁNCER DE MAMA TEMPRANO

RAMOS PEDRO

*Clínica Oncocare, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El propósito de este estudio fue evaluar los factores pronóstico para mortalidad en pacientes adultos con Cáncer de mama temprano.

**Diseño.** Estudio tipo cohorte bidireccional.

**Métodos.** Se hizo análisis del periodo del 1 de enero del 2003 hasta el 31 julio 2012. Se incluyeron todos los pacientes de 18 o más años con diagnóstico de cáncer de mama temprano (estado I, IIA y IIB). Se construyeron curvas de supervivencia por el método de kaplan meier, se compararon con el método de rangos logaritmos y se realizo un análisis de regresión de rangos proporcionales por Cox.

**Resultados.** Un total de 216 pacientes fueron identificados en el estudio. La edad media fue de 56,05 años. la media de seguimiento fue 50,2 meses. El estado clínico se distribuyó así: (I 21,76%, IIA 35,65% y IIB el 42,59%). Los receptores de estrógenos son positivos 79,7% y progéstágeno 65,74%. los receptores her2 es positivo 17,13%. Recibieron quimioterapia neoadyuvante en un 32,87% y los esquemas fueron doxorubicina-ciclofosfamida 46,48%, doxorubicina-ciclofosfamida-paclitaxel 36,62%. quimioterapia adyuvante 76,85%, los esquemas fueron doxorubicina-ciclofosfamida 50%, doxorubicina-ciclofosfamida-paclitaxel-trastuzumab 19,88%, doxorubicina-ciclofosfamida-paclitaxel 13,25%. La respuesta a quimioterapia neoadyuvante fueron globales 73,34 %, completa 19,72% y parcial 53,52%. La mortalidad de la cohorte fue 4,16%. se presentaron recaídas en 5,56%.

En el análisis multivariado los factores pronósticos como el estado clínico, el receptor hormonal (positivo), el receptor HER 2 positivo, la edad, tamaño tumoral y el estado ganglionar no se asociaron a la supervivencia global y libre de enfermedad.

**Conclusión.** los tiempos de supervivencia libre de enfermedad y global no se modifican con los factores pronósticos del estado clínico, el receptor hormonal (positivo), el receptor HER 2 positivo, la edad, tamaño tumoral y el estado ganglionar.

## SPE - 58

## RESULTADOS A LARGO PLAZO EN UNA COHORTE DE MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

RAMOS PEDRO

*Clínica Oncocare, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** Analizar la supervivencia libre de enfermedad, global y los factores pronósticos asociadas, en una cohorte de 530 mujeres con cáncer de mama tratadas en Bogotá Colombia.

**Diseño.** Estudio tipo cohorte bidireccional.

**Metodología.** se registró la información de una cohorte de 530 mujeres con cáncer de mama, durante el periodo 2003-2012. Se realizaron análisis descriptivos y se estimaron funciones de supervivencia usando el método de Kaplan Meier. Se realizo análisis de regresión de Cox, para identificar factores asociados a la supervivencia.

**Resultados.** La mediana de seguimiento fue 44 meses, la edad promedio de las mujeres fue 55,4 años, 59,25 fueron diagnosticadas en estado avanzado, 73,40% fueron receptor hormonal positivo y 15,47% expresaron HER2 positivo. Se presentaron 50(9,43) recaídas de las cuales el 80% fueron sistémicas, se observaron 38(7,17%) muertes de las cuales el 92% fueron por causa específica cancer de mama.

A los 60 meses de seguimiento el 85,72% de las pacientes estaban libres de enfermedad y el 89,71% vivas. De los factores analizados se asociaron a los tiempos de supervivencia libre de enfermedad: si hay 10 o mas ganglios positivos HR 1,64 (1,10 - 2,45)), el tamaño tumoral mayor de 5 cm, HR 1,48(1,04-2,12)) y las respuesta objetivas, el HR es 0,11 (0,018 - 0,61).

Para la supervivencia global el único factor pronostico significativo en el análisis univariado fue las respuestas objetivas HR 0,27 (0,12 - 0,60) pero en el análisis multivariado HR 0,46 (0,018 - 1,16) no es estadísticamente significativo.

**Conclusión.** La supervivencia libre de enfermedad se disminuye con el compromiso ganglionar, el tamaño tumoral y respuesta clínica objetiva. la supervivencia global hay tendencia a mejorar con las respuestas objetivas pero no es estadísticamente significativo.

## SPE - 60

## IMPACTO DE LOS TRASTORNOS DE SUEÑO EN LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON SINDROME DE INTESTINO IRRITABLE

CÁCERES EDWARD A, GÓMEZ AJ, RODRÍGUEZ A, ALVARADO-BESTENE J, HIDALGO P, MEDINA M.

*Pontificia Universidad Javeriana, Hospital San Ignacio, Bogotá, Colombia.*

**Introducción.** El síndrome de intestino irritable (SII) es un desorden gastrointestinal funcional, con una alta prevalencia, y un importante impacto en la calidad de vida, el síntoma principal del SII es el dolor abdominal crónico o recurrente.

Dormir mal es una de las quejas más frecuentes de los pacientes con síndrome de colon irritable, afectando negativamente la calidad de vida y la salud de quienes los padecen.

Se ha descrito una asociación frecuente entre SII y otras alteraciones funcionales entre las que se encuentran los trastornos de sueño, esta asociación podría condicionar aún más el deterioro en la calidad de vida y eventualmente refractariedad o pobre respuesta a las intervenciones terapéuticas usadas en el SII.

Este estudio se realizó con el propósito de establecer si la asociación entre SII y trastornos de sueño tenía impacto en la calidad de vida en estos pacientes.

**Métodos.** Se diseñó un estudio de corte transversal en el que se incluyeron individuos con SII seleccionados con los criterios de Roma III, a los que se les aplicó la escala de Epworth para documentar somnolencia diurna y de manera simultánea se les realizó la evaluación de calidad de vida usando la escala SF36.

**Resultados.** Se incluyeron 76 pacientes con SII, de estos el 45% tenían diagnóstico de hipersomnia diurna y el 85% presentaban alteración en la calidad de vida. Al estratificar los desenlaces, observamos que la distribución por frecuencias en el subgrupo de SII sin trastorno del sueño se asocio con mayores alteraciones en la calidad de vida.

**Conclusión.** En este estudio no encontramos diferencias en la percepción de la calidad de vida de pacientes con SII con o sin trastorno de sueño asociado. La asociación entre SII y trastornos de sueño es alta y se aproxima al 45%.

## SPE - 61

**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON SÍNDROME CORONARIO AGUDO EN UNA CLÍNICA DE TERCER NIVEL DE LA CIUDAD DE CALI**

Registro CARSAC (CARACTERIZACIÓN DE SÍNDROME CORONARIO AGUDO)

LÓPEZ-PONCE DE LEÓN JUAN DAVID, PARRA-VELASCO PF, MUÑOZ-LLANOS DM, CABRERA-ROJAS T, REYES-MARTÍNEZ LM.  
Clínica Universitaria Rafael Uribe Uribe, Cali, Colombia.

**Introducción.** El Síndrome coronario agudo SCA es una de las principales causas de consulta en el servicio de urgencias en medicina interna. En los últimos años gracias a la educación y el tratamiento oportuno muchos de estos logran aumentar su sobrevida. El presente estudio pretende caracterizar la población de pacientes atendidos en la Clínica Universitaria Rafael Uribe Uribe de la ciudad de Cali durante el periodo 2011- 2012.

**Diseño.** Estudio observacional de tipo, descriptivo.

**Métodos.** Se realizó una búsqueda en las historias clínicas de la institución de todos los pacientes diagnosticados de SCA con código CIE10 durante el año 2012. Se tabularon los datos en Excel y se analizaron en SPSS versión 2012. Se consideraron variables clínicas, paraclínicas, electrocardiográficas y ecocardiográficas.

**Resultado.** Se obtuvo un total de 266 pacientes; el 54% hombres, edad promedio 65.2 DE  $\pm$  7.6; HTA 63%, Diabetes Mellitus 2 (DM2) 32%, tabaquismo 23.6%, obesidad 7.6%. El dolor fue típico en el 67% y atípico en el 28%. Con respecto a la duración, en el 90% fue superior a 30 minutos, 36.9% tuvieron troponina T positiva, el electrocardiograma mostraba elevación del segmento ST en el 39%, no había cambios en el 37% y solo había onda Q en 11%. La fracción de eyección por ecocardiograma estaba preservada en el 66% de los pacientes.

El valor medio de la creatinina fue 1.0 RIC (0.7- 1.21). No se encontró significancia estadística entre la elevación del ST y positividad de biomarcadores.

**Conclusiones.** Se observó una prevalencia de DM 2 más alta que la reportada en otros estudios nacionales sin embargo se correlaciona con la literatura mundial. Los factores de riesgo más prevalentes observados en el estudio fueron HTA, DM y tabaquismo. El infarto agudo de miocardio con elevación de segmento ST tiene una mayor incidencia en relación a la literatura mundial. Se observó una prevalencia de dolor atípico ligeramente mayor a la reportado en la literatura.

## SPE - 62

**INCIDENCIA DE EPISODIOS INFECCIOSOS EN PACIENTES CON TRASPLANTE RENAL DURANTE EL PRIMER AÑO DE SEGUIMIENTO POST-TRASPLANTE**

GONZÁLEZ-SÁNCHEZ DIEGO ANDRÉS, MANZI-TARAPUES E, DURÁN CE, BADIÉL-OCAMPO M, CAICEDO LA.

Fundación Valle del Lili, Cali, Colombia.

**Introducción.** Desde su aparición, el trasplante renal ha modificado favorablemente las tasas de supervivencia en pacientes con enfermedad renal crónica terminal, sin embargo, con el advenimiento de nuevas técnicas y nuevos esquemas de inmunosupresión, han aumentado las complicaciones asociadas a dicho procedimiento, de éstas, las infecciones, son un importante factor condicionante en la morbi-mortalidad de este grupo de pacientes.

**Diseño.** Estudio analítico de cohorte, longitudinal y retrospectivo.

**Métodos.** Del registro institucional de trasplante renal *TRENAL* que consta de 1264 pacientes, se incluyen 890 como muestra definitiva de estudio. Los eventos infecciosos fueron identificados mediante la presencia de signos y/o síntomas compatibles y a través de resultados de pruebas de laboratorio complementarias. El objetivo primario fue determinar la incidencia de episodios infecciosos en los pacientes que fueron llevados a trasplante renal y que ocurrieron durante el primer año de seguimiento post-trasplante. Los objetivos secundarios fueron identificar los gérmenes más frecuentemente aislados, determinar los factores de riesgo asociados a la mayor incidencia de complicaciones infecciosas y estimar la sobrevida del injerto y del paciente a un año.

**Resultados.** La incidencia acumulada fue del 52.5% (n=468) para un total de 741 episodios infecciosos correspondientes a 1.5 episodios por paciente. La frecuencia de infecciones a 30 días, 6 meses y un año fue del 33.8%, 41.1% y 15.5% respectivamente; las bacterias y los virus fueron los gérmenes más comúnmente aislados. Las infecciones del tracto urinario fueron las más frecuentes en ambos géneros, seguidas por las bacteremias y las infecciones en piel por herpes virus.

**Conclusiones.** Los episodios infecciosos tuvieron mayor presentación durante los primeros seis meses de seguimiento post-trasplante. Las bacterias fueron los microorganismos más frecuentemente relacionados. El género femenino, el tiempo en diálisis y el injerto relacionado de donante fallecido fueron factores de riesgo independientes asociados a la mayor incidencia de infecciones.

