



Medicina
Integradora

SUPLEMENTO

con resúmenes del Congreso

2 0 2 3

46° Congreso Nacional
de Medicina Interna

VII° Congreso Nacional de
Enfermedades Infecciosas



20 al 23
Noviembre 2023



Hotel Radisson
Montevideo, Uruguay

Organizan:



COMITÉ ORGANIZADOR MEDICINA INTERNA

Presidenta

Dra. Gabriela Ormaechea

Vicepresidente

Dr. Marcelo Valverde

Secretarios

Dr. Rodrigo Andrade

Dra. Verónica Pérez

Tesorero

Dr. Martín Vandión

Vocales

Dra. Carolina Díaz Dr. Federico García

Dr. Diego Grana Dra. Virginia Núñez

Dra. Nadia Reyes Dra. Selva Romero

Dra. Limay Vásquez

COMITÉ ORGANIZADOR ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Presidenta

Dra. Susana Cabrera

Vicepresidente

Dr. Martín López

Secretaria

Dra. Alejandra Salaberryborda

Tesorera

Dra. Paulina Brasó

Vocales

Dra. Isabel Bartaburu

Dr. Richard Fornelli

Dra. Susana Pereira

COMITE CIENTIFICO MEDICINA INTERNA

Presidenta

Dra. Laura Llambi

Integrantes

Dra. Maynés López

Dra. Mercedes Perendones

Dr. Fernando Ramos

Dra. Verónica Torres

COMITÉ CIENTÍFICO ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Presidenta

Dra. Mariana Guirado

Integrantes

Dr. Henry Albornoz

Dra. Rosario Palacio

Dra. Jimena Prieto

SUMARIO

ALTO RIESGO OBSTÉTRICO

Síndrome de Ballantyne: a propósito de un caso Reynoso J, Ledesma L, Zubiaurre V.....	10
Hiperemesis gravídica y su asociación con alteraciones del hepatograma. Prevalencia en pacientes ingresadas en sala de obstetricia del Hospital de Clínicas en el período 2009-2019 Melián T, Angulo F, Vuan F, Zubiaurre V, Llambi L.....	12
Hipertensión pulmonar severa en el embarazo. Reporte de caso Noboa L, Ledesma L, Castro C, La Camera M, Reynoso J, Noble M, Gomez P, Garretano A, Pazos A, Barquet J, Michelini A, Ferencz, Oholeguy P, Zubiaurre V.....	15

AUTOINMUNE

Evaluación de la eficacia y seguridad de la terapia gravitacional en una cohorte de pacientes con esclerosis sistémica Servili LF, Isasi E, Espinosa G, Pérez A, Pouquette S, Isasi ME.....	18
Neuromielitis óptica y Lupus Eritematoso Sistémico. Reporte de caso Maggiari L, Semperena S.....	22
Complicaciones hematológicas en pacientes con artritis reumatoidea. Síndrome Felty. Revisión de caso clínico Fajardo M, De Gorriaran N, Baz M.....	24
Pericarditis como primera manifestación de Lupus Eritematoso Sistémico Graña D, O'Neil M.....	26
Dermatomiositis asociada al embarazo. A propósito de un caso Semperena S, Maggiari L, Navarrete N, Francia V.....	28
Síndrome antifosfolípídico catastrófico. La importancia de una alta sospecha clínica Ravera J, Pintos L, Yandian M, Díaz L, Torres V.....	30
Evaluar la presencia de anticuerpos Anti-SSA/Ro positivos y Antinúcleo-Citoplasma negativos en usuarios del Hospital de Clínicas durante los años 2019 a 2023 Romero S, Modernel C, Tafernaberry E, Correa N, Buzzi C, Gonzalez A, Tessore C, Ballesté R.....	32
Prevalencia de anticuerpos anti-núcleo – citoplasma y anti-antígenos nucleares extraíbles en una población seleccionada del Hospital de Clínicas Buzzi C, Tessore C, González A, Tafernaberry E, Romero S, Ballesté R.....	34
Terapias biológicas y efectos adversos cardiovasculares en pacientes con enfermedad autoinmune sistémica Quiroz L, Consani S, Díaz Cuña C.....	36
Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas asistidos en Hospital Pasteur, Uruguay Spiess C, Graña D, Gaudiano J, O'Neil F, Jaluff R, Araujo F, Sosa D.....	38
Arteritis Takayasu y su variabilidad clínica. Serie de Casos De León S, Negrin P, Ravera J, Bertaiola R, Yandian M, Díaz L, Torres V, Trujillo P.....	39
Pénfigo vulgar grave y resistente tratado con Rituximab Avila C, López D, Reyes N.....	41
Taquicardia de reposo como única manifestación de miocarditis lúpica Lin L, Rodriguez V, Diaz C, Consani S, Maciel G.....	42
Enfermedad de Ormond: reporte de caso clínico en Uruguay Olaya Q, Mendez E, Tavani A, García Z.....	44

Fascitis eosinofílica. Discusión de un caso clínico y revisión del tema. Aguiar A.	46
CARDIOLOGÍA	
¿Cuándo solicitar ecocardiograma transtorácico en la emergencia? Estudio descriptivo Rostán S, Más V, Bonato S, Ferrés J, Frontini N, Rielli E, Risso J, Viola S, Murguía S.	49
Evaluación de la función renal en pacientes con insuficiencia cardíaca Subanálisis del estudio EMPUMIC García ZA, Grupo UMIC.	51
Amiloidosis cardíaca y su amplio espectro clínico. Serie de casos Negrin Paula, Pereda Maximiliano, Diaz Lilian.	53
Amiloidosis cardíaca. Etiología poco buscada. Serie de casos Pan N, Tor M, Bueno L.	55
¿Cuándo sospechar miocardiopatía inducida por marcapasos? A propósito de un caso Olaya Q, García Z.	57
Ventrículo izquierdo no compactado, una causa infrecuente de insuficiencia cardíaca Machado M, Viviano L, Cuba X, Rivero M, Garino P, Díaz Cuña C.	59
ENDOCRINOLOGÍA	
Diabetes pancreática, una infrecuente presentación de un tumor Castro, Daniel; Rossi, Alfonso.	62
Parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica de Sosa A.L., de Betolaza S.	65
Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética paraneoplásico Perdomo P, Fenrandez V, D Alessandro S.	67
Carcinoma neuroendocrino metastásico: A propósito de un caso clínico Cuba, X, Catalá C, Smiliansky N, Más V.	68
DIGESTIVO - HEPATOLOGÍA	
Riesgo de fibrosis hepática por el score FIB-4 Subanálisis del estudio EMPUMIC García ZA, Ormaechea G, Grupo UMIC.	71
Pancreatitis aguda alitiásica: presentación de dos casos clínicos Leita A, Sosa D, Morelli C, Rojas E.	73
Análisis de sobrevida en una cohorte de pacientes con falla hepática aguda sobre crónica Elizondo M, Rey R, Rampoldi P, Valverde M, Gerona S.	75
Pruebas no invasivas para predecir respuesta terapéutica en pacientes cirróticos bajo betabloqueantes no cardioselectivos Elizondo M, Tesis A, Valverde M, Armentano R, Gerona S.	77
Hepatitis luética. Caso clínico de sífilis secundaria Boné V, D'Alessandro S,	80
HEMATOLOGÍA	
Anemia hemolítica autoinmune. Discusión de un caso clínico y revisión del tema Aguiar A.	82
Síndrome Hemofagocítico por infección a Citomegalovirus Pacello F., Dutra M., Laluz, F. Rodriguez da Silveira F.	84

Síndrome hemofagocítico como manifestación del lupus eritematoso sistémico: un enemigo oculto	
Santa Cruz A, Díaz Cuña C, Rodríguez V, Rostan S, Consani S.....	86
Un país pequeño, una enfermedad rara, la experiencia con purpura trombocitopenico en Uruguay	
Laura Fraga, Federico García, Johana Ramon, Joaquina Díaz y Camila de Leon	88
Riesgo de enfermedad tromboembólica venosa y adherencia a la profilaxis farmacológica en pacientes oncológicos hospitalizados en Uruguay	
Mérola V, Pizzarossa Ac, López M, Peverelli F, Bruno G, Roca F, Dentone L, Pérez G, Da Silveira L, Díaz L, Tafuri J, Cuadro R, Zaquiére M, Bartaburu G, Pacello F, López Mj, Viana M, Fraga Ml, Blanco V, Chalart P, Leal D, Rodríguez X, Teti L, Goñi C, Infante E, Altieri V, Spangenberg Mn, Gutierrez R, Martínez R, Guillermo C.	90
Hemofilia adquirida: una enfermedad poco frecuente que requiere de una alta sospecha clínica para su diagnóstico	
Berry M, Pizzarossa C, Turcatti P, Berro M, Mérola V.....	91
Dificultad terapéutica en pacientes con VIH y linfoma con el Tenofovir disoproxil fumarato	
Firpo A; Castro JP; Griot S.....	93
Linfoma T asociado a enteropatía como complicación de enfermedad celíaca	
Mesa S, Wainer S, Smiliansky N, Catalá C, Más V	95
INFECTOLOGÍA	
Enfermedad por arañazo de gato con compromiso esplénico	
Sugo V L, Pérez L N, Perendones M.	98
Enfermedad por arañazo de gato. Reporte de tres casos clínicos	
Dras Castillo R, Martínez M, Moreira P, San Martín A, Lopez M	100
Artritis séptica gonocócica	
Gemelli SG, Herrera DJ, Abaracón C.....	102
Streptobacillus Moniliformis como causa de fiebre de origen desconocido. Reporte de caso clínico	
Esnal L, Pomies L , Torres Debat ME , López M	103
Alteraciones hematológicas y mortalidad intrahospitalaria en una cohorte de pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana en Colombia	
Herrera LV, Ortiz YS, Vega A, Solano RA, Figueroa CL.....	105
Histoplasmosis peritoneal como debut diagnóstico de infección por VIH	
Faria D	107
Caracterización de la asistencia de personas viviendo con VIH en policlínicas de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la UdelaR de 2021 a 2023.	
Noble L, Dominguez L, Tairovich J, Herrera J, Inchausti A, Medina G, Navarro K, Pimienta S, Sahakian N, Silchenko I, Gonzalez S, Cabeza E, Gemelli S, Griot S, Antelo V, Guirado M, Arteta Z, Cabrera S.....	109
Osteomielitis tuberculosa con afectación vertebral difusa en pacientes con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana	
Ciganda N, Villar S, Gaudiano J, Roca F.....	111
Tuberculosis peritoneal como diagnóstico diferencial de carcinomatosis peritoneal	
Tavani A, Taglioretti V, Fontes G, Spiess J.	113
Enfermedad de Hansen	
De León S., Kutscher P., Yandian M.....	115
Enfermedad milenaria: Hansen a propósito de un caso clínico	
Pacello. F, Rodríguez da Silveira. M, Romero. A, Vignolo. L, Lopez. N	117
Reporte de caso:neuroartropatía sifilítica	
Garate J, Lafarge M, Noboa L, Llambí L, Bernardi N.....	119
Sífilis maligna en paciente inmunocompetente	
Conde L , Inchausti A.....	120

Uveítis sifilítica: la gran simuladora de León S., Halegua N., Torres V.	122
Lesión cutánea pseudotumoral: presentación atípica de sífilis secundaria Medina G, Noble L, Griot S, Cabeza E.....	124
Brote por Serratia marcescens en una unidad de cuidados intensivos neonatales asociado a contaminación de piletas Araújo L, Gadea P, Medina G, López M, Caiata L, Silvera E, Tritten D, Ferreira M, Papa-Ezdra R, Hernández N, Taibo S, Rodríguez M, Blasina F, Albornoz H.....	126
Salmonelosis invasiva en paciente inmunocompetente, a propósito de un caso. Sánchez E, Urroz C, Castro JP	129
Enfermedad neumocócica invasiva a propósito de un caso clínico Romero M, Alcarraz M, Rodríguez V, Maciel G.....	131
Alerta: resistencia a colistin en aislamientos clínicos de centros de cuidados intensivos Costa E, Outeda M, Martínez A, Seija V.....	133
Epidemiología de Bacilos Gram Negativos productores de carbapenemasa en el Hospital Universitario Munilla S, Outeda M, Palacio R, Seija V	135
Resistencia de Fosfomicina-Trometamol en Escherichia coli productoras de Betalactamasa de Espectro Extendido provenientes de Infecciones urinarias comunitarias en mujeres sin factores complicantes de ASSE - Florida Ene 20 a Jun 23 Alvez Marcelo, Ledesma Gabriela, Chumino Lucia	136
Bacilos Gram Negativos extremadamente resistentes. Descripción de estrategias de prevención y control Tairovich J, Dominguez L, Paz C, Tenaglia K, Anzalone L, Corbesola A, Echeverria C, Albornoz H.....	139
Revisión de un brote de casos de Fiebre Q en el Departamento de Paysandú-Uruguay 2022 Pacello F, Blanc R, Rodríguez F.....	141
Nocardiosis cutánea diseminada, a propósito de un caso clínico Dras. Victoria Frantchez, Pilar Gadea, Mariela Breijo, Marianela Querejeta, Zaida Arteta, Isabel Fernandez	143
Reporte de casos: Queratitis fúngica en un centro universitario de referencia nacional de Uruguay Tairovich J, Dalcin L, Perez A, Carbia M, Aldabalde M, Griot S.....	146
Primer estudio de susceptibilidad a los antifúngicos de aislados clínicos de Aspergillus spp en Uruguay Dalcin Lucia, Arrillaga Annie, Cabeza Elisa	148
Actinomicetoma de pie por Nocardia nova complex Herrera J, Noble L, Narvaez J, Porcelli D, Cabeza E, Gemelli S, Carbia M, Gadea P, Arteta Z.....	149
Actinomicosis diseminada en paciente inmunosuprimido. Desafío terapéutico Navarro KA, Medina BG, Noble L, Gemelli SH.	152
Aspergilosis en la unidad de trasplante renal del Hospital de Clínicas en los últimos 10 años Herrera J, Dominguez L, Noble L, Araújo L, Cabeza E, Santiago J, Seija M, Frantchez V.....	154
Estrongiloidiasis diseminada en paciente inmunocompetente, a propósito de un caso Inchauspe I, Bobadilla M, Rampoldi P, Mirza B, Andrade R.....	156
Caracterización de las Infecciones fúngicas endémicas en pacientes trasplantados renales del programa de trasplante renal del Hospital de Clínicas “Dr. M. Quintela” desde su implementación Dominguez L, Herrera J, Noble L, Cabeza E, Araújo L, Santiago J, Seija M, Frantchez V.....	158

NEUMOLOGÍA

Infecciones respiratorias en pacientes receptores trasplante de células hematopoyéticas alogénicas 2017-2021 Hernández Ruano K, Borelli G, Kierszenbaum M.....	161
Rol de la angioembolización en el manejo actual de la hemoptisis amenazante Cánepa A, De Gorriarán N, Fajardo M, Baz M.....	163
Estudio descriptivo de la población que consulta con tuberculosis pulmonar activa en emergencia del Hospital Pasteur en el período junio-setiembre 2022 Cruz M, Mieres M, Perendones M.....	165
Hidatidosis pulmonar complicada con ruptura Castro, JP, Cabeza E., Zapetti A., Gulisano L., Galian S.	167
Medición incidental de monóxido de carbono en aire espirado como motivador para el cese tabáquico Nuñez V, Melián T, Minacapilli M, Gonzalez V, Taglioretti V, Genta M, Melián T, Barros M, Llambi L.	169

NEUROLOGÍA

Hematoma epidural espinal. A propósito de un caso clínico Añón M, Sosa D, Baccelli A. González M.	172
Evaluación del NIHSS Y mRS a tres meses postratamiento de reperfusión en el ACV isquémico Lucia Bartesaghi, Claudio Berrutti, Gustavo Chavez, Martin Rebella.....	174
Absceso cerebral por Listeria monocytogenes: desafío diagnóstico y terapéutico Sabatella L, Zabala L, Chiarella M, Borrás L, Aguiar A, Pérez G, Vignolo W, Facal J	176
Corea metabólica: presentación de un caso Leita A.....	178
Características cito-bioquímicas del líquido cefalorraquídeo en la cryptococosis meníngea Cabrera B. , Carbia M. , González MP, Martínez C., Ballesté R.	180
Neurotuberculosis: tuberculoma asociado a meningitis Tregarthen M, Carozzi S, Smiliansky N, Catalá C, Más V.....	182
Hemorragia intracraneal remota como complicación de tratamiento con fibrinolíticos Llambí N, Carrere D, Silveira G, Ramos F.....	184
Megacolon funcional y taquicardia mantenida como presentación inicial de neuropatía sensitiva autonómica. Castillo H, Barbeito G, Quinteros S, Vásquez L, Añón X, Llambí L.....	185
Síndrome de Clippers: a propósito de un caso clínico Viviano L, Carozzi S, Rostán S, Peverelli F.	187
SARS-COV2 / COVID-19	
Comportamiento de la incidencia de VIH desde 2018 y su relación con la pandemia por SARS-CoV2 en el Hospital de Clínicas Tessore C, Buzzi C, González A, Frachia E, Ballesté R.....	190
Incidencia de sífilis en relación con la pandemia por COVID-19 en usuarios del Hospital de Clínicas, Montevideo-Uruguay Tessore C, Buzzi C, González A, Modernel C, Romero S, Ballesté R.	192
Continuidad del tratamiento antirretroviral durante la pandemia por COVID 19 Cuello A, Pereira S.....	194
Incidencia de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes COVID-19 durante la hospitalización y en los 90 días posteriores al alta Arias K, Gouarnalusse C, Ávila E, Pizzarossa AC, Mérola V.	195

COVID-19 persistente en un paciente hematooncológico: Reporte de caso de resolución con plasma de convaleciente	
Inchausti Agustín, Medina Giuliano, Tairovich Jeremy, Navarro Kamila, Dalcín Lucía, Taglioretti Victoria, Tavani Antonella, Griot Sofía, Frantchez Victoria.....	196
Estrategia de control de infecciones por microorganismos multi-resistentes en la rehabilitación de pacientes que cursaron COVID-19 grave	
Araújo L, Rodríguez E, Sottolano B, Tommasino N, Capparelli R, Siré G2, Montes MJ, Albornoz H.....	198
MISCELÁNEAS	
Enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática. Reporte de caso	
Meneses JG, Romero SS	202
Intoxicación aguda intencional y letal por etilenglicol asistida en un Hospital de tercer nivel de Uruguay. Reporte de un caso	
Añón B, Turnes B, Sayas R, Baccelli A, Chiarella M.	204
Mastitis granulomatosa: presentación de dos casos clínicos	
Taglioretti V, Pienovi A, Andrade R, Guarneri C, Yandian M.	206
Estudio de calidad del resumen de alta hospitalaria	
Sayas R, Jaluff R, Araujo F, Duarte M, Maresca L, Villani A, Garau M, Bruno L, Perendones M.	208
Physiological Signals to Evaluate Stress	
Danel Mendez, Dan Istrate, Natalia Garay Badenian and Franco Simini.....	210
Implementación de la formación en Point of Care UltraSonography (PoCUS) en la especialidad de Medicina Interna (PoCUSMI)	
Dr Minacapilli, Dr Gavilan, Dra Olaya, Dra Tor, Dr Menendez, Dra Ormaechea.....	211
Caracterización del estilo de vida de los médicos residentes de Uruguay 2022	
de Betolaza S, Spiess C, Perendones M, Díaz A, Fernández A, Gericke F, Gutiérrez M, Machado A, Rodríguez E.....	212
Perspectiva de docentes y estudiantes en una experiencia de simulación clínica	
Silvera L, Everet M.	214
Rol del PET/TC-18F-FDG en la orientación diagnóstica de las masas suprarrenales	
López V, Carlomagno A, Ramos F.....	215
Sarcoma de Kaposi por inmunosupresores, una variante poco frecuente	
Cuba X, Santa Cruz A , Catalá C, Más V	217

Alto riesgo obstétrico

Autoinmune

Cardiología

Endocrinología

Digestivo - Hepatología

Hematología

Infectología

Neumología

Neurología

Sars-Cov2 / Covid-19

Misceláneas



Síndrome de Ballantyne: a propósito de un caso

Autores: Reynoso J¹, Ledesma L¹, Zubiaurre V²

Institución: ¹Unidad Académica "Médica B" Dra. Laura Llambí. Hospital de Clínicas, Montevideo - Uruguay.

²Unidad Alto Riesgo Obstétrico. Hospital de Clínicas, Montevideo - Uruguay.

Introducción

El síndrome de Ballantyne se caracteriza por la presencia de hidrops fetal, edema placentario y edema materno. No es posible establecer una incidencia dado el bajo número de casos reportados.

Puede ocurrir en cualquier momento del embarazo, pero se presenta más frecuentemente al final del segundo trimestre y presenta una elevada morbilidad y mortalidad perinatal, aquí donde se remarca la importancia de un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Caso clínico

Paciente de 30 años, sin antecedentes a destacar. Primigesta, cursando embarazo de 19 semanas, bien tolerado. es derivada al servicio materno fetal por edemas de miembros inferiores, manos y cara. Del examen físico al ingreso se destaca, presión arterial de 170/80 mmHg, edemas de miembros inferiores hasta muslo, bilaterales, que se acompañan de edemas de manos y cara.

De la paraclínica inicial resaltamos. Hemoglobina: 9,2 g/dl, hematocrito: 25,8%, plaquetas y glóbulos blancos en rango de normalidad, creatinina: 0,78 mg/dl, urea: 37 mg/dl. Índice proteinuria/ creatinuria: 0,35 g/g y proteinuria en 24 hs de 0,41 g/l. Enzimograma hepático dentro de los límites de normalidad al igual que LDH.

Se realiza ecografía obstétrica la cual informó feto único, hidropatía fetal, agenesia renal bilateral.

Dado la historia clínica, los hallazgos clínicos y paraclínicos, se realiza diagnóstico de probable síndrome de Ballantyne.

En la evolución paciente presenta peoría clínica mantenida y severo agravamiento de la función renal, por lo que se decide la interrupción del embarazo. Se realiza misoprostol, presenta aborto incompleto por lo que requiere legrado. La paciente permanece ingresada en el servicio de ginecología, con franco descenso de los edemas tanto de miembros inferiores, cara y manos, no reitera registros de hipertensión.

Al egreso se destaca, hemoglobina: 11,3 gr/dl y función renal en rango de normalidad. Se recibe informe de anatomía patológica en la evolución la cual informa, óbito fetal, hiperplasia pulmonar cambios morfo estructurales compatibles con maq tipo III, hipoplasia renal. Placenta: hidrops placentario, elementos de mala perfusión uteroplacentaria, aumento de depósitos de fibrina perivellostaria, hematoma subcortical; hallazgos compatibles con el planteo clínico inicial.

Discusión

El síndrome de Ballantyne se caracteriza por la asociación de hidrops fetal, edema placentario y edema materno generalizado. Su patogénesis, es desconocida, aunque se ha sugerido que el edema materno producido por la retención de líquido podría ser un mecanismo inducido por la placenta. La clínica más frecuente es el edema materno, con rápida ganancia de peso y disnea progresiva. En un 30% de los casos se puede asociar preeclampsia, pero no forma parte obligatoriamente de este síndrome y en ocasiones es difícil distinguirlo. Las diferencias incluyen la anemia dilucional y el momento de presentación.

Independientemente de la edad gestacional el tratamiento es la interrupción del embarazo. La reversión de los síntomas maternos se produce tras el parto, por lo que es el tratamiento definitivo.

Conclusiones

El diagnóstico del síndrome de Ballantyne se basa en el estudio ecográfico y en la exploración física materna. El pronóstico de forma global es desfavorable, ya que existe una alta morbimortalidad fetal y una asociación elevada con preeclampsia.

Hiperemesis gravídica y su asociación con alteraciones del hepatograma. Prevalencia en pacientes ingresadas en sala de obstetricia del Hospital de Clínicas en el período 2009-2019

Autores: Melián T, Angulo F, Vuan F, Zubiaurre V, Llambi L

Institución: Unidad Académica Médica "B". Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo, Uruguay

Introducción

Las náuseas y vómitos durante el embarazo son un motivo de consulta que afecta a alrededor de 70-85% de las gestantes en el mundo. La forma más severa es la Hiperemesis gravídica (HG). En el 50% de los casos aparecerá alguna alteración en las enzimas hepáticas con moderado aumento de la bilirrubina conjugada. En situaciones graves puede producirse lesión hepática con la consiguiente necrosis del tejido hepático. Otras alteraciones relacionadas con la HG pueden ser los déficits de Vitamina K y Complejo B. También es posible encontrar alteraciones derivadas de la deshidratación, aumento en los valores de azoemia y creatininemia, disonias y desequilibrio ácido – base. Existe evidencia del diagnóstico por exclusión de HG frente a pacientes con náuseas y vómitos, donde se realiza paraclínica en búsqueda de otros planteos diagnósticos, pudiendo llegar a instaurar tratamientos invasivos, dada la escasa sospecha y similar sintomatología, vinculada a la obstrucción de la vía biliar. El presente estudio tuvo como objetivo describir y caracterizar los ingresos hospitalarios con diagnóstico de HG que presentaron alteraciones hepatocíticas entre el 1ero enero 2009 y 31 de diciembre 2019.

Metodología

Estudio descriptivo observacional retrospectivo de corte transversal, a partir de historias clínicas disponibles en el Hospital de Clínicas de mujeres mayores de 18 años o menores con tutor responsable que hayan ingresado por náuseas y vómitos o con diagnóstico de HG. La prevalencia de las alteraciones del hepatograma se calculó en base a la población total de pacientes ingresados en el periodo mencionado con diagnóstico de HG. Se calcularon frecuencia absoluta y relativa porcentual para variables cualitativas y cuantitativas representadas mediante media y mediana, y como medida de tendencia central y la dispersión se representó mediante desvío estándar y rango. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

Resultados

Se recopilaron datos de 63 mujeres, con una media y desvío estándar de $24,2 \pm 5,8$ años. La EG al momento del ingreso fue de $15,5 \pm 8,9$ semanas. De las alteraciones del hepatograma se observó una prevalencia de 50,8% para la TGP y un aumento de la BD en un 38.1%, observando globalmente alguna alteración del hepatograma en un porcentaje mayor al 10%. Del total, 54% fueron sometidas a algún tipo de diagnóstico por imagen. En 13 pacientes (20,6%), se les solicitó interconsulta con cirugía. Y 4 de ellas (6,3%), fueron intervenidas quirúrgicamente (colecistectomía).

Conclusiones

Las alteraciones del hepatograma, alcanzaron una prevalencia de hasta el 50% de al menos una de las enzimas hepáticas en nuestra serie. Generalmente ocurre con asociación de las náuseas y vómitos de las primeras semanas del embarazo. Existe poca evidencia a nivel nacional e internacional que

reporte la prevalencia de alteraciones del hepatograma en pacientes con HG, pero podemos concluir que los resultados son concordantes con la literatura. Es necesario realizar estudios prospectivos para profundizar en el conocimiento y aportar a la protocolización de su estudio.

Datos filiatorios	
Variable	Total (n = 63)
Edad (años)	
Media (DE)	24,2 (5,8)
Mediana (Mín - Máx)	22 (16 - 41)
Estado civil	
Soltera	12 (19,0%)
Unión libre	14 (22,2%)
Casada	3 (4,8%)
Sin datos	34 (54,0%)
Edad gestacional (semanas)	
Media (DE)	15,5 (8,9)
Mediana (Mín - Máx)	12 (5 - 38)
Duración de la internación (días)	
Media (DE)	6,9 (6,4)
Mediana (Mín - Máx)	4 (1 a 32)
Reingreso	
Sí	14 (22,2%)
No	49 (77,8%)

Alteraciones del hepatograma	
Variable	Total (n = 63)
FA	n = 47 (74,6%)
Media (DE)	106,3 (57,7)
Mediana (Mín - Máx)	96 (32 - 253)
GGT	n = 47 (74,6%)
Media (DE)	38,9 (44,9)
Mediana (Mín - Máx)	24 (4 - 257)
TGO	n = 50 (79,4%)
Media (DE)	38,0 (41,1)
Mediana (Mín - Máx)	19,5 (4 - 181)
TGP	n = 50 (79,4%)
Media (DE)	62,4 (101,9)
Mediana (Mín - Máx)	19,5 (3 - 413)
BD	n = 49 (77,8%)
Media (DE)	0,66 (0,89)
Mediana (Mín - Máx)	0,30 (0,02 - 3,72)
BI	n = 46 (73,0%)
Media (DE)	0,36 (0,32)
Mediana (Mín - Máx)	0,30 (0,04 - 1,72)
Crisis	
Normal	23 (36,5%)
Alterada	6 (9,5%)
Sin datos	34 (54,0%)
Alb	n = 42 (66,7%)
Media (DE)	3,91 (0,69)
Mediana (Mín - Máx)	3,85 (2,70 - 5,00)

Alteraciones del hepatograma			
Prueba	n	Prevalencia (cada 100 pacientes)	IC 95%
TGP	32	50,8	38,5 a 63,1
BD	24	38,1	26,1 a 50,1
FA	21	33,3	21,7 a 45,0
BI	21	33,3	21,7 a 45,0
TGO	17	27,0	16,0 a 37,9
ALB	13	20,6	10,6 a 30,6
GGT	11	17,5	8,1 a 26,8

Procedimientos realizados	
Procedimiento	Total (n = 63)
Ecografía/TC/RNM	34 (54,0%)
Cirugía	
Interconsulta	13 (20,6%)
Sí	4 (6,3%)
No	46 (73,0%)
Estudios endoscópicos	4 (6,3%)
Nutrición parenteral	2 (3,2%)

Hipertensión pulmonar severa en el embarazo. Reporte de caso

Autores: Noboa L, Ledesma L, Castro C, La Camera M, Reynoso J, Noble M, Gomez P, Garretano A, Pazos A, Barquet J, Michelini A, Ferencz, Oholeguy P, Zubiaurre V.

Institución: Unidad Académica Médica "B". Unidad Académica Clínica Ginecocológica "B". Unidad de Medicina Materno Fetal y Neonatal, Hospital de Clínicas "Dr Manuel Quintela". Udelar. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La hipertensión arterial pulmonar (HTAP), o hipertensión pulmonar (HTP) del grupo 1, es el tipo más frecuente en mujeres jóvenes en edad reproductiva. A pesar de su baja frecuencia, su mortalidad alcanza hasta al 20% de las embarazadas. La clasificación de riesgo modificada de la OMS de las cardiopatías durante el embarazo incluye a la HTAP en el grupo IV (tabla 1), es decir el de mayor riesgo de mortalidad materna, y por tanto debería ser considerada una contraindicación para el embarazo. Se presenta el caso de una paciente con HTP severa del grupo 1, con resultados maternos y obstétricos favorables, asistida en la en la Unidad de Medicina Materno Fetal y Neonatal del Hospital de Clínicas.

Caso clínico

Paciente de 22 años, portadora de lupus eritematoso sistémico (LES) con compromiso cutáneo, articular, hematológico y renal. Cursando embarazo de 9 semanas, disnea de esfuerzo clase funcional II de meses de evolución, sin otra sintomatología cardiovascular ni elementos de alarma obstétrica. De la paraclínica destaca: Ecocardiograma transtorácico: HTAP severa con presión sistólica de la arteria pulmonar de 76 mmHg. Cateterismo cardiaco derecho: hipertensión pulmonar severa con fenotipo precapilar compatible con hipertensión arterial tipo I asociada a enfermedad de tejido conectivo.

Se planteó riesgo de continuar con el embarazo y recomendación sobre la interrupción de la gestación, a pesar de esto, la paciente desea continuar con el embarazo.

Con diagnóstico de HTP se realiza tratamiento con sildenafil, iloprost inhalado y tromboprolifaxis durante toda la gestación. En la evolución: estabilidad cardiovascular, sin elementos de actividad de LES, con ecocardiogramas seriados sin cambios y sin complicaciones fetales. Dada la elevada morbi-mortalidad materno fetal se decidió la interrupción a las 34 semanas, vía cesárea bajo anestesia epidural. Sin complicaciones puerperales ni neonatales.

Discusión

En embarazadas con HTP el aumento del gasto cardiaco en la segunda mitad del embarazo eleva la probabilidad de fallo del ventrículo derecho. Clásicamente la mortalidad alcanza un 20%, particularmente en el parto y el puerperio inmediato. En el caso presentado la función del ventrículo derecho se mantuvo estable en los tres trimestres y puerperio.

El tratamiento dirigido a la HTAP se debería iniciar o mantener durante el embarazo, está demostrada la seguridad de los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 así como la prostaciclina y sus análogos. El bosentan y otros antagonistas de los receptores de endotelina, se han asociado a teratogenicidad por lo que su uso está contraindicado en el embarazo.

La paciente recibió tratamiento para HTP recomendado, sin presentar efectos adversos materno-fetales, y al que probablemente estén vinculados los buenos resultados obtenidos.

Para la finalización del embarazo se debe tener en consideración el riesgo materno-fetal. Se recomienda la finalización entre las 34 y 36 semanas. La evidencia recomienda a la cesárea como vía de finalización

de elección, así como evitar la anestesia general. Esta evidencia se tuvo en cuenta para planificar la conducta en nuestra paciente.

Conclusiones

La HTP es una enfermedad con alta mortalidad materna y fetal. El abordaje precoz e interdisciplinario, así como el advenimiento de nuevos fármacos está cambiando la evolución natural de estas enfermedades durante el embarazo y su pronóstico.

RIESGO		CONDICIONES
OMS I	No ↑ mortalidad materna Leve ↑ morbilidad	- No complicada, leve o moderada: <ul style="list-style-type: none"> o Estenosis pulmonar o Persistencia de ductus arterioso o Prolapso válvula mitral - Lesiones simples correctamente corregidas (CIA, CIV, DAP, drenaje venoso anómalo) - Focos aislados ectópicos auriculares o ventriculares
OMS II	Leve ↑ mortalidad materna Moderado ↑ morbilidad	- Defecto septal auricular o ventricular no reparado. - Tetralogía de Fallot reparada - Arritmias (la mayoría)
OMS II/III		- Disfunción ventricular izquierda leve - Miocardiopatía hipertrofica - Valvulopatía que no se considera OMS I o OMS IV - Síndrome de Marfan sin dilatación aórtica - Coartación reparada - Válvula aórtica bicúspide con dilatación aorta < 45 mm
OMS III	↑ Considerable mortalidad materna Grave ↑ morbilidad	- Válvula mecánica - Ventrículo derecho sistémico - Circulación de Fontan - Cardiopatía cianótica no reparada (siempre y cuando Sat O ₂ > 85%, buena función ventricular y asintomático) - Otras cardiopatías congénitas complejas - Sdme. Marfan con dilatación aorta de 40-45 mm - Válvula aórtica bicúspide con dilatación aórtica 45-50 mm
OMS IV	Grave ↑ mortalidad materna Muy grave ↑ morbilidad	- Hipertensión arterial pulmonar - Disfunción ventricular severa (FEVE < 30%, NYHA III-IV) - Estenosis mitral severa - Estenosis aórtica severa sintomática, con disfunción ventricular, con prueba de esfuerzo anormal o con hipertrofia ventricular - Antecedente cardiomiopatía periparto con disfunción ventricular - Síndrome de Marfan con dilatación aórtica > 45 mm - Válvula aórtica bicúspide con dilatación aórtica > 50 mm - Coartación severa - Cardiopatía cianótica no reparada con Sat O ₂ ≤85%

Tabla 1. Clasificación de la OMS Modificada del riesgo en la gestación en cardiopatías maternas.

Alto riesgo obstétrico

Autoinmune

Cardiología

Endocrinología

Digestivo - Hepatología

Hematología

Infectología

Neumología

Neurología

Sars-Cov2 / Covid-19

Misceláneas



Evaluación de la eficacia y seguridad de la terapia gravitacional en una cohorte de pacientes con esclerosis sistémica

Autores: Servioli LF¹, Isasi E^{2,3}, Espinosa G⁴, Pérez A³, Pouquette S³, Isasi ME³

Institución: ¹Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Hospital Militar, Montevideo, Uruguay. ²Unidad Académica de Histología y Embriología, Facultad de Medicina, UdelaR, Uruguay. ³Centro de Terapia Gravitacional, Montevideo, Uruguay. ⁴Servicio de Enfermedades Autoinmunes, Hospital Clinic, Barcelona, España.

Introducción

La exposición a la gravedad artificial, a través de la centrifugación humana, constituye la base del tratamiento denominado terapia gravitacional (TG), mediante el cual se produce un estímulo mecánico vascular que induce la síntesis y liberación de prostaciclina (Fig. 1). Se utiliza desde hace más de 40 años en Uruguay en el tratamiento de patologías de base vascular y en la Esclerosis Sistémica (ES) con beneficio terapéutico y excelente perfil de seguridad. Sin embargo, existe un desconocimiento en la comunidad científica acerca de la TG y sus resultados. El objetivo de este estudio fue evaluar la eficacia de la TG en la afección cutánea y vascular, calidad de vida y capacidad funcional y su perfil de seguridad en pacientes con ES.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de pacientes mayores de edad con ES (criterios ACR/EULAR 2013) asistidos en la Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas del Hospital Militar, tratados con TG (mínimo 10 sesiones) en el período abril 2013-abril 2023. Las variables de eficacia cutánea y vascular, calidad de vida y capacidad funcional se compararon entre sí, antes y después de la TG. Evaluación de eficacia cutánea: índice modificado de Rodnan (mRSS) en 17 áreas, presencia/ausencia/mejoría de puffy fingers, esclerodactilia, pitting scars y telangiectasias. Evaluación de eficacia vascular: gravedad del Fenómeno de Raynaud (FR) (escala de Taylor-Pelmeear), número de úlceras digitales (UDs)/lesiones necróticas/ amputaciones, dolor de causa vascular (EVA 0 a 10). Evaluación de la calidad de vida/capacidad funcional: Cochin Hand Function Score (CHFS), escala Mouth Handicap in Systemic Sclerosis (MHISS). Además, se aplicó un cuestionario sobre TG y se obtuvieron resultados reportados por los pacientes.

Resultados

Se incluyeron 50 pacientes, 48 mujeres (96%), con una edad media de 62 ± 12 años y un tiempo de evolución de la ES de 6.8 ± 3.2 años (Tabla 1). Después de la TG se observó una mejoría significativa del índice modificado de Rodnan (mRSS) (pre-TG 19.2 ± 8.7 vs post-TG 5.4 ± 5.0 , $p < 0.05$) (Tabla 2, Fig. 2), que no se relacionó con el tiempo de evolución de la enfermedad, extensión cutánea o perfil inmunológico (Tabla 3). El grado de mejoría post-TG sí se correlacionó con un mayor mRSS inicial ($r=0.84$, $p < 0.05$) (Fig. 3). También se detectó una mejoría significativa del número de pacientes con puffy fingers (pre-TG 50% vs post-TG 20%, $p < 0.05$), pero no en telangiectasias, pitting scars o esclerodactilia (Tabla 4). La gravedad del fenómeno de Raynaud también disminuyó (pre-TG grado 3-4, 86% de pacientes versus post-TG 92% grado ≤ 2 , $p < 0.05$) así como el dolor vascular medido con la escala EVA (pre-TG, 70% pacientes con un EVA > 7 vs post TG, 96% EVA ≤ 4) (Tabla 5). La capacidad funcional medida con la escala Cochin Hand Function Score (CHFS) y Mouth Handicap in Systemic Sclerosis (MHISS) mejoró de 10.1 y 9.9 a 7.9 y 8.1, respectivamente. No se registraron efectos adversos. Los resultados reportados por los pacientes se muestran en la Tabla 6.

Conclusiones

La TG mejoró el compromiso cutáneo y vascular, la calidad de vida y la capacidad funcional en pacientes con ES con un excelente perfil de seguridad. Se necesitan ensayos clínicos controlados y aleatorizados para corroborar estos resultados observacionales.

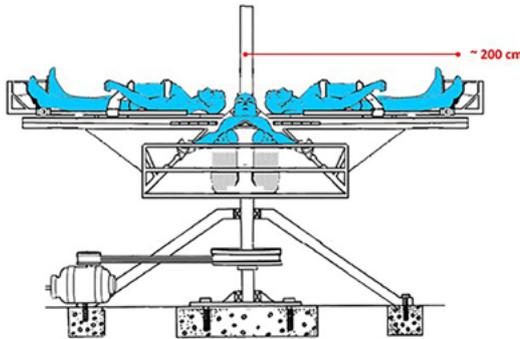


Figura 1. Dibujo de la centrifuga humana del Centro de Terapia Gravitacional. Tomado de: Isasi et al. 2022, doi: 10.3389/fphys.2022.952723

Característica	N pacientes (%)
Género (mujeres/hombres)	24/1 (96/4)
Edad al estudio (años)	62 ± 12.2
Raza	
Caucásicos	49 (98)
Afrodescendientes	1 (2)
Duración ES a la inclusión en el estudio (años)	6.8 ± 3.2
Duración ES al inicio de TG (años)	2.8 ± 3.2
Perfil inmunológico: (n=43)	
Grupo ANA positivo*	10 (20)
Grupo anticentró.m.er.o positivo	15(30)
Grupo Scl70 positivo	11 (22)
Grupo ANA negativo*	7(14)
Extensión cutánea (n=49)	
Difusa	20 (40)
Limitada	26 (52)
Sine esclerodermia	3 (6)

Tabla 1. Características de los pacientes incluidos en el estudio. Las variables cualitativas se expresan en número y porcentaje y las cuantitativas en media ± desviación estándar. Se incluyeron un total de 50 pacientes. ES: esclerosis sistémica. *Grupo ANA positivo incluye: pacientes ANA positivos, anti centrómero y anti-Scl70 negativos. Grupo ANA negativo incluye: pacientes ANA negativos. Los pacientes anti-centrómero positivo asociaron: EScl (11), EScl (2) y sine (2). Los pacientes Scl70 positivos asociaron: EScl (3), EScl (7) y ninguno sine. Pacientes Scl70 y anti-centrómero negativos asociaron: EScl (7), EScl (7), sine (1). Pacientes Scl70 y anti-centrómero positivos asociaron: EScl (2). Excluidos de este análisis 8 pacientes por datos incompletos.

	n	Q25	media	Q75	DE	min max
Pre tratamiento	25	15	19.2	24	8.7	2 37
Post tratamiento	25	2	5.4	8	5.0	0 19
Variación	25	11	13.8	17	5.7	0 23

Tabla 2. Puntaje de Rodnan (mRSS) pre y post Terapia Gravitacional y su variación.

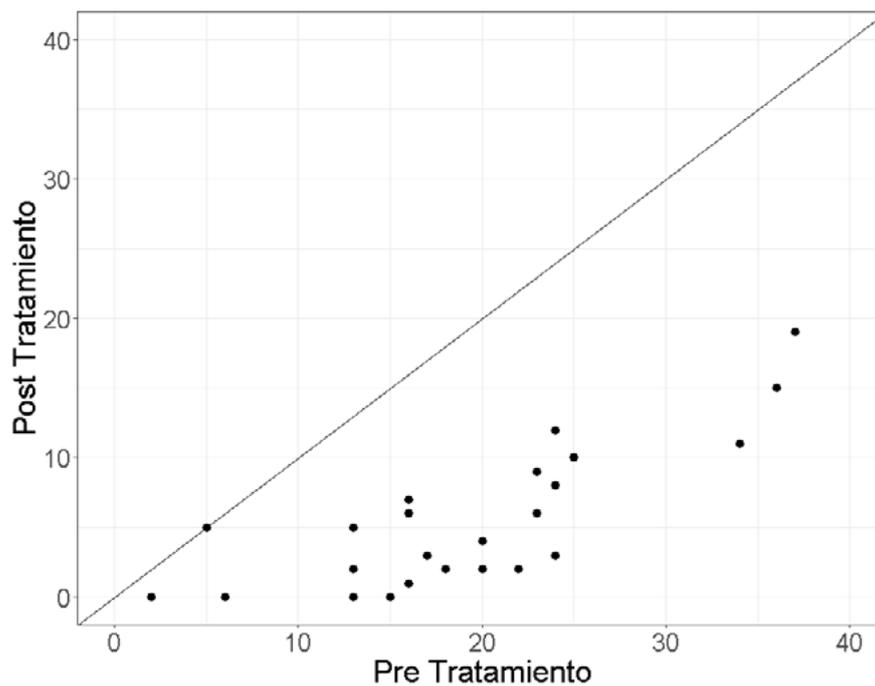


Figura 2. Valores del puntaje de Rodnan (mRSS) pre y post Terapia Gravitacional.

Perfil inmunológico	mRSS pre tratamiento	Variación media
ANA positivo* (n=3)	24	16,3
Anti-centrómero positivo (n=5)	11	9,6
ANA negativo* (n=4)	18,8	14,5
Sc170 positivo (n=8)	19,6	12,9

Tabla 3. Relación entre perfil inmunológico y el valor del puntaje de Rodnan inicial y su variación. mRSS: escore de Rodnan.*Grupo ANA positivo: pacientes ANA positivos, anti-centrómero y anti-Sc170 negativos. Grupo ANA negativo: pacientes ANA negativos. Excluidos del análisis por datos incompletos: 5 pacientes.

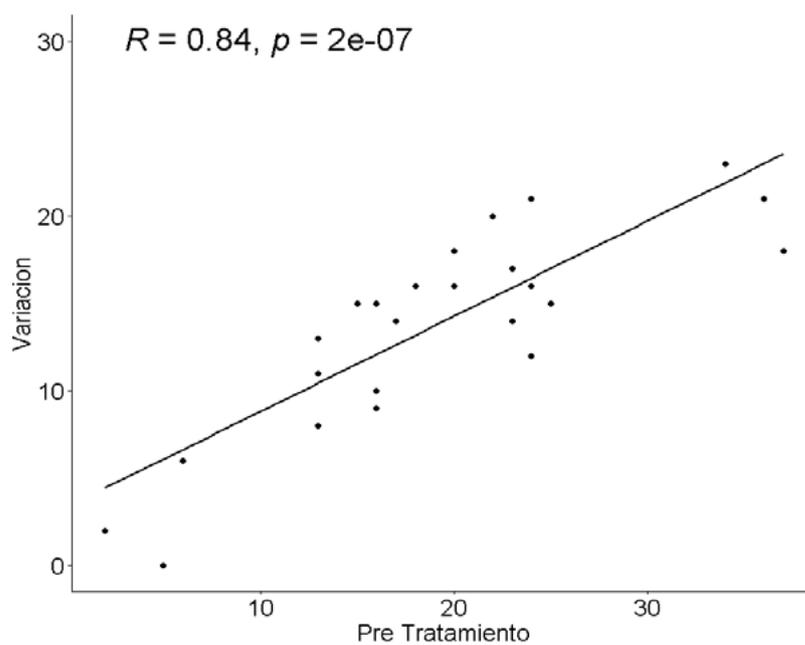


Figura 3. Comparación entre puntaje de Rodnan pre tratamiento y su variación.

Compromiso cutáneo	Momento del registro	N° de pacientes (% sobre 50 pacientes)
Puffy fingers	ATG	25 (50)
	DTG	10 (20)
Esclerodactilia	ATG	36 (72)
	DTG	33 (66)
Pitting scars	ATG	5 (10)
	DTG	2 (4)
Telangiectasias	ATG	15 (30)
	DTG	10 (24)

Tabla 4. Efectos de la Terapia Gravitacional en puffy fingers, esclerodactilia, pitting scars y telangiectasias. ATG: antes de terapia gravitacional, DTG: después de terapia gravitacional. N=50 pacientes.

		N pacientes (%)
Gravedad del FR	ATG	G 0: 1 (2) G 1: 1 (2) G 2: 3 (6.2) G 3: 35 (72.9) G 4: 8 (16.7)
	DTG	G 0: 13 (27.7) G 1: 21 (44.7) G 2: 8 (17) G 3: 0 G 4: 1 (2.1)
Úlceras digitales	ATG	7 (14.5)
	DTG	0
Dolor vascular, promedio (DE) EVA	ATG	7.6 ± 2.2
	DTG	1.4 ± 1.2

Tabla 5. Efecto de la terapia gravitacional en fenómeno de Raynaud, úlceras digitales y dolor vascular. Las variables cuantitativas se expresan como media ± desviación estándar y las cualitativas como número (porcentaje) FR: fenómeno de Raynaud, ATG: antes de la terapia gravitacional, DTG: después de la terapia gravitacional, EVA: escala visual analógica. Dos pacientes sin dato ATG y 7 sin datos DTG.

Variable	Mejoría (% de pacientes)
Calidad de vida	92,5
Fénomeno de Raynaud	87,5
Piel	92,5
Capacidad para AVD	87,5
Estado de ánimo	65
Trastornos del sueño	35
Otras variables	% pacientes
Dolor vascular (EVA > 4), pre-TG	65
Dolor vascular (EVA ≤ 4), post-TG	82.5*
Dolor muscular/articular (EVA > 4), pre-TG	60
Dolor muscular/articular (EVA ≤ 4), post-TG	72.5*
Tolerancia a TG "Buena"	100%
Adherencia al 100% de las sesiones	87,5%

Tabla 6. Resultados reportados por los pacientes en cuestionario de Terapia Gravitacional. AVD: actividades de la vida diaria. *p<0.05.

Neuromielitis óptica y Lupus Eritematoso Sistémico. Reporte de caso

Autores: Maggiari L, Semperena S.

Institución: Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo – Uruguay

Introducción

La neuromielitis óptica (NMO) o Enfermedad de Devic es una enfermedad que afecta el sistema nervioso central, de etiología autoinmune. Se caracteriza por asociar neuritis óptica y mielitis transversa. La presencia de anticuerpos contra acuaporina 4 (IgG-NMO) permite diferenciarla de la esclerosis múltiple. En pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) y clínica compatible con NMO, se sugiere descartar su diagnóstico, dadas las implicaciones pronósticas y terapéuticas. Consideramos importante el presente caso, dado que es una patología poco frecuente, con escasos casos reportados asociados a LES.

Caso clínico

Sexo femenino, de 36 años, con antecedentes personales de LES diagnosticado a los 22 años, y episodio de neuritis óptica a los 34 años, con ceguera secuelar de ojo izquierdo. Cumple tratamiento de forma irregular con hidroxicloroquina y micofenolato.

Concurre a emergencia por cuadro de fiebre, náuseas y vómitos de 2 días de evolución, agregando incontinencia urinaria y fecal el día de la consulta.

Se destaca que durante los 3 meses previos, ha presentado trastorno de la marcha y pérdida de fuerzas de miembros superiores intermitentes, a predominio distal, sin limitación funcional. Concomitantemente dolor cervical con sensación descendente de descarga eléctrica desencadenada con la flexión del cuello, y parestesias en los 4 miembros en guante y calcetín. No presentaba alteraciones visuales.

Al examen físico se encontraba vigil, bradipsíquica, fuerzas conservadas en miembros superiores, y paresia a predominio distal en miembros inferiores, signo de Babinsky bilateral, reflejos osteotendinosos normales, hipopalestesia, sin nivel sensitivo. Retropulsión que no permitió explorar la marcha, signo de Lhermitte presente.

De los estudios paraclínicos, se realizó resonancia magnética (RM) de cráneo que mostró hallazgos compatibles con neuromielitis óptica. Se descartaron procesos infecciosos intercurrentes.

Del panel inmunológico, destacamos la titulación de los ANA 1/1280 con patrón moteado, anti RNP positivo, anti Smith y anti DNA negativos.

Con planteo de NMO se realizó metilprednisolona durante 5 días consecutivos con buena respuesta, continuando con prednisona en pauta descendente.

En la evolución se obtuvo resultado de IgG-NMO positivo, por lo que se realizó terapia de mantenimiento con Rituximab.

Discusión

Aunque las manifestaciones neurológicas son frecuentes en pacientes con LES, sólo un 2% presentan mielitis transversa.

La enfermedad evoluciona con recaídas frecuentes a pesar del tratamiento, lo que conlleva un alto nivel de discapacidad. Es importante mantener un alto índice de sospecha, ya que su diagnóstico y tratamiento precoz, mejoran su pronóstico funcional.

El uso de Rituximab para manejo crónico de la enfermedad, está asociado a menor tasa de recaídas, mejora de la funcionalidad, mejor adherencia al tratamiento, y a su vez tiene un efecto beneficioso sobre el LES.

Conclusiones

Se presentó el caso de una paciente con LES, con clínica compatible con mielopatía de evolución crónica; se confirmó el diagnóstico de NMO, se trató con inmunosupresores con mejoría clínica. Se destaca la importancia de mantener la sospecha clínica, en vistas a realizar tratamiento precoz para evitar secuelas.

Complicaciones hematológicas en pacientes con artritis reumatoidea. Síndrome Felty. Revisión de caso clínico

Autores: Fajardo M, De Gorriaran N, Baz M.

Introducción

El síndrome de Felty es una manifestación hematológica poco frecuente pero grave de los pacientes con artritis reumatoidea (AR). Su etiología es desconocida y el diagnóstico es clínico, presentándose clásicamente la triada dada por artritis reumatoidea típicamente severa, erosiva y con deformidades, seropositiva para CCP y FR, neutropenia con recuento absoluto de neutrófilos menor a 2000 uL) y esplenomegalia.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, 50 años, hipertensa de larga data, con diagnóstico de AR desde hace 18 años, mal control de la enfermedad. Múltiples complicaciones infecciosas en los últimos años. Manifestaciones articulares de larga data. Múltiples tratamientos con fármacos modificadores de la enfermedad que se suspenden por mala tolerancia. Bajo tratamiento con prednisona 10 mg desde hace 5 años. Ingresa al servicio de Medicina interna para resolución quirúrgica de pseudoaneurisma de arteria tibial anterior secundario a artrodesis de pie derecho por secuelas de AR.

Del examen físico al ingreso se destaca paciente con regular estado general, hipocoloreadas de piel y mucosas. Desviación cubital de los dedos de ambas manos. Impotencia funcional, dedos en cuello de cisne. Edema articular indoloro sin otros elementos de artritis en ambas rodillas. Esplenomegalia clínica al examen abdominal.

En la evolución se identifican elementos de actividad de la enfermedad de base y se inicia estudio de manifestaciones clínicas-paraclínicas de patología autoinmune.

Bioquímica: VES persistentemente elevada mayor a 120, factor reumatoideo 8000, hemograma con neutropenia persistente menor a 2000 (103/mL). Tomografía de abdomen: esplenomegalia regular.

Mielograma que descarta leucemia granular de células grandes

Con planteo de síndrome de Felty se inicia tratamiento con metotrexate 15 mg al día en primera instancia y se solicita resto de valoración para definir indicación de rituximab, supeditado a la evolución clínica.

Buena evolución, mejoría de la neutropenia, sin elementos de empuje de la enfermedad al alta.

Discusión

Si bien el síndrome de Felty es una manifestación poco frecuente de la AR, dada la gravedad que trae aparejada y las complicaciones a las que se suele asociar, hay que tener un alto nivel de sospecha clínica frente a pacientes con las manifestaciones antes mencionadas es clave para el tratamiento de la enfermedad de forma oportuna así como de las posibles complicaciones que puedan presentarse, siendo de suma importancia el control de la enfermedad de base para el manejo del mismo.

Conclusiones

Se expone caso de paciente con AR con elementos de actividad de larga evolución, severa, que presenta como manifestación de la enfermedad síndrome de Felty, complicación grave que ensombrece el pronóstico de la enfermedad, sabiendo que el uso de fármacos modificadores de la enfermedad y el control de factores de riesgo asociados mejora sustancialmente el pronóstico funcional y vital de la paciente.

Pericarditis como primera manifestación de Lupus Eritematoso Sistémico

Autores: Graña D, O'Neil M.

Institución: Unidad de Enfermedades Autoinmunes. Unidad Académica Médica 2. Hospital Pasteur. Montevideo. Uruguay.

Introducción

El compromiso seroso pericárdico puede ser causado por muchas Enfermedades Autoinmunes Sistémicas (EAS) siendo más frecuente en el Lupus Eritematoso Sistémico (LES) es criterio clasificatorio de esta entidad y la manifestación cardíaca más frecuente. El objetivo del presente trabajo es mostrar tres casos clínicos de pericarditis como manifestación inicial de EAS. Su importancia radica en implicancias terapéuticas y pronósticas.

Caso clínico I

Sexo femenino, 33 años. AP: Hipotiroidismo.

MC: Dolor torácico que alivia con posición mahometana. Poliartralgias, mialgias y sensación febril. Al examen físico: taquicárdica 110 cpm. Roce pericárdico.

Paraclínica: Tn 9. Hb 9 NN, GB 22.300, linfopenia de 530, PQT 650.000, VES 130, PCR 195. TSH 1.24. Serologías virales negativas. HC negativo.

ECG: RS 110 cpm, descenso de segmento PR y elevación difusa de segmento ST

RxTx: cardiomegalia

ETT: lámina de derrame pericárdico

TC de TX: derrame pericárdico de 8 mm con engrosamiento de hojas pericárdicas.

ANA + 1/160. AntiDNA +, Smith +. Anti cardiolipina +. C3 0.9 (0.9-1.8); C4 0 (0.1-0.4).

Se plantea LES con compromiso seroso y articular. Se realizan bolos de metilprednisolona, hidroxicloroquina.

Caso clínico II

Sexo femenino, 19 años.

MC: dolor torácico irradiado a dorso, que cede con posición mahometana. Disnea de esfuerzo CF II. Poliartralgias y fenómeno de Raynaud. Al examen físico: eritema malar fotosensible.

ECG: normal. RxTx cardiomegalia.

TC de tórax: Cardiomegalia. Lámina de derrame pericárdico con contenido denso.

Paraclínica: Tn 5. Hb 10.7; GB 8780, PQT 337000 VES 70, PCR 105. Serologías virales negativas. HC negativo. TSH 1.94.

ANA + 1/1280 patron nucleolar, antiDNA +, anti Sm +, FR + 27(0-14), inhibidor lúpico + C3 1.5, C4 0.1.

Se plantea LES con compromiso articular, vascular, cutáneo y seroso. Tratamiento con bolos de metilprednisolona, prednisona e hidroxicloroquina.

Caso clínico III

Sexo femenino, 55 años. AP: Tabaquista.

MC: dolor torácico precordial, de reposo, con irradiación a región interescapular y cuello. Disnea de esfuerzo CF III y disnea de decúbito. Poliartralgias, fenómeno de Raynaud y livedo reticularis. Examen CV normal.

ECG: RS 60 cpm, microvoltajes en derivaciones de los miembros.

RxTx: cardiomegalia.

ETT: Derrame pericárdico severo de 20 mm.

Paraclínica: Tn 101-87

Hemograma normal. PCR 179; VES 30. TSH 7, T4 0,86.

ANA + 1/160 patrón nucleolar, La +, Anti cardiolipina +.

Pericardiocentesis. 160 cc líquido citrino. Citología: exudado de aspecto inflamatorio subagudo. Cultivo, ADA y genexpert BK negativos. ANA+ en líquido pericárdico. Biopsia: pericardio normal

Se realizan bolos de metilprednisolona, prednisona e hidroxicloroquina.

Discusión

En los tres casos presentados observamos manifestaciones clínicas sintomáticas de pericarditis lúpica. Generalmente se asocia a otros compromisos. Muestra elevación de reactantes de fase aguda. El ascenso de troponinas indica compromiso miocárdico (miopericarditis).

Positividad para aPL y niveles elevados de anti-dsDNA constituyen el perfil serológico asociado.

A mayor SLEDAI, mayor duración del LES, descenso de hemoglobina, linfopenia y niveles bajos de complemento (C3) mayor prevalencia.

Tratamiento basado en AINES, corticoides, hidroxicloroquina, colchicina e inmunosupresores.

Conclusiones

La pericarditis lúpica es la manifestación cardíaca más frecuente. Suele constituir un hallazgo de exploraciones complementarias. Su diagnóstico e intervención tempranos son necesarios para prevenir progresión y recaídas.

Dermatomiositis asociada al embarazo. A propósito de un caso

Autores: Semperena S, Maggiari L, Navarrete N, Francia V.

Institución: Hospital Central de las Fuerzas Armadas (Montevideo – Uruguay)

Introducción

La Dermatomiositis es una miopatía inflamatoria idiopática de etiología autoinmune. Se presenta habitualmente como debilidad muscular progresiva, simétrica y proximal de tronco, cintura escapular y cuello; asociando manifestaciones cutáneas características (signo de Gottron y eritema en heliotropo). La biopsia de músculo establece el diagnóstico definitivo de miositis, y es útil para excluir otras enfermedades neuromusculares. Su presentación durante el embarazo es excepcional. El inicio precoz del tratamiento presenta un impacto significativo en su pronóstico.

Caso clínico

Sexo femenino, 19 años, con antecedentes personales de hipotiroidismo en tratamiento con levotiroxina, fumadora.

Consulta por cuadro de 6 meses de evolución, que comienza en el segundo trimestre del embarazo, dado por astenia, mialgias intensas y debilidad muscular progresiva. Dos meses previos a consulta nota aumento de la debilidad muscular, a predominio proximal de región escapular y pelviana, le impide elevar miembros superiores, subir escaleras, mantener la bipedestación y el sostén cefálico. Agrega disfagia para sólidos, voz bitonal y habla disneizante. Se destaca que se encontraba en seguimiento con dermatología, por lesiones de piel a nivel de nudillos, artralgias y mialgias de larga data.

Al examen físico presentaba palidez cutáneo mucosa, eritema a nivel de párpados, bilateral simétrico de color violáceo, a nivel de nudillos lesiones evolucionadas, placas eritematosas descamantes, sin elementos fluxivos. Microstomía. Dedos en huso. Diplopía horizontal, sin déficit campimétrico. Hipotonía, hiperextensibilidad de los cuatro miembros. Cuadriparesia proximal grado 2. Dificultad en el sostén cefálico. Marcha no se explora ya que no logra bipedestación.

Con planteo de miopatía inflamatoria se solicitan enzimas musculares: Creatinfosfoquinasa 10137 U/L, LDH 1541 U/L, TGO 231 U/L, TGP 230 U/L. En lo inmunológico destacamos: ANA positivo 1/160 con patrón nucleolar y anticuerpos antisintetasa negativos.

Con planteo de miopatía inflamatoria idiopática con alta sospecha clínica de dermatomiositis, se realizó tratamiento con metilprednisolona, no presentando mejoría, por lo que requirió posteriormente inmunoglobulina con buena respuesta.

La RM de músculo mostró moderado edemas muscular con afectación de forma difusa. Se realiza biopsia de músculo, confirmando diagnóstico de de miopatía inflamatoria, con elementos específicos de dermatomiositis.

Discusión

La Dermatomiositis es una colagenopatía de rara presentación durante el embarazo; pudiendo incrementar el riesgo de aparición o exacerbación de la enfermedad. Implica riesgo al binomio en un 18% al 36% de los casos, en inactividad y actividad respectivamente; contribuyendo al desarrollo del retardo en el crecimiento intrauterino, muerte fetal temprana o prematuridad.

Conclusiones

Se presentó el caso de una paciente con miopatía, que se manifestó durante el embarazo, y empeoró en el puerperio, con buena respuesta a tratamiento inmunosupresor. Se destaca la importancia de su diagnóstico precoz para evitar complicaciones tanto maternas como fetales.

Síndrome antifosfolipídico catastrófico. La importancia de una alta sospecha clínica

Autores: Ravera J, Pintos L, Yandian M, Díaz L, Torres V.

Institución: Departamento de Medicina, Médica Uruguaya.

Introducción

El síndrome antifosfolipídico catastrófico (SAFC) es una patología poco frecuente que se caracteriza por tener una evolución aguda y potencialmente mortal. En un 50% de los pacientes es la primera manifestación de síndrome antifosfolipídico (SAF).

Caso clínico

49 años, sexo femenino. Obesa. Hipertensa. Diabetes insulino requiriente. Nefropatía diabética en terapia de sustitución renal por diálisis peritoneal.

Consulta por disnea, constatándose debut de fibrilación auricular (FA) con baja tasa de bloqueo que revierte a ritmo sinusal de forma espontánea e hipervolemia dado por derrame pericárdico severo que se vinculó a infradiálisis. Se realiza hemodiálisis con mejoría sintomática. Posteriormente instala dolor torácico de reposo que se planteó de origen coronario por lo que se realizó cineangiografía de urgencia, no evidenciándose lesiones. Durante la estadía en cuidados intensivos se le solicitan hemocultivos con resultado positivo para *Proteus mirabilis*. Del resto de la valoración se destacaba una tomografía computada (TC) con infarto esplénico por lo que se plantea endocarditis infecciosa y se realizan nuevos hemocultivos sin desarrollo y ecocardiograma transesofágico sin vegetaciones ni trombos intracavitarios. En la evolución agrega focalidad neurológica aguda revirtiendo en 72 horas con RM de cráneo sin evidencia de infarto cerebral. Concomitantemente agrega lesiones isquémicas distales en 3er dedo de miembro superior derecho, 2do y 4to dedo de miembro inferior izquierdo.

Se plantea embolias sistémicas y como probables etiologías mecanismo cardio-aorto – embólico, embolias por FA, sospecha de endocarditis o complicación post cateterismo cardíaco. Se realiza nuevo ecocardiograma transtorácico sin vegetaciones ni trombos, y se solicita angioTC de aorta, no evidenciándose placas ateromatosas en aorta ascendente ni cayado. Se ha mantenido en ritmo sinusal durante las visitas, sin poder descartar la presencia de FA paroxísticas.

Se inició tratamiento en base a anticoagulación con HBPM y antibioticoterapia dirigida. Bajo tratamiento óptimo, instala nueva lesión isquémica distal, por lo que se amplía el espectro etiológico y se solicitan anticuerpos antifosfolipídicos, resultando positivo el inhibidor lúpico (anti-cardiolopina y anti-B2GP1 negativos). Resto de la analítica sin alteraciones (hemograma y LDH normales). ANA, ENA y ANCA negativos.

Se plantea SAF catastrófico primario y se inician recambios plasmáticos terapéuticos junto a metilprednisolona con buena evolución. No ha presentado nuevas isquemias clínicamente evidentes. Se encuentra estable bajo anticoagulación y corticoides.

Discusión y conclusiones

El SAFC se presenta en forma de complicaciones trombóticas de la microvasculatura y grandes vasos involucrando múltiples órganos y desarrollándose en un corto período de tiempo. El caso clínico fue consultado en Hospital Clinic de Barcelona y se incluyó en el registro internacional de SAF catastrófico (International CAPS Registry).

Se debe tener un alto nivel de sospecha clínica para el inicio terapéutico rápido y agresivo sin postergarlo a la espera de confirmación dado la alta morbimortalidad. Esto es fundamental para evitar secuelas irreversibles.



Evaluar la presencia de anticuerpos Anti-SSA/Ro positivos y Antinúcleo-Citoplasma negativos en usuarios del Hospital de Clínicas durante los años 2019 a 2023

Autores: Romero S, Modernel C, Tafernaberry E, Correa N, Buzzi C, Gonzalez A, Tessore C, Ballesté R.

Institución: Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo, Uruguay.

Introducción

Los anticuerpos anti núcleo-citoplasma (ANA) realizados por inmunofluorescencia indirecta sobre células HEp-2 son la prueba inicial de laboratorio en el estudio de las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). Hay un número considerable de pacientes que presentan ANA positivo y no tienen EAS. De aquí destacamos que deben ser solicitados ante un cuadro clínico que oriente a las mismas. Títulos de ANA $\geq 1/160$ son considerados más específicos de EAS. En el Departamento de Laboratorio de Patología Clínica a estos pacientes se les realiza anticuerpos anti-antígenos nucleares extraíbles (ENA) y anti-DNA de doble cadena (DNADs).

Ante la elevada sospecha clínica de una EAS, independientemente del resultado de los ANA, debe buscarse la presencia de anticuerpos específicos como: anti-SSA/Ro, anti-Jo-1 o anti-p-ribosomal, en función del escenario clínico. La negatividad de los ANA no descarta la presencia de estos autoanticuerpos dado que en un bajo porcentaje de pacientes son positivos a pesar del resultado de los ANA.

En pacientes con EAS, frente a la planificación de un embarazo, o durante el mismo se debe verificar la negatividad de los anticuerpos anti-SSA/Ro a pesar de un ANA negativo, dado el riesgo de bloqueo cardíaco congénito u otras manifestaciones del lupus neonatal ante su positividad.

El bloqueo cardíaco congénito es una entidad poco frecuente. Se puede presentar en hijos de madres asintomáticas con anticuerpos anti-SSA/Ro y anti-SSB/La circulantes. Estos anticuerpos atraviesan la placenta afectando diferentes órganos, siendo especialmente vulnerables los tejidos de conducción entre la semana 14 a 20 de gestación.

De lo anterior se justifica que en el Hospital de Clínicas se realice la búsqueda de ENA a todas las mujeres embarazadas con solicitud de ANA independientemente de su resultado. El objetivo del trabajo fue evaluar la prevalencia de anticuerpos anti-SSA/Ro positivos con ANA negativos y la población en la que se presenta durante los años 2019-2023 en pacientes del Hospital de Clínicas.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se revisaron todas las solicitudes de ANA recibidas en el Departamento de Laboratorio de Patología Clínica del Hospital de Clínicas en el período de julio de 2019 a junio de 2023.

Se analizaron los resultados de ANA negativos a los que se le realizó ENA, cuántos de ellos tuvieron resultados de anticuerpos anti-SSA/Ro positivos y su relación con el embarazo.

Resultados

En el período de estudio se realizaron 2932 ANA, siendo 863 positivos y 2069 negativos. De los ANA negativos se realizaron 183 ENA, 12 presentaron anticuerpos anti-SSA/Ro (8%) que corresponden a 11 pacientes, descritos en la tabla 1. Una de las pacientes presenta como antecedente un hijo con cardiopatía neonatal.

Conclusiones

Estos resultados destacan la importancia de la búsqueda activa de anticuerpo anti-SSA/Ro en pacientes con sospecha de la presencia del mismo a pesar de ANA negativos. Su realización es justificada particularmente en mujeres embarazadas con EAS para evitar el bloqueo cardíaco congénito y/o otras manifestaciones de lupus neonatal.

Paciente	Sexo	Edad	Embarazo	Diagnóstico
1	F	36	No	Síndrome de Sjögren
2	F	32	No	Lupus Eritematoso Sistémico
3	F	49	No	Síndrome de Sjögren
4	F	21	Si	Colangitis Biliar Primaria
5	F	27	Si	Hipotiroidismo
6	F	23	Si	Lupus Eritematoso Sistémico
7	F	27	No	Inmunodeficiencia Común Variable
8	M	48	No Corresponde	Polirradiculoneuropatía axonal crónica
9	F	26	No	Lupus Eritematoso Sistémico
10	F	17	Si	Sana
11	F	48	No	Lupus Eritematoso Sistémico

Tabla 1. Descripción de pacientes con ANA negativo y Ro positivo

Prevalencia de anticuerpos anti-núcleo – citoplasma y anti-antígenos nucleares extraíbles en una población seleccionada del Hospital de Clínicas

Autores: Buzzi C, Tessore C, González A, Tafernaberry E, Romero S, Ballesté R.

Institución: Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Montevideo, Uruguay.

Introducción

El estudio de las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) comienza, desde el punto de vista de laboratorio, con la realización de anticuerpos (Ac) anti núcleo-citoplasma (ANA) sobre células HEp-2 por inmunofluorescencia indirecta (IFI).

En Uruguay, con el afán de uniformizar y optimizar la utilización de esta prueba, en el año 2019 se realizó el 1er Consenso Uruguayo de ANA. El mismo establece que deben realizarse por IFI sobre células HEp-2 a un título de tamizaje de 1/80 en pacientes con alta sospecha clínica de EAS. Cuando los títulos son \geq a 1/160 es importante utilizar pruebas más específicas (Ac. Anti antígenos nucleares extraíbles – ENA – y Ac. Anti-DNA de doble cadena – DNAds-). Títulos $<$ 1/160 presentan baja especificidad para EAS, muchos pacientes sanos los presentan y no necesariamente desarrollarán una EAS.

La utilización de las células HEp-2 como sustrato permite la visualización de patrones nucleares, citoplasmáticos y mitóticos. La nomenclatura utilizada para describirlos no está estandarizada en nuestro medio, por lo que en el Hospital de Clínicas se utiliza la terminología establecida por el Consenso Internacional sobre Patrones de ANA (ICAP). El objetivo del trabajo es describir la prevalencia de ANA positivos, los patrones observados, su frecuencia y la positividad de los ENA.

Metodología

Se realizó un estudio observacional y transversal de todas las solicitudes de ANA recibidas durante el año 2022 en el Departamento de Laboratorio de Patología Clínica del Hospital de Clínicas.

Los ENA se realizaron cuando los ANA presentaron títulos \geq a 1/160; frente a solicitud expresa de Ac. Anti-Ro; y en embarazadas.

Los resultados se clasificaron en función de la positividad de ANA, título obtenido, patrón observado, presencia de ENA y anticuerpo detectado.

Resultados

Se procesaron 792 ANA de los cuales 219 (28%) fueron positivos a título de 1/80 o mayores. De ellos 197 (90%) presentaron patrones nucleares (en la tabla 1 se muestra la frecuencia de los títulos obtenidos); 36 (16%) patrones citoplasmáticos; y 1 (0,5%) patrón mitótico.

Los patrones observados y su frecuencia se describen en la tabla 2.

Se realizaron 195 ENA de los cuales 93 (48%) fueron positivos. En la tabla 3 se describen los Ac. detectados.

Conclusiones

La prevalencia de ANA positivos hallada es similar a la citada por Marcos López Hoyos et al, que muestran datos de positividad de entre el 30 y 15%. La mayoría de la bibliografía disponible hace mención a poblaciones específicas por lo que no son comparables con este trabajo.

Se encontró un elevado porcentaje de ANA negativos o positivos a título bajo (81%). Esto puede corresponder a una inadecuada selección de la población a la que se le solicitó y consecuentemente una baja probabilidad pre test de EAS.

En cuanto a los patrones observados, el Moteado Fino fue el más frecuente en concordancia con la bibliografía disponible.

La negatividad de ENA observada (52%) puede deberse al limitado número de Ac buscados y la elevada cantidad de antígenos expuestos por las células HEp-2; por lo que probablemente correspondan a otras especificidades antigénicas.

Título	Frecuencia
1/80	31%
1/160	22%
1/320	9%
1/640	11%
1/1280	13%
1/2560	7%
1/5120	6%
1/10240	1%

Tabla 1. Títulos de ANA positivos con patrón nuclear

Patrón	Frecuencia absoluta
Homogéneo AC-1	53
Moteado no especificado	37
Moteado Fino Denso AC-2	3
Centromérico AC-3	16
Moteado Fino AC-4	72
Moteado Grueso AC-5	5
Múltiples Puntos Nucleares AC-6	6
Escasos Puntos Nucleares AC-7	1
Nucleolar AC-8-9-10	23
Citoplasmáticos	35
Fibrilar lineal AC-15	11
Moteado Fino Denso AC-19	3
Tipo AMA AC-21	17
Sin clasificar	4
Mitótico NuMa AC-26	1
Patrones nucleares superpuestos	19
Patrones nuclear y citoplasmático superpuestos	16

Tabla 2. Patrones hallados

Auto-Ac	Frecuencia absoluta
Nucleosoma	14
Smith	11
Ribosomal p	5
Histona	16
RNP	20
Ro60	53
Ro52	45
La	21
Scl-70	0
CENPB	16
Jo1	1

Tabla 3. Ac anti-ENA encontrados.

Terapias biológicas y efectos adversos cardiovasculares en pacientes con enfermedad autoinmune sistémica

Autores: Quiroz L, Consani S, Díaz Cuña C.

Institución: Unidad de enfermedades autoinmunes sistémicas. Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

Introducción

Las enfermedades autoinmunes constituyen un grupo de patologías inflamatorias, con importante morbilidad, además de constituir un factor de riesgo vascular (FRCV). Actualmente, los fármacos o terapias biológicas (TB) son un pilar terapéutico fundamental, disminuyendo la inflamación y así también el riesgo cardiovascular. Sin embargo, en enfermedades oncológicas se ha observado que pueden ocurrir distintos tipos de cardiotoxicidad. El objetivo del estudio es estudiar los efectos adversos cardiovasculares de las TB en una población de pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS).

Metodología

Se realizó un estudio analítico, observacional, retrospectivo, en la población de pacientes que reciben terapias biológicas de la policlínica de enfermedades autoinmunes de un hospital público de Montevideo, Uruguay. Se excluyeron aquellos pacientes con cardiopatías conocidas previo al inicio del tratamiento biológico. Las variables elegidas fueron: las características clínicas (edad, sexo, factores de riesgo vascular tradicionales, tipo de EAS); el tratamiento recibido (fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) sintéticos y biológicos); los eventos adversos cardiovasculares (eventos vasculares coronarios y extra cardíacos, arritmias, insuficiencia cardíaca y aparición de HTA); Ecocardiograma previo y posterior al inicio de la TB, con registro de la FEVI y aparición de hipertrofia ventricular izquierda (HVI).

Resultados

Se incluyeron 38 pacientes. La media de edad fue 62.5 RIC +/- 15.4 años. Mujeres: 34 pacientes (89,5%). La EAS más frecuente fue artritis reumatoide (33 pacientes, 86,8%), luego LES (11 pacientes, 28,9%) seguido de Sjögren y espondiloartropatías. Las comorbilidades más frecuentes fueron HTA (21, el 55,3%) y dislipemia (19, el 50%). El FAME más utilizado fue metotrexate (28, el 73,7%). Las TB más utilizadas fueron: tocilizumab (18, el 47%), anti TNF 16 y rituximab 16 (42%). La mayoría de los pacientes (28) recibieron un solo fármaco biológico (el 73,7%); dos biológicos 7 (18,4%); y tres o más biológicos 3 (7,9%). Indicación de TB: 35 (92%) por compromiso articular. Se encontraron eventos adversos cardiovasculares en 10 pacientes: 3 pacientes desarrollaron HTA, 2 tuvieron trombosis miocárdica sin ateromatosis coronaria (ambos con SAF sin diagnóstico previo), 2 arritmias supraventriculares, 1 paciente AIT, 1 tuvo taquicardia nodal reentrante y 1 paciente un SCASEST con lesiones coronarias revascularizadas. Del total, solo 20 pacientes tenían ecocardiogramas pre y post TB. FEVI mediana pre tratamiento fue de 63.5 (RIC 5.2) y la post tratamiento de 60 (RIC 4.0) ($p > 0.05$). 7 pacientes desarrollaron HVI post TB ($p = 0.008$). No se encontró asociación significativa entre HTA e inicio de TB, ni con aparición de HVI.

Conclusiones

Es de destacar el aumento en la prevalencia de HTA, dislipemia y diabetes de nuestra cohorte al compararla con datos de la población general (MSP). Pese a esto, no se pudo demostrar la asociación entre el inicio de la TB y la aparición de los FRCV. Dicho aumento podría deberse a causas multifactoriales, la propia enfermedad y los fármacos utilizados (glucocorticoides), más que a la propia TB. La HVI presentó relación con el inicio de la TB, esto podría deberse a mayor susceptibilidad del

fármaco o a las comorbilidades de los pacientes, es necesario un estudio con mayor tamaño muestral que avalen dichos hallazgos.

Depresión y ansiedad en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas asistidos en Hospital Pasteur, Uruguay

Autores: Spiess C, Graña D, Gaudio J, O'Neil F, Jaluff R, Araujo F, Sosa D.

Institución: Unidad Enfermedades Autoinmunes Sistémicas. Unidad Académica Médica 2. Hospital Pasteur, Montevideo – Uruguay

Introducción

Las enfermedades autoinmunes sistémicas (EAIS) son patologías multifactoriales que tienen en su etiopatogenia una diversidad de factores genéticos, epigenéticos y ambientales. Se ha observado una incidencia creciente de estas enfermedades en las últimas décadas. Las enfermedades psiquiátricas como la depresión y la ansiedad son frecuentes en los pacientes con EAIS, siendo la depresión 2 veces más frecuente en pacientes con artritis reumatoide. El objetivo de este estudio es determinar la prevalencia de la depresión y ansiedad en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas y su asociación con la actividad de la enfermedad.

Metodología

Estudio analítico transversal. Se realizó un muestreo por conveniencia de pacientes que se asistieron en la policlínica de enfermedades autoinmunes del hospital Pasteur de abril a setiembre de 2023. Criterios de inclusión: pacientes mayores de 18 años con enfermedad autoinmune diagnosticada y que se asistan en la policlínica. Los criterios de exclusión fueron pacientes analfabetos que no pudieran completar la encuesta. Se solicitó el consentimiento informado de los pacientes. Se aplicó la encuesta HADS para screening de depresión y ansiedad y a través de recolección de datos de la historia clínica se midió la edad, sexo, comorbilidades, enfermedad autoinmune sistémica y tratamiento de la misma. Las variables cualitativas se expresaron en frecuencia relativa porcentual, las cuantitativas en mediana y rango intercuartílico (IQ). El procesamiento de datos se realizó mediante powerBI y uso de librerías de Python, se buscó asociación entre variables cualitativas mediante test de Chi cuadrado.

Resultados

Del total de pacientes encuestados (n=27), la mayoría corresponde a sexo femenino (85%), la mediana de edad fue de 52 años (rango IQ de 28 años). La enfermedad autoinmune más frecuente fue Artritis reumatoide (AR) (35%) seguido de lupus eritematoso sistémico (LES) (25%) y espondiloartropatía (10%). La manifestación más frecuente fue la articular (70%) seguido de la piel (55%), hematológico (10%) y renal (10%). El 55% de los encuestados estaba en actividad de la enfermedad. Para ansiedad, el 40.74% tuvo un cuestionario positivo o borderline mientras que para depresión el cuestionario positivo o borderline fue un 33.3%. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la ansiedad o depresión y la actividad de la enfermedad (p 0.48 y p 0.73 respectivamente), si bien se encontró que, para esta muestra, los pacientes en actividad presentaron mayor proporción de ansiedad (18.52 %) o depresión (14.8%) que los pacientes en remisión (11.1% y 7.4% respectivamente).

Conclusiones

Existe una alta prevalencia de depresión y ansiedad en los pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas de nuestra policlínica, similar a reportes de prevalencia de depresión internacionales (entre 18 y 48% para AR). Se han reportado mayores índices de actividad de las EAIS en pacientes con depresión y ansiedad, similar a los hallazgos de nuestro estudio. Es fundamental el control clínico de la EAIS para lograr menor incidencia de trastornos en la salud mental así como hacer una adecuada pesquisa de depresión y ansiedad para tratarlas y mejorar la adherencia al tratamiento de la EAIS.

Arteritis Takayasu y su variabilidad clínica. Serie de Casos

Autores: De León S, Negrin P, Ravera J, Bertaiola R, Yandian M, Díaz L, Torres V, Trujillo P.

Institución: Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (MUCAM), Montevideo – Uruguay

Introducción

La Arteritis de Takayasu (AT) es una enfermedad inflamatoria sistémica de grandes vasos, que afecta a la aorta y sus principales ramas. Con incidencia mayor en el sexo femenino, entre la segunda y tercera década, de etiología desconocida y probable rol genético e infeccioso. Se presenta con lesiones inflamatorias arteriales caracterizadas por engrosamiento de la pared que lleva a un remodelamiento de la luz. En la mayoría de los casos se presenta con estenosis arterial y hasta un 25% con aneurismas.

Casos clínicos

Se describen seis casos clínicos con diferentes formas de presentación detallando edad, sexo, clínica al momento del diagnóstico, reactantes de fase aguda (RFA), territorio vascular afectado y tratamiento instaurado. Se realizará un análisis comparativo entre los casos clínicos y los últimos reportes publicados. Tabla 1.

Discusión

Enfermedad crónica, poco frecuente de presentación clínica variable. Se manifiesta en tres fases: la primera, con síntomas constitucionales inespecíficos; la segunda donde comienza el engrosamiento de la pared arterial, la tercera fase, tardía, donde presenta asimetría de pulsos, clínica de isquemia o aneurisma.

Al igual que en nuestros pacientes, suele asociarse con parámetros inflamatorios elevados, anemia y alteraciones inmunológicas.

En esta serie la mayoría de los pacientes fueron de sexo femenino (80% de los casos analizados), con una edad de presentación cercana a los 40 años. En cuatro de los cinco pacientes, la forma de presentación fue de estenosis.

Los criterios de clasificación utilizados para apoyar el diagnóstico de estos pacientes fueron los del ACR (Colegio Americano de Reumatología) 2017: inicio menor a 40 años; claudicación de una extremidad; disminución del pulso de la arteria braquial; diferencia de más de 10 mmHg de presión sistólica entre dos extremidades; soplo sobre las arterias subclavias o la aorta; y evidencia angiográfica de estrechamiento u oclusión de la aorta, sus ramas primarias o grandes arterias en las extremidades superiores o inferiores proximales. La presencia de tres de los seis criterios se requiere para diferenciar AT de otras vasculitis sistémicas. Sin embargo, los nuevos criterios de EULAR 2022 incluyen como criterio absoluto edad de presentación menor a 60 años lo que excluye uno de nuestros pacientes por presentarse a los 65 años sin otro diagnóstico alternativo.

El diagnóstico definitivo es mediante método de imagen; arteriografía, previamente considerada patrón de oro, pero hoy en día ha sido sustituida por la angioresonancia magnética o angiotomografía computarizada. El PET-TC tiene un rol importante en esta enfermedad, ya que es la prueba más sensible para detectar inflamación vascular temprana, lo que puede ayudar en el diagnóstico precoz.

El objetivo del tratamiento es disminuir la inflamación sistémica y vascular con tratamiento médico y, si requiere tratamiento endovascular o quirúrgico localizado. Los corticoides suelen ser el tratamiento inicial y se asocian a Inmunosupresores.

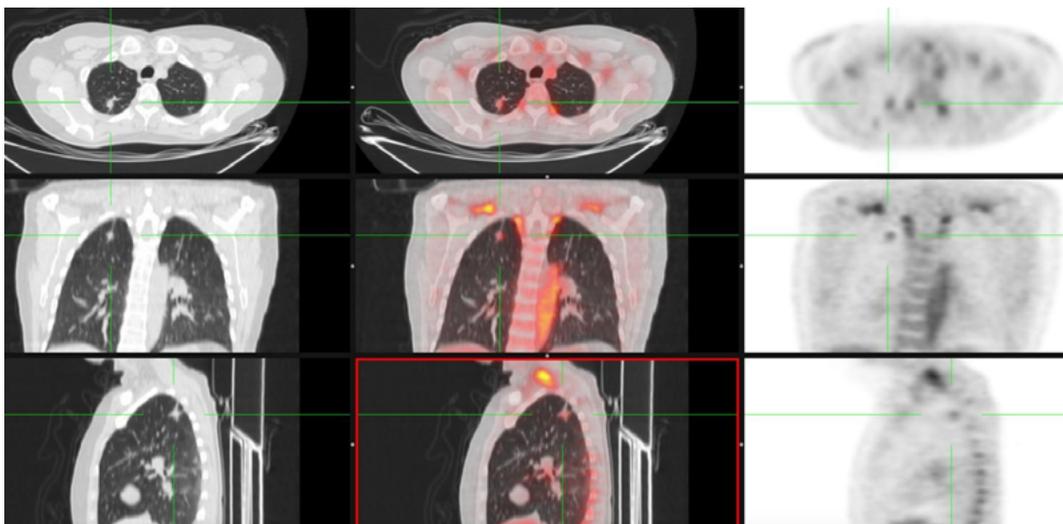
El pronóstico va a estar ligado a la localización y gravedad de compromiso vascular, asociado a la utilización prolongada de corticoides.

Conclusiones

Enfermedad infrecuente, de diagnóstico desafiante dado por su presentación clínica variable. Se debe tener alta sospecha en pacientes jóvenes con eventos vasculares, sin factores de riesgo cardiovasculares.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4	Caso 5
Edad (años)	39	65	46	45	48
Sexo	Femenino	Masculino	Femenino	Femenino	Femenino
Clínica	Dolor MSI	Dolor abdominal	Dolor torácico, SNV	Disnea, Insuf. cardíaca derecha	Cefalea
RFA	Elevados	Elevados	Normales	Normales	Elevados
Territorio vascular afectado	Arteria Subclavia	AAA infrarrenal	Arterias Coronarias Descendente Anterior, Descendente Posterior, Coronaria Derecha.	Arterias pulmonares + Aorta porcion toracica	Aorta
Forma de presentación	Estenosis	Aneurisma	Estenosis	Estenosis/ Dilatación	Estenosis
Tratamiento	PDN + MTX	PDN + MTX	PDN + MTX	PDN + MTX	PDN

Tabla 1. Características de los pacientes. RFA: Reactantes fase aguda; MSI: Miembro superior izquierdo, AAA: Aneurisma de aorta abdominal, SNV: Síndrome Neurovegetativo, PDN: Prednisona, MTX: Metotrexate



PET-TC del caso clínico 2 dónde se observa hipercaptación a nivel de aorta, en relación a proceso inflamatorio.

Pénfigo vulgar grave y resistente tratado con Rituximab

Autores: Avila C, López D, Reyes N

Institución: Círculo Católico de Obreros del Uruguay, Montevideo

Introducción

El pénfigo vulgar (PV) es una enfermedad ampollosa autoinmune de carácter crónico. Es poco frecuente, con un pico de incidencia entre los 40 y los 60 años. La mayoría de los casos presentan compromiso cutáneo (ampollas flácidas o erosiones) y mucoso (erosiones). La etiología es desconocida pero se sabe que actúan anticuerpos IgG contra las desmogleínas 1 y 3. El diagnóstico es de presunción clínica, se confirma con la hematoxilina y eosina (HyE) que muestra acantolisis en la capa suprabasal de la epidermis e inmunofluorescencia directa (IFD) que evidencia depósito de IgG, IgM y C3 interqueratinocitario. La primera línea de tratamiento es Rituximab, lo que ha provocado un cambio de paradigma. En casos severos está indicado iniciar concomitantemente prednisona a 1 mg/kg/día. Anteriormente se trataba con prednisona y un inmunosupresor ahorrador de corticoides.

Caso clínico

Sexo masculino, 80 años, autoválido. Ex tabaquista, EPOC, arteriopatía obstructiva crónica con revascularización iliaco-femoral izquierda. Consulta por enfermedad ampollar. Al examen presenta una dermatosis en piel y mucosas diseminada con predominio lesional en cabeza y tronco superior, caracterizada a nivel cutáneo por ampollas flácidas sobre base eritematosa y erosiones con collarate epidérmico. A nivel de mucosas erosiones a nivel de párpados y erosiones y costras a nivel de vertiente semimucosa de labio inferior. Con planteo diagnóstico de PV se realiza una biopsia de piel lesional para HyE y otra perilesional para IFD confirmándose dicho diagnóstico. Se inicia tratamiento con prednisona a dosis de 1 mg/kg/día y azatioprina 2 mg/kg/día, sin respuesta. Se aumenta prednisona a 1,5 mg/kg/día con mala evolución por lo que se realizan bolos de metilprednisolona de 500 mg por 3 días obteniendo una muy discreta respuesta. En la evolución episodios febriles, hipotensión y confusión mental transitoria; se descartan causas infecciosas. Como complicaciones de la terapia corticoidea presenta hipertensión arterial y diabetes. Requiere cuidados propios del gran quemado dado severo compromiso cutáneo (60% de la superficie corporal). Dada la refractariedad al tratamiento instituido el equipo médico tratante indica Rituximab 1g i/v que se repite a los 15 días. Franca mejoría clínica con reepitelización de más del 50% de las lesiones en los primeros 15 días y casi total al mes.

Discusión

Se destaca del caso presentado una edad francamente mayor al pico de incidencia. En nuestro medio debido al costo de Rituximab no se tuvo acceso desde el inicio. Ante mala evolución con corticoides más azatioprina y la efectividad demostrada por la bibliografía se logró el acceso mostrando eficacia en un anciano frágil con comorbilidades, población en el que el uso de anticuerpos monoclonales no está ampliamente descrita.

Conclusiones

El tratamiento con Rituximab, de estar disponible, es de primera línea en los casos de PV moderado-severo junto a los corticoides orales. Permite realizar dosis menores de prednisona (1 mg/kg/día) y suspenderla rápidamente (antes de 6 meses), lo que disminuye sus efectos adversos. No encontramos en Uruguay casos reportados como el presentado.

Taquicardia de reposo como única manifestación de miocarditis lúpica

Autores: Lin L, Rodriguez V, Diaz C, Consani S, Maciel G.

Institución: Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

Introducción

El lupus eritematoso sistémico (LES) es la enfermedad autoinmune no órgano específico más frecuente. Puede afectar múltiples parénquimas, incluyendo el miocardio, cuya participación compromete el pronóstico vital de los pacientes.

Caso clínico

Sexo femenino, 20 años. Antecedentes: LES diagnosticado en 2016.

Ingresa por taquicardia regular y síndrome en menos en base pulmonar derecha.

Electrocardiograma: taquicardia sinusal de 120 cpm. Troponinas negativas.

Ecocardiograma transtorácico (ETT): FEVI 60%, derrame pericárdico moderado, cavidades cardíacas y miocardio sin alteraciones. Tomografía de tórax: derrame pleural moderado.

Análítica sanguínea inicial: VES 58 mm/h, PCR 45 mg/L, hipocomplementemia, anti-DNA: 731 UI/ml, índice pru/cru 0.44 g/g.

Toracocentesis diagnóstica y terapéutica con criterios de light compatible con exudado, cultivo sin desarrollo. Se plantea brote lúpico a forma de poliserositis. Se realiza bolos de metilprednisolona 1g/día por 3 días, con mejoría clínica.

Persiste con taquicardia de reposo mantenida.

TSH normal, centellograma V/Q y angio-tomografía de tórax sin evidencia de tromboembolismo pulmonar ni infección respiratoria. Hemocultivos y urocultivo sin desarrollo.

En ausencia de causas que expliquen la taquicardia mantenida, se plantea miocarditis lúpica.

Cardiorresonancia (Fig. 1): FEVI 49%. Edema difuso basal miocárdico en T2. T1 mapping levemente aumentado. Sin realce tardío. Hallazgos compatibles con miocarditis.

Se inicia ciclofosfamida con protocolo de EuroLupus, con descenso de frecuencia cardíaca.

En control ambulatorio presenta caída de FEVI en ETT (Fig.2), se inicia rituximab a dosis estándar. Reingresa a los tres meses por taquicardia de reposo.

Se trata con inmunoglobulinas intravenosa 2g separados en dos días asociado a bolos de metilprednisolona 250 mg por 3 días, posteriormente se agrega micofenolato 2g/día y prednisona con pauta de descenso. Se normaliza la frecuencia cardíaca, ETT de control: FEVI 52%.

Discusión

La miocarditis puede presentarse en un 10% de los pacientes con LES, rara vez es clínicamente evidente. Puede manifestarse desde una taquicardia de reposo mantenida, como ocurrió en el caso

clínico, dolor torácico, elevación de enzimas cardíacas, y afección de la función ventricular que puede incluir shock cardiogénico.

Aunque el Gold Standard para su diagnóstico es la biopsia mioendocárdica, no se realiza de rutina. Las técnicas imagenológicas no invasivas son de gran utilidad para apoyar el diagnóstico. La sensibilidad de la cardi resonancia es superior al ecocardiograma transtorácico.

El tratamiento aún no se ha evaluado en ensayos clínicos controlados. Se basa en la inmunosupresión agresiva con bolos de metilprednisolona asociado a ciclofosfamida, y se agrega micofenolato de mofetilo como mantenimiento.

En casos refractarios, se recomienda el uso de inmunoglobulinas y rituximab.

Conclusiones

La miocarditis lúpica es inusual pero constituye una manifestación grave.

Es importante establecer un diagnóstico precoz, para el inicio de un tratamiento oportuno que mejore la sobrevida y la función cardíaca, incluyendo su normalización.

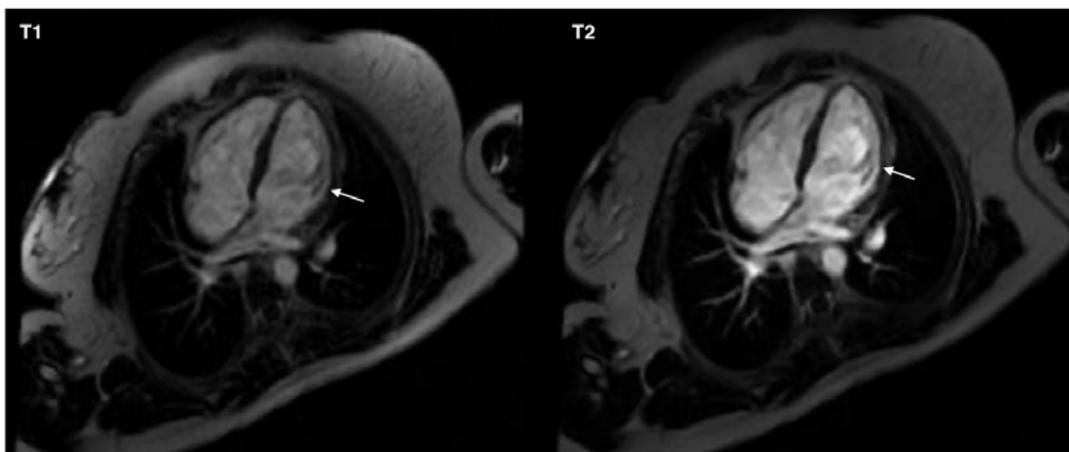


Figura 1. Cardi resonancia con edema miocárdico en T1 y T2.

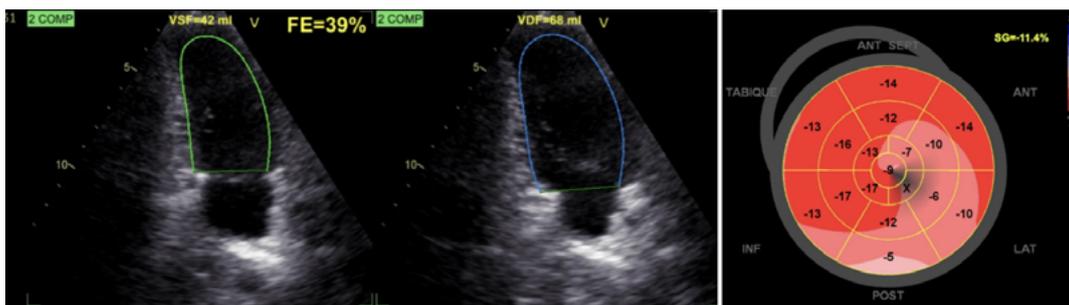


Figura 2. ETT que evidencia FEVI de 39% con SLG -11.4%.

Enfermedad de Ormond: reporte de caso clínico en Uruguay

Autores: Olaya Q, Mendez E, Tavani A, García Z.

Institución: Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quíntela". Clínica médica A

Introducción

La enfermedad de Ormond (EO) o fibrosis retroperitoneal es una entidad infrecuente con incidencia 1/1.000.000/año. La etiología en la mayoría de los casos es idiopática y se incluyen como causas secundarias: fármacos, infecciones, enfermedad por IgG4, neoplasias, cirugía y radiación. La EO por IgG4 se presenta más en hombres entre 40-70 años. Se caracteriza por presencia de tejido fibroinflamatorio retroperitoneal. Los síntomas son inespecíficos en etapas tempranas (dolor abdominal, lumbar o dorsal), en etapas avanzadas dependen de las estructuras abdominales comprometidas por el tejido fibroso. En la paraclínica los reactantes de fase aguda están elevados, puede haber anemia y alteración función renal. Los estudios de imagen (TC/RM abdomen) son fundamentales para el diagnóstico. Conviene establecer diagnóstico histológico para definir etiología y realizar tratamiento dirigido. La histopatología en enfermedad por IgG4 hay un elevado número de células plasmáticas IgG4. La información que se dispone internacional y nacional es limitada. Por lo anterior surge la importancia de compartir este caso.

Caso Clínico

Masculino, 46 años, de Montevideo, tabaquista (IPA:31paq/año), consumo de pasta base y cocaína. Consulta por cuadro clínico de 3 semanas de dolor en fosa lumbar derecha, gravativo y tipo cólico, fuerte intensidad, irradia a flanco y región inguinal ipsilateral, atenúa con analgésicos, no clínica infecciosa, ni otra sintomatología. Al examen físico, buen estado general, dolor a la palpación en flanco derecho, puntos ureterales medio-superior ipsilateral dolorosos, Guyon, Surraco y Giordano positivo a derecha.

Con planteo inicial de cólico nefrítico, se realiza ecografía de aparato urinario con leve dilatación ureteropielocalicial derecha sin identificar causa obstructiva, por lo que se realiza tomografía abdomen-pelvis con presencia de tejido con densidad de partes blandas a nivel retroperitoneal que podrían estar en relación a fibrosis retroperitoneal(figura1). De la paraclínica: VES: 24mm/h, PCR: 80mg/l, Hb: 10,8g/dL normocítica-normocromica, Pla: 295000mcL, GB: 9760mcL, Azoemia: 38mg/dL, creatinina: 0.96mg/dL.

En búsqueda etiológica se realiza: Beta-2-microglobulina: 3.0mg/L, TSH: 1.77mUI/L, IgA: 459mg/dl, BHCG <0.1UI/mL, Alfafetoproteína: 1.3ng/mL, y biopsia de tejido retroperitoneal con presencia de hasta 50 plasmocitos IgG4 positivos, confirmando EO por IgG4 retroperitoneal. Se inicia corticoides.

Discusión

Se presentó un caso de EO por IgG4, con presencia de síntomas inespecíficos, con hallazgo incidental en estudio imagenológico del tejido fibroinflamatorio en retroperitoneo, además se destaca la importancia de obtener biopsia para definir etiología y realizar tratamiento específico. Asimismo, la evidencia científica internacional es limitada. Respecto al tratamiento se menciona el uso de corticoides, tamoxifeno, inmunosupresores o cirugía. En Uruguay no se cuenta con bibliografía al respecto, por lo que se considera importante el compartir este caso clínico con la finalidad de generar conocimiento en una enfermedad poco frecuente.

Conclusiones

La EO es una entidad rara, se manifiesta con clínica inespecífica, principalmente dolor lumbar o abdominal, evidenciándose tejido fibroso en tomografía, debiéndose realizar biopsia para obtener

etiología y determinar si es de causa primaria o secundaria, ya que contar con diagnóstico oportuno, podría mejorar el tratamiento y pronóstico de los pacientes.

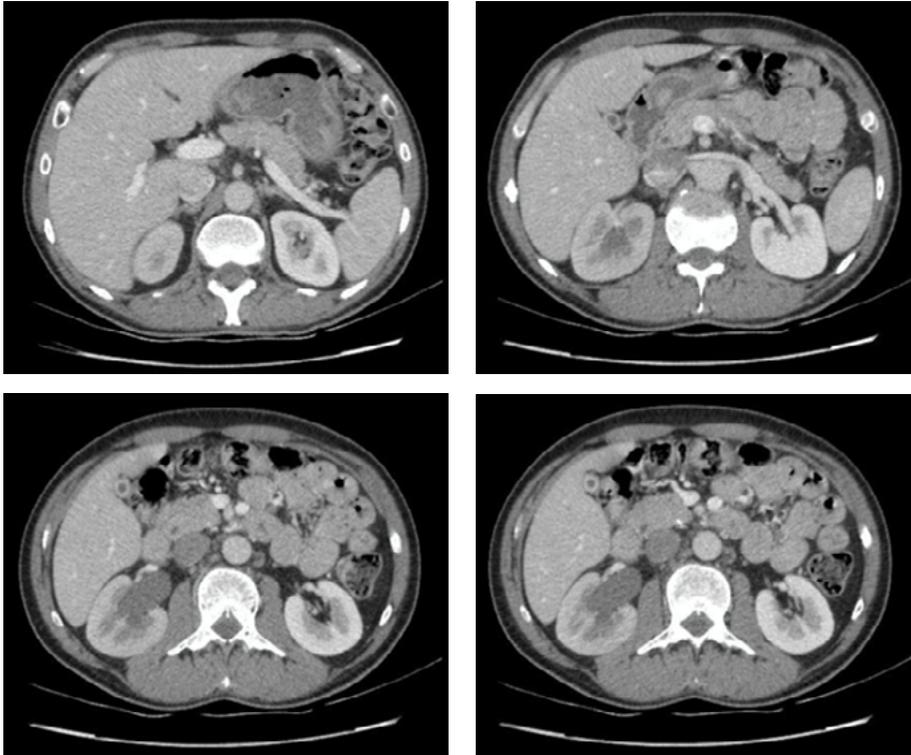


Figura 1. Tc de abd-pelvis: Tejido con densidad de partes blandas a nivel retroperitoneal, que envuelve, sin estenotar, la aorta abdominal infrarenal y vasos ilíacos, y vena cava infrarenal. Mide 74 mm de eje longitudinal. A nivel del cruce de los vasos ilíacos, envuelve y estenosa el uréter derecho, determinando dilatación retrógrada uretero-piélica de leve-moderada entidad que asocia retraso en la captación y eliminación del material de contraste.

Fascitis eosinofílica. Discusión de un caso clínico y revisión del tema.

Autores: Aguiar A.

Institución: Asistencial Médica de Maldonado, Uruguay.

Introducción

La fascitis eosinofílica fue descrita por primera vez en 1974 por Shulman. Actualmente se considera una enfermedad del tejido conectivo relacionada con otros síndromes del tipo esclerodermia. La baja frecuencia y poco conocimiento de esta entidad es motivación para presentar y describir la clínica e histología de esta paciente ingresada en nuestro servicio.

Caso clínico

57 años. HTA. Consulta por tumoración pétreo y dolor en antebrazo derecho, engrosamiento de piel y parestesias de ambos miembros superiores (figura 1). Al examen se constata induración a nivel de partes blandas en dicha topografía. De la búsqueda etiológica se destaca:

VALORACIÓN GENERAL	AUTOINMUNIDAD	NEOPLASIAS
Eosinofilia mantenida por 1 año, mayor a 2000 mcl.		
Anemia NN leve	ANA negativo	TAC body sin alteraciones
Vit B12:2101	Anti ADN negativo	Fecatest negativo
Ác. Fólico normal	Enf. Hepáticas AI negativos	Marcadores tumorales negativos
Sideremia baja	FR Y CPC negativos	MXRX birads 1
Crisis normal		PAP: negativo para lesión intraepitelial o malignidad.
F y E Hepático normal		Ecografía: hepatoesplenomegalia leve.
PCR:26		
Ionograma normal		
CMV y Hepatitis no reactivos		
TSH normal		

Con planteo de fascitis eosinofílica se solicita biopsia de músculo que es compatible con el diagnóstico.

Dada la asociación de esta enfermedad con SDLP (10%), en nuestra paciente con esplenomegalia, eosinofilia y vitamina B12 elevada se solicita mielograma y BMO que descartan dicha asociación.

Se inicia tratamiento con prednisona 60 mg por día y Metotrexate a 15 mg semanales y ácido fólico presentando buena respuesta inicial pero posteriormente recae presentando sintomatología articular, muscular y mayor induración de piel y partes blandas. Se decide aumento de dosis de MTX a 21.5 mg semanales.

Dado falta de respuesta se suspende MTX y se inicia azatioprina presentando franca mejoría de síntomas y logrando descenso paulatino de corticoides. Actualmente la paciente se encuentra estable clínicamente bajo tratamiento con azatioprina y sin corticoides.

Discusión

La fascitis eosinofílica se caracteriza por engrosamiento de la fascia, tejido adiposo y del tejido conectivo adyacente, manifestándose clínicamente como inflamación, eritema y engrosamiento del área afectada, usualmente extremidades.

La mayoría se presentan entre la tercera y sexta década de vida.

Se desconoce su etiología, aunque se ha relacionado con otros síndromes del tipo esclerodermia. Las principales características que permiten diferenciarla ésta son la ausencia de esclerodactilia, raynaud y alteraciones de la microcirculación.

La manifestación cutánea típica son cambios en la pigmentación de la piel y el “signo del surco”, aparición del trayecto venoso al elevar el miembro comprometido como era el caso de nuestra paciente. La neuropatía por atrapamiento es una manifestación tardía de la enfermedad, sobre todo el síndrome del túnel carpiano (20-40%).

La fascitis eosinofílica se ha descrito también asociada a hipotiroidismo, fármacos y enfermedades del tejido conectivo como lupus eritematoso sistémico.

Los hallazgos de laboratorio más frecuentes son la eosinofilia periférica (80-90%), hipergammaglobulinemia (75%), VES elevada (50-70%). Característicamente los autoanticuerpos son negativos. Para el diagnóstico de certeza es necesaria una biopsia profunda “en cuña” de la zona afectada que incluya piel, hipodermis, fascia y tejido muscular. Los corticoides son los fármacos más empleados; sin embargo, como es el caso de nuestra paciente 25-50% de los pacientes fracasan a este tratamiento. Existen reportes aislados de respuesta clínica satisfactoria con metotrexate, ciclosporina o azatioprina.

Conclusiones

La fascitis eosinofílica es una entidad poco frecuente que se debe plantear en pacientes con cambios cutáneos tipo esclerodermia asociados a eosinofilia. La confirmación diagnóstica se realiza mediante biopsia. Reconocerla es importante para ofrecer un tratamiento y seguimiento distinto al de la esclerodermia.



Figura 1

Alto riesgo obstétrico

Autoinmune

Cardiología

Endocrinología

Digestivo - Hepatología

Hematología

Infectología

Neumología

Neurología

Sars-Cov2 / Covid-19

Misceláneas



¿Cuándo solicitar ecocardiograma transtorácico en la emergencia?

Estudio descriptivo

Autores: Rostán S, Más V, Bonato S, Ferrés J, Frontini N, Rielli E, Risso J, Viola S, Murguía S.

Institución: Clínica médica 3, Hospital Maciel. Facultad de Medicina – Universidad de la República, Uruguay

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares fueron responsables de 25.4% de las muertes en Uruguay en el año 2020. Es necesario contar con herramientas que permitan diagnosticar el daño lesional cardíaco y así generar estrategias terapéuticas y preventivas. La ecocardiografía con doppler es fundamental para la valoración estructural y funcional cardiovascular. La misma guía procedimientos invasivos en emergencia, evalúa la posición de dispositivos cardíacos y descarta diagnósticos diferenciales. Además es una técnica no invasiva y de rápido acceso.

Las indicaciones en emergencia son: paro cardíaco, traumatismo de tórax, embolia pulmonar, shock e isquemia miocárdica.

El propósito de este trabajo es analizar la solicitud de los ecocardiogramas transtorácicos (ETT) desde el servicio de emergencia durante el período 2016-2020.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado en el Servicio de Ecocardiogramas del Hospital Maciel durante el período 2016-2020. Se realizó la revisión de la base de datos de dicho servicio.

Criterios de inclusión: ETT solicitados desde la Emergencia, en el que se explicita el motivo de petición. Criterios de exclusión: ETT de menores de 18 años, estudios con mala ventana ecocardiográfica, falta de datos patronímicos y antecedentes personales.

El análisis estadístico fue realizado mediante el uso del programa JASP ®. A las variables cualitativas se les asignó un valor numérico para poder analizarlas como variables cuantitativas. Éstas fueron evaluadas mediante frecuencias absolutas y relativas.

Las variables de estudio fueron: edad, sexo, factores de riesgo cardiovasculares (FRCV): diabetes mellitus (DM), hipertensión arterial (HTA), tabaquismo, obesidad, dislipemia. Se transcribió el motivo de solicitud, categorizando posteriormente según el sector de la anatomía afectado: pericardio, miocardio inespecífico y específico, endocardio, vascular y valoración general. Esta última incluye causas generales y funcionales como la valoración de la función de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI). La investigación fue aprobada por el Comité de Ética del Hospital Maciel según lo dispuesto en el Decreto Nacional 158/19 y la Declaración de Helsinki en su versión del año 2000.

Resultados

Se obtuvo una muestra (n) de 775 ETT, 365 mujeres y 410 hombres. La media de edad fue 68 y 61 años respectivamente. De los FRCV: 65,46% tenían HTA, obesidad 37,44%, DM 21,01%, tabaquismo 11,59%, y dislipemia 4,59%.

De los motivos de solicitud:

43% Valoración cardiovascular: valoración de la FEVI (88%), etiología de evento neurológico agudo ACV/AIT (12%)

19% Miocardio inespecífico, cardiopatía isquémica 77%, cardiopatía valvular 21% cardiopatía hipertensiva 1%, , cardiopatía dilatada 1%

13% Endocardio: endocarditis 100%

12% corresponden al Pericardio, en la cual se incluye derrame pericárdico (72%), pericarditis (9%), y trauma (herida de arma blanca o traumatismo abierto) (19%)

8% sector Vascular: tromboembolismo pulmonar (90%), disección-coartación o aneurisma de aorta (7%), hipertensión arterial pulmonar (3%)

5% Miocardio específico: Arritmias (97%), paro cardiorespiratorio (3%)

Conclusiones

El ETT en emergencia tiene indicaciones precisas avaladas científicamente. Los resultados de este trabajo no se ajustaron a las mismas: siendo la más prevalente la valoración de la FEVI. Se hace necesario e imperioso protocolizar y establecer algoritmos diagnósticos para facilitar una adecuada gestión de recursos.

Evaluación de la función renal en pacientes con insuficiencia cardíaca

Subanálisis del estudio EMPUMIC

Autores: García ZA, Grupo UMIC

Institución: Hospital de Clínicas-Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC), Montevideo-Uruguay

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) tiene alta prevalencia, morbimortalidad y elevados costos, siendo un problema de salud pública. Las comorbilidades frecuentemente acompañan a la IC contribuyendo a aumentar su morbimortalidad siendo una de las causas del deterioro de la calidad de vida. Entre sus estrategias terapéuticas, se debe considerar el abordaje de las comorbilidades, entre ellas la insuficiencia renal (IR). Siendo la IR la comorbilidad más frecuente de la IC, añadiendo un peor pronóstico. La IR en pacientes con IC tiene una prevalencia de más del 50% en comparación con la población general. Existe una relación bidireccional entre el riñón y el corazón en donde el empeoramiento de uno puede afectar al otro, independientemente de cuál de los dos órganos haya sufrido la lesión inicial y de su estado funcional previo. Además corazón-riñón comparten factores de riesgo como: edad avanzada, diabetes mellitus (DM2), hipertensión arterial y dislipemia. Dentro de las dificultades en estos pacientes se encuentra el de no poder realizar un tratamiento óptimo recomendado por las guías de IC. En un paciente sano se observa una pérdida de función renal de $1\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ por año, en pacientes con IC es de $2\text{-}3\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ por año y en IC grave de $5\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ por año. En estudios con las gliflozinas se observó atenuación de la caída de la función renal $1\text{-}2,28\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ por año.

El presente subanálisis del trabajo EMPUMIC (uso de empagliflozina en pacientes diabéticos con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (ICFEr)) tiene como objetivo evaluar la evolución de la función renal de los pacientes al año de tratamiento con empagliflozina.

Metodología

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional de la población incluida en el estudio EMPUMIC, se realizó cálculo de la tasa de filtrado glomerular (TFG) inicial y al año de tratamiento con empagliflozina, ingresándolo a la base de datos y posterior análisis estadístico.

Inclusión: DM2 con ICFEr $< 40\%$, < 81 años, hemoglobina glicosilada $> 7\%$, IMC $> 25\text{kg}/\text{m}^2$, consentimiento informado.

Exclusión: TFG $< 30\text{ml}/\text{min}/\text{m}^2$, arteriopatía severa, infecciones urinarias recurrentes, cetoacidosis o insulinizados.

Resultados

Se incluyeron 31 pacientes, 17 hombres (54,8%), edad mediana de 61. La etiología de la IC fue isquémica en 54,8% (17), IMC con mediana 32,6. En la tabla 1 se describen las características de la población.

El 45% de los pacientes antes de empezar empagliflozina tenían algún grado de IR. Al año de uso de empagliflozina hay un descenso significativo de la progresión del daño renal ($p:0,013$). El 13% de los pacientes presentaron una caída del FG $> 2,28\text{ml}/\text{min}/1.73\text{m}^2$ /año en contexto de IC aguda secundaria a proceso infeccioso.

Conclusiones

Se observó un alto porcentaje de pacientes con algún grado de IR en la población estudiada. Además, se evidenció una ralentización del deterioro de la función renal con la adición de empagliflozina al tratamiento de la IC.

	Mediana n:31	RIQ
Edad (años)	61,0	56 – 68
TFG (mL/min/1,73m2) sin empagliflozina	75	56 – 91
TFG (mL/min/1,73m2) al año con empagliflozina	81	63-95
FEVI (%)	30	21,5 – 38,5
IMC (kg/m2)	32,6	28,5 – 36,5
	F. Absoluta n:34	F. Relativa %
Sexo: Femenino	14	45,1
Masculino	17	54,8
Etiología: Isquémica	17	54,8
No isquémica	14	45,1
HTA	27	79,4
FA	9	26,4

Tabla 1. Características de la población general. TFG: Tasa de filtrado glomerular. FEVI: Fracción de eyección Ventrículo Izquierdo. RIQ: Rango Intercuartílico. F: Frecuencia. HTA: Hipertensión arterial

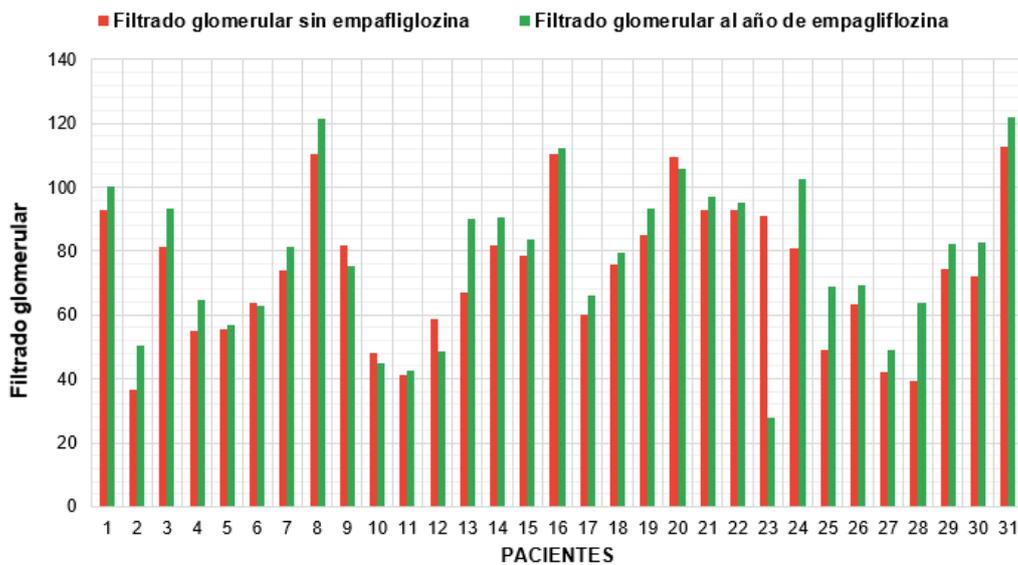


Figura 1. Evolución de filtrado glomerular al año de empagliflozina

Amiloidosis cardíaca y su amplio espectro clínico. Serie de casos

Autores: Negrin Paula, Pereda Maximiliano, Diaz Lilian

Institución: Médica Uruguaya, Montevideo Uruguay.

Introducción

Grupo de enfermedades poco frecuentes, caracterizadas por depósito extracelular de proteínas insolubles denominado Amiloide, que provoca daño en diversos órganos y tejidos. Los depósitos cardíacos de Amiloide causan una cardiopatía infiltrativa/restrictiva, expresión frecuente de esta enfermedad y factor pronóstico determinante. Los tipos de Amiloide que frecuentemente infiltran el miocardio son AL (cadenas livianas) y TTR (transtirretina) en un 98% de los casos.

Casos clínicos

Sexo Masculino (SM), 74 años. Hipertenso (HTA) y diabético tipo dos no (DM2). Debuta en 2019 con episodio sincopal, con pródromos, en contexto de cuadro gastrointestinal. Se realiza ETT con hipertrofia ventricular severa, probable miocardiopatía infiltrativa, FEVI conservada. ECG y Holter sin alteraciones. Sin evidencia de pico monoclonal, Inmunofijación (IF) negativa y sin cadenas livianas libres (FLC) en sangre ni orina. Centellograma con pirofosfato positivo para Amiloidosis Cardíaca (CA) con secuenciación del gen de TTR que evidenció la mutante Val50Met. En tratamiento con Tafamidis.

SM, 65 años. HTA, DM2, dislipémico, ex tabaquista. Cardiopatía Isquémica con ATC con colocación de stent en arteria descendente anterior y circunfleja en 2021. Angor persistente, refractario a tratamiento médico con CACG sin lesiones revascularizables. ETT con patrón de llenado del VI de tipo Pseudo-normal E/e' 23. Se completa valoración con RM cardíaca; características compatibles con Amiloidosis cardíaca. Valoración humoral con pico monoclonal lambda, biopsia endomiocárdica positiva para depósitos congófilos. Se realiza autoTPH y mantenimiento con Bortezomib.

SM, 77 años. HTA, DM2, dislipémico. Estenosis valvular aórtica severa y sintomática con recambio valvular aórtico en Febrero 2022. Endocarditis Infecciosa precoz sobre válvula protésica, ETT FEVI 45%, DDVI 49 mm, Patrón de Strain longitudinal global que recuerda miocardiopatía infiltrativa. Se completa valoración con Centellograma con pirofosfatos positivo para CA. Sin evidencia de pico monoclonal, IF negativa y sin FLC en sangre ni orina.

SM, 76 años. HTA, DM2, Dislipémico, Ex Tabaquista. BAVC con Marcapasos en 2020. Consulta por Insuficiencia Cardíaca descompensada con Derrame Pleural severo refractario al tratamiento deplectivo que requiere Pleurodesis. ETT con FEVI 30% con grosor septal de 18 mm. Se completa valoración con Centellograma con Pirofosfato que es positivo para CA, Sin evidencia de pico monoclonal, IF negativa y sin FLC en sangre ni orina. Progresión de IC con FEVI 20%, en seguimiento por Cuidados Paliativos.

Discusión

Presentamos cuatro casos de pacientes con CA y diferente expresión clínica, donde la sospecha diagnóstica precoz tuvo un rol fundamental en el pronóstico de los pacientes. Es una causa en crecimiento de insuficiencia cardíaca con fracción de eyección preservada implicada hasta en el 13% de los casos. El aumento del grosor de la pared del ventrículo izquierdo no dilatado, en pacientes mayores como en los casos anteriormente referidos, acompañado de falla cardíaca con FEVI conservada, estenosis aórtica severa o miocardiopatía hipertrófica nos debe obligar a descartar la presencia de CA.

Conclusiones

Su diagnóstico y tratamiento continúan siendo desafiantes, por lo que es primordial la alta sospecha clínica. Nuevas terapias específicas están en el horizonte cercano, con potencial tanto para inhibir la formación de nuevo amiloide como para mejorar la eliminación de los depósitos existentes.

Amiloidosis cardíaca. Etiología poco buscada. Serie de casos

Autores: Pan N, Tor M, Bueno L.

Introducción

La amiloidosis es un grupo heterogéneo de enfermedades cuya patogenia se basa en el depósito de amiloide. La afectación cardíaca es una causa rara de miocardiopatía, siendo los tipos cadenas livianas (AL) y transtiretina (ATTR) las formas más frecuentes. No se cuenta con estudios de prevalencia Uruguay, aunque probablemente esté subestimada, sobre todo como etiología del adulto mayor o en FEVI conservada (FEVIc). El objetivo es describir una serie de casos diagnosticados entre los años 2021-2022.

Casos clínicos

Hombre, 83 años, FA. Ingresa por debut de insuficiencia cardíaca aguda (ICA). ECG: FA, microvoltaje. ETT: severo engrosamiento parietal ventricular izquierdo (VI) de aspecto infiltrativo, FEVI 20%, patrón de miocardiopatía hipertrófica. Planteo: amiloidosis cardíaca (AC). Cardio-resonancia: compatible. Centellograma miocárdico con pirofosfato (CMP): ATTR.

Hombre, 60 años. Xerostomía. Ingresa por el debut de ICA. En evolución colitis con rectorragia. Planteo: amiloidosis con compromiso cardíaco, digestivo y glándulas salivales. Paraclínica: ECG: microvoltaje. ETT: discreta HVI. FEVIc. CACG sin lesiones. Cardio-resonancia: compatible. Biopsia de grasa abdominal: compatible, confirma amiloidosis. FCC con biopsia compatible. Cadenas livianas en sangre kappa/lambda 104,91. Se descarta mieloma múltiple. Inicia bortezumib sin peoría de clase funcional ni deterioro valorado por ETT.

Hombre, 73 años. FA. ICC sin etiología, ETT cinco meses previos FEVI 55%. Ingresa por ICA con peoría de clase funcional. Búsqueda etiológica: ECG: FA, microvoltaje. ETT: VI dimensiones normales, espesor parietal severamente aumentado, dilatación biauricular severa, FEVI 22%. Planteo: miocardiopatía restrictiva, posible AC. Biopsia grasa abdominal: compatible. CMP: ATTR. Inicia doxiciclina. Fallece en 2022 por causa no cardiovascular.

Hombre, 85 años. ICC con FEVI reducida (FEVIr), sin etiología. Hipotensión ortostática. Ingresa por ICA. CACG descarta isquemia. ECG: microvoltaje. CMP: ATTR. Inicia doxiciclina sin franca mejoría, múltiples ingresos por ICA, fallece en 2022.

Discusión

Se presentan cuatro casos de AC. Todos presentan microvoltaje en ECG. El paciente más joven presenta AC por cadenas livianas con afectación de otros órganos, el subtipo más frecuente en menores de 65 años. El compromiso cardíaco, presente en el 50-70%, es marcador de mal pronóstico. Únicamente este paciente inició un fármaco dirigido a tratar la causa subyacente de producción de amiloide. Los restantes, rango etario 73-85, presentan ATTR, causa aún subdiagnosticada, pero emergente en el adulto mayor. La FEVIr es indicador de enfermedad evolucionada y diagnóstico tardío. Tafamidis ha demostrado reducir la mortalidad en IC por ATTR con clase funcional NYHA I-III. Ninguno de nuestros pacientes pudo iniciarlo debido a que fueron diagnosticados en una etapa avanzada de la enfermedad. Es fundamental pensar en ATTR como etiología de IC, sobre todo en el adulto mayor, para lograr un tratamiento dirigido eficaz y precoz.

Conclusiones

La AC es considerada una enfermedad poco frecuente, con baja incidencia reportada en Uruguay, pero subestimada, en especial en edades avanzadas. Creemos este y otros reportes pueden brindar una

visión más real en cuanto a estadística nacional. La afectación infiltrativa cardíaca es la principal causa de muerte. Es necesario tener alta sospecha clínica para lograr un diagnóstico oportuno y ofrecer un tratamiento dirigido en etapas precoces.

¿Cuándo sospechar miocardiopatía inducida por marcapasos?. A propósito de un caso

Autores: Olaya Q, García Z.

Institución: Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Unidad Académica Clínica médica A. Montevideo, Uruguay.

Introducción

Un millón de marcapasos permanentes (MP) son colocados anualmente en el mundo en pacientes con bloqueo auriculoventricular de alto grado. La miocardiopatía inducida por marcapasos (PiCM, siglas en inglés), se relaciona con la disincronía ventricular producida por el MP al retrasar la activación basal y lateral del ventrículo izquierdo (VI) con el bloqueo completo de rama izquierda inducido, generando elevación de las presiones y una ineficiente contracción, que con el tiempo produce remodelación e insuficiencia cardíaca. Respecto al lugar de estímulo, es más probable cuando se ubica en el ápex que en el tabique o tracto de salida del VD, así como carga de estimulación >20%. Al ser una patología inusual, sin casos reportados en Uruguay, este caso clínico busca aproximar la sospecha clínica.

Caso clínico

Femenino, 43 años, operaria. Sin hábitos tóxicos ni exposicionales. Antecedente de CIA corregido a los 4 años con posterior BAVC con MP desde entonces. Múltiples recambios por agotamiento o complicaciones infecciosas, último recambio de marcapasos 04/2019 por ERI (CCC a DDD). En 09/2020 recambio de cable por falla de sensado auricular con estimulación ventricular asincrónica, posterior al procedimiento episodios de dolor torácico con ETT (09/2020) fracción de eyección (FEVI) conservada y MIBI-DIPI (12/2021) sin evidencia de isquemia miocárdica inducida por el estrés farmacológico con dipiridamol.

En la evolución agrega disnea de esfuerzo, clase funcional II, disnea decúbito, disnea paroxística nocturna, no edemas, no nicturia. Al examen físico: Peso 46Kg, Talla 146cm, PA 100/60mmHg, FC 60cpm, FR 18rpm, SO₂ 97% VEA, sin hallazgos patológicos. POCUS Patrón A, VCI 20mm, colapsable.

ECG Ritmo de marcapasos, FC 60 cpm, QRS 150ms, BCRI (Figura 1). Test de Marcha con SO₂ al inicio 100% FC 65, al finalizar SO₂ 100% FC 68, FR 22, niega disnea, ETT (12/2022) FEVI 38%. HVI excéntrica moderada. Biauriculomegalia. VD disfuncionante. Sin elementos de HTPulmonar. IM leve. En tratamiento con Losartán 25 mg c/12hs, Espironolactona 25 mg/día, Bisoprolol 10 mg/día, sin iSGLT2 (condición socioeconómica).

De la búsqueda etiológica de descenso de FEVI:

- Cardioresonancia (03/2023) Calidad subóptima por artefacto generado por el MP. VI dimensiones normales con hipoquinesia global. FEVI levemente disminuida (42%). Al dimensiones máximas normales. AD dimensiones normales. VD dimensiones normales, no se pudo estimar los volúmenes del mismo ni tampoco la FEVD. Sin alteraciones valvulares ni pericárdicas. Secuencias de perfusión sin alteraciones. No edema ni realce tardío (Figura 2)
- Chagas, inhibidor lúpico, anticardiolipina, b2 glicoproteína, ANCA, ANA, factor reumatoideo negativos
- Complementemia y electroforesis de proteínas normales

Discusión

PiCM carece de definición, se establece el descenso de la FEVI hasta 40-50% o una caída mayor al 10% respecto al basal entre el 3-4° año posterior a la colocación o reposicionamiento de electrodos del MP. Asimismo, reducción del 15% del strain o en índices contracción/relajación.

Así como en la literatura, nuestra paciente desarrolla IC con FEVI levemente disminuida al tercer año de recolocación de cable auricular, objetivando disincronía ventricular en ausencia de otra etiología.

Conclusiones

Sospechar PiCM ante la reducción de FEVI en pacientes con MP cuando no se ha objetivado otra causa.

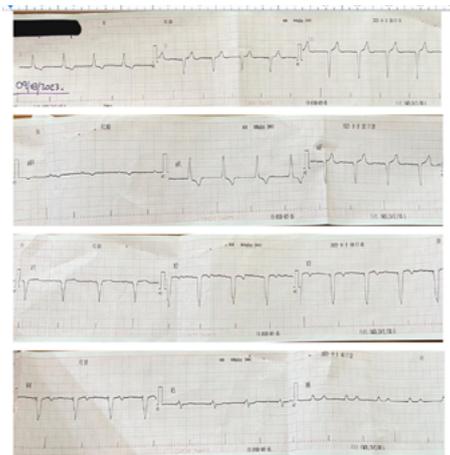


Figura 1. ECG



Figura 2. Rx tórax y cardiorresonancia

Ventrículo izquierdo no compactado, una causa infrecuente de insuficiencia cardíaca

Autores: Machado M, Viviano L, Cuba X, Rivero M, Garino P, Díaz Cuña C.

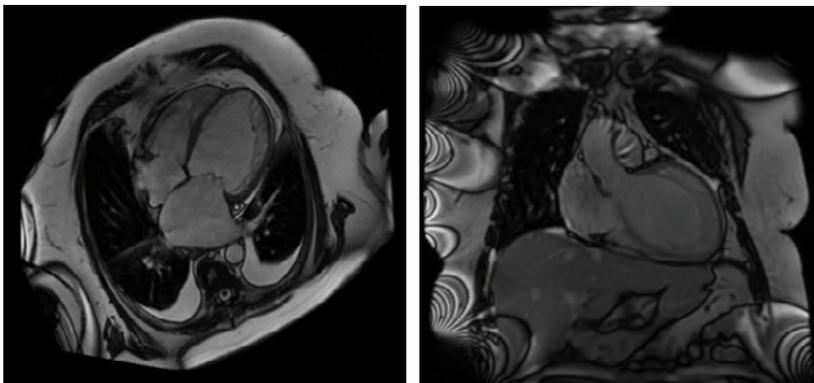
Institución: Hospital Maciel – Montevideo, Uruguay.

Introducción

El ventrículo izquierdo no compactado (VINC) es una entidad recientemente descrita. Se caracteriza por excesiva trabeculación del ventrículo y recesos intratrabeculares profundos, generando una capa fina epicárdica compactada bien desarrollada, y otra endocárdica gruesa de aspecto esponjoso. Su prevalencia es desconocida y probablemente subestimada, variando según estudios diagnósticos utilizados. Su clínica es variable, desde asintomáticas hasta con complicaciones como insuficiencia cardíaca (IC), eventos tromboembólicos, arritmias y muerte súbita. Presentamos dos casos clínicos de VINC que se manifestaron como insuficiencia cardíaca sintomática.

Caso clínico I

Hombre, 59 años, obesidad, dislipemia, hipertensión arterial (HTA) y diabetes mellitus. Cardiopatía dilatada de etiología incierta con fracción de eyección del ventrículo izquierdo (FEVI) reducida, sin isquemia por estudio funcional. Consultó por disnea de reposo, disnea de decúbito (DD), disnea paroxística nocturna (DPN), y edemas de miembros inferiores (MMII). Al examen físico crepitantes bibasales y edemas hasta mitad de piernas. Con planteo de insuficiencia cardíaca global descompensada (ICGD) se inició tratamiento deplectivo y se completó valoración. Electrocardiograma (ECG): ritmo sinusal (RS), bloqueo completo de rama izquierda (BCRI) y bloqueo aurículo-ventricular de primer grado. Radiografía de tórax (RxTx): elementos de hipertensión veno capilar pulmonar (HTVCP). Ecocardiograma transtorácico (ETT): hipertrofia ventricular izquierda severa, FEVI 25%, dilatación auricular izquierda. Holter: RS, extrasístoles ventriculares escasas, BCRI. Resonancia magnética cardíaca (RMC): aumento severo de volúmenes, FEVI severamente disminuida, diagnóstico de miocardio no compactado. Fibrosis no isquémica septal 18%. Se inicia tratamiento médico óptimo (TMO), se plantea terapia de resincronización cardíaca (TSR) y cardiodesfibrilador automático implantable (CAI).



Caso clínico II

Hombre, 52 años, policonsumo, tabaquismo, dislipemia, HTA. Fibrilación auricular crónica. Consultó por disnea de reposo, DD y DPN de una semana de evolución, edemas de MMII hasta rodillas, tos con expectoración mucopurulenta, sin fiebre. Al examen físico 26 rpm, crepitantes bibasales, ritmo irregular

110 cpm, ingurgitación yugular, reflujo hepato-yugular, edemas de MMII. Con planteo de ICGD por infección respiratoria baja, se inicia tratamiento deplectivo y antibióticoterapia, se completa valoración. ECG: RS, bloqueo completo de rama derecha. RxTx: HTVCP, índice cardiorácico aumentado, sin foco infeccioso. ETT: Dilatación de 4 cavidades con disfunción biventricular severa. FEVI 15 %. Criterios ecocardiográficos para VINC. Aumento de PDFVI. HTP moderada. RMC confirma VINC. Se inicia TMO de la ICGD, anticoagulación e ingresa a lista de trasplante cardíaco.

Discusión

Si bien existen pocos reportes, más de dos tercios de los casos de VINC se presentan como IC sintomática, al igual que los casos analizados. El diagnóstico se basa en criterios morfológicos identificados mediante ETT, siendo muchas veces poco concluyentes. En estos casos se sugiere realizar una RMC, que proporciona una mejor resolución para distinguir trabeculación miocárdica y cuantificarla, también valora la función cardíaca y es de elección para detectar fibrosis y trombos intratrabeculares.

Conclusiones

El VINC es una patología infrecuente. El manejo de la IC se basa en medidas farmacológicas y no farmacológicas (TRC, CDAI, trasplante cardíaco). Se sugiere la anticoagulación en pacientes con VINC y FA independientemente de la puntuación CHA₂DS₂-VASc, dado el alto riesgo de cardioembolia. Su pronóstico es muy variable, con cifras de mortalidad de hasta 35%.

Alto riesgo obstétrico

Autoinmune

Cardiología

Endocrinología

Digestivo - Hepatología

Hematología

Infectología

Neumología

Neurología

Sars-Cov2 / Covid-19

Misceláneas



Diabetes pancreática, una infrecuente presentación de un tumor

Autores: Castro, Daniel; Rossi, Alfonso

Institución: 1 Dr. en Medicina. Residente de Medicina Interna Universidad de la República Uruguay. 2 Dr. en Medicina. Residente de Cirugía General. Universidad de la República Uruguay.

Introducción

El tumor sólido pseudopapilar de páncreas o tumor de Frantz, fue descrito por primera vez en 1959 por Virginia Frantz. Representa el 0.7-2.7% de los tumores de páncreas, con una muy baja incidencia e índice de malignidad cercana al 10%. Sin embargo, en algunos pacientes puede adquirir un comportamiento agresivo, incluso generar metástasis siendo los sitios más frecuentes el hígado 28%, vena porta 27% y bazo en el 17%. Su presentación clínica depende del tiempo de evolución y del tamaño del mismo, desde lesiones indolentes que son hallazgos, o presentarse con síntomas compresivos. No presenta asociación con otras neoplasias, ni un componente secretor, es un tumor de crecimiento lento, y el tiempo necesario para duplicar su tamaño es de 765 días. El sector de la glándula más frecuentemente comprometido es la cola. Este tumor es más frecuente en mujeres con una proporción 9.78:1 respecto a los hombres, y la edad media de diagnóstico fue de 21.97 años con un rango entre los 2 y 89 años.

Caso clínico

Paciente de 15 años de edad, procedente de Paysandú. Sin antecedentes personales ni familiares de relevancia. Consultó por cuadro de inicio agudo/subagudo dado por elementos de síndrome diabético precoz, asociado a elementos de deshidratación, cetosis, acidosis, hiperglucemia y dolor abdominal inespecífico localizado en hipocondrio derecho. De la paraclínica de valoración inicial se desprende el diagnóstico de cetoacidosis diabética como forma de presentación de Diabetes Mellitus. En relación al abordaje del dolor abdominal que, si bien podría explicarse por acidosis, la intensidad y localización del mismo obligaron a plantear diagnósticos diferenciales. En este sentido se solicitó estudios de imagen que informaron: Tumoraación bien delimitada con epicentro en páncreas y ligamento gastrohepático, no identificándose parénquima pancreático en cuerpo y cola. Para complementar la imagenología se solicita ecoendoscopia con biopsia que plantea el diagnóstico de Tumor pseudopapilar de páncreas o Tumor de Frantz. Con este planteo se procedió a realizar Duodenopancreatectomía total y la anatomía de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico.

Discusión

La importancia de este tema radica en la forma poco usual de presentación; este tipo de tumores generalmente se presenta por síntomas compresivos. Creemos importante remarcar que, ante un posible diagnóstico de Diabetes, cabe la posibilidad que estemos frente a una diabetes secundaria y en la mayoría de los casos requiere un alto índice de sospecha para lograr el diagnóstico y tratamiento oportuno.

Conclusiones

La principal enseñanza del caso es la clínica, dado que fue la misma la que nos permitió sospechar la posibilidad de un diagnóstico alternativo, centrado en el dolor abdominal que, si bien como lo expresamos en la historia de la paciente, puede deberse en el contexto clínico a un síntoma más por acidosis, creímos que las características del mismo excedían a esta, y nos obligó a avanzar en estudios.

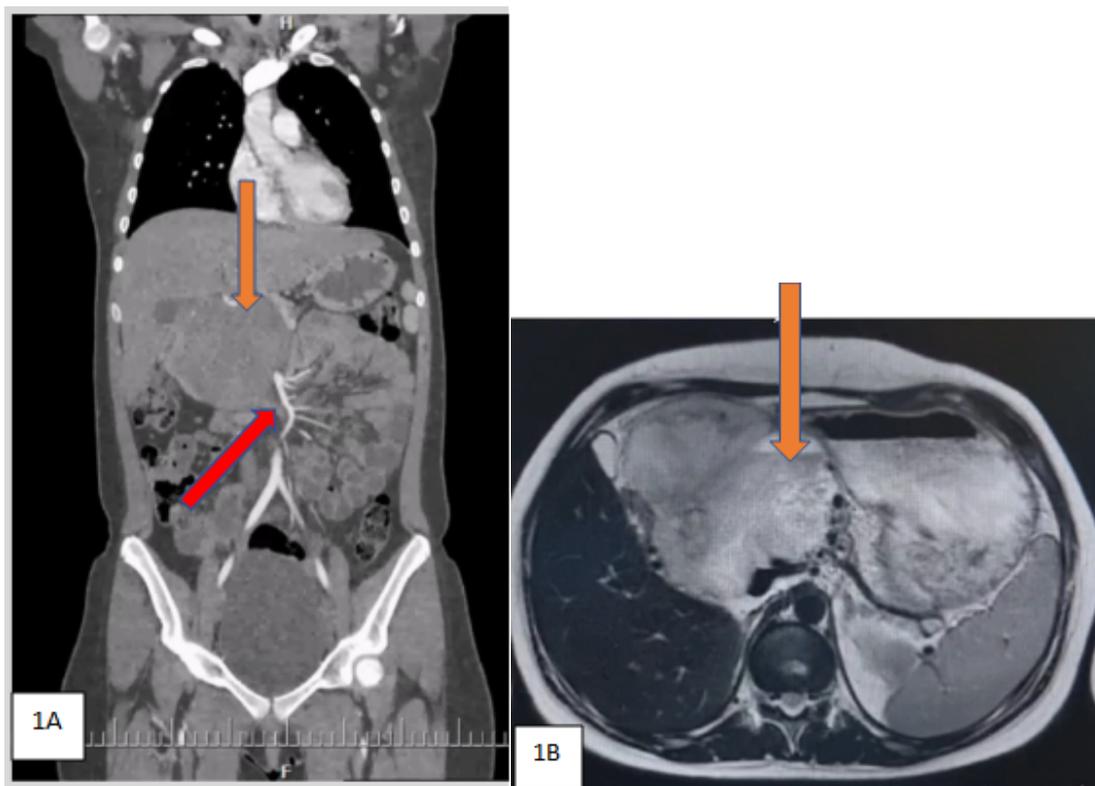


Figura 1A y 1B. Corte coronal y transversal de RM donde se evidencia el tumor y sus relaciones vasculares.

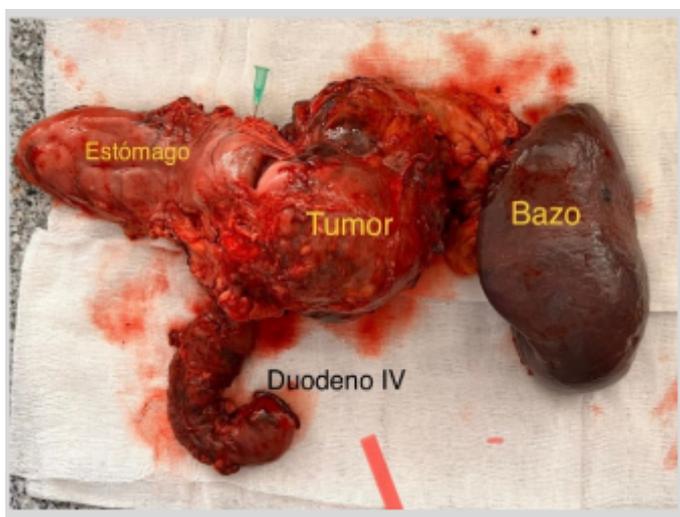


Figura 2. Pieza de resección quirúrgica: Duodenopancreatectomía cefálica con esplenectomía.

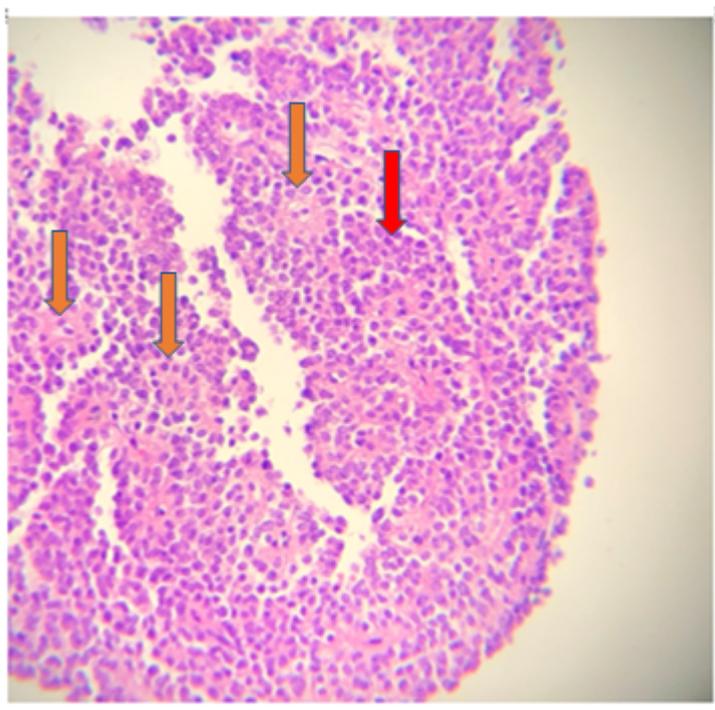


Figura 3. Corte Histológico en parafina, con tinción de hematoxilina-eosina. Donde se visualizan pseudopapilas (Flecha naranja) y sectores más sólidos (Flecha roja)

Parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica

Autores: de Sosa A.L., de Betolaza S.

Institución: Clínica Médica 2, Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay

Introducción

La parálisis periódica hipopotasémica se caracteriza por episodios recurrentes y transitorios de debilidad muscular e hipopotasemia. Es una complicación frecuente de la tirotoxicosis en la población asiática, principalmente en hombres entre 20 y 40 años, siendo poco frecuente en occidente.

Las características clínicas del hipertiroidismo en estos pacientes pueden ser sutiles, pudiendo ser pasada por alto o ser confundida con otras entidades.

Caso clínico

Se comenta el caso de un hombre de 46 años que se presentó con un cuadro de horas de evolución dado por calambres y debilidad muscular en miembros inferiores, agregando en la evolución debilidad en miembros superiores. Al examen físico se constató paresia que vencía gravedad y oponía resistencia a nivel de miembros superiores y paresia que no vencía gravedad, movilizándolo sobre el plano de la cama en miembros inferiores, con sensibilidad conservada e hiporreflexia generalizada. De la paraclínica se destacaba hipopotasemia de 2,4. Presentó excelente respuesta clínica a la reposición con potasio. El perfil tiroideo fue compatible con hipertiroidismo, por lo cual se planteó parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica y se inició tratamiento con antitiroideos. Se otorgó el alta médica con buena evolución posterior.

Discusión

La parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica se caracteriza por episodios recurrentes y transitorios de debilidad muscular que van desde debilidad leve hasta parálisis flácida completa e involucran generalmente primero las extremidades inferiores progresando a los músculos del tronco y, posteriormente, a las extremidades superiores. La función sensorial no se ve afectada. También puede haber síntomas prodrómicos de dolores, calambres y rigidez de los músculos afectados. La duración de los episodios es variable con una recuperación completa entre los ataques. Los episodios pueden precipitarse por eventos que están asociados con una mayor liberación de epinefrina o insulina.

El sello distintivo de esta entidad es la hipopotasemia. Las hormonas tiroideas incrementan la actividad de la Na/K-ATPasa. La estimulación puede ser de forma directa o indirecta a través del sistema adrenérgico principalmente en músculo esquelético, hígado y riñones lo cual produce un rápido y masivo ingreso de potasio del espacio extracelular al intracelular.

Durante la parálisis periódica y la hipopotasemia marcada, se debe realizar reposición con cloruro de potasio para prevenir complicaciones cardiopulmonares importantes. Una vez confirmado el diagnóstico de hipertiroidismo se debe iniciar el tratamiento específico y se debe estudiar la causa del mismo. La parálisis periódica hipopotasémica no recurre una vez que el paciente está en eutiroidismo; así, el adecuado control del hipertiroidismo es el pilar de la terapia.

En el caso comentado la anamnesis, los hallazgos en el examen físico y analítica sanguínea, la remisión de la signo/sintomatología luego del tratamiento, así como el resultado del perfil tiroideo permitieron la sospecha clínica de dicha entidad.

Conclusiones

La parálisis periódica hipopotasémica es una entidad poco frecuente en nuestro medio, cuya incidencia está en aumento, por lo cual se debe sospechar frente a todo paciente que se presenta con una parálisis aguda en contexto de hipopotasemia, para un tratamiento oportuno y así evitar sus complicaciones potencialmente mortales.

Síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética paraneoplásico

Autores: Perdomo P, Fenrandez V, D Alessandro S.

Institución: Cooperativa Asistencial Medica del Este de Colonia, Rosario, Colonia, Uruguay

Introducción

El síndrome de secreción inadecuada de hormona antidiurética (SIADH) es causa de hiponatremia crónica eurolémica frecuente. Se ha descrito en relación con una gran variedad de tumores malignos siendo más frecuente en el cáncer de pulmón. Cuando ésta aparece el tumor ya es evidente clínica o imagenológicamente. Se presenta el caso clínico de un paciente que consulta por síndrome confusional secundario a hiponatremia severa en euvolesmia, en el que se diagnostica un tumor neuroendócrino a células pequeñas.

Caso clínico

Sexo masculino, 74 años, con antecedentes personales de hipotiroidismo en eufunción tiroidea bajo tratamiento con levotiroxina, fibrilación auricular permanente anticoagulado con apixaban, enfermedad renal crónica sin etiología definida y adenomectomía prostática por hiperplasia prostática benigna.

Consulta por síndrome confusional de 72 horas de evolución sin otras alteraciones al examen físico destacando de la valoración paraclínica hiponatremia severa de 118 mEq/dL, descartando causas farmacológicas, tóxicas, infecciosas y metabólicas de su cuadro neurológico.

Para el estudio etiológico de hiponatremia se solicitan estudios complementarios de los que destaca: Natriuria de 24 horas de 165 mEq/L, osmolaridad plasmática disminuida y osmolaridad urinaria sin alteraciones, cortisolemia y aldosterolemia normales, en eutiroidismo. Se descarta causa farmacológica de hiponatremia.

Con planteo de SIADH se realiza screening de neoplasias para la edad y el sexo del que se destaca: antígeno prostático normal, sangre oculta en materia fecal negativa, videogastroduodenoscopia que evidencia gastritis crónica atrófica con metaplasia intestinal y positividad para infección por *Helicobacter pylori*. Se complementa con tomografía axial computada de la que se destaca hallazgo de nódulos hepáticos, completando valoración con resonancia magnética en la que se informa aspecto secundario de los mismos. Se realiza biopsia de nódulo hepático que confirma carcinoma neuroendócrino a células pequeñas. Tomografía por emisión de positrones informa imágenes intersticiales pulmonares con hipercaptación y adenopatías mediastinales. Equipo de oncología inicia tratamiento oncoespecífico.

Discusión

El SIADH debe incluirse en el diagnóstico diferencial de hiponatremia en el adulto, descartadas las causas más frecuentes de hiponatremia como farmacológicas. En el caso de nuestra paciente, la hiponatremia en contexto de una neoplasia neuroendócrina y en ausencia de otras causas que lo expliquen hace planteable que se trate de un SIADH de etiología paraneoplásica. El tratamiento va enfocado al tratamiento de la reposición de sodio intravenoso y tratamiento de la causa desencadenante de esta patología.

Conclusiones

El SIADH es causa de hiponatremia hipovolémica y en el estudio de su etiología, descartadas las causas farmacológicas e infecciosas, se debe realizar un screening de enfermedad neoplásica

Carcinoma neuroendocrino metastásico: A propósito de un caso clínico

Autores: Cuba, X, Catalá C, Smiliansky N, Más V

Institución: Clínica Médica 3, Facultad de Medicina, Universidad de la Republica. Hospital Maciel

Introducción

Los carcinomas neuroendocrinos (CNE) son neoplasias de origen neuroendocrino (gastrointestinal, broncopulmonares, timo y genitourinario). Presentan aumento de la producción de aminas y hormonas (hormona adenocorticotropa (ACTH), insulina, glucagón, serotonina) siendo funcionales hasta en un 20% de los casos. Si bien su prevalencia es baja (2-5 casos cada 100.000 habitantes) ha aumentado gracias a los avances en las técnicas diagnósticas.

Predomina en hombres, sexagenarios y afrodescendientes. En su mayoría son asintomáticos detectándose como hallazgo imagenológico. Las manifestaciones clínicas aparecen por hiperfuncionalidad o efecto de masa.

La confirmación es histológica e inmunohistoquímica (IHQ), son células de citoplasma anfófilo, núcleos redondeados, y cromatina granular. Expresan marcadores citoplasmáticos como la: Cromogranina A (CgA), Sinaptofisina y KI-67. Ésta última y el recuento mitótico, son marcadores de crecimiento y multiplicación celular. A partir de sus valores la OMS establece 3 grados de los CNE (1 grado bajo, 2 intermedio y 3 alto grado).

El tratamiento debe ser guiado en equipo interdisciplinario. La cirugía es de elección en las formas localizadas, y la quimioterapia en diseminadas.

Caso clínico

Hombre, 45 años, tabaquista. Múltiples consultas por lumbociatalgia y adelgazamiento.

Concorre a emergencia por lumbalgia intensa con características de organicidad. Al examen: desnutrición proteico-calórica. Dolor a la palpación de columna lumbosacra, Lassegue negativo, fuerzas y reflejos sin alteraciones. Adenopatía axilar izquierda dolorosa.

Paraclínica:

- hemograma, glicemia, función renal y hepática normales
- velocidad de eritrosedimentación 27 mm/h, LDH 578
- Tomografía tórax-abdomen-pelvis: adenomegalias pequeñas en cuello y axila. Enfisema bilateral y difuso. Lesión sólida en lóbulo derecho hepático. Lesiones hipodensas en cola de páncreas. Lesiones osteoblásticas en T6 y L2.
- Biopsia de ganglio axilar, anatomía patológica: proliferación celular atípica, células discohesivas y escaso citoplasma anfófilo.
- IHQ: CD56 +, Ki67 70%, BCL2 +, CKpool +, CgA+

Frente al diagnóstico de CNE de alto grado diseminado y no funcionante se decidió solicitar una Tomografía por emisión de positrones (PET-TC): extenso compromiso nodal supra e infradiaphragmático, hepático, pancreático, suprarrenales, de partes blandas y óseas.

Valorado con oncología y cuidados paliativos se realizó radioterapia analgésica y citorreductora, falleciendo previo al inicio de quimioterapia.

Discusión

Los CNE generalmente son asintomáticos y raramente dan metástasis a distancia, estas suelen ser regionales y aparecen en primarios mayores a 1cm. El caso analizado se presentó con importante repercusión general y dolor, evidenciando metástasis múltiples sin poder identificarse el primario. La CgA fue fundamental para el diagnóstico, constituyendo un marcador de alta sensibilidad (64-100% dependiendo si hay hiperfunción), y la expresión de KI-67 de más de 20% (70%) traduce alta velocidad de replicación tumoral. El tratamiento se plantea según la presentación clínica, el grado y diferenciación histológica, con pobre respuesta y mal pronóstico.

Conclusiones

Los CNE son poco frecuentes, se subraya la importancia de conocer la enfermedad y las herramientas diagnósticas y pronósticas, para poder establecer una estrategia terapéutica que mejore la sobrevida de los pacientes.

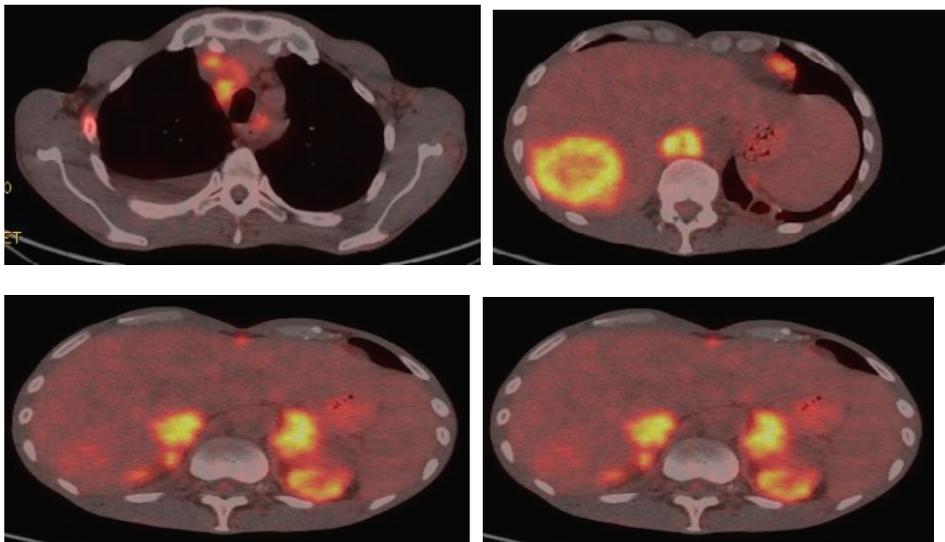


Figura 1. PET-TC con imágenes hipercaptantes.

Alto riesgo obstétrico

Autoinmune

Cardiología

Endocrinología

Digestivo - Hepatología

Hematología

Infectología

Neumología

Neurología

Sars-Cov2 / Covid-19

Misceláneas



Riesgo de fibrosis hepática por el score FIB-4

Subanálisis del estudio EMPUMIC

Autores: García ZA, Ormaechea G, Grupo UMIC

Institución: Hospital de Clínicas-Unidad Multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca (UMIC), Montevideo-Uruguay

Introducción

La enfermedad del hígado asociada a disfunción metabólica (MAFLD) afecta a una cuarta parte de la población y su prevalencia está en aumento asociado al incremento de diabetes mellitus 2(DM2) y obesidad, siendo un problema importante de salud pública a nivel mundial. La MAFLD se asocia al síndrome metabólico y enfermedad cardiovascular (CV) por múltiples vías, como insulinoresistencia, alteración del metabolismo lipídico, inflamación y disfunción endotelial. Estos mecanismos conducen remodelación cardíaca, aterosclerosis y aumento de morbimortalidad CV. La prevalencia en DM2 es el doble que la población general, 55.5% MALFD, 37,3% esteatohepatitis, 17% fibrosis hepática. En UMIC se observó el 69% de riesgo de fibrosis hepática utilizando score FIB-4 en paciente con insuficiencia cardíaca (IC) y DM2. A pesar de la alta prevalencia de esta condición no se tiene presente, de ahí la importancia de pensar la IC como una enfermedad sistémica, evaluando y tratando en forma holística sus comorbilidades.

Métodos no invasivos y fáciles de usar pueden ayudar a predecir el riesgo de fibrosis hepática como el score FIB-4, utiliza cuatro variables (edad, transaminasas(TGO/TGP) y plaquetas), con sensibilidad 73,4%, VPN 94.7%, especificidad 98.2%.

En la actualidad es limitado el arsenal terapéutico que cambie la evolución de esta patología. Existe alguna evidencia con Vitamina E, pioglitazona, GLP-1 y estudios recientes evidencian beneficios con iSGLT2.

El presente subanálisis del trabajo EMPUMIC “uso de empagliflozina en pacientes diabéticos con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida(ICFEr)” tiene como objetivo determinar la prevalencia del riesgo de fibrosis hepática mediante el score FIB-4 y evaluar los cambios de riesgo al año de recibir empagliflozina.

Metodología

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional de la población incluida en el estudio EMPUMIC, los datos fueron recolectados en excel, se realizó el cálculo FIB-4 antes y después del año de tratamiento con empagliflozina.

Inclusión: DM2 con ICFEr < 40%, < 81años, HbA1c > 7%, IMC > 25kg/m2, consentimiento informado.

Exclusión: FG < 30ml/min/m2, arteriopatía severa, infecciones urinarias recurrentes, cetoacidosis o insulinizados.

Resultados

Se incluyeron 31 pacientes, 17 hombres (54,8%), edad mediana de 61. La etiología de la IC fue isquémica en 54,8% (17), IMC con mediana 32,6. En cuanto a las transaminasas se observó mejoría significativa después del tratamiento con empagliflozina (p: 0.0157). En la tabla 1 se describen las características de la población.

El 74,19% pacientes antes de empezar tratamiento con empagliflozina presentan riesgo de fibrosis hepática con FIB-4 (figura 1). Al año hay un descenso significativo del riesgo por FIB 4 con el uso empagliflozina (12,9%), (p: 0,049) (Figura 2 y 3)

Conclusiones: Se observó alto de riesgo de fibrosis hepática con el score FIB-4 en los pacientes con IC y DM2, el tratamiento con empagliflozina por un año reduce este riesgo.

Es importante pesquisar esta comorbilidad tan prevalente para poder realizar una intervención oportuna y prescribir fármacos que disminuyan el contenido de grasa hepática.

	Mediana n:31	RIQ
Edad (años)	61,0	56 – 68
TFG (mL/min/1,73m2)	75,4	60,5 – 91,75
FEVI (%)	30	21,5 – 38,5
IMC (kg/m2)	32,6	28,5 – 36,5
Transaminasas sin tratamiento	54	28-70
Transaminasas con tratamiento	35	25-54
	F. Absoluta n:34	F. Relativa %
Sexo: Femenino	14	45,1
Masculino	17	54,8
Etiología: Isquémica	17	54,8
No isquémica	14	45,1
HTA	27	79,4
FA	9	26,4

Tabla 1. Características de la población general. TFG: Tasa de filtrado glomerular. FEVI: Fracción de eyección Ventrículo Izquierdo. RIQ: Rango Intercuartílico. F: Frecuencia. HTA: Hipertensión arterial.

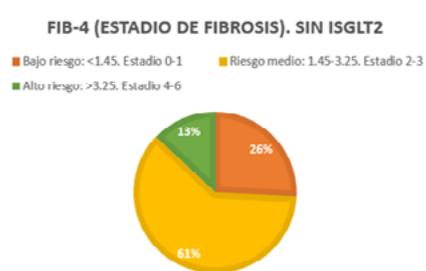


Figura 1. Cálculo de riesgo de fibrosis hepática por el score FIB-4 sin tratamiento con empagliflozina.

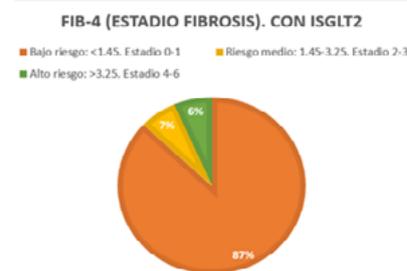


Figura 2. Cálculo de riesgo de fibrosis hepática por el score FIB-4 al año de tratamiento con empagliflozina.

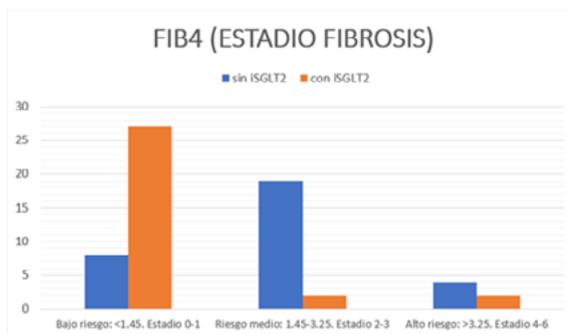


Figura 3. Comparativo del riesgo de fibrosis hepática por el score FIB-4 antes y después de tratamiento con empagliflozina.

Pancreatitis aguda alitiásica: presentación de dos casos clínicos

Autores: Leita A, Sosa D, Morelli C, Rojas E

Institución: Hospital Pasteur - Montevideo, Uruguay

Introducción

La pancreatitis aguda es una inflamación del páncreas que se diagnostica mediante la presencia de dolor característico en epigastrio, niveles elevados de amilasa y resultados de imágenes. Puede variar en gravedad desde formas leves hasta casos graves debido al síndrome de respuesta inflamatoria sistémica.

Las causas más comunes son litiasis biliar, consumo de alcohol y post-CPRE. Aunque poco frecuentes, la hipertrigliceridemia y la hipercalcemia también pueden ser desencadenantes, y su pesquisa, diagnóstico y tratamiento pueden tener un impacto significativo en el pronóstico. Se presentan dos casos clínicos de pancreatitis por causas poco comunes.

Caso clínico I

Mujer, 63 años, monorrena funcional por uropatía litiásica. Consulta por epigastralgia y vómitos. Destacando de la paraclínica amilasemia de 2100 U/l. Estudios de imagen descartan litiasis vesicular. De la búsqueda etiológica se destaca hipercalcemia 12.5 mg/dL. Se completa valoración con PTH 1566 pg/ml. Se plantea pancreatitis aguda en contexto de hipercalcemia secundaria a hiperparatiroidismo primario. Mala evolución por hipercalcemia sintomática, ingresa a UCI, donde se realiza pamidronato y hemodiálisis. En la evolución, paratiroidectomía de coordinación. La paciente fallece en el postoperatorio por PCR de causa no aclarada.

Caso clínico II

Hombre, 36 años, con antecedentes de HTA, hipertrigliceridemia sin tratamiento y VIH en tratamiento ARV. Consulta por epigastralgia y vómitos. De la paraclínica se destaca amilasemia de 299 U/l e hipertrigliceridemia severa 5827 mg/dL. Tomografía abdominal compatible con pancreatitis aguda, sin dilatación de la vía biliar ni litiasis. Ingres a UCI con diagnóstico de pancreatitis aguda por hipertrigliceridemia, requiriendo tratamiento con plasmaféresis de urgencia que se realiza en dos oportunidades. Triglicéridos post-tratamiento 322 mg/dL.

Discusión

Existen etiologías de pancreatitis aguda menos frecuentes, más importantes para el médico internista, dado su manejo y tratamiento. Destacamos en esta ocasión la hipertrigliceridemia y la hipercalcemia, sin olvidar otras etiologías como la farmacológica, infecciosa, isquémica e inmunomediada.

La pancreatitis por hipercalcemia es poco frecuente y su fisiopatología poco clara. Entre los posibles mecanismos se proponen los depósitos de calcio y la activación de tripsinógeno en el parénquima pancreático. Las etiologías más frecuentes de hipercalcemia son el hiperparatiroidismo primario y la tumoral. Se asocia a pancreatitis severa, por lo que debe sospecharse en toda pancreatitis alitiásica, en vistas a alcanzar un diagnóstico precoz.

En el caso de la hipertrigliceridemia, la pancreatitis es consecuencia de 3 factores: el daño directo de los ácidos grasos, la obstrucción de la circulación pancreática por quilomicrones, y el déficit de lipoproteín lipasa, que impide la degradación de quilomicrones. Suele darse en pacientes con TG mayor a 1000 mg/dl, y se considera factor agravante en toda pancreatitis, independientemente de su etiología. El tratamiento principal es la plasmaféresis en vistas a reducir los niveles séricos de TG.

Conclusiones

La pancreatitis alitiásica no alcohólica es una entidad poco frecuente que requiere un alto nivel de sospecha, dada la gravedad a la que se asocia y la variedad de tratamiento. Es de particular importancia para el médico internista, ya que suelen ser cuadros de resolución médica.

Análisis de sobrevida en una cohorte de pacientes con falla hepática aguda sobre crónica

Autores: Elizondo M1, Rey R1, Rampoldi P2, Valverde M1,2, Gerona S1.

Institución: 1Unidad Bi-institucional de Trasplante Hepático (Hospital de Clínicas – Hospital Central de las FF.AA.) Montevideo, Uruguay. 2Clínica Médica “A”. Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Introducción

La falla hepática aguda sobre crónica (ACLF) es un síndrome caracterizado por una descompensación aguda de la cirrosis, con falla multiorgánica y elevada mortalidad a corto plazo. El trasplante hepático (TH) es el tratamiento de elección. Predecir la evolución de los pacientes es importante para evaluar la mejor estrategia terapéutica. Los objetivos del trabajo son analizar la sobrevida de pacientes con diagnóstico de ACLF evaluados para TH en Uruguay e identificar variables asociadas a mortalidad.

Metodología

Análisis prospectivo y retrospectivo de pacientes adultos evaluados para TH por ACLF en el Programa Nacional de Trasplante Hepático (enero 2018 – julio 2023).

Resultados

En el período analizado se evaluaron 168 pacientes para TH. 24% (n:40) cumplían criterios de ACLF. La edad media fue 54.5 ± 14 años. 75% eran de sexo masculino. La etiología más frecuente fue la cirrosis por alcohol (n:18, 45%). Al diagnóstico el MELD-Na promedio fue 28.9 ± 2.1 . 34 pacientes (85%) eran Child-Pugh C. La clasificación por grados de ACLF fue la siguiente: G1 en 18 (45%), G2 en 16 (40%), y G3 en 6 (15%). En 65 % (n:26) de los casos se identificó la causa precipitante. Estas fueron: infección bacteriana intercurrente (n:16, 40%), hemorragia digestiva alta (n:5, 12,5%), y hepatitis alcohólica aguda (n:5, 12,5%). El score CLIF-COF (índice pronóstico) al diagnóstico fue de $52,4 \pm 4,6$. 20 pacientes (50%) presentaron peoría del número de fallas. 17 pacientes (42,5%) ingresaron en lista de espera para TH, 11 de los cuales se trasplantaron durante el seguimiento. La mortalidad global fue 67,5%, con una diferencia estadísticamente significativa entre no trasplantados (82,7%) y trasplantados (27,2%) ($p < 0.001$). La supervivencia fue diferente entre los pacientes que accedieron al TH respecto a los que no se trasplantaron ($p < 0.001$) (Figura 1). La mortalidad también tuvo diferencias estadísticamente significativas según el grado de ACLF ($p = 0.0005$) (Tabla 1). La identificación de una causa precipitante no se relacionó con diferencia en la sobrevida, excepto las infecciones intercurrentes que tuvieron correlación con la mortalidad ($p = 0.022$).

Conclusiones

La ACLF es una indicación frecuente de TH. La mortalidad es elevada y se asocia con el grado de ACLF, a la presencia de infecciones intercurrentes y a la accesibilidad al trasplante de forma oportuna. Es importante lograr el ingreso a lista de espera y la trasplantabilidad precoz de estos pacientes dado la mejoría en la sobrevida con dicha intervención.

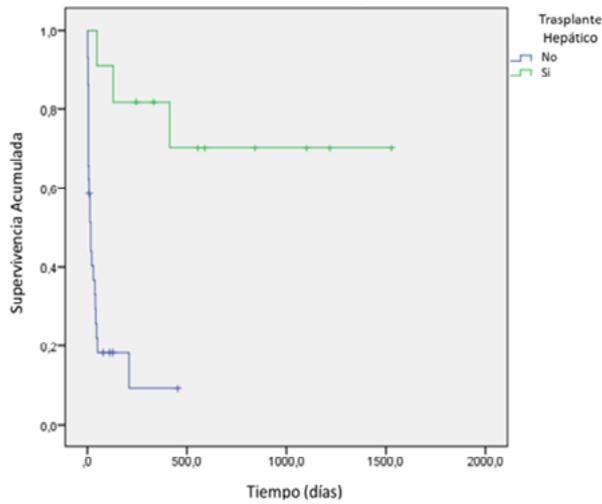


Gráfico 1. Sobrevida según accesibilidad al TH

	Fallecidos	Vivos	% Mortalidad
ACLF 1	10	8	55.5
ACLF 2	11	5	68
ACLF 3	6	0	100
Total	67,5%	32,5%	

Tabla 1. Mortalidad según grado de ACLF

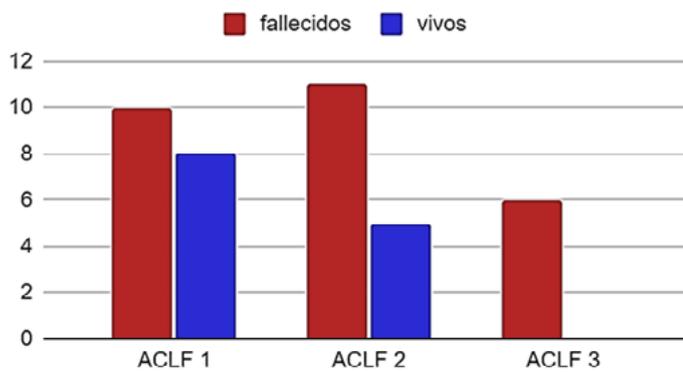


Gráfico 2. Mortalidad según grado de ACLF

Pruebas no invasivas para predecir respuesta terapéutica en pacientes cirróticos bajo betabloqueantes no cardioselectivos

Autores: Elizondo M1, Tesis A2, Valverde M1, Armentano R2, Gerona S1.

Institución: 1- Servicio de Hepatología, Hospital Central de las FFAA – Programa Nacional de Trasplante Hepático. 2- Departamento de Ingeniería Biológica, Centro Universitario Regional Litoral Norte, Universidad de la República.

Introducción

La hipertensión portal (HTP) es la principal causa de mortalidad en pacientes cirróticos. Los betabloqueantes no cardioselectivos (BBNS) se utilizan como profilaxis del sangrado variceal, existiendo limitaciones para el monitoreo de la respuesta terapéutica. La cardiografía de impedancia evalúa de forma no invasiva la hemodinamia sistémica, y la elastografía esplénica (EE) cuantifica la rigidez del bazo. Ambas podrían ser herramientas útiles para valorar la respuesta terapéutica a los BBNS. El presente trabajo tiene como objetivo describir los cambios hemodinámicos mediante valoración hemodinámica no invasiva (VHNI) y de la rigidez esplénica mediante EE en pacientes cirróticos con profilaxis con BBNS, identificando predictores de respuesta terapéutica y su correlación clínica.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de pacientes cirróticos con indicación de BBNS como profilaxis de sangrado variceal en el Hospital Central de las FFAA, desde julio 2022 a junio 2023. Se realizó VHNI con cardiografía de impedancia (Z-logic®), y rigidez esplénica por EE (FibroScan®). Los pacientes se evaluaron previo al inicio del tratamiento, en titulación (dosis inadecuada), y a dosis adecuada (FC: 50-55 latidos/minuto o mayor dosis sugerida). Se valoraron los eventos clínicos de descompensación hasta los 90 días post-medición con dosis adecuada. Para el procesamiento de datos se utilizó SPSS®. Se obtuvo autorización del Comité de Investigación Institucional. Se tomó como significativa una $p < 0,05$.

Resultados

Se incluyeron 52 pacientes. La media de edad fue de $59,9 \pm 16,2$ años. 54% fueron mujeres. La principal etiología fue MASLD (Esteatosis Hepática Metabólica) 43%. Al inicio 22 no tenían BBNS, 16 dosis inadecuada, y 15 dosis adecuada. En 46 pacientes la indicación era profilaxis primaria (88%). 53,7% recibían carvedilol y 46,3% propranolol. 61% fueron Child-Pugh (C-P) A, con media de MELD-Na: $11,9 \pm 4,3$. El grupo sin BBNS presentó Índice Cardíaco (IC) de $3,2 \pm 1,9$ L/min, Índice de Resistencia Vascular Sistémica (IRVS) de $2815,6 \pm 1559,7$ dyn.seg.cm⁻⁵.m², y Presión Arterial Media de $91,6 \pm 16,7$ mmHg. El estado hemodinámico basal fue diferente según el estadio de C-P, y el recuento plaquetario $< 0 \geq 140.000/\text{mm}^3$. El promedio de EE fue de $58,1 \pm 17,7$ kPa. Los valores de IC e IRVS en pacientes con BBNS a dosis adecuada no cambiaron significativamente respecto a los no beta-bloqueados, pero cambiaron otras variables hemodinámicas y el valor de rigidez esplénica, descendido a $44,5 \pm 20,2$ kPa ($p: 0,006$) (Tabla 1 y Figura 1). Durante el seguimiento 5 pacientes presentaron complicaciones por HTP bajo dosis adecuada (12,2%), 1 con sangrado variceal (2,2%). Todos los pacientes con complicaciones recibían propranolol, constatándose una diferencia significativa comparados con los pacientes con carvedilol ($p: 0,016$).

Conclusiones

Se describieron los cambios hemodinámicos y de rigidez esplénica pre y post BBNS. Constatamos cambios hemodinámicos según estadio C-P y/o recuento plaquetario. La rigidez esplénica es el parámetro con cambios más significativos una vez iniciados los BBNS, pudiendo utilizarse como herramienta para ajustar el tratamiento. Las complicaciones de la HTP fueron más frecuentes bajo profilaxis con propranolol respecto al carvedilol.

	Sin BBNS	BBNS a dosis adecuada	Valor p
Frecuencia cardíaca (latidos/min)*	78 (69 – 88)	58 (54 – 69)	<0,001*
Gasto cardíaco (L/min)	5,2 +/- 2,6	5,5 +/- 0,7	0,362
Índice cardíaco (L/min/m ²)	2,8 +/- 1,4	3,0 +/- 1,3	0,359
Presión arterial sistólica (mmHg)	124,6 +/- 19,7	117,3 +/- 15,8	0,099
Presión arterial diastólica (mmHg)	78,9 +/- 17,1	71,8 +/- 10,7	0,060
Descarga sistólica (mL/min)	66,2 +/- 25,7	91,2 +/- 41,0	0,002*
Acoplamiento ventrículo arterial Capan: EA/EES	1,2 +/- 0,2	1,0 +/- 0,2	0,023*
Acoplamiento ventrículo arterial Weissler: EA/EES	1,2 +/- 0,3	1,0 +/- 0,3	0,022*
Complacencia arterial (ml/mmHg)	1,2 (1,0 – 2,0)	1,7 (1,3 – 2,7)	0,006
Contenido de fluidos torácicos	45,2 +/- 8,2	44,7 +/- 4,9	0,730
Contenido de fluidos torácicos normalizados por regresión	104,8 +/- 23,3	103,6 +/- 15,9	0,748
Elastancia aórtica efectiva	1,9 +/- 0,8	1,4 +/- 0,8	< 0,001*
Elastancia de fin de sístole ventricular izquierda Capan	1,6 (1,3 – 1,9)	1,2 (1,1 – 1,6)	0,008*
Elastancia de fin de sístole ventricular izquierda Weissler	1,6 (1,2 – 1,9)	1,2 (1,1 – 1,7)	0,045*
Fracción de eyección Capan (%)	56,5 +/- 7,9	57,7 +/- 4,9	0,568
Fracción de eyección Weissler (%)	58,8 +/- 15,6	61,2 +/- 9,5	0,568
IC/PAS (ml/mmHg.m ²)	18,9 (14,7 – 29,1)	23,8 (16,9 – 36,8)	0,184
Índice de complacencia arterial (ml/mmHg.m ²)	0,8 +/- 0,4	1,1 +/- 0,5	0,004*
Índice de descarga sistólica (ml/pulso/m ²)	35,3 +/- 14,0	48,7 +/- 21,7	0,002*
Presión arterial media (mmHg)	94,2 +/- 17,5	86,9 +/- 12,1	0,055
Presión de pulso (mmHg)	43 (40 – 51)	45 (40 – 50)	0,944
Suga Index: Relación Presión / Volumen de Fin de Sístole (mmHg/mL)	2,4 +/- 1,2	2,2 +/- 1,2	0,589
Resistencia vascular sistémica (dyn.seg.cm ⁻⁵)	1657,2 +/- 790,9	1504,7 +/- 945,3	0,265
Índice de resistencia vascular sistémica (dyn.seg.cm ⁻⁵ .m ²)	3196,6 +/- 1699,5	2879,6 +/- 1935,2	0,222
FibroScan® (kPa)	57,6 +/- 16,2	44,5 +/- 20,2	0,006*

Tabla 1. Valores de rigidez esplénica y hemodinamia sistémica previo y posterior al tratamiento con betabloqueantes no cardioselectivos (BBNS) (* p<0,05)

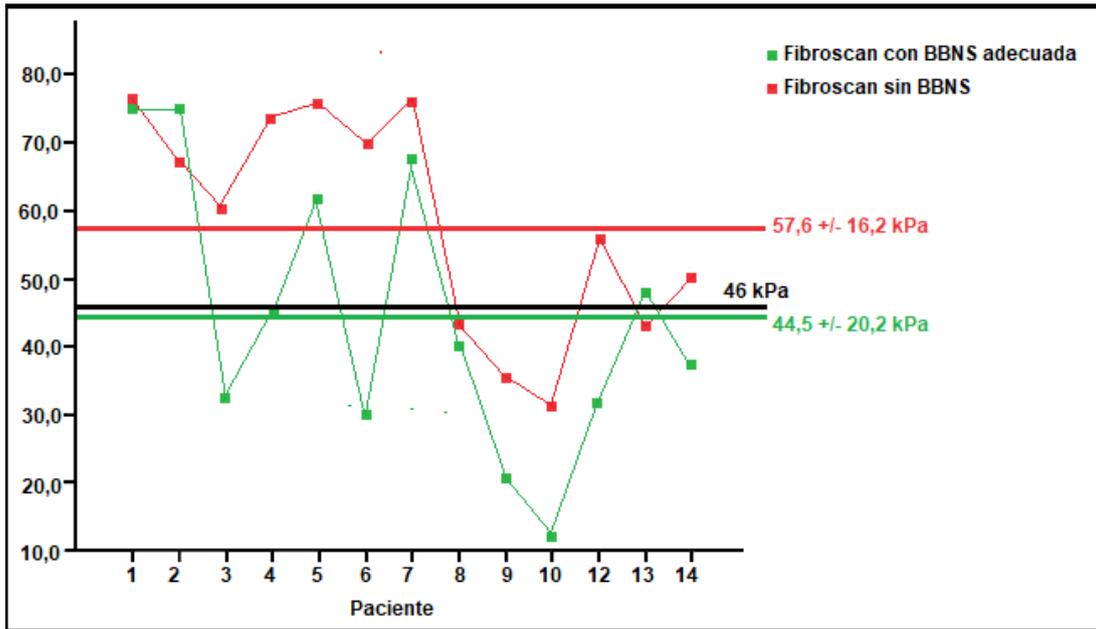


Figura 1. Cambios del valor de la rigidez esplénica cuantificada por FibroScan® pre y post tratamiento con betabloqueantes no cardioselectivos (BBNS)

Hepatitis luética. Caso clínico de sífilis secundaria

Autores: Boné V, D'Alessandro S,

Institución: Camec Rosario, departamento de Colonia, Uruguay.

Introducción

Ante el aumento de infección sífilítica, se debe de tener en cuenta la sífilis secundaria como diagnóstico diferencial en cuadros de hepatitis aguda de predominio colestásico, dado que puede evolucionar a formas severas, el diagnóstico debe de ser precoz para resolverla y evitar su transmisión. Se describe el caso de un paciente joven con hepatitis grave luética.

Caso clínico

Varón de 21 años, con conductas sexuales de riesgo y depresión en tratamiento con sertralina y clonazepam, niega consumos tóxicos, que presenta antecedente familiar de artritis reumatoidea, consulta por diarrea aguda autolimitada de 6 días de evolución, sin fiebre ni impregnación viral, agrega dolor abdominal e ictericia. Se destaca patrón colestásico con Bilirrubina total que llega a los 23 mg/dL predominio directa, elementos de lesión con enzimas mayores a 1000 UI/l, y alteración funcional TP 43 sg e INR 1,84, en ausencia de encefalopatía hepática. Con planteo de Hepatitis aguda se solicitan serologías virales VIH, Hepatitis A, C, B y E, Citomegalovirus con resultado no reactivo, destacando PRP VDRL positivo 16 ui y FTA positivo. Ecografía sin elementos a destacar. Anticuerpos anti LKM 1 y antimusculo liso negativos. . Con planteo de hepatitis luética considerada sífilis secundaria se inicia tratamiento con penicilina intravenosa, dado persistencia de alteración en TP y consumo de Factor V se decide traslado para punción biopsia hepática, anatomía informa hepatitis aguda severa con necrosis e inflamación, infiltrado linfoplasmocitario, alejando etiología autoinmune, compatible con origen infeccioso. Se cumple tratamiento con penicilina presentando mejoría clínica y de valores analíticos.

Discusión

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica causada por *Treponema pallidum*, cuya incidencia viene aumentando en los últimos años.

Se describe el caso de un paciente joven que se manifestó con hepatitis grave, siendo un reto diagnóstico para el equipo la etiología del mismo, llegando a ser presentado a equipo de especialistas en vistas a eventual trasplante hepático. Obteniendo la serología para Sífilis y descartadas otras causas, se plantea el diagnóstico de Sífilis secundaria con excelente respuesta al tratamiento con penicilina intravenosa, lo que apoya el planteo. Lamentablemente en la evolución se pierde contacto con el paciente para evaluar títulos de test y transcurso. La hepatitis sífilítica se presenta subclínica hasta en el 10% o 38% cuando la sífilis coexiste con infección por el VIH. Su desarrollo tiene lugar tras la diseminación hematogena del treponema, uno a 3 meses después de la inoculación pudiendo entonces acompañarse de elementos clínicos de la fase secundaria

Conclusiones

La sífilis debe incluirse en el diagnóstico diferencial de las hepatitis, descartadas las causas frecuentes en especial al presentar colestasis, exantema o fiebre, antecedentes de lesiones genitales y/o relaciones sexuales de riesgo, así como la confección con otros virus, especialmente HIV. Los antígenos treponémicos en estos casos son suficientes para el diagnóstico y seguimiento. El tratamiento clásico con penicilina sigue siendo eficaz. El diagnóstico precoz genera un tratamiento eficaz para resolver la afección hepática y evitar la transmisión de la enfermedad.

Alto riesgo obstétrico
Autoinmune
Cardiología
Endocrinología
Digestivo - Hepatología
Hematología
Infectología
Neumología
Neurología
Sars-Cov2 / Covid-19
Misceláneas



Anemia hemolítica autoinmune.

Discusión de un caso clínico y revisión del tema

Autores: Aguiar A.

Institución: Asistencial Médica de Maldonado, Uruguay.

Introducción

Las anemias hemolíticas (AH) son un grupo heterogéneo de trastornos que tiene en común la destrucción precoz del hematíe, hemólisis. Se caracterizan por reticulocitosis, hiperbilirrubinemia total a expensas de bilirrubina indirecta, aumento de lactato deshidrogenasa (LDH) y descenso de haptoglobina.

Se dividen en dos grandes grupos: hereditarias y adquiridas de causa inmune y no inmune.

Caso clínico

SF 43 años. AP: Trasplante hepático hace 20 años por hepatitis aguda severa de etiología autoinmune. Consulta por disnea a mínimos esfuerzos, palpitaciones, astenia y adinamia. Al examen físico se destaca: intensa palidez cutáneo mucosa y conjuntivas ictéricas. Taquicardia. Esplenomegalia grado I. En la tabla 1 se presenta la paraclínica inicial.

Se constata anemia pura, severa de 5,1 g/dl, normocítica, normocrómica. Hiperbilirrubinemia a predominio de bilirrubina indirecta y LDH elevada con descenso de haptoglobina. Para búsqueda etiológica se realizó test de Coombs directo e indirecto siendo ambos positivos, confirmando el origen autoinmune. El panel de amplitud térmica fue positivo para anticuerpos fríos mayoritariamente con un componente menor de anticuerpos calientes.

Se inicia tratamiento con Prednisona 1 mg/kg/día, no obteniendo respuesta, consistente con comportamiento de AH a anticuerpos fríos. Se solicita recurso de amparo al Ministerio de Salud Pública por Rituximab.

Posteriormente se comienza Rituximab en dosis de 375 mg/m² semanales, por 4 semanas. 30 días después de última dosis de Rituximab comienza ascenso de valores de hemoglobina con descenso de bilirrubinas y LDH. (Tabla 2).

Discusión

Las AHAI se producen por la presencia de inmunoglobulinas, inmunocomplejos o proteínas del sistema de complemento en la membrana del hematíe, lo que conlleva su destrucción principalmente en el bazo. Según la temperatura de reacción de los anticuerpos se dividen en autoanticuerpos fríos (4°C) y calientes (37°C), constituyendo éstas últimas el 80% de los casos.

Las AHAI pueden ser secundarias a infecciones virales, neoplasias linfoides, enfermedades autoinmunes sistémicas y menos frecuentemente a tumores sólidos.

El objetivo inicial del tratamiento es detener el proceso hemolítico y el tratamiento de la enfermedad subyacente. En las anemias por anticuerpos calientes el tratamiento de primera línea son los corticoides mientras que los pacientes con anticuerpos fríos, como es el caso de nuestra paciente, son refractarios a este tratamiento, pudiendo emplearse inmunosupresores, como la Ciclofosfamida, la Azatioprina y el Rituximab en pacientes que cursan con anemia severa, con una media de respuesta de 11 meses.

Debido a que la hemólisis extravascular en estos casos no ocurre selectivamente en el bazo, la esplenectomía tiene poca eficacia. En todos los tipos de AHAI deben evitarse las transfusiones sanguíneas, excepto cuando haya riesgo vital o no exista alternativa terapéutica.

Conclusiones

Nuestra paciente se presentó con anemia severa, realizándose diagnóstico de AHAI mixta a predominio de anticuerpos fríos. Se descartaron enfermedades subyacentes. Se realizó tratamiento con corticoides sin respuesta. Con Rituximab presentó mejoría paulatina y progresiva de valores de hemoglobina y descenso de parámetros de hemólisis. Un año después de inicio de esta terapéutica se encuentra con hb:12 g/dl.

Valor	valor	Valores de referencia
Hb	5,1 g/dl	11,7 - 15,3 g/dl
VCM	90,7 fL	80 - 96 fL
HCM	30,4 pg	27 - 34 pg
GB	6900 mil/mm ³	4000 - 10000 mil/mm ³
Plaquetas	188 mil/mm ³	140 - 450 mil/mm ³
Sideremia	103	41 - 141
Vit B 12	366	197 - 771
Ácido fólico	11	4.4 - 31
haptoglobina	7 mg/dl	30 - 200
LDH	783 U/l	120 - 320
Test de coombs	positivo	
BT	2.73 mg/dl	0,30 - 1,00
BI	2.09mg/dl	0,30 - 0,70

Tabla 1. Paraclínica inicial

Valor	Día 1	Día 3 ¹	Día 4	Día 15 ²	Día 22 ³	Día 29 ⁴	Día 36	Día 45 ⁵	Día 48
Hb	5,1	5,0	4,6	4,5	4,9	5,2	5,3	6,2	7,1
VCM	115,7	138,1	139,1	138,1	132	132,1	129,3	120,8	117,3
HCM	36,4	51,5	41,8	39,8	38,3	38,8	37,9	35,8	36,2
GB	6900	6800	6200	9800	4800	5000	5000	4500	5100
Plaquetas	188000	179000	161000	114000	151000	199000	222000	220000	183000
LDH		782	715			655	675	560	
BT	2,68	2,55	2,35	1,91	2,28	2,13	2,43	1,86	1,83
BI	1,96	1,92	1,68	1,22	1,60	1,87	1,87	1,25	1,28
Reticulocitos (valor abs)									

Tabla 2. Evolución de los parámetros en relación con tratamientos instaurados.

1) inicio corticoides. 2) primer dosis rituximab. 3) segunda dosis rituximab. 4) tercera dosis rituximab. 5) cuarta dosis rituximab.

Síndrome Hemofagocítico por infección a Citomegalovirus

Autores: Pacello F., Dutra M., Laluz, F. Rodriguez da Silveira F.

Institución: COMEPA - Paysandú.

Introducción

Afectación de la regulación del sistema inmunológico, signos y síntomas de inflamación excesiva por citoquinas proinflamatorias y disfunción de las células NK generando inflamación sistémica y daño de órganos. Forma primaria (mutación genética) o secundaria a infecciones, neoplasias o enfermedades autoinmunes. Es importante mantener una alta sospecha para llegar a un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno enfocado en la supresión de la respuesta inflamatoria y tratamiento de la enfermedad desencadenante. En este caso infección por Citomegalovirus. El objetivo es presentar caso clínico de Síndrome hemofagocítico en paciente con infección por Citomegalovirus.

Caso clínico

Mujer 65 años jubilada, reciente viaje a Florianópolis, a 15 días del regreso comienza con fiebre hasta 38°, repercusión general y exantema de miembros inferiores. Examen físico: buen estado general, sin lesiones de piel. Adenopatías firmoelásticas 1 cm de diámetro dolorosas a nivel carotídeo y subclavio bilateral. Paraclínica: Hb 11.1 mg/dl GB 12700 PMN: 84%. PCR 64. VES: 65. Función renal y hepática normal. RxTx sp. VIH negativo. Epstein Barr - y Citomegalovirus IgM + IgG -. Alta con tratamiento sintomático. Persistencia sintomática febril con adelgazamiento (10 kilos). Paraclínica: Hb 8.8 mg/dl. VCM 74.4 fL, ADE: 18.9%. GB: 15400. PMN: 84%, PCR 85. Ferritina (figura 1). TGO 93. TGP: 23. GGT: 217. TP 59%. BT 0.31. Panel de autoinmunidad negativo. TC Body adenopatías axilares, esplenomegalia. Hemocultivos negativos. Fecatest + endoscopias negativas. RM ganglios retroperitoneales inflamatorios. Esplenomegalia leve. Biopsia de adenopatía cervical - linfopatía reactiva, linfadenitis viral. Mielograma: Macrófagos con fagocitosis. Eritroblastos. (Figura 2 y 3). Hallazgos compatibles con Hemofagocitosis inicia tratamiento con Dexametasona luego Prednisona, mejoría parcial de los síntomas con persistencia de citopenia e hiperferritinemia mantenida. A los 2 meses cursa infección urinaria a E. Coli, reinstala fiebre, artralgias y repercusión general con afectación respiratoria, TC con infiltrados bilaterales difusos, sin insuficiencia respiratoria, interpretado como reactivación de la respuesta hemofagocítica iniciándose tratamiento con Etopósido, remisión persistente de los síntomas.

Discusión

Se presenta un caso de sd febril prolongado con viaje reciente a Brasil, obligando a descartar etiologías importadas, siendo CMV IgM +. Evolutivamente persistencia de sd febril prolongado sin evidencia de foco y antecedente de infección viral asociando citopenias y ferritina extremadamente alta obligó a buscar Hemofagocitosis y descartar neoplasia hemato-oncológica y EAIS. Con planteo de Síndrome Hemofagocítico secundario a CMV inició plan de inducción con Corticoides sistémicos (CS) por corto periodo, reinstalando síntomas con su disminución, agregando disfunciones. La resolución se logró con inducción con Etopósido logrando remisión completa de síntomas. La paciente presenta criterios diagnósticos (tabla 1) descartando diagnósticos diferenciales. La fase inicial consideramos tratamiento subóptimo que conlleva a una expresión grave con daño orgánico pulmonar requiriendo ingreso a UCI con evolución satisfactoria luego del tratamiento definitivo. Las recomendaciones plantean una fase de inducción con glucocorticoides + Etopósido y/o Biológicos y una fase de continuación.

Conclusiones

Es importante mantener alto índice de sospecha de SHF y frente a un Sd febril prolongado, citopenias y Ferritina elevada, recordando los criterios clasificatorios debe buscarse el fenómeno de Hemofagocitosis, interaccionando con el hematólogo y anatomopatólogo, ya que no es fácil encontrar dicho fenómeno, incluso su ausencia no descarta la entidad y deberá repetirse los procedimientos en su búsqueda. Se debe iniciar un tratamiento agresivo para lograr respuesta y revertir la alta gravedad de esta entidad.

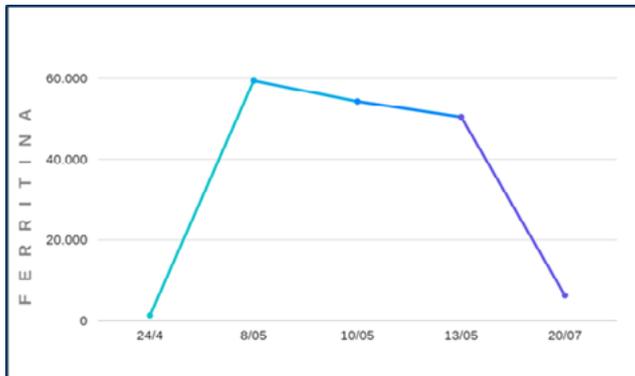


Figura 1. Curva de ferritina desde el ingreso al alta.

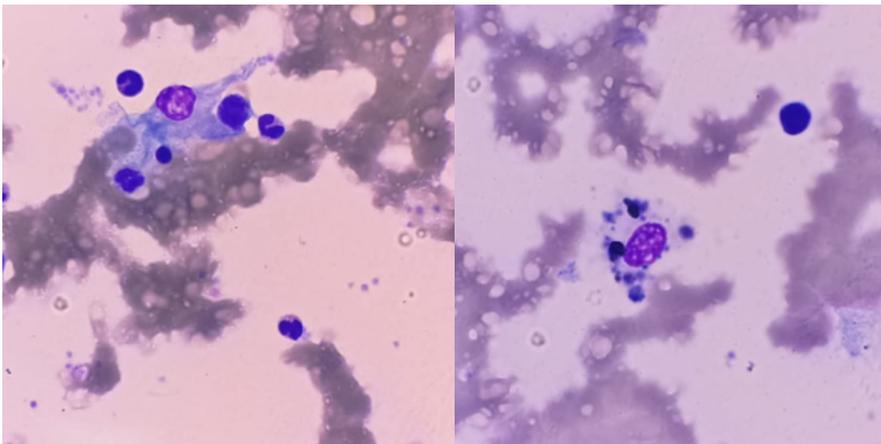


Figura 2 y 3. Macrófagos con fagocitosis.

A	Diagnóstico molecular de mutaciones patológicas (PRF1, UNC13D, Munc18-2, RAB27A, STX11, SH2D1A o BIRC4) n	
B	Cinco de los siguientes criterios: 1. Rebre $\geq 38,5^{\circ} \text{C}$ 2. Esplenomegalia 3. ζ iropenias (afectando al menos 2 de las 3 líneas) -Hemoglobina $< 9\text{g/dl}$ (en lactantes < 4 semanas: hemoglobina $\ll 10\text{g/dl}$) -Plaquetas $< 100 \times 10^3/\text{ml}$ -Neutrófilos $< 1 \times 10^3/\text{ml}$	4. Hipertrigliceridemia (en ayuno, $> 265\text{mg/dl}$) y/o hipofibrinogenemia ($< 150\text{mg/dl}$) 5. Hemofagocitosis en la médula ósea, el bazo, los ganglios linfáticos o el hígado 6. Disminución o ausencia de actividad de las células natural killer (NK) 7. Ferritina $> 500\text{ng/ml}$ 8. CD25 soluble elevado

Tabla 1. Criterios diagnósticos de SHF.

Síndrome hemofagocítico como manifestación del lupus eritematoso sistémico: un enemigo oculto

Autores: Santa Cruz A, Díaz Cuña C, Rodríguez V, Rostan S, Consani S.

Institución: Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

Introducción

El síndrome hemofagocítico (SH) es una enfermedad infrecuente y grave que se caracteriza por un estado de hiper-inflamación sistémica con sobreproducción de citocinas que genera una disfunción orgánica múltiple (DOM). Puede ser primario o secundario (infecciones, neoplasias, fármacos, enfermedades autoinmunes (EAS)).

Caso clínico

Mujer de 24 años. Poliartralgias de manos y puños de 2 años de evolución. Consulta por síndrome febril prolongado acompañado de artro-mialgias, adelgazamiento, anorexia y adinamia. TU: Oliguria y orinas espumosas. En la evolución agrega compromiso de órgano múltiple: respiratorio (insuficiencia respiratoria severa que requiere intubación orotraqueal), hematológico (anemia y plaquetopenia), renal (insuficiencia renal aguda severa KDIGO II) y hepático (colestasis sin transaminitis). Con planteo de: 1) DOM febril, sepsis grave con probable foco respiratorio, 2) Síndrome nefrótico, probable glomerulopatía, ingresa a unidad de cuidados intensivos (UCI). Del resto de la analítica sanguínea se destaca: VES 79ml/hr, PCR 5.9 mg/L. Tiempo de protrombina 2%, hipofibrinogenemia 195mg/dl, Orina: algunos eritrocitos. Proteinuria en 24hs 4.88g. Triglicéridos 370mg/dl. Ferritina 1640nm/mL. TC Body (Figura 1) opacidades nodulares peribroncovasculares en vidrio deslustrado que coalescen y forman áreas de consolidación bilateral y difusa. Hepatoesplenomegalia.

Fibrobroncoscopia con lavado bronco alveolar (LBA): Cultivos positivos para *Moraxella Catarrhalis* y *Estafilococo Aureus*. Galactomanano 0.6. Micológico, *Pneumocystis Jiroveci*, GeneXpert: Negativo. Urocultivo y hemocultivo: Sin desarrollo. Serologías para VHB, VHC, VIH, VDRL, VEB: negativas. Serologías para CMV IgG e IgM reactivos; PCR CMV negativo. Dado el compromiso multisistémico con DOM grave, en una mujer joven, se plantea LES. Del panel inmunológico: ANA positivo fuerte 1/1280 patrón nuclear homogéneo. Anti-DNA 1665, anti-nucleosoma, anti-histonas, anti-RO positivos. ANCA, anticuerpos antifosfolípidos, factor

reumatoideo y anti-CCP negativos. Hipocomplementemia. PEF: hipergamaglobulinemia policlonal. La presencia de fiebre, citopenias en sangre periférica, ferritina elevada, hipofibrinogenemia, hipertrigliceridemia, visceromegalias, hizo plantear un SH secundario por lo que se realizó una BMO que confirma la presencia de hemofagocitosis en médula ósea (Figura 2)

En lo terapéutico, se inició tratamiento antibiótico de amplio espectro y voriconazol hasta cultivo micológico definitivo negativo. Corticoterapia en base a bolos de metilprednisolona 1 gramo intravenoso por día durante 3 días e inmunoglobulinas intravenosas (IGIV).

De la evolución, se destaca la imposibilidad de realizar la PBR debido a las alteraciones de crisis, plaquetopenia e insuficiencia respiratoria grave con medidas de reclutamiento alveolar (pronación). Posteriormente presenta episodio hemoptisis, se realiza FBC con LBA: hemorragia alveolar (Figura 3) y cultivo positivo de *Pseudomonas aeruginosa*. Dado la imposibilidad de realizar inmunosupresores y recambios plasmáticos por infección en curso, se decide realizar nuevamente IGIV asociado a glucocorticoides y antibiótico terapia. Excelente evolución posterior, pasando a sala de cuidados moderados, se realiza PBR que confirma una Nefropatía Lúpica tipo IV.

Discusión y conclusiones

El SH es la emergencia autoinmune más temida, con una mortalidad cercana al 70%. Se destaca la importancia de sospechar este diagnóstico, dado que un tratamiento precoz y oportuno cambia la evolución de estos pacientes.

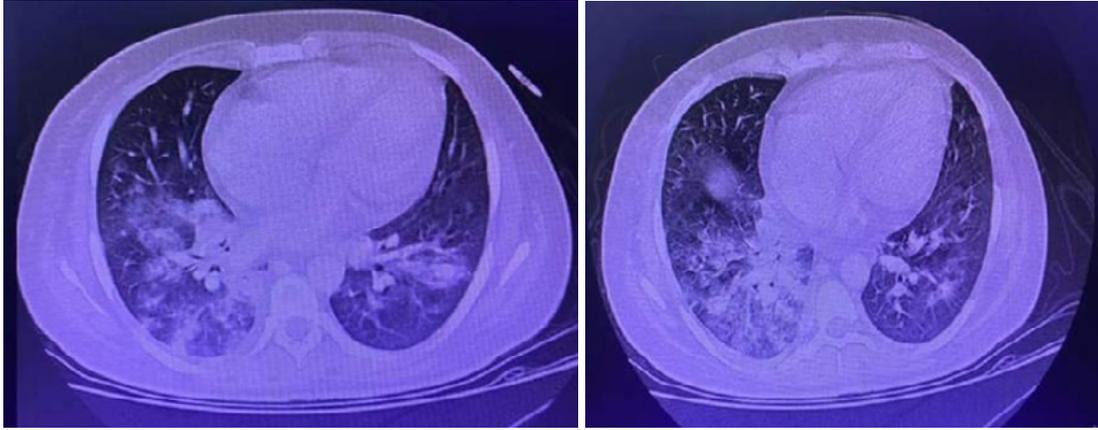


Figura 1. Imágenes tomográficas de tórax.



Figura 2. Se observa una médula ósea con escasa celularidad. Macrófagos con hemofagocitosis.



Figura 3. Hemorragia alveolar. Imagen de los 3 tubos del LBA.

Un país pequeño, una enfermedad rara, la experiencia con purpura trombocitopenico en Uruguay

Autores: Laura Fraga, Federico Garcia, Johana Ramon, Joaquina Diaz y Camila de Leon

Institución: COSEM, IAMPP. Montevideo, Uruguay

Introducción

El púrpura trombótico trombocitopénico (PTT) es un tipo de microangiopatía trombótica; Estas engloban a un grupo de enfermedades caracterizadas por una lesión endotelial de la microcirculación con trombos que obstruyen el flujo vascular, provocando hemólisis mecánica, isquemia y daño tisular.

La incidencia de la PTT en Uruguay es desconocida y hasta el momento existen escasas publicaciones sobre el tema, surgiendo la necesidad de hacer conocida la experiencia en el manejo de una enfermedad poco frecuente en el mundo y más aún en Uruguay; A su vez creemos de importancia documentar la experiencia sobre el uso de medicación novedosa utilizada por primera vez en el país, como fue el caso del caplazimumab

Caso clínico

Sexo masculino, 21 años. AP: HTA diagnosticada a los 20 años en tratamiento con valsartán 160 mg cada 12 horas e hidroclorotiazida, sin DOB. Nefrectomizado al año y medio de vida por hipoplasia renal izquierda.

Consulta en emergencia por cuadro de 1 semana de evolución de cefalea, fotofobia sin otros elementos de HTEC y síndrome funcional anémico; sin sangrados clínicamente evidentes, sin registros febriles. Concomitantemente relata episodio de visión borrosa ocurrido 48 horas previas, de 20 minutos de duración, sin elementos de Síndrome focal neurológico.

Del examen físico se destaca intensa palidez cutáneo mucosa, petequias universales a predominio de miembros inferiores, sin hematomas o equimosis. Sin visceromegalias.

Examen neurológico sin alteraciones.

De la valoración humoral: Hb 5,9 mmol/L PQT 13 mil mc/l IRA KDIGO I BT 2,25 BI 1,46 Crasis sin alteraciones.

Planteos clínicos

*Origen central: debut de una leucemia aguda

*Origen periférico:

-No inmunomediado: microangiopatías trombóticas

-Inmunomediado: PTI

Se realiza score clínico para PTT, plasmic score, obteniendo una puntuación de 7, alto riesgo.

Se solicita nueva valoración humoral en vistas a aproximación etiológica:

-LDH 800,

-Test de coombs /ANA negativo

-Lámina periférica con presencia de esquistocitos > 5%

Estando frente a una tétada de síntomas dado por: alteración de la función renal, alteraciones neurológicas, anemia hemolítica microangiopática y plaquetopenia con esquistocitos en lámina periférica, sin presencia de blastos, se plantea con alta sospecha clínica una microangiopatía trombótica

Diagnóstico definitivo

- Dosificación de ADAMTS 13 previo a la realización de transfusiones sanguíneas, que se recibe con actividad de ADAMTS 13 menor del 5% y presencia de inhibidor de la misma

Del Seguimiento del paciente destacamos:

-26 días de prednisona

-12 días de micofenolato

-21 recambios plasmáticos realizados

-1 bolo de ciclofosfamida

-4 dosis de rituximab

-Caplazimumab dosis diaria durante 1 mes

Discusión

El presente ejemplifica una enfermedad poco frecuente con una evolución atípica y tratada con una medicación novedosa.

Destacamos especialmente la presentación clínica de la enfermedad, ya que requirió una estancia hospitalaria prolongada con múltiples terapias superpuestas, comportándose como un PTT refractario.

A su vez interesa comentar sobre el uso de caplacizumab siendo este nanoanticuerpo bivalente humanizado impide la adhesión plaquetaria mediada por los multímeros de alto peso molecular del factor von Willebrand, la eficacia del mismo se vio en 2 estudios aleatorizados TITAN (fase II) y HERCULES (fase III), en los cuales logró disminuir número de recaídas y el tiempo en normalizar cifras plaquetarias.

Conclusiones

Es importante mantener la alta sospecha clínica debido a los beneficios de un tratamiento precoz dada su elevada morbimortalidad.

Riesgo de enfermedad tromboembólica venosa y adherencia a la profilaxis farmacológica en pacientes oncológicos hospitalizados en Uruguay

Autores: Mérola V, Pizzarossa Ac, López M, Peverelli F, Bruno G, Roca F, Dentone L, Pérez G, Da Silveira L, Díaz L, Tafuri J, Cuadro R, Zaquiere M, Bartaburu G, Pacello F, López Mj, Viana M, Fraga MI, Blanco V, Chalart P, Leal D, Rodríguez X, Teti L, Goñi C, Infante E, Altieri V, Spangenberg Mn, Gutierrez R, Martínez R, Guillermo C.

Institución: Unidad Hemostasis y Trombosis Hospital de Clínicas

Introducción

La Enfermedad Tromboembólica Venosa (ETV) es una complicación médica grave, frecuente y prevenible en el paciente hospitalizado y el cáncer es uno de los factores de riesgo de ETV. Por lo que los pacientes con cáncer hospitalizados constituyen uno de los grupos con mayor riesgo de ETV. Aunque se ha demostrado la eficacia de su prevención (farmacológica y/o mecánica), su adhesión es variable a nivel internacional y nacional. El objetivo es estudiar la adherencia a la indicación de tromboprofilaxis farmacológica en el paciente hospitalizado con cáncer a nivel nacional.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, transversal y multicéntrico de todos los pacientes con patología médica, quirúrgica o grávido-puerperal internados en salas de cuidado moderado de 31 centros a nivel nacional, durante el período de 21-23 de julio 2022. Se utilizaron scores de Padua y Caprini y pautas RCOG para determinar el porcentaje de pacientes en riesgo de ETV para cada grupo y se valoró el porcentaje que recibió tromboprofilaxis farmacológica. En este trabajo analizamos la adherencia de la tromboprofilaxis en el subgrupo de pacientes con cáncer.

Resultados

Se registraron 1925 pacientes, 311 (16,2%) tenían cáncer. De ellos, 74,9% (233) presentaban patología médica y 25,1% (78) patología quirúrgica. 278 (89,4%) se encontraban en riesgo de ETV. De los pacientes en riesgo, 54,7% (152) recibían profilaxis farmacológica, 10,1% (28) estaban anticoagulados, 19,4% (54) tenían contraindicación y 15,8% (44) no la recibían por omisión. En el caso de los pacientes con patología médica, 55,3% (111) recibían tromboprofilaxis, 11,9 % (24) estaban anticoagulados, 18,9% (38) tenían contraindicación y 13,9% (28) no la recibían por omisión. En el caso de los pacientes con patología quirúrgica, 53,2% (41) recibían tromboprofilaxis, 5,2 % (4) estaban anticoagulados, 20,8% (16) tenían contraindicación y 20,8% (16) no la recibían por omisión.

Conclusiones

64,8 % de pacientes en riesgo estaban protegidos para ETV (recibían tromboprofilaxis o que estaban anticoagulados). Se deberá continuar trabajando en la adherencia a tromboprofilaxis en esta población de alto riesgo.

Hemofilia adquirida: una enfermedad poco frecuente que requiere de una alta sospecha clínica para su diagnóstico

Autores: Berry M, Pizzarossa C, Turcatti P, Berro M, Mérola V.

Institución: Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela". Montevideo. Uruguay.

Introducción

La hemofilia A adquirida es una enfermedad hemorrágica muy poco frecuente que aparece en las edades medias de la vida, con una mortalidad entre 9-33%. Dada la baja incidencia, se debe tener una alta sospecha clínica para su diagnóstico, y el diagnóstico oportuno es clave para la instauración del tratamiento adecuado.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, 41 años, que consulta en emergencia por un síndrome hemorrágico coagulopático, con hematomas profundos en rostro, miembro superior izquierdo y muslo, sin hemartrosis, de aparición espontánea en días, con repercusión hematimétrica (requiere transfusión de 6 unidades de sangre desplasmatizada).

Como antecedentes, destaca hipotiroidismo y artritis reumatoidea seronegativa diagnosticada en la juventud, actualmente únicamente en tratamiento con corticoides pero previamente tratada con varias líneas de fármacos modificadores de la enfermedad, incluyendo adalimumab, suspendidos durante embarazo. Niega abortos. Niega antecedentes de sangrados excesivos ni inapropiados.

De la paraclínica destaca una caída de 4 puntos de la hemoglobina con respecto a la basal, plaquetas en rango de normalidad y de las pruebas globales de coagulación se destaca una prolongación aislada del tiempo de tromboplastina parcial activado (TTPA) de 128 segundos. Prueba de mezclas con plasma normal: no corrige, sospechando la presencia de inhibidor, posteriormente confirmado como inhibidor FVIII específico (FVIII:C 1%, inhibidor 13 UB/mL).

Se realizó el diagnóstico de hemofilia A adquirida secundaria a artritis reumatoidea. El tratamiento se dirigió a la estabilización mediante medidas de soporte, se inició tratamiento con ácido tranexámico y rFVIIa en vistas a la detención del sangrado y tratamiento inmunosupresor (corticoides y ciclofosfamida, y en la evolución rituximab) para erradicar el inhibidor contra factor VIII.

Discusión

La hemofilia A adquirida debe sospecharse ante un síndrome hemorrágico con características coagulopáticas y un TTPA prolongado aislado que no corrige luego de una la mezcla con plasma normal, y se confirma con la deficiencia de factor VIII (FVIII:C) y la identificación de un inhibidor específico contra dicho factor. Hasta en un 60% de los casos es idiopática, pero en los casos restantes se considera secundaria y se asocia a enfermedades autoinmunes, cáncer, infecciones o fármacos. Las secundarias a enfermedades autoinmunes representan hasta un 20% de los casos, y la artritis reumatoidea y el lupus eritematoso sistémico son las más frecuentemente implicadas. El tratamiento estará dirigido a la detención del sangrado, la erradicación del inhibidor y el tratamiento de la enfermedad de base.

Conclusiones

La importancia de este caso radica en la necesidad de una alta sospecha clínica para el diagnóstico oportuno de Hemofilia A adquirida en pacientes con síndrome hemorrágico coagulopático con TTPA prolongado de forma aislada, sin antecedentes previos, dada la potencial gravedad de los sangrados clínicos que pueden aparecer en esta enfermedad.

Dificultad terapéutica en pacientes con VIH y linfoma con el Tenofovir disoproxil fumarato

Autores: Firpo A; Castro JP; Griot S

Institución: Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Universidad de la República. Hospital de Clínicas. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La infección por VIH se asocia a mayor incidencia de linfomas, en su mayoría de alto grado histológico y con masa bulky. La terapia antirretroviral (TARV) con supresión viral y quimioterapia (QT) es el tratamiento asociado a mayor supervivencia y remisión. Dentro de las dificultades terapéuticas se destacan: interacciones farmacológicas entre la TARV y QT, efectos adversos aditivos (renal, hepático, mielosupresión, neuropatía), coinfección con virus de la hepatitis B (VHB), diagnóstico en etapas avanzadas de VIH con inmunosupresión severa, infecciones oportunistas concomitantes, el manejo de lisis tumoral.

Se reportan 5 casos clínicos de personas con VIH en tratamiento de linfoma que presentaron injuria renal aguda, asistidos en la unidad de hemato-oncología del Hospital de Clínicas durante el año 2021.

Casos clínicos

- 1- Sexo masculino, 45 años. Diagnóstico VIH: 4 años. Síndrome poliadenomegálico. TARV: inicio reciente 2 meses. Naive TDF-3TC-DTG. CV VIH 270 cop/ml. CD4 143 cel/ul. VHB: susceptible. Enfermedad hemato-oncológica: LNH Burkitt, IV-B Alto riesgo. Tratamiento: CHOP-Mi/t (LDCGB) CODOX-M IVAC. Valoración renal: Basal -creatinina 0.72 FG 115. Pico creatinina 4.9 FG: 13. Mecanismo IRA: tóxica (TDF y MTX) Prerenal (deshidratación). TARV Post: 3 TC-DTG (HLA B-5401 +)
- 2- Sexo masculino, 54 años. Diagnóstico VIH: 2 años. Histoplasmosis. TARV: irregular adherencia. Multiexp. TDF-3TC-DTG. CV VIH 540 cop/ml. CD4 47 cel/ul. VHB: patrón resuelto. Enfermedad hemato-oncológica: LNH Burkitt, IV-B Alto riesgo. Tratamiento: CODOX + M IVAC. Valoración renal: Basal -creatinina 0.83 FG 105. Pico creatinina 1.35 FG: 62. Mecanismo IRA: tóxica (TDF y anfotericina B). Prerenal (deshidratación). TARV Post: EFV-3TC-DTG (test de resistencia -)
- 3- Sexo masculino, 62 años. Diagnóstico VIH: 16 años (pareja). TARV: re-inicio 2 meses. Exp. TDF-3TC-DTG. CV VIH < 20 cop/ml. CD4 192 cel/ul. VHB: patrón resuelto. Enfermedad hemato-oncológica: LNH plasmablastico, IV-A. Tratamiento: CHOP-M i/t CODOX-M-IVAC. Valoración renal: Basal -creatinina 0.86 FG 98. Pico creatinina 1.60 FG: 48. Mecanismo IRA: tóxica (TDF y MTX). Prerenal (deshidratación). TARV Post: ABC/3TC/DTG + DTG (por antiBK)
- 4- Sexo femenino, 58 años. Diagnóstico VIH: 21 años. TARV: TDF-3TC-RAL. CV VIH < 20 cop/ml. CD4 242 cel/ul. VHB: patrón resuelto. Enfermedad hemato-oncológica: LH PLN recaída/refractario. Tratamiento: R-ABVD hasta 4/21. DHAP + TAMO. Valoración renal: Basal -creatinina 0.71 FG 98. Pico creatinina 1.04 FG: 62. Mecanismo IRA: tóxica (TDF y AINEs). TARV Post: 3TC/DTG
- 5- Sexo masculino, 61 años. Diagnóstico VIH: 1 año. Candidiasis. Diarrea crónica. IRA/HD. TARV: Regular adherencia naive TDF-3TC-DTG. CV VIH < 20 cop/ml. CD4 44 cel/ul. VHB: susceptible. Enfermedad hemato-oncológica: LNH DGCB,IV recaída/refractario. Tratamiento: CHOP-M i/t 6x CHOP-R-Mi/t. DHAP. Valoración renal: Basal -creatinina 0.95 FG 91. Pico creatinina 1.48 FG: 53. TARV Post: TDF/3TC/DTG

Abreviaturas

TDF: tenofovir; 3TC: lamivudina; DTG: dolutegravir; RAL: raltegravir; EFV: efavirenz; ABC: abacavir; LNH: linfoma no hodgkin; PLN: predominio linfocítico nodular; LDCGB: Linfoma difuso de grandes células B; CHOP: ciclofosfamida, doxorubicina, vincristina, prednisona; M/MTX: metotrexate; CODOX-M: ciclofosfamida, vincristina [Oncovin], doxorubicina, metotrexato; IVAC: ifosfamida, etopósido [VP-16], citarabina; ABVD: adriamicina, bleomicina, vinblastina, dacarbazina; R: rituximab; DHAP: dexametasona, citarabina, cisplatino; TAMO: trasplante autólogo de médula ósea; AINES: antiinflamatorio no esteroideo; Test de R: test de resistencia.

Discusión

La mayoría se presentaron con recuento de CD4 menor a 200/uL; 3 pacientes tenían infección por VHB con patrón resuelto; 4 pacientes recibieron esquema de QT con metotrexate potenciando la nefrotoxicidad en uso concomitante con TDF (daño tubulointersticial); y 4 requirieron cambio en esquema de TARV con sustitución del TDF.

El tenofovir es el tratamiento de elección en estos pacientes por tener alta barrera genética, elevada eficacia demostrada, escasos efectos adversos y vida media larga, lo que se asocia con mayor supresión de CV. A su vez, en pacientes con infección crónica por VHB o patrón resuelto, es de elección para evitar reactivación frente a quimioterapia, sobre todo Rituximab.

El problema en relación al TDF es el posible daño túbulo intersticial aditivo al metotrexate u otros nefrotóxicos, como se evidencio en los 5 pacientes; estudios comparativos demostraron que ningún paciente bajo TAF presentó alteraciones túbulo-proximales en comparación con los pacientes bajo TDF y con mejores resultados de biomarcadores renales (SCr, CrCl, índice albúmina-creatinina, RBP:Cr, B2M:Cr), por lo tanto TAF mostró mayor seguridad renal, es por esta razón que se recomienda TAF en la situación de tratamiento de linfoma y VIH. Frente al no acceso a TAF, otras opciones son ABC con las siguientes dificultades: menor barrera genética, problema en multiexperimentados, se requiere HLA B5701 negativo, mayor riesgo cardiovascular; no es de elección el AZT por toxicidad medular; es controversial el uso de biterapia Lamivudina/Dolutegravir dado no existen estudios en pacientes en QT, no se recomienda frente a inmunosupresión severa ni coinfección VHB y requiere concentraciones plasmáticas estables.

Conclusiones

Los pacientes con linfoma y VIH son de alta complejidad y requieren la interacción estrecha entre hematología, infectología y nefrología para su manejo, dado la frecuencia de insuficiencia renal asociada a TDF, metotrexate, lisis tumoral, estado proinflamatorio.

De lo analizado se desprende que el TAF es un componente de elección en la TARV por su menor nefrotoxicidad comparado al TDF.

Linfoma T asociado a enteropatía como complicación de enfermedad celíaca

Autores: Mesa S, Wainer S, Smiliansky N, Catalá C, Más V

Institución: Clínica Médica 3. Hospital Maciel. Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo, Uruguay.

Introducción

Los linfomas no Hodgkin (LNH) integran un grupo heterogéneo de enfermedades hemato-oncológicas con distinto curso clínico y biológico. Se clasifican según el perfil molecular y genético en vistas a dirigir el tratamiento. Los linfomas gastrointestinales primarios representan 4-12% de los LNH, siendo la mayoría de células B, y 13-15% de células T. De estos últimos, 5% son linfomas T (LT) asociados a enteropatía, más frecuentemente asociados a enfermedad celíaca (EC). Se caracterizan por baja frecuencia y mal pronóstico.

Caso clínico

Hombre, 55 años. EC diagnosticada recientemente (clínico, serológico e histológico) bajo dieta libre de gluten. Consultó por dolor abdominal y repercusión general de meses de evolución, agregando episodios suboclusivos caracterizados por detención del tránsito para materias y gases en forma intermitente. Del examen se destacaba anemia clínica, desnutrición proteico-calórica, abdomen distendido y doloroso sin irritación peritoneal.

- Tomografía Computada (TC): engrosamiento mural y dilatación aneurismática de última asa ileal.
- Fibrocolonoscopia (FCC) explora 20 cm de íleon: mucosa macroscópicamente sana.
- Anatomía patológica (AP) de biopsia por FCC: cambios reactivos.
- Entero Resonancia Magnética: engrosamiento parietal de anteúltima asa ileal asociado a adenomegalias.
- Laparoscopia exploradora: sin lesiones macroscópicas visibles ni a la palpación a nivel ileal, se biopsia ganglio mesentérico (1 cm) negativo para malignidad.

Frente al planteo de neoplasia digestiva del intestino delgado, en paciente con EC, sin resultados histológicos concluyentes se solicitó Tomografía por Emisión de Positrones (PET): engrosamiento mural concéntrico en asa delgada con hipercaptación focal (máxima SUV 8) e hipermetabolismo en yeyuno e íleon distal (máxima SUV 10,5).

En la evolución presentó dolor abdominal severo, de difícil manejo, persistiendo episodios suboclusivos. Se iniciaron bolos de metilprednisolona y posteriormente prednisona a dosis bajas. Marcada declinación funcional y nutricional. Se decidió reexplorar cavidad abdominal por laparotomía (3 semanas luego del primer abordaje): procesos tumorales varios a nivel yeyuno-ileal con adherencias plásticas. AP de biopsia e inmunofenotipo (CKc-, ACL+, CD3+, CD7+, CD4/CD8-, CD5-, CD20-) compatible con LT asociado a enteropatía. Se inició poliquimioterapia dirigida, falleciendo a los 7 días por complicaciones infecciosas.

Discusión

El diagnóstico de LT asociado a EC suele ser dificultoso y verse retrasado ya que a menudo los síntomas son adjudicados a la EC y en ocasiones, como en este caso, no se encuentra al alcance de las técnicas endoscópicas convencionales, siendo fundamentales las técnicas de imagen. Dentro de éstas, el PET es la de mayor sensibilidad pero baja especificidad, debiendo recurrir a otros métodos como la laparoscopia exploradora. Su pronóstico es pobre debido a la naturaleza agresiva del tumor

con una supervivencia a 2 años de 15-20%; en el caso analizado se evidenció una rápida progresión bajo corticoides entre ambas laparoscopias con diferencia de 3 semanas.

Conclusiones

El conocimiento y la sospecha clínica de neoplasia vinculada a EC son fundamentales para insistir en la búsqueda de herramientas y conductas diagnósticas. El desafío en este caso se vio vinculado a la dificultad en la toma de biopsias, dada la topografía y agresividad de la enfermedad. La marcada desnutrición y complicaciones por el tratamiento ensombrecen el pronóstico.

Alto riesgo obstétrico

Autoinmune

Cardiología

Endocrinología

Digestivo - Hepatología

Hematología

Infectología

Neumología

Neurología

Sars-Cov2 / Covid-19

Misceláneas



Enfermedad por arañazo de gato con compromiso esplénico

Autores: Sugo V L, Pérez L N, Perendones M.

Institución: Hospital Pasteur, Montevideo – Uruguay.

Introducción

La enfermedad por arañazo de gato es una zoonosis emergente de distribución mundial causada por *Bartonella henselae*, un bacilo gramnegativo cuyo reservorio principal es el gato. La transmisión del microorganismo al ser humano es a través del arañazo, mordedura o lamedura del gato. La incidencia anual en Uruguay es incierta.

Clásicamente se manifiesta como una linfadenitis regional y autolimitada, acompañada de síntomas generales como fiebre y malestar. En un 10% la presentación es atípica con la formación de abscesos hepatoesplénicos.

El diagnóstico se basa en la presencia del criterio epidemiológico, serológico e histológico, habiendo descartado otras causas de adenopatía o absceso visceral.

El tratamiento es controvertido ya que en la mayoría de los casos la enfermedad es autolimitada, pero existen pacientes con compromiso sistémico que requiere tratamiento antibiótico y eventualmente cirugía.

Caso clínico

Se expone el caso de un hombre de 55 años, dislipémico, tabaquista, que se presentó con síndrome febril prolongado de aproximadamente 15 días de evolución sin claro foco clínico. Como antecedente epidemiológico relevante, residió en un refugio de gatos callejeros. De la paraclínica se destaca PCR 139 mg/L y TC de abdomen esplenomegalia 172 mm L, con densidad heterogénea, a expensas de múltiples imágenes hipodensas en todas las fases obtenidas, redondeadas, la mayor de 7 mm. Serología para *B. henselae* positiva con un título de IgG de 1: 4096 e IgM 1:20. Se inicia tratamiento antibiótico con doxiciclina con franca mejoría clínica y descenso de parámetros paraclínicos infecciosos.

Discusión

El presente caso corresponde a una forma atípica de presentación de la enfermedad por arañazo de gato no sólo por las manifestaciones clínicas sino también por la edad de presentación, ya que es más frecuente en niños y adolescentes. Es de capital importancia el antecedente epidemiológico del paciente, dado que en la búsqueda etiológica de la fiebre de origen desconocido este dato fue fundamental, además de formar parte de uno de los pilares diagnósticos para la enfermedad por arañazo de gato.

El diagnóstico definitivo se confirmó mediante el resultado de la serología para *Bartonella Henselae*. La decisión del tratamiento a realizar fue en conjunto con infectología, considerando que el paciente estaba cursando una infección complicada por la fiebre prolongada, el compromiso sistémico y el compromiso visceral con múltiples microabscesos esplénicos.

Conclusiones

Es importante realizar un buen interrogatorio durante el proceso de evaluación clínica, dado que el antecedente epidemiológico fue fundamental en el proceso diagnóstico de la enfermedad.

Destacamos la importancia de la asistencia del paciente en el contexto de un equipo multidisciplinario, en este caso en particular, medicina interna e infectología, decidiendo en conjunto pasos diagnóstico y tratamiento a realizar.

Enfermedad por arañazo de gato. Reporte de tres casos clínicos

Autores: Dras Castillo R, Martinez M, Moreira P, San Martin A, Lopez M

Institución: CASMU Montevideo

Introducción

Bartonella henselae es el agente etiológico de la enfermedad por arañazo de gato. Es una zoonosis siendo los gatos los principales reservorios. Se caracteriza por fiebre y una linfadenopatía regional que se desarrolla de una a tres semanas posterior a la inoculación. Del 80 al 95% de los casos tienen esta forma de presentación típica. De los síntomas extraganglionares, el ojo es el órgano más frecuentemente afectado.

La afectación ocular se presenta como síndrome oculoglandular de Parinaud, retinitis, retinocoroiditis, neuritis óptica, uveítis y vitritis. Puede verse afectación hepática, esplénica, cutánea y en el sistema musculoesquelítico. La infección por *Bartonella* también puede causar microabscesos hepáticos y esplénicos.

El diagnóstico es serológico. En los casos de neuroretinitis el tratamiento se suele iniciar de manera empírica ante la sospecha clínica y el antecedente de contacto con gatos.

Se reportan tres de casos de enfermedad por arañazo de gato con diferentes presentaciones.

Casos clínicos

Sexo femenino, 15 años. Consulta por dolor en flanco derecho y sudoración nocturna. Paraclínica: PCR 100. Leucocitosis de 14200 (con neutrofilia). Serologías hepatitis, toxoplasma, CMV, sífilis, VIH negativas.

TC abdomen pelvis lesiones hepáticas y esplénicas de etiología indeterminada. Imágenes redondeadas hipodensas a nivel hepático que no realzan con medio de contraste, bazo con imágenes de similares características.

Se plantea laparoscopia diagnóstica: nódulos pequeños en lobulo izquierdo hepático. Similares nódulos en bazo. Se biopsian. Bacteriológico negativo. Estudio inmunofenotipo no muestra aberrancias. Anatomía patológica proceso inflamatorio hepático granulomatoso necrótico supurado rico en eosinófilos.

Dado hallazgo de granulomas se solicita serología *Bartonella Henselae* IgG e IgM reactivas.

Tratamiento: Rifampicina + Doxiciclina por 6 semanas.

Mujer. 49 años. Consulta por adenomegalia inguinal izquierda dolorosa.

TC abdomen y pelvis imágenes hepáticas y esplénicas nodulares.

Laparoscopia con biopsia hepática y ganglionar. Biopsia de ganglio sin atipias celulares. Biopsia hepática: leucocitos con componente inflamatorio y PMN aislados. Sin atipias. Inmunofenotipo de ganglio y tejido hepático sin clonalidad para LNH. Anticuerpos anti *Bartonella Henselae* IgG e IgM reactivas.

Tratamiento: Doxiciclina vía oral por 25 días.

Hombre. 25 años. Consulta por síndrome febril prolongado

Disminución progresiva de la AV de ambos ojos a predominio izquierdo. Dolor ocular leve bilateral. Cefalea holocraneana.

Paraclínica: sin leucocitosis, hemocultivos negativos, TC cráneo y body sin hallazgos patológicos, ecocardiograma transtorácico sin evidencia de masas intracavitarias. FO con edema de papila bilateral mayor a izquierda. Estrella macular en retina nasal izquierda. RNM de cráneo y órbitas sin hallazgos patológicos. Se plantea coriorretinitis infecciosa.

Serología de toxoplasmosis negativa y serología para Bartonella henselae reactivas.

Tratamiento: Doxicilina y rifampicina por 6 semanas.

Discusión y conclusiones

Reportamos tres casos de enfermedad por arañazo de gato dos de ellas con presentación típica como adenopatía regional, lesiones hepáticas y una forma con compromiso ocular como es la neuroretinitis. Es importante la alta sospecha clínica en base a los antecedentes epidemiológicos debido a la complejidad del aislamiento del microorganismo. Se destaca la importancia de la búsqueda activa de complicaciones oculares que implica un cambio en el tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

Actualmente se sugiere la terapia antimicrobiana a todos los pacientes con linfadenitis, incluso a los pacientes inmunocompetentes. Esto incluye aquellos con diagnóstico presuntivo según los factores de riesgo epidemiológicos y las manifestaciones típicas. Aunque los casos de linfadenitis se resuelven gradualmente sin terapia antibiótica se sugiere tratar en vistas a prevenir complicaciones graves que se pueden observar en hasta un 14% de los casos.

En los casos con compromiso ocular es de relevancia el tratamiento con biterapia antibiótica y la adición de glucocorticoides ante el riesgo de pérdida visual y secuelas.

Artritis séptica gonocócica

Autores: Gemelli SG¹, Herrera DJ², Abaracón C³

Institución: 1. Catedra de enfermedades infecciosas. Hospital de clínicas "Dr. Manuel Quintela", facultad de medicina, Udelar. Montevideo. Uruguay. 2. Catedra de enfermedades infecciosas. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", facultad de medicina, Udelar. Montevideo. Uruguay. 3. Catedra de enfermedades infecciosas. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", facultad de medicina, Udelar. Montevideo. Uruguay.

Introducción

La gonorrea, segunda infección bacteriana más frecuente dentro de las infecciones transmisión sexual (ITS), es causada por *Neisseria gonorrhoeae*, diplococo gram negativo intracelular exigente que causa infecciones exclusivamente en humanos. Dentro de los cuadros clínicos que pueden manifestarse, destacamos, además de la uretritis, la infección gonocócica diseminada (IGD) y dentro de estas la artritis gonocócica. Si bien se describe que un 0,5% al 3% de los pacientes con infección por *N. gonorrhoeae* desarrolla IGD, hay escasez de datos epidemiológicos recientes que analicen la incidencia de IGD en pacientes con artritis. Hasta la década de 1980, los datos publicados muestran un 14 % de asociación de *N. gonorrhoeae* en los casos de artritis séptica.

Caso clínico

Sexo masculino. 50 años. Antecedentes personales de diabetes mellitus no insulino requiriente, dislipemia e hiperuricemia. Consulta inicial en policlínica por cuadro clínico de uretritis aguda. Recibe tratamiento exclusivo con penicilina benzatínica, 2.400.000 UI intramuscular con mejoría del cuadro clínico. Reconsulta a los 10 días por fiebre y gonalgia derecha de 72 hs de evolución. Del examen físico se destaca, febril y a nivel local edema, calor e impotencia funcional de rodilla derecha. Con planteo de artritis séptica de rodilla derecha se solicita hemocultivos por dos (HCX2) y paraclínica. En cuanto a los HCX2 los mismos fueron sin desarrollo, destacando de la paraclínica, glóbulos blancos (GB): 11860 y proteína C reactiva (PCR): 239. Valorado por servicio de Traumatología, se realiza artrocentesis, obteniéndose 100 cc de pus, destacando del estudio citoquímico, proteínas 54 gr/lt, abundantes glóbulos blancos con franco predominio de neutrófilos y cultivo con desarrollo de *N. gonorrhoeae*. Posteriormente en block quirúrgico se realiza artrotomía medial más sinovectomía radical y lavado profuso con suero fisiológico. Se inicio tratamiento antibiótico (ATB) empírico con clindamicina más gentamicina, rotándose a ceftriaxona 1 gramo intravenoso cada 24 hs por 14 días con muy buena evolución clínica y paraclínica.

Discusión

La IGD manifestación de diseminación hematogena de *N. gonorrhoeae* se manifiesta como artritis séptica o por el síndrome caracterizado por tenosinovitis, dermatitis, poliartralgias y ausencia de elementos purulentos a nivel articular. La artritis gonocócica se presenta en forma de mono, oligo o poliartritis asimétrica, siendo la más frecuente la monoartritis. Las rodillas, muñecas y los tobillos son las articulaciones más frecuentemente afectadas. En este caso, a partir del estudio bacteriológico directo y la visualización de diplococos gram negativos fue que se sospechó la etiología y se dirigió la terapéutica indicada con ceftriaxona, interrogándose el antecedente de uretritis a partir del hallazgo bacteriológico en la evolución.

Conclusiones

El adecuado abordaje de las ITS, como el caso de la uretritis aguda resulta clave para evitar la evolución a este tipo de infecciones. Un adecuado abordaje traumatológico, asociado a 14 días de tratamiento ATB con ceftriaxona resulta una terapéutica adecuada en estos casos. Se debe contactar y tratar a las parejas de pacientes diagnosticados con infección por *N. gonorrhoeae* dentro de los 2 meses siguientes.

Streptobacillus Moniliformis como causa de fiebre de origen desconocido. Reporte de caso clínico

Autores: Esnal L, Pomies L , Torres Debat ME , López M

Institución: CASMU IAMPP. Montevideo – Uruguay

Introducción

La fiebre por mordedura de rata (FMR) es una zoonosis bacteriana sistémica de difícil diagnóstico causada por *Streptobacillus moniliformis*, *Streptobacillus notomytis* o *Spirillum minus*. Se presenta un caso de un paciente joven que en estudio por fiebre de origen desconocido se llega al diagnóstico de artritis por *Streptobacillus moniliformis*.

Caso Clínico

SM 56 años. AP: Tabaquista. Alcoholista.

Ingresa por síndrome febril prolongado, luego de sensación de picadura mientras dormía en párpado superior derecho acompañado de astenia y artromialgias. Al examen físico lesión puntiforme sangrante en párpado superior derecho, sin otras lesiones en piel.

De la analítica sanguínea leucocitosis $10.9 \times 10^9/L$, PCR 191 mg/l, VES 80 mm/h, Hemocultivos y Urocultivo sin desarrollo. TC tórax, abdomen, pelvis sin hallazgos patológicos.

En evolución gonalgia izquierda acompañada de edema, calor y rubor. Ecografía articular con extenso derrame. Se realiza punción del líquido articular, bacteriológico del líquido con desarrollo de bacilo gramnegativo con morfología característica e identificado mediante espectrometría de masas (MALDITOF) como *Streptobacillus moniliformis*. Se realizan nuevos hemocultivos aislándose el mismo microorganismo. Con planteo diagnóstico de FMR, se inició ceftriaxona y se realizó drenaje articular por traumatólogo, en evolución se rotó a amoxicilina vía oral que completó por 28 días. Se solicitó ETE descartando compromiso valvular.

Discusión

Streptobacillus moniliformis es un bacilo gramnegativo pleomórfico, ramificado. Las bacterias son microaerofílicas, requieren medios específicos para el aislamiento.

La infección con *Streptobacillus moniliformis*, *Streptobacillus notomytis* o *Streptobacillus minus* puede ser el resultado de una mordedura o rasguño de una rata infectada o colonizada.

Streptobacillus moniliformis también puede ocurrir después de la ingestión de alimentos o agua contaminados con heces de rata. La sintomatología está dada por fiebre, artromialgias, vómitos, faringitis, cefalea. El período de incubación suele ser inferior a siete días después de la exposición. En el 50% de los casos se describen poli artralgias migratorias asimétricas y ocasionalmente artritis séptica.

Se han reportado casos de meningitis, endocarditis y bacteriemia.

Tratamiento antibiótico indicado es penicilina G sódica o ceftriaxona, la duración dependerá de presencia de meningitis, endocarditis o artritis séptica.

En este caso se completó tratamiento antibiótico por 28 días.

Conclusiones

En conclusión, se reportó un caso de un paciente que ingresa por fiebre sin foco clínico constatándose en la evolución artritis séptica aislándose *Streptobacillus moniliformis* confirmando diagnóstico de fiebre por mordedura de rata. Se destaca la dificultad del de aislamiento del microorganismo, y ausencia de pruebas serológicas, de ahí la importancia de tener sospecha clínica y estrecha comunicación entre el clínico y microbiólogo.

Alteraciones hematológicas y mortalidad intrahospitalaria en una cohorte de pacientes con infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana en Colombia

Autores: Herrera LV, Ortiz YS, Vega A, Solano RA, Figueroa CL.

Institución: Universidad Industrial de Santander, Hospital Universitario de Santander, Bucaramanga, Colombia.

Introducción

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) es una enfermedad crónica con alta prevalencia en todo el mundo. Dentro de la afección multisistémica, los trastornos hematológicos son unos de los más frecuentes causados en términos generales por un defecto en la producción de la médula ósea o una mayor destrucción periférica de células sanguíneas. Las citopenias están relacionadas con progresión de la enfermedad, deterioro de la calidad de vida y mayor mortalidad. Nuestro estudio tiene como objetivo describir las características hematológicas en personas infectadas por VIH en Colombia y evaluar las posibles relaciones con mortalidad, ingreso a UCI y detección de enfermedades oportunistas o neoplásicas durante su ingreso hospitalario.

Metodología

Realizamos un estudio observacional de cohorte exploratoria prospectivo en pacientes ≥ 18 años hospitalizados en una institución de III nivel de Colombia con diagnóstico de infección por VIH durante diciembre de 2022 hasta agosto de 2023, en donde se incluyeron variables sociodemográficas, clínicas, metabólicas y hematológicas datos registrados en la base de datos en Microsoft Excel y luego trasladados para análisis estadístico al Software STATA R 16.0. Se realizaron análisis univariados y bivariados mediante el modelo Chi-cuadrado de Pearson para investigar las características hematológicas en pacientes hospitalizados con VIH y su relación con los desenlaces más frecuentes. Adicionalmente, se exploraron análisis de asociación de cada una de las citopenias con el desenlace de mortalidad, utilizando modelos de regresión logística con razón de momios (OR) y sus respectivos intervalos de confianza y significancia estadística.

Resultados

Un total de 144 pacientes fueron incluidos en este estudio. 73.6% eran hombres y la mediana de edad fue de 38 años (RIC 29.5 - 48). 75 (52%) pacientes pertenecían a programa de VIH y se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral (TAR). En 84 (62.12%) pacientes se documentó $CD4 < 200$ células/mm³ y en 49 (36.3%) carga viral > 100.000 copias/ml. Se observó anemia moderada y severa en 52 (36,1%) y 13 (9.03%) pacientes respectivamente, leucopenia en 30 (20,83%) pacientes y trombocitopenia en 26 (18,06%) pacientes. En 12 (8.33%) pacientes se observó pancitopenia. La mortalidad intrahospitalaria fue del 21%. Todas las citopenias se relacionaron estadísticamente ($p < 0.05$) con mortalidad e ingreso a UCI y la anemia se relacionó con mayor probabilidad de identificación de enfermedades oportunistas durante su estancia hospitalaria. En la exploración de variables relacionadas con $p < 0,1$, sólo se encontraron asociadas a mortalidad la anemia severa (OR 5,5. IC 95% 1,22 - 24,63), trombocitopenia 4,64 (OR 4.64. IC 95% 1,57 - 13,64) y recuentos de $CD4 < 200$ (OR 4,02. IC 95% 1,01 - 15,9).

Conclusiones

Las citopenias son frecuentes en los pacientes hospitalizados con VIH, siendo la anemia la más frecuente, seguida de linfopenia y trombocitopenia. La mortalidad intrahospitalaria es mayor en los pacientes con citopenias, documentando un riesgo 5.5 veces mayor de muerte con anemia severa y 4.6 veces de muerte con trombocitopenia en la población estudiada. La identificación temprana, estudio y tratamiento de citopenias es esencial para mejorar los desenlaces en los pacientes con VIH.

Histoplasmosis peritoneal como debut diagnóstico de infección por VIH

Autores: Faria D

Institución: Asistencial Médica Maldonado – Uruguay

Introducción

El objetivo de este caso es analizar una rara forma de presentación de la histoplasmosis diseminada y la importancia de no subestimar la clínica y paraclínica, principalmente en casos con escasa signosintomatología, donde cualquier hallazgo es importante y válido como hilo conductor del algoritmo diagnóstico. Tener la sospecha clínica de micosis profundas en pacientes inmunodeprimidos es el primer paso.

Caso clínico

Paciente masculino, 45 años, jardinero, con antecedente personal de psoriasis y sífilis tratada, que consulta por fiebre y sudoración nocturna de 45 días de evolución, acompañada de repercusión general, dolor abdominal difuso y distensión abdominal. Al examen físico se constata fiebre, regular estado general, adelgazamiento y anemia clínica.

De la paraclínica destacamos anemia normocítica normocrómica, leucopenia a predominio linfocitario. Proteinograma electroforético con hiper alfa1 e hipergamaglobulinemia sin pico monoclonal. VES 97, PCR 90. Reactivo para serología VIH con carga viral (CV) de 165.664 copias por mL / Población linfocitaria: 25 cel/mm³ CD4. VDRL 1/1. Tomografía axial computada con aumento de densidad del epiplón mayor y leve efecto de masa con sectores en forma nodular (imagen 1).

Laparoscopia diagnóstica con hallazgos en la anatomía patológica concordantes con proceso inflamatorio crónico granulomatoso por Histoplasma capsulatum.

Discusión

Frente a un paciente VIH SIDA con síntomas abdominales inespecíficos, repercusión general y síndrome toxiinfeccioso apoyados en el hallazgo tomográfico de nuestro paciente sumado al antecedente ambiental laboral planteamos una micosis profunda y dentro de ellas la histoplasmosis.

Confirmada la histoplasmosis se inició Anfotericina B y posteriormente Itraconazol, con buena respuesta terapéutica, logrando ascenso ponderal y ausencia de síntomas.

A los 15 días de tratamiento se asocia TARV, logrando a los dos meses un marcado descenso de la CV y un aumento de CD4.

El SIDA ha tenido un impacto importante en la epidemiología de la histoplasmosis, registrándose una incidencia global de coinfección del 0,9%, llegando a 27% en áreas endémicas. La terapia antirretroviral reduce significativamente la frecuencia de ésta micosis, la cual continúa presentándose como una infección oportunista grave en pacientes que desconocen estar infectados por el VIH. En Uruguay se presentan entre 10 a 30 casos por año. Existen distintas formas de presentación, la más frecuente es la diseminada progresiva.

La afectación a nivel peritoneal es una forma localizada de la histoplasmosis diseminada, la mayoría de los casos se asocian a la diálisis peritoneal y su diagnóstico se basa en el estudio del líquido ascítico.

Conclusiones

La presentación peritoneal de la infección por *H. capsulatum* en pacientes con VIH es rara y los escasos reportes son vinculados en su mayoría a diálisis peritoneal. La sospecha clínica nos permite un diagnóstico adecuado y, a su vez, determina un manejo integral y oportuno. El tratamiento se basa en el estándar de las presentaciones diseminadas.

La fortaleza de nuestro caso radica en el hecho de que fue posible lograr el diagnóstico definitivo de una entidad rara. La sospecha clínica frente al debut de VIH en etapa SIDA asociado a la sintomatología digestiva inespecífica fueron claves como hilo conductor.

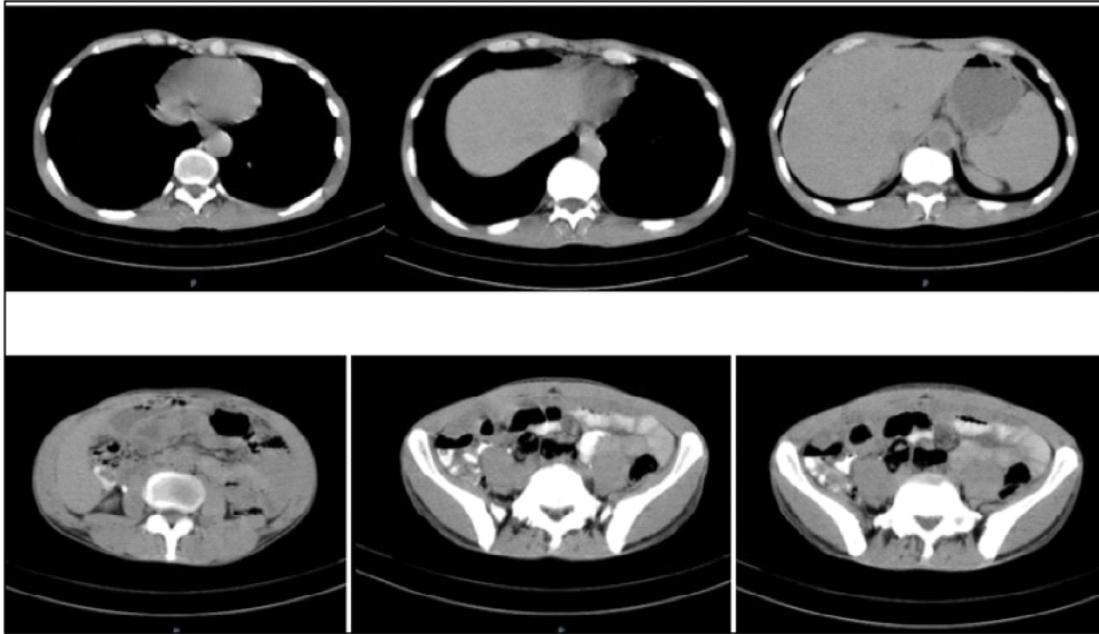


Imagen 1.

Caracterización de la asistencia de personas viviendo con VIH en policlínicas de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas de la UdelaR de 2021 a 2023.

Autores: Noble L, Dominguez L, Tairovich J, Herrera J, Inchausti A, Medina G, Navarro K, Pimienta S, Sahakian N, Silchenko I, Gonzalez S, Cabeza E, Gemelli S, Griot S, Antelo V, Guirado M, Arteta Z, Cabrera S.

Institución: Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela".

Introducción

La implementación del tratamiento antirretroviral (TARV) mejora la calidad y expectativa de vida de las personas que viven con VIH (PVVIH), reduce la transmisibilidad y desarrollo de resistencias. Para esto, es necesario lograr la vinculación y la retención en el cuidado. Para el año 2018 la Cátedra de Enfermedades Infecciosas (CEI) presentaba 429 pacientes en seguimiento. El presente trabajo tiene como objetivo caracterizar el proceso asistencial ambulatorio de las PVVIH en seguimiento por la CEI.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, transversal de las PVVIH asistidas en policlínica en el período del 1/01/2021 al 30/06/2023. Se excluyeron embarazadas y personas privadas de libertad. Los datos se obtuvieron a partir de las historias clínicas electrónicas (HCE) y las variables a estudiar se categorizaron e ingresaron en una base de datos con tal fin. Se compararon resultados con la cohorte analizada por la CEI para el año 2018.

Resultados

Se incluyeron 7 policlínicas, con un total de 709 personas asistidas durante el período, el 65,4% pertenecen al sexo masculino, con una mediana de edad de 42 +/- 11,63 años. El número de pacientes en seguimiento aumentó 65,0% respecto al anterior reporte del año 2018. En el período analizado, 125 corresponden a nuevos diagnósticos, 31 se realizaron en los primeros 6 meses del 2023. De estos, el 24% debutó linfocitos TCD4 + <200 cél/mm³.

Respecto al TARV, 73,0% reciben un esquema en base a inhibidor de integrasa (INI), 25,0% un inhibidor no nucleosídico de la retrotranscriptasa (INNRT) y 2,0% un inhibidor de proteasa (IP). Destacamos que 71% reciben un único comprimido por día.

El 88,0% tuvieron al menos una consulta y/o retiraron TARV durante el 2023, de los cuales el 75,0% se encuentran con carga viral indetectable para VIH-1.

El 27% cursó alguna enfermedad oportunista desde el diagnóstico, siendo la tuberculosis la más frecuente.

Los registros en HCE nos indican que el 25,0% alguna vez tuvo sífilis.

Respecto a las coinfecciones con hepatitis: serología reactiva de VHC 3.9%, algún marcador reactivo de VHB (HBcAc y/o HBsAg) 14,0%, de los cuales el 91,0% presenta un patrón de infección resuelta (HBsAg no reactivo y HbcAc reactivo).

En cuanto a las inmunizaciones, 124 estaban completamente inmunizados para VHB; 115 tenían esquema de antineumocócica completo (PCV13V y PCV23V); para HPV tenían indicación de vacunación 88 pacientes, de estos 19 tienen el esquema completo, 17 el esquema incompleto, y 52 ninguna dosis.

Conclusiones

Al 2023 seguimos asistiendo diagnósticos tardíos de infección por VIH con inmunodepresión severa. Destacamos el aumento sustancial de la población asistida por la CEI en los últimos 5 años. Durante los últimos años, con la implementación de esquemas de TARV coformulados se ha favorecido la simplificación.

Si bien se obtuvieron porcentajes no despreciables de pacientes en seguimiento e indetectabilidad, aún nos encontramos por debajo de las metas pautadas por la OMS.

Debemos fortalecer la promoción de la vacunación entre nuestra población, lo cual sigue siendo un desafío.

	F. absoluta	F. Relativa (%)
Sexo biológico: Masculino; Femenino	464; 245	65,4; 34,5
Cursó alguna enfermedad oportunista	193	27,2
Serología reactiva para Sífilis (RPR reactivo)	179	25,2
Serología reactiva para hepatitis C (VHC)	28	3,9
Serología reactiva para hepatitis B (VHB):		
HBsAg reactivo y HBcAc reactivo	8	8,3
HBsAg reactivo y HBcAc no reactivo	1	1,0
HBsAg no reactivo y HBcAc reactivo	88	91,0
Nuevos casos	125	17,6
2023	31	22,9
LT CD4 al diagnóstico < 200 cél/mm ³ de nuevos casos	30	24
TARV	707	99,7
2 INTR + 1 INI	425	60,1
2 INTR + 1 INNTR	144	20,4
2 INTR + 1 IP	1	0,1
Otros por test de resistencia (con IP)	14	2,0
Otros por test de resistencia (excluyendo IP)	14	2,0
Otros con DTG a doble dosis	9	1,3
Biterapia (3TC/DTG)	100	14,1
Pacientes que presentaron al menos una consulta y/o retiraron TARV durante el 2023.	627	88,4
Carga viral <50 copias/mL	473	75,4
Inmunizaciones:		
-VHB	124	17,5
-Antineumocócica	115	16,2
-HPV	19	21,6
Total de pacientes	709	
Edad (mediana +- DE)	42 +/- 11,63 años	

Tabla 1. Resultados del estudio según variables analizadas de la población estudiada.

Osteomielitis tuberculosa con afectación vertebral difusa en pacientes con infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana

Autores: Ciganda N, Villar S, Gaudiano J, Roca F.

Institución: Clínica Médica 2, Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay

Introducción

Considerar la infección por *M. tuberculosis* como etiología de la osteomielitis vertebral en pacientes coinfectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), dado que el diagnóstico y el inicio oportuno del tratamiento tienen un importante impacto en la morbimortalidad de estos pacientes.

Caso clínico

Sexo femenino, 24 años, tabaquista, con diagnóstico reciente de VIH (linfocitos CD4+ 295 células/mm³ y carga viral 135 mil copias/mL) en contexto de tuberculosis diseminada con compromiso pulmonar, ganglionar y esplénico. Se inicia tratamiento antirretroviral (TARV) y antituberculoso, posterior a lo cual instala lumbalgia orgánica sin manifestaciones neurológicas y manteniendo síndrome toxi-bacilar (STB). Se realiza resonancia nuclear magnética (RNM) de columna evidenciando múltiples lesiones a nivel de cuerpos vertebrales dorsales, lumbares y sacros compatibles con osteomielitis tuberculosa con abscesos múltiples pero sin compromiso medular. Se solicita punción guiada por tomografía de absceso epidural del cual se obtiene baciloscopia positiva.

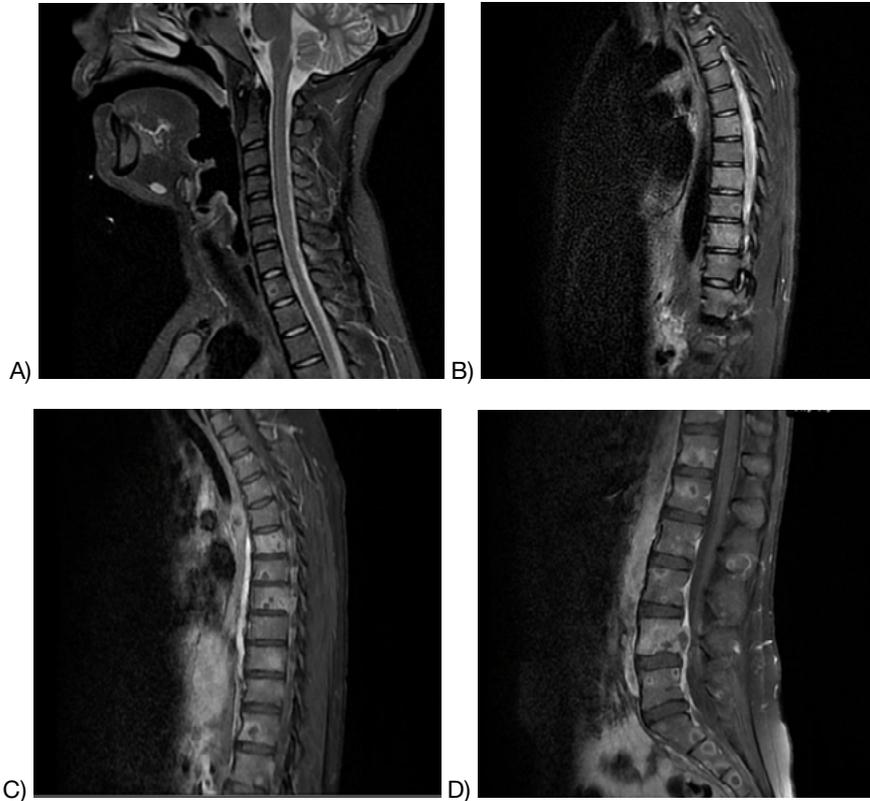
Discusión

La coinfección por el VIH es el principal factor de riesgo para presentar tuberculosis extrapulmonar. La afectación osteoarticular representa un 10% de estas formas clínicas, ya sea como osteomielitis monostótica de huesos largos o como espondilodiscitis (mal de Pott). Sin embargo, el caso expuesto se presentó con compromiso raquídeo difuso y a forma de osteomielitis con abscesos múltiples, siendo este tipo de presentación menos frecuente y más agresiva. Con respecto a la localización lesional, está descrita la mayor frecuencia y menor gravedad del compromiso lumbar, con menor deformidad pero mayor riesgo de abscesos. Por su parte, el compromiso dorsal se asocia a síntomas neurológicos. Es de destacar que la paciente no presentó deformidades osteoarticulares ni trastornos neurológicos. Por otra parte, el curso agudo y rápidamente progresivo de la afectación ósea tras el inicio de la TARV plantea la duda acerca de la posibilidad de un síndrome de reconstitución inmune (SIRI) desenmascarado. Si bien en el SIRI asociado a tuberculosis las principales manifestaciones reportadas son el empeoramiento del STB, el aumento del tamaño de las adenopatías, entre otros, no se puede desestimar este mecanismo como un factor adicional para explicar la clínica actual. A pesar de contar con la confirmación de tuberculosis, la presentación atípica de la afectación osteoarticular y la condición de inmunosupresión obligaron a descartar otras etiologías diferenciales como la infección bacteriana inespecífica.

Conclusiones

La infección por *M. tuberculosis* tiene una incidencia creciente en Uruguay. De todas las formas clínicas, la tuberculosis extrapulmonar representa el 18% de los casos reportados. La coinfección por el VIH es el principal factor de riesgo de hospitalización y muerte por tuberculosis. Asimismo, las presentaciones diseminadas y atípicas son más prevalentes en individuos inmunodeprimidos. Esto se expone en el presente caso, donde la distribución difusa del compromiso raquídeo recuerda la importancia de

mantener un alto índice de sospecha y procurar la confirmación etiológica de la infección tuberculosa para iniciar precozmente el tratamiento específico y así lograr disminuir la morbimortalidad de esta enfermedad. Teniendo en cuenta también que el inicio oportuno de la TARV no elimina el riesgo de tuberculosis aun cuando se logra una recuperación inmunológica.



Imágenes de RNM de la paciente, en las cuales se visualizan los abscesos vertebrales cervicales (Imagen A), dorsolumbares (Imágenes B y C) y lumbosacros, con absceso epidural anterior en L4 del cual se obtuvo la muestra bacteriológica bajo tomografía (Imagen D).

Tuberculosis peritoneal como diagnóstico diferencial de carcinomatosis peritoneal

Autores: Tavani A, Taglioretti V, Fontes G, Spiess J.

Institución: Clínica Médica A, Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Introducción

La OMS en su “Reporte Global de Tuberculosis 2022” estima que en 2021 se diagnosticaron 6.4 millones de casos nuevos de tuberculosis en el mundo, y 1.6 millones fallecieron a causa de esta enfermedad.

En nuestro país en 2019, se estimó una incidencia de 35 casos por 100000 habitantes. La tuberculosis peritoneal (TP) es poco frecuente (11% de las formas extrapulmonares). Tiene una mortalidad reportada de 15-31%, se presenta de forma inespecífica y las pruebas de imagen no son sensibles ni específicas para su diagnóstico.

Caso clínico

Se presenta el caso clínico de un hombre de 59 años, tabaquista y alcoholista, que consultó en servicio de urgencias por dolor abdominal difuso de 20 días de evolución, permanente, sin relación con las ingestas. Astenia, adinamia y adelgazamiento de 20 kg en el último mes, sin otros síntomas acompañantes.

Al examen físico se constata adelgazamiento, palidez cutáneo mucosa y muguet oral. Abdomen en tabla con dolor y defensa a la palpación difusa. Sin otros hallazgos patológicos.

Con planteo de peritonitis aguda se solicitan estudios complementarios, de los cuales se destaca: anemia leve con hemoglobina de 10 mg/dL normocítica normocrómica, leucocitos 9.200/mm³ y proteína C reactiva de 142 mg/l. Se realiza tomografía de abdomen que evidencia líquido libre a nivel de todos los recessos peritoneales. Asas delgadas con realce parietal de aspecto edematoso.

Se realiza una laparoscopia exploratoria realizándose diagnóstico macroscópico de carcinomatosis peritoneal. Se realiza estudio citológico, citoquímico de líquido de ascitis y se envía nódulo peritoneal a estudio anatomopatológico.

Dado elementos clínicos de inmunosupresión se solicita serología para VIH con resultado positivo. Dado paciente sin neoplasia primaria evidente, con diagnóstico reciente de VIH, se plantea posible tuberculosis peritoneal como diagnóstico diferencial.

La anatomía patológica es compatible con proceso inflamatorio crónico granulomatoso necrotizante, con la presencia de bacilos ácido alcohol resistentes y ausencia de malignidad en el material examinado.

Se inició tratamiento con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol con buena evolución posterior.

Discusión

La TP es una enfermedad de curso insidioso y manifestación clínica inespecífica. Puede ser confundida imagenológica y macroscópicamente con carcinomatosis peritoneal, siendo la biopsia de los nódulos peritoneales esencial para su diagnóstico. Es un diagnóstico diferencial a tener en cuenta en pacientes con factores de riesgo (infección por VIH, diabetes mellitus, otras causas de inmunodepresión, diálisis

peritoneal) en los que la localización extrapulmonar cobra especial relevancia. La forma más frecuente de adquisición de esta enfermedad es la diseminación hematológica desde un foco intestinal.

En el caso de nuestro paciente el diagnóstico de VIH fue clave para incluir la TP entre los planteos diagnósticos. La biopsia de los nódulos peritoneales fue confirmatoria. Si bien no se realizó medición de ADA en el líquido de ascitis, éste tiene una alta sensibilidad para el diagnóstico de TP, siendo valores mayores a 50 U/l altamente sugestivos.

Conclusión

La TP es un diagnóstico a tener en cuenta en pacientes con factores de riesgo para su desarrollo. La confirmación anatomopatológica es fundamental en pacientes cuya forma de manifestación es indistinguible de la carcinomatosis peritoneal.

Enfermedad de Hansen

Autores: De León S., Kutscher P., Yandian M.

Institución: Departamento de Medicina Interna, Médica Uruguaya, Montevideo.

Introducción

La lepra o enfermedad de Hansen tiene una evolución crónica y compromete principalmente piel y nervios periféricos. Es causada por un bacilo ácido-alcohol resistente, de replicación lenta, el *Mycobacterium Leprae* (M. Leprae). Se transmite persona a persona por vía respiratoria. En Uruguay se considera de baja prevalencia.

Caso clínico

Hombre, 83 años. Hipertenso, insuficiencia cardíaca, portador de marcapaso, ERC E1.

Dermatosis de piel desde 2018, topografiada en tronco y extremidades, caracterizada por máculas y placas eritematosas con eritema rojo intenso, sectores violáceos, mal delimitadas. Asocia nódulos dérmicos de tamaños variables, de 2-3 cm, que asientan en áreas extensoras de miembros superiores. Algunas lesiones con formas targetoides o en diana, en tronco anterior y dorso alto. En ala nasal derecha, úlcera de 2 cm, de fondo limpio forma irregular y escasa fibrina. A nivel frontal derecha placa eritemato-escamosa de aspecto inespecífico. Acentuación de pliegues cutáneos frontales con aspecto infiltrado y eritema frontal. Mucosas, láminas ungueales, palmas y plantas sin lesiones. Anatomía patológica en 2018 informó hiperplasia de células sebáceas, dermis con denso infiltrado linfomonocitario y aspecto penfigoide. Se plantea pénfigo seborreico. Recibió corticoides tópicos y sistémicos durante años e inicia metotrexate en 2022, sin mejoría. Presentó repercusiones sociales con aislamiento.

En diciembre del 2022 agrega repercusión general por lo que se realiza nueva biopsia que informa una infiltración linfocitaria con técnica de Fite POSITIVA, observándose numerosas micobacterias en el citoplasma de histiocitos. Se plantea una Lepra Lepromatosa. Se suspende metotrexate e inicia tratamiento específico con dapsona, rifampicina y clofazimina, presentando franca mejoría clínica.

Discusión

Un 5-10% de las personas que tienen contacto enferman, dependiendo del estado inmune del paciente. Se ven tres escenarios posibles: destrucción total del bacilo, formas paucibacilares (PB) (baciloscopias negativas con escasas lesiones) y formas multibacilares (MB) (baciloscopias positivas, lesiones múltiples, altamente contagioso).

Clínicamente se clasifica en indeterminado en el estadio inicial, con dos polos de presentación; en un polo la Lepra Tuberculoide y en el otro polo la Lepra Lepromatosa.

En Uruguay, la mayoría de los casos se presentan al norte del Río Negro.

El diagnóstico es de sospecha clínica, basándonos en los hallazgos neurocutáneos apoyado con baciloscopías positivas.

La duración del tratamiento depende de la forma de presentación, si es PB se realiza por 6 meses, en MB es por 12 meses. Es importante educar a los pacientes que presentan una enfermedad curable y evitar la estigmatización.

Conclusiones

La Lepra Lepromatosa es una enfermedad infecto contagiosa rara, lo que genera dificultades diagnósticas como fue el caso del paciente. Esto genera la posibilidad de nuevos contagios y dificultades en su erradicación.



Enfermedad milenaria: Hansen a propósito de un caso clínico

Autores: Pacello. F, Rodríguez da Silveira. M, Romero. A, Vignolo. L, Lopez. N

Institución: Hospital Escuela del Litoral Galán y Rocha. Paysandú - Uruguay.

Introducción

La enfermedad de Hansen es ocasionada por *Mycobacterium leprae*, una enfermedad infectocontagiosa, estigmatizante y subdiagnosticada; la intensidad de la respuesta inmune determina las distintas formas clínicas. Uruguay se encuentra en una zona de endemia baja, menos de 10 casos nuevos al año. La OMS clasifica la enfermedad de forma operativa en Paucibacilar o Multibacilar para definir el esquema de tratamiento, basándose en el número de lesiones, afectación nerviosa y baciloscopias. El tratamiento es supervisado por la Comisión honoraria para la lucha antituberculosa y enfermedades prevalentes. Objetivo: presentar un caso clínico, de Enfermedad de Hansen con expresión dermatológica y neurológica periférica característica.

Caso clínico

Masculino, 43 años. Trabajador rural. Tabaquista, IPA 10.

Comienza 18 meses previos a la consulta, con dolor progresivo en miembros inferiores tipo urente, agregando en la evolución compromiso de miembros superiores. Asocia lesiones de piel en tronco, miembros y cara, no pruriginosas, en apirexia sin otros síntomas asociados. Examen físico. Lesiones maculopapulares diseminadas por tronco y miembros, castañas-rojizas y nódulos pequeños múltiples. Napas eritematosas en zona escapular, laterales de abdomen y MMII.

Infiltración cutánea en zona frontal y lóbulo auricular izquierdo.

SNP: Hipoestesia, táctil y dolorosa bilateral y asimétrica de 4 MM, alteración en discriminación térmica en tronco.

Paraclínica: VES 22, PCR 2. HIV, VDRL, ANA, Pool ENA negativos. EEF: Evidencia de lesión neurogénica a nivel distal de los 4 miembros, configurando Mononeuropatía múltiple (MNM) de los 4 miembros. Baciloscopías cutáneas de lóbulo auricular derecho e izquierdo, cola de ceja, pliegue de codo derecho e izquierdo, positivas para bacilos con Índice bacteriológico de 5 e índice morfológico de 59. Biopsia de piel informa grupos compactos de histiocitos que rodean los haces nerviosos profundos, por técnica de ZN se observan microorganismos bacilos ácido alcohol resistentes (BAAR), compatible con *Lepra Lepromatosa borderline*.

Se inicia tratamiento con Rifampicina, Clofazimina, Dapsona y Corticoides sistémicos con buena respuesta inicial en seguimiento por CHLA-EP.

Discusión

El caso clínico se presentó con MNM asociado a las lesiones cutáneas mencionadas lo que obliga a planteos de diagnósticos diferenciales como el linfoma T cutáneo, sarcoidosis pero dado el antecedente demográfico y características de las lesiones se sospechó enfermedad de Hansen. La normalidad de los reactantes de fase aguda llamó la atención, pero el alto índice de sospecha derivó a la toma de muestras cutáneas biopsias/frotis evidenciando la presencia de BAAR, definiendo así el diagnóstico de enfermedad multibacilar. Se realizó interconsulta con colega referente regional en Lepra, definiendo el inicio de tratamiento prolongado y supervisado, teniendo como objetivo la curación de la infección. Se inició además prednisona, con remisión casi total de lesiones cutáneas, con secuela en sistema nervioso periférico al año del diagnóstico.

Conclusiones

Se debe sospechar enf de Hansen, cuando la mononeuritis múltiple asocia lesiones cutáneas evocadoras. Enfermedad subdiagnosticada, por lo que se debe tener alto índice de sospecha para realizar diagnóstico precoz, optimizando medidas terapéuticas, disminuyendo la morbimortalidad y logrando la curación, siendo un desafío clínico dada su baja prevalencia.



Imagen 1. Lesiones difusas en tronco-dorso, MMSS, MMII. Castañas rojizas

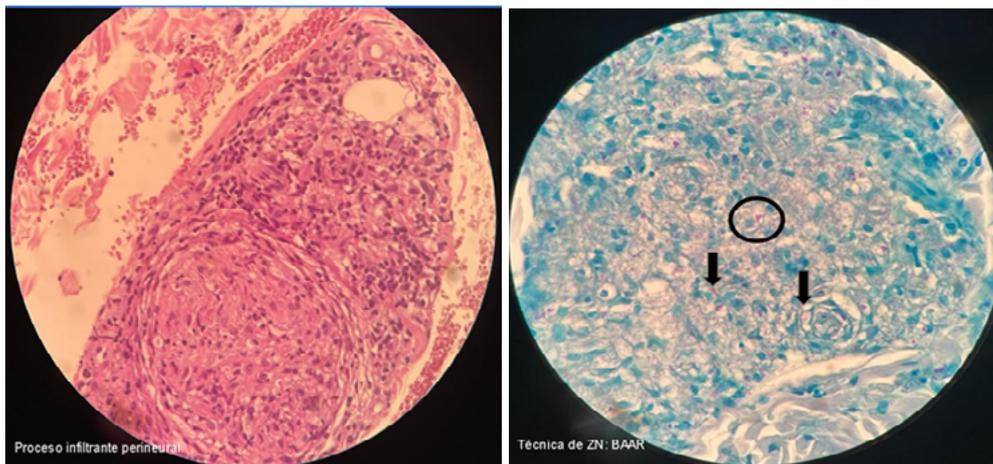


Imagen 2. Izq.: proceso infiltrante perineural. Der.: BAAR con tinción de ZN

Reporte de caso: neuroartropatía sifilítica

Autores: Garate J, Lafarge M, Noboa L, Llambí L, Bernardi N.

Institución: Unidad Académica Clínica Médica B, Hospital de Clínicas, "Dr. Manuel Quintela". Montevideo, Uruguay.

Introducción

La sífilis es una enfermedad reemergente en Uruguay y a nivel mundial la cual se presenta en distintas etapas con manifestaciones clínicas muy diversas, siendo la afección ósea una fase tardía e infrecuente de la misma. Dentro de la sífilis terciaria se encuentra la neurosífilis tardía en la cual se incluye el cuadro de artropatía neuropática con una incidencia de 6-10%. La afección ósea es consecuencia del daño de estructuras nerviosas sensitivas; esto lleva a microtraumatismos reiterados y luxaciones, los cuales generan gran deformidad y destrucción ósea articular progresiva.

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino de 57 años, sin antecedentes personales a destacar que consulta por gonalgia derecha de un año de evolución y signos fluxivos. Niega traumatismos previos. Al examen físico: paciente obesa, lúcida en apirexia, sin alteraciones en piel. Del examen osteoarticular gran deformación en rodilla derecha con inestabilidad articular asociado a edema, rubor, calor local, con choque rotuliano, signo del bostezo positivo. El examen neurológico no presenta alteraciones. En el estudio radiológico se observa gran destrucción ósea y de partes blandas con pérdida de arquitectura articular. Del estudio etiológico de la monoartropatía inflamatoria se realiza análisis del líquido articular el cual descarta etiología bacteriana inespecífica. Cultivo sin desarrollo. Cristales negativo. Ácido úrico 5.6 mg/dL. Hemograma, VES y PCR sin alteraciones, FR negativo. De las serologías: VHB, VHC y VIH negativos RPR en sangre periférica 1/32 UI y líquido cefalorraquídeo compatible con neurosífilis; con otras etiologías descartadas se plantea diagnóstico de neuroartropatía sifilítica. Se realiza tratamiento higiénico con inmovilización y descarga de la articulación. Se realizó tratamiento antibiótico con penicilina intravenosa con posterior disminución de edema y dolor. Se plantea artrodesis de rodilla en la evolución.

Discusión

En los últimos años los casos de sífilis se encuentran en ascenso y con ellos la reemergencia de presentaciones clínicas infrecuentes en etapas avanzadas de la enfermedad. Se describe en la literatura una edad media de presentación de los pacientes con artropatía de Charcot de 52.3 años con una edad similar en la de etiología sifilítica; en un 91.6% la afección predominante es de rodilla acorde a nuestro caso clínico. No presenta predisposición entre sexos. En el 50% de los casos, la serología en el líquido cefalorraquídeo es negativa. El tratamiento de elección para todas las etapas de la infección es la penicilina, cobrando importancia la administración intravenosa en casos de neurosífilis. La artrodesis se plantea en pacientes con gran destrucción ósea e inestabilidad de la articulación como es el caso de nuestra paciente.

Conclusiones

La sífilis es una infección prevalente, prevenible y tratable que en las últimas décadas ha habido un aumento en el número de casos, resurgiendo así su presentación clínica en etapas avanzadas de la enfermedad. El abordaje interdisciplinario y la alta sospecha clínica así como la sencillez en la detección de la sífilis son fundamentales para el diagnóstico precoz de la neuroartropatía sifilítica como etiología infrecuente de la monoartropatía.

Sífilis maligna en paciente inmunocompetente

Autores: Conde L , Inchausti A

Institución: Clínica Médica A Dra. Gabriela Ormaechea. Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Facultad de Medicina, UdelAR. Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Facultad de Medicina, UdelAR, Montevideo, Uruguay 2023.

Introducción

La sífilis maligna (SM) es una forma infrecuente y grave de sífilis secundaria. Esta se presenta principalmente en individuos inmunodeprimidos, más frecuentemente en pacientes con una co infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), siendo menos probable en individuos inmunocompetentes. Hasta el año 2021, se estimó que un 7% de las sífilis en personas que viven con VIH coincidían con los criterios diagnósticos de SM, siendo esta muchas veces la primera manifestación de la infección por dicho virus. Una revisión sistemática de 45 reportes de caso de SM entre 2014 y 2018 llevada a cabo por Wibisono et al, evidenció que el 74% de los pacientes presentaban coinfección por VIH mientras que el resto portaban otras comorbilidades como como diabetes mellitus, alcoholismo, uso de drogas, psoriasis y hepatitis. Es por lo tanto la presentación en pacientes inmunocompetentes, excepcional.

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente de sexo femenino, 25 años, con antecedentes patológicos de tabaquismo con un IPA de 7. Sin alergias medicamentosas conocidas. Consulta por cuadro de tres meses de evolución dado por síndrome febril prolongado y lesiones cutáneas dolorosas y pruriginosas que comienzan como máculas en cara, que evolucionan a pápulas, y posteriormente a úlceras que se extienden a tórax y dorso. Del examen físico: Lúcida, buen estado general, sin repercusión proteico-calórica. Apirética. Normocoloreada, bien hidratada, sin muguet oral, leucoplasia oral vellosa, dermatitis seborreica ni otros elementos de inmunodepresión clínica; dermatosis en cabeza, cuello y tronco anterior caracterizada por placas y nódulos ulcero necróticos, dos úlceras indoloras en mucosas genitales a nivel de labios menores. Sin alteraciones en mucosa anal. Sin presencia de adenomegalias superficiales. Examen oftalmológico y neurológico normal, resto del examen sin alteraciones. Valorada por equipos de dermatología y enfermedades infecciosas se plantea SM. De la paraclínica solicitada para confirmación diagnóstica y valoración general, se destaca, hemograma sin anemia ni leucocitosis, una proteína C reactiva de 92.2, cultivos en sangre sin desarrollo microbiano, serologías VIH-1 y 2, VHB y VHC negativos. VDRL en sangre positivo de 64 UI. Se confirmó diagnóstico a través de biopsia de lesiones que evidenció una epidermis aplanada, con focos de vacuolización basal y algunos apoptóticos, en dermis denso infiltrado inflamatorio, con gran cantidad de plasmocitos. Se descartó neuroinfección a través de estudio de LCR. Se inició tratamiento con penicilina G sódica que completó por 21 días con franca mejoría sintomática y antibioticoterapia dados elementos de sobreinfección de lesiones que cumplió por 7 días bajo piperacilina/tazobactam y trimetoprim/sulfametoxazol con excelente respuesta. Se realizó tratamiento tópico con sulfadiazina de plata y vaselina.

Discusión y Conclusiones

La SM debe incluirse en el diagnóstico diferencial de los pacientes con o sin infección por VIH con fiebre y lesiones ulcerativas cutáneas profundas y diseminadas, algunas cubiertas de costras y acompañadas de manifestaciones de compromiso sistémico. Tener en cuenta la existencia de esta entidad permite realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno, reduciendo de esta manera la morbilidad asociada.



Figuras 1. Día 0 de tratamiento con penicilina G sódica.

Uveítis sífilítica: la gran simuladora

Autores: de León S., Halegua N., Torres V.

Institución: Departamento de Medicina Interna, Médica Uruguaya, Montevideo.

Introducción

La uveítis sífilítica es una infección del Sistema Nervioso Central (SNC) por *Treponema pallidum* (TP) que puede ocurrir en cualquier momento después de la infección inicial. La invasión del Líquido Cefalorraquídeo (LCR) por TP no siempre resulta en infección persistente, en algunos casos puede ocurrir una resolución espontánea sin respuesta inflamatoria. En los pacientes que no se resuelve, si bien al inicio presentan neurosífilis asintomática, puede llegar a ser sintomática y grave. Hoy en día con acceso a tratamiento antibiótico en sus formas tempranas, la neurosífilis se observa en mayor frecuencia asociado a infección por VIH. En esta oportunidad presentamos un caso de neurosífilis a forma de uveítis sífilítica en una paciente inmunocompetente.

Caso Clínico

Sexo femenino, 35 años, hipoacusia congénita.

Disminución de la agudeza visual bilateral progresiva de tres meses de evolución y cefalea retroorbitaria, sin fiebre ni elementos de hipertensión endocraneana. Examen físico: síndrome poliadenomegálico, con adenopatías cervicales, axilares e inguinales de aspecto inflamatorio. Ambliopía bilateral. Sin rigidez de nuca ni elementos de focalidad neurológica. Fue valorada por oftalmología, donde se constata uveítis anterior bilateral. Paraclínica: VDRL en sangre 1/256, test treponémico positivo. HIV negativo. En LCR: Proteínas 0.33 g/L, Glucosa 64 mg/dl, no se identifican glóbulos blancos. VDRL en LCR negativo, FTA positivo, índice de TPHA 140. Sin leucocitosis, PCR 34 mg/l, VES 57 mm.

Con planteo de uveítis sífilítica se realizó tratamiento con Penicilina 4 millones UI cada 4 horas por 14 días, presentó franca mejoría de la agudeza visual y del síndrome poliadenomegálico.

Discusión

En nuestro país la sífilis es una enfermedad de notificación obligatoria, según el Ministerio de Salud Pública las notificaciones de casos vienen en aumento en los últimos años, con un número de más de 6000 en el 2022 (que corresponde al doble de casos notificados en 2018).

La transmisión en la mayoría de los casos es sexual, puede ser vertical y excepcionalmente por transfusiones sanguíneas.

La neurosífilis se puede clasificar en formas tempranas (si sucede en los primeros 1 a 2 años de infección) y tardías. Dentro de las presentaciones tempranas se encuentra la neurosífilis asintomática, meningitis sintomática, sífilis ocular (como el caso de nuestra paciente), otosífilis, sífilis meningovascular. En las presentaciones tardías se encuentra la paresia general y tabes dorsal.

El diagnóstico de la neurosífilis es con sospecha clínica, VDRL positivo en sangre y punción lumbar con VDRL, FTA o índice TPHA positivos.

En cuanto al tratamiento, se utiliza Penicilina G cristalina 4 millones UI intravenosa cada 4 horas por 10 a 14 días. El seguimiento puede ser realizado con VDRL en sangre.

Conclusiones

La sífilis tiene varias formas de presentación siendo una gran simuladora y llegar a formas graves incluso en pacientes inmunocompetentes, por lo que se debe tener alta sospecha clínica; teniendo en

cuenta también el aumento en la tasa de infecciones en los últimos años en nuestro país. Se destaca la importancia de la prevención y el diagnóstico, y tratamiento precoz para prevenir secuelas y lograr la curación de la enfermedad.

Lesión cutánea pseudotumoral: presentación atípica de sífilis secundaria

Autores: Medina G, Noble L, Griot S, Cabeza E.

Institución: Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La Sífilis es una infección de transmisión sexual causada por *Treponema pallidum*, actualmente considerada una enfermedad reemergente en las Américas (1). Su patogenia es diseminada desde el inicio por lo que puede tener diversas presentaciones clínicas. La gran variabilidad de lesiones mucocutáneas representan un desafío diagnóstico, por lo cual se la conoce como "la gran simuladora" (2). Se presentará un caso clínico con una presentación atípica.

Caso clínico

Mujer de 35 años, procedente del interior. Sana. Contacto con animales de granja. Consulta por lesión intensamente dolorosa en cara medial del pie izquierdo de 2 meses de evolución en apirexia. Dolor urente con irradiación hacia muslo. Del examen físico se destaca lesión de 4x4cm redondeada en cara medial de pie, exofítica, con bordes definidos, hiperqueratósica y con secreción serosa. En planta de pie, pequeñas pápulas distribuidas de forma universal con descamación fina como se observa en la figura 1. Resto del examen de piel, mucosas y faneras normales. Valoración analítica: Hb 12.5g/dL GB 6780 cél/ μ L, Neu 3510 cél/ μ L, función renal normal, sin disonias. La radiografía de pie no permitió evidenciar compromiso óseo. Serologías VIH, VHC, VHB no reactivas y RPR reactivo 64U, prueba treponémica positiva. Con planteo de sífilis de inicio incierto, inicia tratamiento con 3 dosis de penicilina G benzatínica 2.4 millones UI intramuscular semanales durante 3 semanas. A partir de las 48 horas mejoría franca sintomática: disminución progresiva del dolor, disminución de la lesión exofítica y las lesiones plantares hasta resolución completa de las mismas (figuras 2 y 3). Dada la evolución tras el tratamiento con penicilina G benzatínica, se hace diagnóstico de sífilis secundaria. RPR de control a los 3 meses del tratamiento 8U.

Discusión

Se presenta un caso clínico de presentación pseudotumoral, en el que se plantea como diagnósticos iniciales la etiología neoplásica o micosis por implantación. El compromiso plantar, las serologías reactivas para sífilis y evolución clínica posterior al tratamiento instaurado fueron claves frente al diagnóstico de sífilis secundaria. Característicamente la sífilis secundaria se presenta con lesiones cutáneas y mucosas típicas como lo son el exantema maculopapular en palmas de manos y plantas de pies, parches mucosos, condiloma lata y alopecia en parches (3,4).

Dado el aumento de incidencia de sífilis en nuestro medio y en la región, es de esperar un incremento de las presentaciones atípicas (5), por lo que resulta un desafío diagnóstico frente al cual la colectividad médica debe tener un alto nivel de sospecha (6).

Conclusiones

La sífilis tiene una presentación muy proteiforme, por lo que se la conoce como "la gran simuladora" en el que la alta sospecha clínica y el tamizaje serológico son fundamentales al momento del diagnóstico.



Figura 1.



Figura 2.

Figura 3.

Brote por *Serratia marcescens* en una unidad de cuidados intensivos neonatales asociado a contaminación de piletas

Autores: Araújo L^{1,2}, Gadea P³, Medina G¹, López M⁴, Caiata L⁴, Silvera E⁵, Tritten D⁵, Ferreiro M⁵, Papa-Ezdra R², Hernández N⁶, Taibo S⁷, Rodríguez M⁷, Blasina F⁷, Albornoz H^{1,6}

Institución: 1 - Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República 2 - Departamento de Bacteriología y Virología, Instituto de Higiene, Facultad de Medicina, Universidad de la República 3 - Departamento de Laboratorio de Patología Clínica, sección microbiología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. 4 - Departamento de Laboratorios de Salud Pública, Ministerio de Salud Pública 5 - Unidad de Infecciones Hospitalarias, Departamento de Vigilancia en Salud (DLSP), División Epidemiología- Ministerio de Salud Pública. 6 - Unidad de Prevención y Control de Infecciones Hospitalarias, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. 7 - Unidad Académica de Neonatología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República

Introducción

Serratia marcescens provoca infecciones y brotes a nivel intrahospitalario y es de particular interés en las unidades de cuidados intensivos neonatales (UCIN). Su transmisión se ha asociado a contaminación de fluidos y ambientes húmedos, destacándose recientemente la dispersión de microorganismos desde piletas y desagües en escenarios asistenciales.

El objetivo es describir un brote por *S. marcescens* en la UCIN del Hospital de Clínicas (HC), con probable fuente en las piletas.

Metodología

Entre el 24 de abril y el 5 de julio de 2023 se detectó un brote por *S. marcescens* en la UCIN del HC, una unidad de hasta 8 camas, con 3 camas de cuidados intermedios y 5 camas de cuidados intensivos. Se detectaron 9 casos de infecciones, en un total de 28 expuestos en el período, uno de los casos falleció. Se estudiaron 11 aislamientos de infecciones por *S. marcescens* (3 hemocultivos, 2 exudados umbilicales, 6 exudados conjuntivales) y 14 muestras ambientales (tres piletas, un calentador de biberones, dos jabones líquidos, un gel de conducción para ecografía, un aceite para piel). Las muestras de piletas (Figura 1) y fondo del calentador de biberones se realizaron con hisopo estéril y transporte e incubación en medio de cultivo líquido Luria-Bertoni. Los jabones, el gel y el aceite fueron inoculados en medio de cultivo líquido Luria-Bertoni. Las muestras, luego de incubadas por 24 horas a 37°C, fueron inoculadas en dos tipos de medios de cultivo: agar McConkey lactosa con colistina 1ug/ml (dada la resistencia natural de *S. marcescens*) y en medio cromogénico (Oxoid) para enterobacterias. Se seleccionaron colonias sospechosas de *S. marcescens* y se identificaron a través de MALDI-TOF MS.

Se estudió mediante antibiograma el perfil de sensibilidad de las cepas de *S. marcescens* y se compararon mediante electroforesis de campo pulsado (PFGE) con restricción con Xba los aislamientos clínicos y ambientales.

Resultados

Se obtuvieron cultivos con desarrollo *S. marcescens* de dos sitios de la piletta del cuidado intermedio y en dos sitios de la del cuidado intensivo. No se identificó en ninguno de los otros sitios. En la comparación en el PFGE los aislamientos ambientales de ambas piletas presentaron el mismo pulsotipo que las muestras clínicas ya procesadas por el DLSP y una muestra clínica adicional procesada en conjunto con las muestras ambientales (Figura 2).

A partir de estos hallazgos se indicaron medidas de control de infecciones como la mejora de los procesos de higiene y desinfección, la colocación de mamparas entre las piletas y la mesada de preparación de medicación y se sugirió una estrategia de limpieza y desinfección periódica de los desagües de las piletas con ácido acético (aún no implementada). Luego de estas medidas no se han identificado nuevos casos.

Conclusiones

Comunicamos un brote monoclonal por *S. marcescens*, un microorganismo de importancia hospitalaria y en las UCIN. Identificamos una fuente ambiental, las piletas y sus desagües, y condiciones favorecedoras para la dispersión. La implementación de medidas de prevención generales y medidas específicas dirigidas a la fuente controlaron el brote.

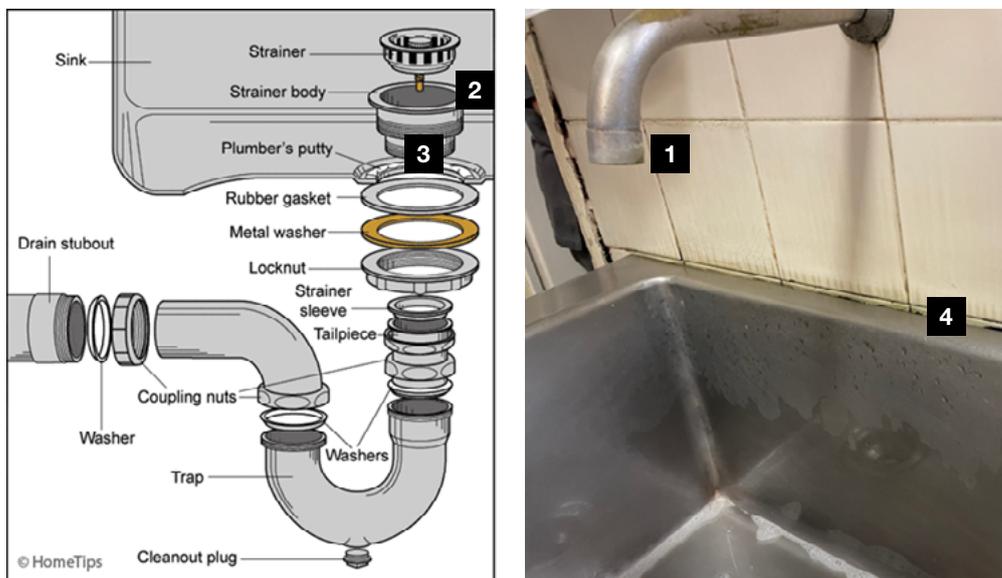


Figura 1. Sitios de toma de muestra de las piletas: 1 Sector interior de la canilla, 2 Unión entre la piletta y la rejilla, 3 Dentro de la rejilla, 4 Unión entre la piletta y la pared

Cl1 Sb Am1 Am2 Am3 Am4 Am5 Am6

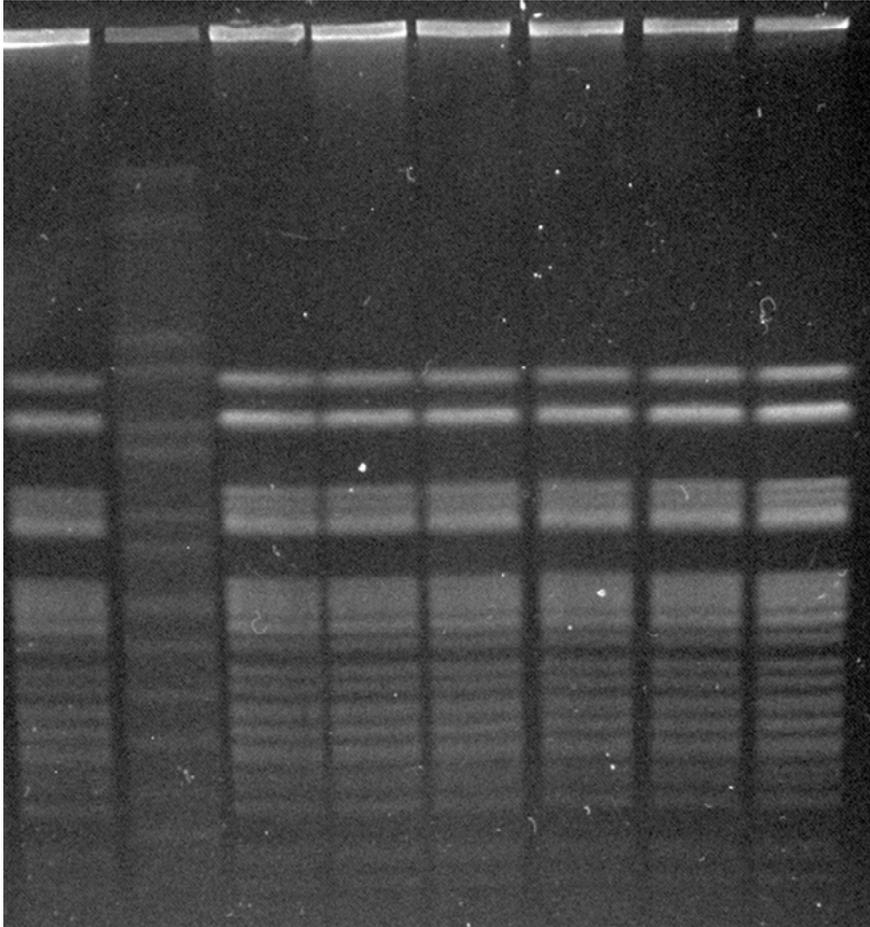


Figura 2. Electroforesis de campo pulsado.

Cl1: Muestra clínica 1 (el resto de las muestras clínicas presentaron el mismo pulsotipo y fueron procesadas en el Departamento de Laboratorios de Salud Pública del Ministerio de Salud Pública)

Sb: Salmonella branderup

Am1-6: Muestras ambientales

1-3: pileta de cuidados intermedios (1 y 2 unión entre rejilla y pileta, 3 rejilla);

4-6: pileta cuidados intensivos (4 rejilla, 5 y 6 unión entre pileta y pared)

Salmonelosis invasiva en paciente inmunocompetente, a propósito de un caso.

Autores: Sánchez E, Urroz C, Castro JP.

Institución: Hospital Pasteur, Montevideo.

Introducción

El género salmonella es parte de la familia enterobacteriaceae, bacilo gram negativo, intracelular, anaerobio facultativo. Responsable de múltiples infecciones, como gastroenteritis, fiebre entérica, bacteriemia e infección endovascular, osteomielitis, abscesos o portador crónico asintomático. La infección endovascular es una complicación rara pero grave. Se reporta el caso de un paciente ingresado por salmonelosis invasiva complicada con endocarditis infecciosa (EI) y aneurisma micótico (AM).

Caso clínico

Sexo masculino, 64 años, antecedentes de tabaquismo, alcoholismo y claudicación intermitente dolorosa de miembros inferiores. Cuadro clínico dado por fiebre de un mes de evolución, precedido por diarrea de alta tasa y dolor abdominal difuso. Al ingreso paciente con mal estado general, febril, taquicárdico, a nivel de MMII necrosis seca del 3er dedo del pie izquierdo, pulso femoral izquierdo ausente.

De los estudios solicitados se destaca: anemia leve normocítica-normocrómica, reactantes de fase aguda elevados, sin disfunciones. Serologías virales negativas; ecocardiograma transtorácico sin particularidades. Ecocardiograma transesofágico que informa FEVI 60%, válvula aórtica trivalva, con masa móvil adherida a cara ventricular, hallazgos compatibles con EI. Tomografía computada de tórax, abdomen y pelvis que informa aneurisma sacular lateral izquierdo en aorta abdominal a 6 mm distal de la emergencia de arteria renal izquierda, con trombosis parcial periférica; hematoma retroperitoneal izquierdo por probable rotura de aneurisma, sin sangrado activo. Se reciben hemocultivos x2 que desarrolla Salmonella spp multisensible. Con planteo de Salmonelosis invasiva complicada con EI y AM con elementos de ruptura, ingresa a unidad cuidados intensivos, se inició tratamiento intravenoso con ceftriaxona 2g/día, realizándose a los 7 días de tratamiento, tendiendo hemocultivos brecha negativos bypass aorto-aórtico y aorto-femoral izquierdo. Se completa 1 mes de antibiótico intravenoso, se otorga alta, completando 8 semanas de tratamiento y posteriormente profilaxis con ciprofloxacina por tiempo indefinido.

Discusión

La infección por Salmonella no tifoidea se adquiere por ingestión de alimentos y agua contaminada, siendo una de las principales causas de diarrea a nivel mundial. Aproximadamente el 1% de las infecciones entéricas con Salmonella no tifoidea resultan en bacteriemia. Los factores de riesgo para esta son edades extremas de la vida, inmunodepresión, hepatopatía crónica, hemoglobinopatías, enfermedad granulomatosa crónica, uso crónico de inhibidores de la secreción ácido gástrico, uso de antibióticos. La infección endovascular se relaciona con la aterosclerosis, siendo la abdominal infrarrenal el sitio más frecuente afectado. Se presentó el caso de un paciente inmunocompetente, que presentó una infección grave, donde el tratamiento quirúrgico y antibiótico dirigido prolongado fueron determinantes para controlar la infección.

Conclusiones

La Salmonella es una de las principales causas de diarrea en el mundo. Las infecciones endovasculares son infrecuentes, pero potencialmente graves. Los síntomas de presentación típicos son fiebre subaguda y dolor abdominal siendo tardío el hallazgo de una masa pulsátil. Es fundamental la toma de hemocultivos y el inicio precoz del tratamiento dirigido ante la sospecha clínica, y un enfoque más agresivo sobre todo en personas mayores, y con factores de riesgo para bacteriemia, individualizando la duración del mismo a las características de cada paciente y de las intervenciones realizadas. Se indicará terapia supresora crónica en pacientes seleccionados.

Enfermedad neumocócica invasiva a propósito de un caso clínico

Autores: Romero M, Alcarraz M, Rodríguez V, Maciel G.

Institución: Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

Introducción

La enfermedad neumocócica invasiva (ENI) constituye una infección bacteriana producida por *Streptococcus pneumoniae*, aislado en un sitio estéril. Es una entidad poco frecuente, pero grave. Las poblaciones principalmente afectadas son aquellas con comorbilidades (cardiopatías, hepatopatías, enfermedades pulmonares crónicas) y quienes presentan factores de riesgo (mayores de 65 años, alcoholismo, inmunodepresión, tabaquismo).

El mayor impacto de la ENI radica en que es la enfermedad infecciosa más prevenible, con alta mortalidad (10-15%) en la población adulta. Se eleva a 20-30% en mayores de 65 años con o sin factores de riesgo.

Caso clínico

Sexo masculino, 59 años. Alcoholismo intenso, consumo de 2 lts vino/día, infección por virus de hepatitis B (VHB). Portador de cirrosis hepática de etiología alcohólica e infecciosa, con mala adherencia al tratamiento.

Ingresa por hepatopatía descompensada, dado por síndrome pigmentario, elementos de encefalopatía portosistémica grado 3, síndrome hidropígeno-edematoso con ascitis y edema de miembros inferiores.

Previamente instala tos y expectoración purulenta. Examen físico: estertores crepitantes en base de hemitórax derecho, pectoriloquia y pectoriloquia áfona. Como causa de descompensación, se plantea una neumonía aguda comunitaria. Radiografía de tórax con imagen compatible.

Se realizó paracentesis diagnóstica compatible con exudado.

Cultivo de líquido de ascitis y hemocultivos desarrolla *Streptococcus pneumoniae* multisensible. Se plantea enfermedad neumocócica invasiva. Se realizó tratamiento médico de la hepatopatía, con requerimiento de paracentesis evacuadoras y reposición de albúmina. Antibioticoterapia dirigida en base a ampicilina por 14 días. El paciente presentó una evolución favorable.

Discusión

S. pneumoniae, es un coco Gram positivo, que coloniza la nasofaringe del ser humano, que es su único reservorio. La cápsula del germen y la respuesta antigénica que provoca en el huésped, son responsables de su virulencia, lo cual genera infecciones invasivas en pacientes con factores de riesgo. La peritonitis bacteriana espontánea a este microorganismo es infrecuente y ocurre por diseminación hematógena. En este caso clínico, a punto de partida de un foco respiratorio. Las peritonitis neumocócicas se asocian con mayor mortalidad.

En Uruguay, la vacuna antineumocócica 13 valente (PV13) es obligatoria para la población menor de 2 años y la 23 valente se recomienda para pacientes con comorbilidades y mayores de 65 años.

El impacto de la PV13 en la población pediátrica ha logrado disminuir el porcentaje de estado de portador lo que conlleva a una disminución de las formas invasivas pero no se considera suficiente para minimizar los riesgos.

Conclusiones

La ENI es una entidad poco frecuente, que tiene alta prevalencia en pacientes con factores de riesgo. Estos se encuentran en un alto porcentaje de la población hospitalaria de nuestro medio, por lo cual es de gran importancia inmunizar a estos pacientes para erradicar las formas graves de esta enfermedad.

No existen reportes de resistencia antibiótica a la ampicilina en Uruguay, por lo que se aconseja este antibiótico como tratamiento de primera línea

Alerta: resistencia a colistin en aislamientos clínicos de centros de cuidados intensivos

Autores: Costa E, Outeda M, Martínez A, Seija V.

Institución: Departamento de Laboratorio Clínico, repartición Microbiología.

Introducción

El colistin o polimixina B es considerado un antibiótico de último recurso para tratar infecciones graves por bacterias Gram negativas multiresistentes, pero es cada vez más usado en la práctica clínica diaria. El estudio de susceptibilidad queda restringido en general a cepas multiresistentes donde su uso es probable o si es solicitado específicamente por el médico clínico. Una de las razones es las dificultades técnicas para su estudio, ya que no son confiables los métodos automatizados, ni los métodos en placa que se usan comúnmente en los laboratorios clínicos y su estudio supone una prueba adicional. Objetivo: Realizar un relevamiento de la susceptibilidad a colistin en el Centro de tratamientos intensivos (CTI) del Hospital, de bacilos Gram negativos (Enterobacterias no resistentes naturales a colistin, *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter baumannii* complex) durante 2 meses y medio.

Metodología

Se realizó susceptibilidad a colistin de todos los aislamientos clínicos de bacilos Gram negativos procedentes del CTI desde el 1 de julio al 15 de julio del 2023 sin importar su perfil de susceptibilidad mediante prueba de pre difusión con Tabletas Rosco- Neosensitabs® y/o Sensititre™ (Thermo Scientific). Se excluyeron aislamientos repetidos en el mismo paciente.

Resultados

Se realizó estudio de susceptibilidad en 53 cepas de las cuales 10 fueron resistentes a colistin (18,8%) De las cepas resistente 7 corresponden a Enterobacterias: 7 *K.pneumoniae* (3 portadoras de carbapenemasa NDM y una con beta lactamasa de espectro extendido (BLEE) y 1 *E.cloacae* con BLEE. 3 cepa corresponden a *P.aeruginosa* que tenía asociación de BLEE y carbapenemasa tipo metalo betalacatamasa. No hubo aislamientos resistentes a colistin de *Acinetobacter baumannii*, *Eschechrichia coli* ni *Pseudomonas pútida*. Ver tabla 1 y 3.

De las cepas resistentes a Colistin 6 presentaron una concentración inhibitoria mínima (MIC) ≥ 4 , 2 cepas una MIC de 4 y 2 cepas sin dato. Ver tabla 2.

Conclusiones

Es preocupante la prevalencia de resistencia a colistin en aislamientos de bacilos Gram negativos en CTI. Dado el alto porcentaje de cepas resistentes, colistin no parece ser una opción para terapia empírica. Es importante realizar estudios de susceptibilidad antes de utilizar este antibiótico. Es de destacar la detección de asociaciones de mecanismos de resistencia quedando prácticamente ningún recurso terapéutico efectivo para estos aislamientos. Se deben tomar medidas de restricción en el uso de este antibiótico para así evitar la presión de selección de cepas resistentes e intensificar medidas de control de infecciones para evitar su diseminación.

		Sensible	Resistente	Total
	<i>Escherichia coli</i>	11	0	11
		25.6%	0.0%	20.8%
	<i>klebsiella pneumoniae</i>	10	7	17
		23.3%	70.0%	32.1%
	<i>Enterobacter cloacae complex</i>	5	0	5
		11.6%	0.0%	9.4%
	<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	11	3	14
		25.6%	30.0%	26.4%
	<i>Acinetobacter baumannii</i>	5	0	5
		11.6%	0.0%	9.4%
	<i>Pseudomonas putida</i>	1	0	1
		2.3%	0.0%	1.9%
Total		43	10	53

Tabla 1. Distribución de susceptibilidad a colistin por microorganismo

		MIC					Total
		≤1	2	≥4	4	sin dato	
Col_R	Sensible	10	4	0	0	29	43
	Resistente	0	0	6	2	2	10
Total		10	4	6	2	31	53

Tabla 2. Concentración inhibitoria mínima a colistin de Bacilos Gram negativos estudiados.

		Mecanismos de resistencia							Total	
		Ninguno	BLEE	NDM	Carb_OXA	AmpC	BLEA	AmpC_imp	BLEE_imp	
Col_R	Sensible	9	9	6	5	5	3	5	1	43
	Resistente	0	2	6	0	0	0	1	1	10
Total		9	11	12	5	5	3	6	2	53

Tabla 3. Mecanismos de resistencia en Bacilos Gram negativos estudiados.

Epidemiología de Bacilos Gram Negativos productores de carbapenemasa en el Hospital Universitario

Autores: Munilla¹ S, Outeda¹ M, Palacio R, Seija¹ V.

Institución: 1Departamento de Laboratorio Clínico. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República.

Introducción

La resistencia antibiótica es una problemática mundial. El objetivo fue conocer los cambios epidemiológicos de los aislamientos de bacilos Gram negativos productores de carbapenemasas (BPC) en un Hospital Universitario en los últimos 4 años.

Metodología

Se trabajó con base de datos del sistema informático del laboratorio. Se incluyeron las muestras que desarrollaron enterobacteriales y/o *Pseudomonas* sp. entre 01/01/19 y 31/12/2022. La presencia de carbapenemasas se sospechó ante la resistencia a carbapenémicos y se confirmó a través de pruebas fenotípicas. Se utilizó medidas de resumen (frecuencias) y se compararon mediante prueba de chi cuadrado. Se calculó la tasa de incidencia cada mil egresos.

Resultados

Se identificaron 6395 aislamientos, de los cuales 198 fueron BPC: 27/1603 en 2019; 41/1384 en 2020; 70/1553 en 2021 ($p < 0.05$) y 60/1855 en 2022 ($p=0.05$). El BPC más frecuente fue *K. pneumoniae* con 92(46%) aislamientos. Se detectaron 172(87%) metalcarbapenemasas y 26(13%) enzimas KPC. Los sitios de recolección fueron: urocultivo 101(51%); hemocultivos 49(25%); biopsias 18(9%); catéteres vasculares 9(5%); exudados de heridas 11(5%), secreciones respiratorias 7(4%) y líquidos de ascitis 3(1%). La distribución por servicios fue: 67 en pisos médicos, 64 cuidados intensivos, 36 pisos quirúrgicos, 19 emergencia, 12 policlínica. La tasa de incidencia cada mil egresos fue en el año 2019 de 3,2; en el 2020 de 6.0; en 2021 de 9.5 y en 2022 de 6.9.

Discusión

El aislamiento de BPC no ha sido constante durante el periodo del estudio. Se encontró un aumento significativo entre los años 2019 y 2021 ($p < 0.05$). Entre 2021 y 2022 ha habido una disminución en la frecuencia de aislamientos, si bien ésta no alcanzó significancia estadística ($p = 0.053$). De forma similar la tasa de incidencia ha ido en aumento hasta el año 2021, con una disminución en el año 2022. Varios factores pueden estar implicados. Desde el impacto de la pandemia por SARS-CoV-2; o políticas de control de infecciones. Se requieren estudios adicionales para una mayor comprensión.

Conclusiones

Se observó una variación en la frecuencia de aislamientos de BPC a lo largo de este trabajo, con una disminución de casos en el último año del estudio. Esto sugiere cambios en la epidemiología de estos aislamientos.

Resistencia de Fosfomicina-Trometamol en Escherichia coli productoras de Betalactamasa de Espectro Extendido provenientes de Infecciones urinarias comunitarias en mujeres sin factores complicantes de ASSE – Florida Ene 20 a Jun 23

Autores: Alvez Marcelo¹, Ledesma Gabriela², Chumino Lucia³.

Institución: 1. Médico Infectólogo, 2. Licenciado en Laboratorio Clínico, 3. Auxiliar de Laboratorio Clínico.

Introducción

Las infecciones del tracto urinario (ITU) son las infecciones bacterianas más frecuentes. En su mayoría se trata de infecciones sin factores complicantes porque se presentan en pacientes que no tienen alteraciones estructurales ni funcionales de la vía urinaria. Se producen frecuentemente en mujeres jóvenes sanas y con una frecuencia de uno o dos episodios en su vida. La sensibilidad de estos microorganismos ha condicionado las guías de tratamiento de esta infección ponen de primera línea a las cefalosporinas de segunda generación, quinolonas y Aminopenicilinas con inhibidores de betalactamasa.

En los últimos años han surgido cepas productoras de BLEE que comprometen la eficacia de estos antimicrobianos quedando como opciones terapéuticas los carbapenémicos o aminoglucósidos (AMG) y a veces Piperacilina/Tazobactam. Fosfomicina/Trometamol (FOT) es un antimicrobiano oral con buena actividad contra estos microorganismos.

FOT es una sal que presenta muy buena absorción obteniéndose concentraciones urinarias con rango terapéutico durante tres días luego de una dosis de 3 g.

Es de destacar que la posología en infecciones por Escherichia coli no es la habitualmente recomendada, requiriendo dos a tres dosis separadas cada 48 a 72 horas para lograr la curación. Objetivo principal: Conocer la resistencia de FOT en Escherichia coli productoras de BLEE aisladas de ITU de mujeres sin factores complicantes. Objetivo secundario: Conocer la resistencia de los antimicrobianos de posible uso en estas cepas como Amoxicilina/clavulánico (MAX-c), Gentamicina (GM) y Amikacina (AK).

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de la sensibilidad de Escherichia coli procedentes de ITU. La siembra primaria para el diagnóstico microbiológico se realizó mediante cultivos primarios en agar sangre y Cromoagar UTI® o mediante automatizado HBIN Ligth® de Bioherix. La identificación y sensibilidad se realizaron por métodos automatizado con Microscan WalkAway 40 plus® de Biodiagnostico. Para aminoglucósidos se utilizaron los puntos de cortes recomendados por la CLSI vigentes cada año. Los datos se obtuvieron por el módulo de estadística de Modulab®

Resultados

En el periodo estudiado se analizaron un total de 2906 cepas de *Escherichia coli* resultando 237 (8.2%) cepas productoras de BLEE. Las edades de las pacientes estudiadas que desarrollaron cepas productoras de BLEE presentaron un rango de 17 a 98 años con una $X = 57$ años y una moda de 37 años. (Grafico I). Mas del 50% de los aislamientos de estas cepas se acumula en mayores de 70 años. (Grafico II). Las cepas resistentes a FOT fueron 16 (6.8%), AK 33 (13.9%), GM 84 (35.4%) y AMX-c (87.3%) (Grafico III)

Discusión

El aislamiento de *Escherichia coli* productoras de BLEE es baja en esta población.

La distribución etaria de la población es heterogénea y más de la mitad de las cepas se aíslan en personas añasas. La resistencia a FOT es baja en esta población.

Los AMG presentan resistencia moderada siendo más alta para Gentamicina. AMX-c presento una resistencia elevada

Conclusiones

- FOT puede ser utilizada en ITU en mujeres sin factores complicantes en forma empírica cuando se piense en una cepa productora de BLEE
- La resistencia aumentada en AMG se debe a las nuevas recomendaciones de la CLSI que aumento los puntos de corte se sensibilidad en estos antimicrobianos.
- Según los datos hallados AMX-c, GM y AK no pueden ser utilizados en forma empírica.

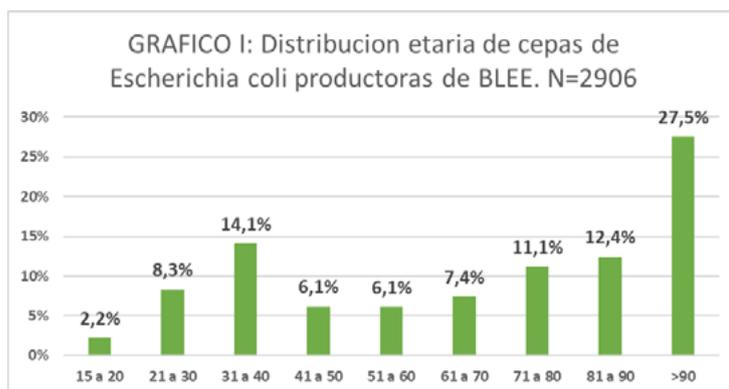


GRAFICO I. Distribución etaria de cepas de *Escherichia coli* productoras de BLEE. N=2906

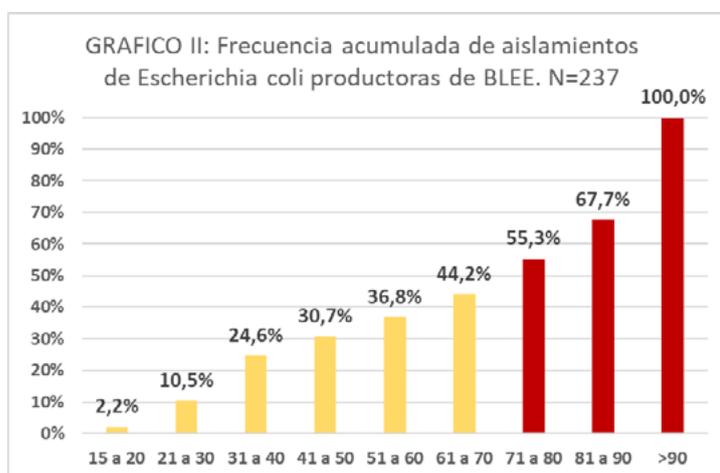


GRAFICO II. Frecuencia acumulada de aislamientos de *Escherichia coli* productoras de BLEE. N=237

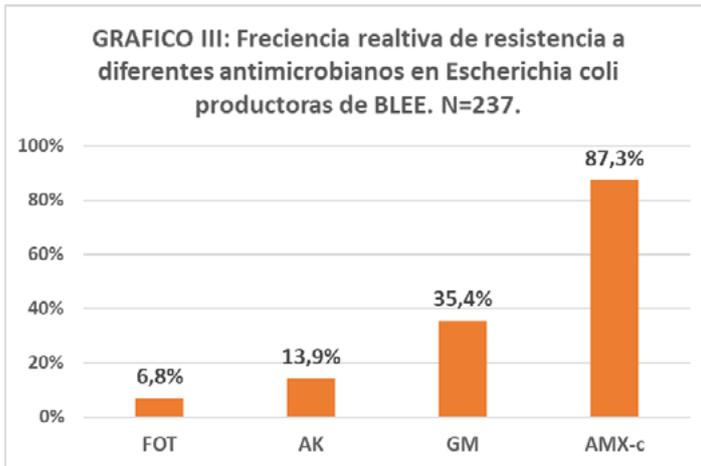


GRAFICO III. Freciencia realtiva de resistencia a diferentes antimicrobianos en Escherichia coli productoras de BLEE. IM=237.

Bacilos Gram Negativos extremadamente resistentes.

Descripción de estrategias de prevención y control

Autores: Tairovich J, Dominguez L, Paz C, Tenaglia K, Anzalone L, Corbesola A, Echeverria C, Albornoz H.

Institución: Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología (INOT), Montevideo, Uruguay.

Introducción

La OMS define a la resistencia antimicrobiana (RAM) como una amenaza contra la salud pública y cataloga a *Acinetobacter baumannii*, *Pseudomonas aeruginosa* y enterobacterias resistentes a carbapenémicos como microorganismos (MO) de prioridad crítica (1-4). Durante el año 2020 en el INOT, en infecciones osteoarticulares, 43% fueron por enterobacterias multidrogo resistentes (MDR) y 23% por bacilos gram negativos (BGN) no fermentadores extremadamente resistentes (XDR) (5,6). En este trabajo describimos los resultados de una estrategia preventiva de infecciones osteoarticulares por MDR/XDR en un centro de referencia.

Metodología

Estudio retrospectivo, observacional, de pacientes ingresados entre el 1 de agosto de 2022 al 31 de julio de 2023. Se implementó estrategia de búsqueda activa de colonización por BGN resistentes a carbapenémicos a todo paciente proveniente de centro de salud de tercer nivel, con permanencia en el mismo de 48 horas o más. Excluimos a los pacientes con noción de colonización previa. Se realizaron hisopados inguino-rectales (HIR) procesados mediante técnicas de tamizaje recomendadas por la OMS (7) y ante la detección de carbapenemasa, se utilizó test rápido inmunocromatográfico que determina el fenotipo de carbapenemasa involucrada (NG-Test CARBA 5®) (8). La CIM a meropenem se determinó mediante prueba de epsilometría y la CIM a colistina por técnica de elusión de disco. Hasta el 7 de febrero del 2023 se realizó HIR a los días 0, 2 y 7. Posteriormente, a los días 0 y 5.

Resultados

Ingresaron 2.527 pacientes, 11,4% (289) cumplieron con criterios de búsqueda de colonización. Se identificaron 18 pacientes colonizados (6,2% 18/289) por XDR; *Acinetobacter baumannii* 11 (producción de NDM 5, sin carbapenemasa identificada 6), *Pseudomonas* spp 3 (producción VIM 2, NDM 1) y 4 enterobacterias productoras de NDM (*Klebsiella pneumoniae* 2, *Enterobacter cloacae* 2). La sensibilidad antibiótica en *A. baumannii* fue: sulbactam 3/11, colistina 11/11, gentamicina 3/11, amikacina 1/11; en *Pseudomonas* spp fue amikacina 4/4, ciprofloxacina 2/4; en enterobacterias amikacina 2/4, colistina 2/2, tigeciclina 3/3, fosfomicina 2/2 (Tabla 1). No identificamos infecciones por microorganismos resistentes a carbapenémicos en los pacientes colonizados, ni otros pacientes infectados con estos microorganismos atribuibles a transmisión horizontal. En el período de estudio hubo 3 pacientes cursaron infección por XDR; 2 se asociaron a colonización previa conocida y adquirida en otro centro. El tercer caso desarrolló infección sin tener criterio de búsqueda.

Conclusiones

La estrategia de vigilancia activa implementada identificó colonización por XDR en 6,2% de los pacientes con criterio de tamizaje. En concordancia con la epidemiología de Uruguay, NDM fue la carbapenemasa más frecuente (10/18). No detectamos brotes de infecciones secundarias a estos microorganismos en

el período de estudio. Colistina mantuvo la sensibilidad en todos los aislamientos XDR y podría ser considerada en la profilaxis antimicrobiana empírica, previa al resultado de los cultivos de colonización, en pacientes de alto riesgo.

AISLAMIENTO EN HIR	TIPO DE CARBAPENEMASA	SENSIBILIDAD		
		COL	AMK	SAM
Klebsiella pneumoniae	NDM	S	R	-
Acinetobacter baumannii	CNI	S	R	S
Pseudomonas aeruginosa	VIM	S	S	-
Klebsiella pneumoniae	NDM	S	S	-
Acinetobacter baumannii	CNI	S	R	R
Acinetobacter baumannii	CNI	S	R	R
Acinetobacter baumannii	NDM	S	R	R
Acinetobacter baumannii	CNI	S	I	I
Acinetobacter baumannii	CNI	S	R	R
Pseudomonas aeruginosa	NDM	S	S	-
Acinetobacter baumannii	NDM	S	R	S
Acinetobacter baumannii	NDM	S	R	I
Acinetobacter baumannii	NDM	S	I	R
Pseudomonas fluorescens	VIM	S	S	-
Acinetobacter baumannii	CNI	S	S	I
Enterobacter cloacae	NDM	S	S	-
Acinetobacter baumannii	NDM	S	R	S
Enterobacter cloacae	NDM	S	R	-

Tabla 1. NDM: New Delhi Metallo-Betalactamase, VIM = Verona-Encoded Integron Metallo-Betalactamase, CNI: carbapenemasa no identificada, R: resistente, S: sensible, I: Intermedio, NT: no testeado, COL: colistina, AMK: amikacina, SAM: ampicilina/sulbactam.

Revisión de un brote de casos de Fiebre Q en el Departamento de Paysandú-Uruguay 2022

Autores: Pacello F, Blanc R, Rodríguez F.

Institución: UDA Medicina Interna Paysandú. COMEPA. Paysandú. Uruguay.

Introducción

La fiebre Q es una zoonosis causada por el microorganismo *Coxiella burnetii*. El humano es un huésped intermediario que se infecta principalmente por la vía aerógena al inhalar esporas. Parte del ciclo de vida incluye al ganado bovino u ovino, siendo fuente de infección, pudiendo ocasionar brotes epidémicos. En Uruguay es de notificación obligatoria.

El espectro clínico es amplio, desde formas agudas asintomáticas o sintomáticas como neumonía o hepatitis; y/o síndrome febril prolongado y endocarditis como forma de presentación subaguda o crónica.

Se describe una serie de casos que caracterizaron un brote de enfermos que requirieron asistencia en nuestro medio durante el mes de septiembre del 2022.

Casos clínicos

Presentamos una serie de 5 casos procedentes de Paysandú-Uruguay que realizan un viaje a La Paz – Bolivia en agosto del 2022 donde pernoctan por una semana. Viajan en vehículo particular cerrado. Particularmente uno tuvo contacto con un animal salvaje faenado.

Pasados 15 a 20 días del viaje todos desarrollan un síndrome febril agudo acompañado de diferentes manifestaciones, predominantemente respiratorias.

Se les realizan diferentes estudios paraclínicos buscando el agente etiológico responsable, siendo esto un punto de interés para nuestra revisión.

Discusión

Destacamos que la vía de transmisión que se conocen de esta enfermedad concuerda con las vías de contacto que hubo en nuestro reporte de casos.

Todos desarrollan un cuadro febril de 13 días de evolución en promedio. 3 de los 5 casos requirieron ingreso a sala común y oxigenoterapia suplementaria por desarrollar una neumonía bilateral atípica en su presentación radiológica. La respuesta a la antibioticoterapia clásica para este germen fue exitosa en todos los casos, no habiendo complicaciones pulmonares posteriores. Ninguno de ellos falleció a causa de esta infección.

Conclusiones

Nos parece interesante la revisión de estos casos ya que la presentación no fue estrictamente vinculada a la industria frigorífica ni ganadera como es clásico.

Los síntomas y signos fueron acordes a la información presente en la literatura disponible. Ningún caso, ninguno desarrolló síndrome febril prolongado en la evolución.

Destacamos la importancia de tener en cuenta esta etiología ante cuadros de la esfera respiratoria de este tipo, fundamentalmente cuando se presentan con este encuadre epidemiológico que desarrollamos.

Nocardiosis cutánea diseminada, a propósito de un caso clínico

Autores: Dras. Victoria Frantchez¹, Pilar Gadea², Mariela Breijo¹, Marianela Querejeta¹, Zaida Arteta¹, Isabel Fernandez¹.

Institución: 1 COSEM IAMPP. 2 Laboratorio de Microbiología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Udelar.

Introducción

Nocardia spp es una bacteria aeróbica, gram positiva, que puede causar infecciones localizadas o sistémicas. Es causa de infecciones oportunistas, pero en un tercio de los casos afecta a personas inmunocompetentes. Se adquiere por inhalación y por implantación. Los factores de riesgo más frecuentes son las comorbilidades del paciente, fundamentalmente la inmunosupresión mediada por células (ej: uso de glucocorticoides) y algunas exposiciones ambientales específicas como heridas o traumatismos vinculados a actividades al aire libre y exposiciones en el contexto de procedimientos médicos (ej: infecciones de sitio quirúrgico). El diagnóstico se realiza a través de la identificación microbiológica de *Nocardia* en el sitio afectado.

Caso clínico

Sexo femenino, 40 años, Montevideo, administrativa. Antecedentes personales: vitiligo y obesidad. Sin antecedentes ambientales a destacar. Cursando embarazo de 32 semanas, complicado con diabetes gestacional, hospitalizada en setiembre de 2020 por preeclampsia. Al 7mo día del ingreso, cesárea de emergencia, 48hs luego, presenta fiebre, hiperbilirrubinemia, transaminitis y plaquetopenia. Sin foco clínico infeccioso evidente, hemo y uro cultivos reiterados sin desarrollo, procalcitonina baja, con planteo de HELLP o debut de enfermedad autoinmune sistémica (ANA 1/80), se inicia prednisona 60mg día vo, quedando en apirexia y con resolución de la afectación hepática y plaquetopenia. 15 días postalta, en plan de desenso de prednisona (10mg día) reinicia la fiebre, sin lesiones de piel ni foco clínico evidente.

25 días postalta presenta supuración de herida quirúrgica de cesárea, TAC con colección subcutánea, se le realiza drenaje quirúrgico (estudio bacteriológico directo abundantes polimorfonucleares sin bacterias, cultivo sin desarrollo), antibioticoterapia con amoxicilina-sulabactam vo y curaciones.

40 días post alta, comienza con lesiones de piel generalizadas, celulíticas, redondeadas de 1-3 cm, intensamente dolorosas que se interpretan como eritema nodoso y se inicia estudio etiológico (Imagen 1 y 2).

Desde octubre del 2021 a agosto de 2022 se mantiene con prednisona 5-10mg al día, con fiebre intermitente y peoría progresiva de las lesiones de piel.

Se biopsian las lesiones en múltiples oportunidades con histopatología con reacción granulomatosa.

En agosto de 2022 con sospecha clínica de infección por micobacterias se realizan tomas bacteriológicas de varias lesiones supuradas por punción aspiración donde se identifica al 10 día en el cultivo *N. brasiliensis*.

Se inició tratamiento con trimetoprim/sulfametoxazol a dosis de 15 mg/kg/día asociado a moxifloxacina con buena evolución. Se realizó estudio de susceptibilidad antibiótica fenotípica por microdilución en caldo, que mostró sensibilidad al tratamiento realizado.

Discusión

Se trata de una presentación poco frecuente, en una paciente en principio inmunocompetente, pero con una gran carga de tratamiento corticoideo posterior. La afectación de piel generalmente resulta de la inoculación directa provocando una enfermedad cutánea primaria. Raramente, la piel puede afectarse, en el contexto de una infección diseminada desde otro foco, siendo excepcional la diseminación hematógena en piel desde otro foco cutáneo como se plantea en esta paciente, pudiendo estar relacionada con inoculación de origen hospitalario.

Conclusiones

Dada los requerimientos especiales de cultivo de *Nocardia* spp. es muy importante advertir al laboratorio sobre su sospecha clínica y lograr un diagnóstico precoz que permita un inicio correcto y oportuno de tratamiento.



Figura 1.



Figura 2.

Reporte de casos: Queratitis fúngica en un centro universitario de referencia nacional de Uruguay

Autores: Tairovich J¹, Dalcin L¹, Perez A², Carbia M³, Aldabalde M², Griot S¹.

Institución: 1 Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Facultad de Medicina, Universidad de la República. 2 Cátedra de Oftalmología, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Facultad de Medicina, Universidad de la República. 3 Departamento de Laboratorio Clínico, sección parasitología y micología, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Introducción

A nivel mundial, la queratitis es la quinta causa de ceguera, siendo la causa infecciosa y la coinfección bacteriana/fúngica frecuentes. La etiología fúngica es prevalente en regiones tropicales/subtropicales, influenciada por factores socioeconómicos. Los principales agentes etiológicos incluyen *Fusarium* spp, *Aspergillus* spp y *Candida* spp. En el hospital universitario, se observó prevalencia del 9% entre 2015 y 2021 en 280 muestras, siendo *Candida* spp (7/25) y *Fusarium* spp (7/25), los más frecuentes. Son importantes: sospecha clínica, factores de riesgo y el abordaje multidisciplinario. No existe consenso sobre la duración del tratamiento. En Uruguay no está disponible natamicina.

Casos clínicos

Caso 1: Sexo masculino (SM), 66 años, antecedente de diabetes mellitus insulino requiriente y tabaquismo. Trauma ocular con astilla de madera una semana previa al ingreso. Biopsia de córnea: filamentos de moho, cultivo *Fusarium* spp. Tratamiento tópico con anfotericina B desoxicolato 5 µg/m², 1 mL + voriconazol 200 mg c/12 horas VO. Buena evolución, se rota a colirio de voriconazol 50-100µg/m², 1 mL + voriconazol VO. Al día 14 alta, seguimiento ambulatorio.

Caso 2: SM, 50 años, mal medio socioeconómico, alcoholismo, VIH diagnóstico en 2004 bajo terapia antirretroviral (TARV), linfocitos CD4 328 cel/mL, carga viral (CV) < 20 copias/mL y múltiples infecciones oportunistas previas. Consulta por dolor ocular, sensación de cuerpo extraño, supuración y disminución de agudeza visual, posterior a caída durante intoxicación alcohólica. Biopsia de córnea visualiza neutrófilos, bacilos gram negativos y filamentos tipo moho; cultiva *Moraxella lacunata* y *Cladosporium* spp. Tratamiento con colirios antibióticos + anfotericina B empíricos. Se ajusta a voriconazol VO + ciprofloxacina IV. Evolución clínica lenta pero favorable, continúa con tratamiento tópico, alta al día 55.

Caso 3: SM, 51 años, privado de libertad, infección por VIH, bajo TARV reiniciado hace 4 meses, linfocitos CD4 139 cel/mL, CV 54 cop/mL. Infección recurrente por Herpes Zoster (HZ) oftálmico con úlcera neurotrófica, tratamiento con lente de contacto y colirios. Biopsia corneal: neutrófilos, levaduras con pseudofilamentos. Desarrolla: *Candida albicans*, sensible a fluconazol y anfotericina B. Tratamiento con fluconazol y anfotericina B 5% tópicos + fluconazol 400 mg c/12 hs IV. Evolución tórpida en las siguientes 6 semanas, recidiva de HZ y persistencia de úlcera con levaduras con pseudofilamentos a pesar de tratamiento. Se ajusta a anfotericina B y voriconazol tópicos + voriconazol VO con profilaxis secundaria con aciclovir.

Discusión

Se logró aislamiento micológico en todos los casos. Patología de difícil tratamiento, especialmente en ausencia de natamicina, fármaco de primera línea para queratitis secundarias a hongos filamentosos. En su lugar, se empleó anfotericina B y voriconazol tópicos, además de tratamientos sistémicos con voriconazol y fluconazol en todos los casos.

Conclusiones

La queratitis fúngica determina alta morbilidad. El manejo interdisciplinario con algoritmos preestablecidos, favorecen el buen resultado. Se señala la falta de consenso sobre la duración óptima del tratamiento, se requieren más estudios. En Uruguay, la falta de acceso a la natamicina representa un desafío adicional en el tratamiento de queratitis fúngicas.

	Sexo y edad	Factores de Riesgo	Aislamiento micológico	Tratamiento tópico	Tratamiento sistémico
Caso 1	66	Trauma con materia orgánica, Diabetes mellitus.	Fusarium spp.	Anfotericina B desoxicolato 0,15%. Voriconazol	Voriconazol VO
Caso 2	50	Infección por VIH, inmunosupresión leve, mal medio socioeconómico	Cladosporium spp	Anfotericina B desoxicolato 0,15%.	Voriconazol VO
Caso 3	51	Privado de libertad, infección por VIH, inmunosupresión severa, Infección por VVZ, uso de lentes de contacto	Candida albicans	Anfotericina B desoxicolato 0,15%. Fluconazol Voriconazol	Fluconazol VO Voriconazol VO

Primer estudio de susceptibilidad a los antifúngicos de aislados clínicos de *Aspergillus* spp en Uruguay

Autores: Dalcín Lucía¹, Arrillaga Annie¹, Cabeza Elisa²

Institución: 1. Asistente del Departamento de Parasitología y micología, Facultad de Medicina, Universidad de la República.
2. Profesora Adjunta del Departamento de Parasitología y micología, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Introducción

Las infecciones fúngicas por hongos filamentosos representan un gran desafío diagnóstico y terapéutico. *Aspergillus* spp es uno de los patógenos fúngicos filamentosos que más frecuentemente afecta a personas inmunocompetentes como inmunocomprometidas. Las técnicas diagnósticas para la aspergilosis son escasas y su estandarización y reproducibilidad entre laboratorios es extremadamente compleja y no siempre posible. A las dificultades diagnósticas se suma la escasa oferta de antifúngicos disponibles y el desconocimiento de la susceptibilidad a los diferentes antifúngicos entre los aislados. La microdilución en caldo es la técnica considerada patrón oro para la realización del antifungigrama, la cual es laboriosa, insume un tiempo prolongado en su realización y no está disponible en los laboratorios de análisis clínicos. El objetivo del presente trabajo es conocer la susceptibilidad a los antifúngicos entre aislados clínicos de *Aspergillus* spp en Uruguay.

Metodología

Se realizó el estudio de la susceptibilidad a los antifúngicos de aislados de *Aspergillus* spp procedentes de la colección de cepas del laboratorio de Micología del Departamento de Parasitología y Micología de la Facultad de Medicina, Universidad de la República. Se incluyeron aislamientos obtenidos entre el 31 de julio del 2018 y el 31 de julio del 2023, provenientes de casos clínicos de aspergilosis, no asociados a datos identificatorios de las personas. Los aislamientos fueron identificados inicialmente mediante métodos convencionales a partir de los aislamientos en agar Sabouraud a 28 °C. La identificación a nivel de especie se realizó mediante espectrometría de masas (MALDI-TOF). El estudio de la susceptibilidad a los antifúngicos se realizó mediante el método de microdilución en caldo, se utilizaron los documentos de CLSI M38-A38. Se realizó búsqueda de sinergia entre terbinafina y los azoles ensayados.

Resultados

Durante el período analizado se realizaron un total de 39 diagnósticos de aspergilosis, de los cuales 25 fueron a partir de muestras respiratorias. De estas 15 fueron aisladas de personas inmunocompetentes y 10 de inmunodeprimidos (VIH positivos, hematológicos, enfermedad autoinmune sistémica). La especie más frecuentemente aislada fue *Aspergillus fumigatus*, seguido de *Aspergillus niger* y *Aspergillus flavus*. Se logró obtener la susceptibilidad a los antifúngicos mediante microdilución en caldo para Anfotericina B, voriconazol e itraconazol. Los aislados presentaron CIM menores o iguales a 2,0 para anfotericina B y menores o iguales a 0,25 para voriconazol. Se ensayó la sinergia entre terbinafina y voriconazol así como terbinafina e itraconazol mediante la técnica de disco difusión comprobándose la existencia de sinergia *in vitro* entre cepas de *Aspergillus* spp circulantes en Uruguay.

Conclusiones

Los aislamientos clínicos estudiados en el presente estudio de *Aspergillus* spp provenientes de casos clínicos de Uruguay no presentan resistencia a los antifúngicos ensayados. Existe sinergia demostrada *in vitro* entre la terbinafina y los azoles estudiados en los aislados uruguayos de *Aspergillus* spp.

Actinomicetoma de pie por *Nocardia nova* complex

Autores: Herrera J1, Noble L1, Narvaez J1, Porcelli D2, Cabeza E1, Gemelli S1, Carbia M3, Gadea P3, Arteta Z1.

Institución: 1. Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay. 2. Cátedra de Traumatología, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay. 3. Departamento de Laboratorio Clínico, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay.

Introducción

El micetoma es una infección granulomatosa crónica progresiva de la piel y el tejido celular subcutáneo, que compromete frecuentemente el pie de forma unilateral. Se produce por inoculación directa del microorganismo mediante vegetales contaminados. Es una enfermedad de las áreas tropicales, considerada desatendida, que afecta a personas de bajos recursos económicos con exposición laboral y precarias o nulas condiciones de protección.

Caso clínico

Hombre de 52 años. Procedente de Canelones. Trabaja en mercado frutihortícola (carga y descarga). Tabaquista, monorreno quirúrgico. Tres años previos a la consulta presenta traumatismo cerrado de pie derecho con objeto de madera. Post-traumatismo no identifica lesión inicial, a los 6 meses agrega lesiones papulonodulares a nivel de dorso y planta de pie configurando lesiones fistulosas en evolución, acompañado de dolor y edema. Múltiples consultas previas donde indican planes antibióticos. Del examen físico se destaca en dorso de pie derecho lesiones papulonodulares de aspecto evolucionado, algunas con centro ulcerado, secreción blanquecina y edema hasta tobillo. En región inguinal derecha presenta conglomerado ganglionar firme elástico. Se realizó estudio microbiológico mediante hisopado del exudado de las lesiones con cultivo y hemocultivos sin desarrollo. Radiografía de pie (frente y oblicuo) que evidencia elementos de osteítis a nivel de metatarsianos y cuña. La resonancia magnética de pie y pierna informa elementos de osteomielitis en pie y cambios inflamatorios reactivos en tibia y tejidos blandos sin evidencia de colecciones. Con sospecha clínica de micetoma verdadero o actinomicetoma se realiza toma de muestras superficiales mediante la expresión de las fístulas con obtención de granos característicos y material purulento para estudio bacteriológico y micológico. Se obtiene desarrollo de colonias de *Nocardia nova* complex en los cultivos de enriquecimiento, confirmándose el diagnóstico de actinomycosis crónica por implantación con objeto vegetal. Se realiza tratamiento antibiótico con imipenem y linezolid por 2 semanas, luego se rota a linezolid y claritromicina completándose 12 meses totales. Evolución clínica favorable con apoyo y deambulación sin dolor, sin edema y con los trayectos fistulosos cerrados.

Discusión

Las manifestaciones clínicas fueron características dadas por la triada clásica de tumefacción local, trayectos fistulosos y gránulos, con una evolución crónica, tórpida y posterior a un traumatismo con un objeto vegetal contaminado. La presencia de granos se limita a pocas entidades clínicas, siendo fundamental una correcta extracción de los mismos para el estudio microbiológico. Esta patología es propia de las áreas tropicales y subtropicales, poco frecuente en Uruguay. El tratamiento antimicrobiano dependerá del actinomicetal implicado y su sensibilidad antibiótica, el cual deberá de ser prolongado. El rol del tratamiento quirúrgico sigue siendo incierto, reservándose para aquellos casos con mala evolución a pesar de una terapia antimicrobiana dirigida y eficaz.

Conclusiones

Es fundamental la sospecha clínica frente a lesiones fistulosas en áreas de piel expuestas y antecedentes de inoculación. El abordaje multidisciplinario es clave para lograr un correcto diagnóstico. El tratamiento es prolongado, por lo que es esencial la adherencia del paciente y aun así, la tasa de curación es baja.



Imagen A. Dorso de pie derecho lesiones fistulosas de aspecto evolucionado, algunas con centro ulcerado, secreción blanquecina y edema.



Imagen B y C. Radiografía de pie de frente (B) y oblicuo (C) se evidencia elementos de osteítis a nivel de metatarsianos y cuña.

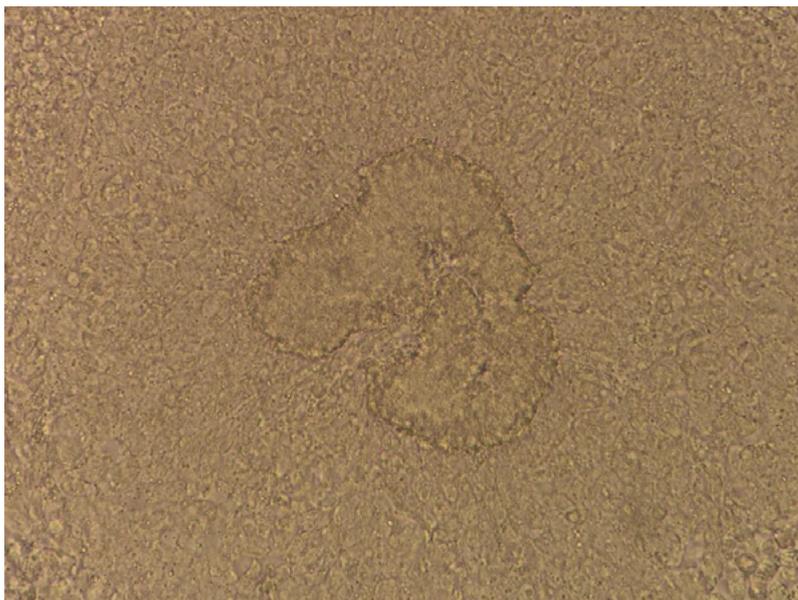


Imagen D. Cultivo de enriquecimiento se observan colonias de *Nocardia nova* complex.

Actinomicosis diseminada en paciente inmunosuprimido. Desafío terapéutico

Autores: Navarro KA, Medina BG, Noble L, Gemelli SH.

Institución: Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Clínicas "Dr Manuel Quintela", Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La actinomicosis es una infección granulomatosa crónica causada por bacterias del género *Actinomyces*, a menudo asociada al uso de dispositivo intrauterino (DIU). Su forma diseminada es menos frecuente, y la afectación hepática puede representar el 5% de los casos. Presentamos un caso clínico en una paciente inmunosuprimida.

Caso clínico

Sexo femenino, 50 años, procedente del interior. Antecedentes personales de Miastenia gravis diagnosticada en 2020, con cuatro ingresos a unidad de cuidados intensivos (UCI) por crisis miasténicas. Inicio de tratamiento con rituximab en febrero 2023 y prednisona 50 mg/día. Colocación de DIU hace 6 años, sin controles ginecológicos posteriores. Ingresó al Hospital de Clínicas por síndrome febril en contexto de crisis miasténica desencadenada por cuadro infeccioso. De la búsqueda etiológica se realizan hemocultivos (2 sets) sin desarrollo y tomografía de tórax, abdomen y pelvis, de la que se destacan múltiples lesiones hepáticas hipovasculares con realce periférico a predominio de lóbulo derecho. Ovario izquierdo aumentado de tamaño con contenido líquido en su interior. DIU en cavidad endometrial. Colección en pared abdominal de hasta 83mm de diámetro mayor. De la paraclínica al ingreso se destaca: hemoglobina 9,7g/dL, leucocitos 19680cél/ μ L, linfocitos:1020cél/ μ L, plaquetas 782000cél/ μ L. Creatininemia 0,53mg/dL. PCR: 613mg/L y GGT 452U/L.

Como diagnóstico presuntivo se plantea: abscesos hepáticos secundarios a infección genital en relación a DIU. Se realiza retiro de DIU y punción guiada por imagen de abscesos hepáticos con colocación de drenajes. No se aborda quirúrgicamente el absceso tuboovárico. El estudio microbiológico del DIU informa en el examen directo elementos sugestivos de *Actinomyces* spp. Los cultivos obtenidos de abscesos hepáticos y parietal desarrollan *Aeromonas hydrophila/caviae*, *Pseudomonas putida* y *Candida albicans*. Con planteo de etiología polimicrobiana, incluyendo *Actinomyces* spp, se plantea actinomicosis diseminada en paciente inmunosuprimida. Se ajusta la terapia antimicrobiana con Penicilina, Cefepime y Fluconazol, con buena respuesta clínica, paraclínica e imagenológica hepática y parietal. Dada la limitación de grupos de antimicrobianos utilizables en con miastenia gravis, luego de 2 semanas de tratamiento intravenoso, se rotó a amoxicilina, moxifloxacina y fluconazol vía oral, con controles seriados clínicos, paraclínicos e imagenológicos. En seguimiento ambulatorio tiene una buena evolución. Se destacan la alteración del funcional y enzimograma hepático, dado por aumento de los valores de GGT y FA como efecto adverso del tratamiento con fluconazol. Del control imagenológico destacamos la ausencia de abscesos hepáticos, y la persistencia del absceso tuboovárico. Continúa con el mismo plan antimicrobiano, debiendo cumplir al menos un año de tratamiento, teniendo en cuenta que el foco ginecológico aún se encuentra sin resolver.

Discusión

La presentación de la actinomicosis puede generar un desafío diagnóstico, al simular tumoraciones malignas, tuberculosis o nocardiosis. Puede presentarse con forma de abscesos pélvicos, fistulas, e incluso invadir y destruir estructuras, por ejemplo el parénquima ovárico.

Conclusiones

El abordaje terapéutico siempre debe ser médico-quirúrgico, sobre todo cuando hay alta sospecha o confirmación de coinfección. Ante la presencia de DIU sin controles y planteo de infección genital, se debe sospechar la participación de Actinomyces.

Aspergilosis en la unidad de trasplante renal del Hospital de Clínicas en los últimos 10 años

Autores: Herrera J1, Dominguez L1, Noble L1, Araújo L1, Cabeza E1, Santiago J2, Seija M2, Frantchez V1

Institución: 1 - Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay. 2 - Cátedra de Nefrología, Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay.

Introducción

Las infecciones fúngicas invasivas en los pacientes trasplantados de órgano sólido (TOS) generan gran morbilidad, prolongan las estadías hospitalarias, pueden generar disfunción del injerto y conllevan una mortalidad elevada. La aspergilosis broncopulmonar invasiva (ABPI) es una IFI causada por mohos de la especie *Aspergillus*. Los receptores de trasplante renal (TR) presentan múltiples factores de riesgo como: inmunosupresión, infecciones virales inmunomoduladoras y exposición ambiental, entre otros. Durante la pandemia de COVID-19 se evidenció que esta infección viral configura un nuevo factor de riesgo para la aspergilosis pulmonar, denominándose en este caso Aspergilosis pulmonar relacionada a COVID-19 (CAPA, por sus siglas en inglés).

El objetivo del presente estudio es caracterizar las ABPI en receptores de TR del programa del Hospital de Clínicas (HC) en los últimos 10 años.

Metodología

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. Se incluyeron los pacientes receptores de TR, del Programa de Trasplante Renal (PTR) del HC "Dr. Manuel Quintela", que cursaron ABPI 1/8/2013 y 1/8/2023 y se encontraban en la base de datos de los pacientes asistidos durante la hospitalización de la Cátedra de Enfermedades Infecciosas y del equipo del PTR.

Se confeccionó una base de datos y se operacionalizaron las variables de interés, previo al enrolamiento. El presente estudio se envió al Comité de Ética de la Facultad de Medicina. Se solicitó consentimiento a los pacientes para la revisión de las historias clínicas.

Resultados

En el período de estudio se identificaron 10 pacientes con ABPI de los cuales 8 correspondieron al sexo masculino, con una mediana de 52 años (rango 40-65 años). De éstos, un sólo caso se trató de un retrasplante. No hubo predominancia de ninguna etiología de la enfermedad renal.

De las ABPI identificadas 3 fueron confirmadas y 7 probables, sus características clínicas, paraclínicas y evolutivas se describen en la Tabla 1.

Conclusiones

En la presente serie documentamos la ABPI como una IFI que se presenta en pacientes extremadamente inmunodeprimidos. Habitualmente representa un desafío diagnóstico el cual es aún mayor en esta población. Es así que el bajo número de ABPI confirmadas refleja estas dificultades, acordes con las series mundiales publicadas. Así mismo la coinfección con otros microorganismos demostrados probablemente influya sobre el umbral de sospecha diagnóstica de ABPI. Por lo tanto, se debe

enfatar la búsqueda de coinfecciones en receptores de TR inmunodeprimidos. La mitad de los casos correspondieron a CAPA, conformando esta entidad un aumento sustancial de los casos entre los receptores de TR.

Característica	N° pacientes (n total = 10)
Tiempo de presentación:	
Primeros 6 meses del TR	3
Luego del primer año del TR	7
FACTORES DE RIESGO	
Inmunosupresión de inducción con timoglobulina	7
Elementos clínicos o paraclínicos de IS (Muget oral y/o Linfopenia)	7
Rechazo del injerto al diagnóstico de ABPI	2
Otros factores de riesgo:	
Diabetes mellitus	3
Enfermedad autoinmune	3
ABPI durante la pandemia de COVID-19	5
Aspergilosis relacionadas al COVID-19 (CAPA)	4
PRESENTACIÓN CLÍNICA	
Fiebre	10
Síntomas respiratorios (tos y/o disnea)	10
Insuficiencia respiratoria	7
Síntomas constitucionales	6
COINFECCIONES:	
Tuberculosis pulmonar	2
Nocardiosis diseminada	1
Neumonía bacteriana	1
DIAGNÓSTICO	
Hallazgos imagenológicos:	
micronódulos pulmonares	3
nódulos pulmonares	2
Proceso cavitado	1
Vidrio deslustrado	4
Consolidación broncopulmonar	2
Derrame pleural	3
Diagnóstico micológico:	
Galactomanano (GMN) ≥ 1.5 en lavado bronquio-alveolar (LBA)	6
GMN ≥ 1 en suero	1
Estudio directo con filamentos compatibles en LBA	2
Desarrollo en cultivos micológicos	2 (1 A. fumigatus; 1 A. niger)
Anatomía patológica compatible	1
TRATAMIENTO	
Tratamiento recibido:	
voriconazol	5
anfotericina B desoxicolato	2
isavuconazol	1
EVOLUCIÓN	
Fallecimientos	3

Tabla 1. Características clínicas, paraclínicas, terapéuticas y evolutivas.

Estrongiloidiasis diseminada en paciente inmunocompetente, a propósito de un caso

Autores: Inchauspe I, Bobadilla M, Rampoldi P, Mirza B, Andrade R

Institución: Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Clínica Médica A, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Introducción

La estrongiloidiasis es una parasitosis prevalente a nivel mundial producida por el geohelminto *Strongyloides stercoralis*. Puede presentarse en forma asintomática o con síntomas gastrointestinales, pulmonares o cutáneos.

Se presenta un caso clínico inhabitual en paciente inmunocompetente con síntomas sistémicos y diagnóstico con estudio coproparasitario.

Caso clínico

Sexo masculino. 31 años. Procedente de zona metropolitana. Sin antecedentes médicos. Consulta por tos seca y diarrea no disenteriforme de 1 mes de evolución. Sin fiebre. Sin otra sintomatología. Examen físico: lúcido, buen estado general. Bien hidratado y perfundido. Polipneico. Saturación de oxígeno VEA 94%. PP: MAV presente bilateralmente. Sibilancias difusas. Estertores subcrepitantes bilaterales. ABD: Doloroso a la palpación difusa. Sin irritación peritoneal. RHA aumentados.

Con planteo clínico de infección respiratoria baja e insuficiencia respiratoria, se solicita radiografía de tórax que observa signos de hiperinsuflación y aumento de la trama intersticial y bronquial bilateral. De la analítica sanguínea destacamos: leucocitosis ($20 \times 10^3/\text{mm}^3$) a predominio neutrofílico ($13 \times 10^3/\text{mm}^3$) y eosinofilia ($3 \times 10^3/\text{mm}^3$). PCR 146 mg/dL.

Del estudio de la diarrea crónica, se solicitó coprobacteriológico, coproparasitario y FCC.

Paciente evoluciona favorablemente en lo respiratorio luego de 5 días de tratamiento antibiótico empírico con ampicilina sulbactam. Eosinofilia en aumento de hasta $17 \times 10^3/\text{mm}^3$.

En la esfera digestiva se destaca el aislamiento de *Strongyloides stercoralis* en coproparasitario. Resto sin alteraciones.

Con planteo de eosinofilia secundaria a estrongiloidiasis diseminada con compromiso digestivo y pulmonar (síndrome de Loeffler), se inicia tratamiento antiparasitario con ivermectina 200 mcg/kg día hasta negativización del coproparasitario logrando remisión clínica y normalización de eosinofilia.

Discusión

Se estiman entre 300 y 400 millones de casos de estrongiloidiasis a nivel mundial, siendo enfermedad endémica en zonas tropicales y subtropicales.

Generalmente cursa de forma paucisintomática; las formas graves y sistémicas se ven en pacientes inmunodeprimidos. Este helminto tiene la particularidad de cronificarse por autoinfección; puede madurar a su forma adulta tanto en el suelo como en el intestino del ser humano (huésped definitivo).

En la bibliografía de nuestro país se destaca un reporte de caso, de enfermedad grave y fatal, pero a diferencia del caso presentado, cursa en un paciente inmunodeprimido. En la región existen reportes

de enfermedad diseminada en pacientes inmunocompetentes o que, a diferencia de nuestro paciente, cursan en personas procedentes de zonas selváticas, en regiones endémicas.

Los métodos diagnósticos tienen baja sensibilidad, por lo que generalmente es necesario realizar exámenes seriados, u otros métodos más invasivos o costosos.

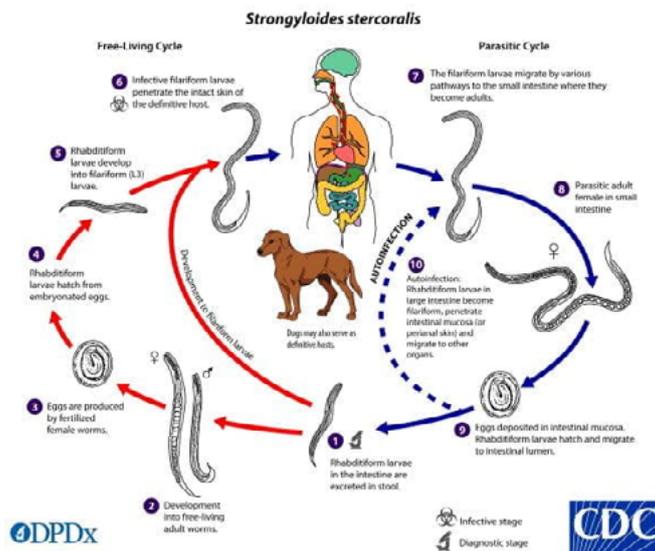
El tratamiento de primera línea es ivermectina 200 mcg/kg día, por 48 horas en infecciones leves o moderadas. En casos de infección sistémica o grave, se debe mantener el tratamiento hasta la negativización de los exámenes previamente positivos.

Conclusiones

La strongiloidiasis es infrecuente en nuestro medio. Las formas graves generalmente se presentan en pacientes inmunodeprimidos.

Se expone un caso de presentación atípica en individuo inmunocompetente con manifestaciones pulmonares (Síndrome de Loeffler) y eosinofilia severa.

Se realiza tratamiento dirigido con remisión clínica completa y estudio de materia negativo.



Caracterización de las Infecciones fúngicas endémicas en pacientes trasplantados renales del programa de trasplante renal del Hospital de Clínicas “Dr. M. Quintela” desde su implementación

Autores: Dominguez L, Herrera J, Noble L, Cabeza E, Araújo L, Santiago J, Seija M, Frantchez V.

Institución: Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay. Cátedra de Nefrología, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Facultad de Medicina, UdelaR. Montevideo, Uruguay.

Introducción

Las infecciones fúngicas invasivas en los pacientes trasplantados de órgano sólido (TOS) generan gran morbilidad, prolongan las estadías hospitalarias, pueden generar disfunción del injerto y conllevan una mortalidad elevada (1, 2). Los patógenos fúngicos más frecuentes en TOS son *Candida* spp, *Aspergillus* spp y minoritariamente los productores de infecciones fúngicas endémicas (IFE) como la criptococosis e histoplasmosis (3). El objetivo del presente estudio es caracterizar las IFE en receptores de trasplante renal (TR) del Programa de Trasplante Renal (PTR) del Hospital de Clínicas (HC) “Dr. Manuel Quintela” en los últimos 10 años.

Metodología

Estudio retrospectivo, descriptivo, observacional. Se incluyeron receptores de TR, del PTR del HC, que cursaron IFE entre el 1/8/2013 y 1/8/2023 presentes en la base de datos de los pacientes hospitalizados asistidos por la Cátedra de Enfermedades Infecciosas y del equipo del PTR. Se confeccionó una base de datos y operacionalizaron las variables de interés, previo al enrolamiento. El presente estudio se envió al Comité de Ética de la Facultad de Medicina, UdelaR. Se solicitó consentimiento a los pacientes para la revisión de las historias clínicas.

Resultados

El PTR del HC ha realizado 600 TR y reno páncreas desde su implementación hasta el presente año, con 450 pacientes en seguimiento actualmente, con injerto funcionante. En el período analizado 14 pacientes cursaron IFE, 9 fueron criptococosis, 4 histoplasmosis y 1 esporotricosis. La mitad fueron hombres, con una mediana de edad de 49,5 +/- 14,7 años (mínimo 30 – máximo 72 años). La IFE sucedió con una mediana de 6 +/- 4,8 años (mínimo 0 - máximo 12 años) desde el TR. La inmunosupresión de mantenimiento mayoritaria fue tacrolimus, micofenolato de mofetilo y prednisona. El 85,7% habían cursado episodios de rechazo del injerto, 4 en los 6 meses previos. Las criptococosis 7 correspondieron a meningoencefalitis y 2 limitadas al tórax (Tabla 1). De las meningoencefalitis, 6 presentaron cefalea holocraneana y confusión predominantemente. En la tomografía de cráneo 2 casos presentaron criptococomas. El diagnóstico micológico fue rápido en 6 casos mediante técnicas directas en líquido cefalorraquídeo. Anfotericina B más fluconazol fue el tratamiento de inducción en las meningoencefalitis y en los casos de afección limitada al tórax únicamente fluconazol. Del total, 3 pacientes con meningoencefalitis fallecieron.

Los casos de histoplasmosis tuvieron presentación clínica diseminada, 3 presentaron lesiones de piel y compromiso pulmonar. Se evidenciaron nódulos y micronódulos a nivel pulmonar en la imagenología. En 2 casos se observaron levaduras intracelulares en la coloración de Giemsa. En 3 de los 4 casos de histoplasmosis recibieron anfotericina B en la inducción, uno recibió itraconazol. El caso de esporotricosis se presentó como forma linfangítico-nodular característica en miembro superior, el paciente presentaba un claro antecedente epidemiológico de exposición.

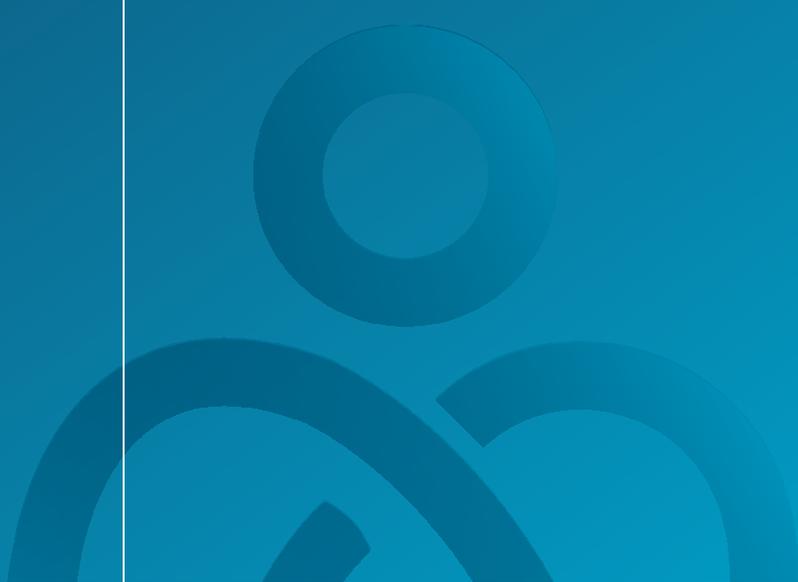
Conclusiones

Se trata de una población de pacientes extremadamente inmunodeprimidos, de acuerdo al tiempo transcurrido entre el TR y la IFE. Si bien la presentación clínica en la mayoría fue la habitual debemos tener una alta sospecha clínica de IFE en esta población más allá del primer año post TR.

Manifestación clínica (n)	Criptococosis meningoencefálica (n = 7)	Criptococosis pulmonar (n= 2)	Histoplasmosis (n= 4)	Esporotricosis (n= 1)
Fiebre	5	2	1	0
Repercusión general	4	1	1	0
Lesiones cutáneas compatibles	0	0	3	1
Sintomatología respiratoria	1	2	1	0
Insuficiencia respiratoria	0	1	1	0
Sintomatología neurológica	6	0	0	0

Tabla 1. Manifestaciones clínicas presentes en casos de infecciones fúngicas endémicas en pacientes trasplantados renales del programa de trasplante renal del Hospital de Clínicas, “Dr. Manuel Quintela”. Montevideo, Uruguay.

Alto riesgo obstétrico
Autoinmune
Cardiología
Endocrinología
Digestivo - Hepatología
Hematología
Infectología
Neumología
Neurología
Sars-Cov2 / Covid-19
Misceláneas



Infecciones respiratorias en pacientes receptores trasplante de células hematopoyéticas alogénicas 2017-2021

Autores: Hernández Ruano K, Borelli G, Kierszenbaum M.

Institución: Servicio de Hematología, Hospital Maciel. Cátedra de Neumología, Hospital Maciel

Introducción

Las infecciones respiratorias representan la complicación más frecuente y una de las principales causas de mortalidad en pacientes trasplantados con células hematopoyéticas. El diagnóstico etiológico es difícil, por lo que es de importancia incorporar tanto métodos invasivos y no invasivos para orientar la causa y brindar un tratamiento dirigido. Objetivos: Estudiar la frecuencia, y rol de los diferentes métodos diagnósticos en las infecciones pulmonares de pacientes con trasplante de células hematopoyéticas alogénicas.

Metodología

Estudio cohorte retrospectivo de 89 pacientes trasplantados hematopoyéticos alogénicos de los cuales se realizó el análisis del número total de eventos infecciosos. Población de estudio: Pacientes trasplantados con células hematopoyéticas alogénicas desde el día 0 al día 100 de seguimiento, mayores de 15 años, ambos sexos, en el período comprendido entre 2017-2021. Criterios de inclusión: pacientes con síntomas respiratorios más fiebre y/o infiltrados pulmonares. Procesamiento de datos: Los datos fueron almacenados en una base de datos anonimizada que se elaboró en Microsoft Excel y posteriormente analizados en dicho programa.

Resultados

Se obtuvieron 22% (n=20) de eventos infecciosos. La edad media de los pacientes fue de 35 ± 15.3 años. Predominaron los hombres 11 (57.8%). Las patologías previas la mayoría fueron Leucemia mieloblástica aguda 7 (36.8%), Leucemia linfoblástica aguda 7 (36.8%). De las comorbilidades se encontró que 8 (42.1%) eran tabaquistas y un paciente diabético. La duración promedio de los días de neutropenia severa ($< 500/\text{ml}$) fue de 18 ± 8.08 días. El síntoma más frecuente fue la fiebre 16 (80%), luego la tos 8 (40%), expectoración mucosa o mucopurulenta 6 (30%), disnea 6 (30%), síndrome de impregnación viral (30%). De los estudios no invasivos, hemocultivos positivos 15%(3). PCR viral multiplex 5 positivos predominó rinovirus/enterovirus. Ningún caso de COVID positivo. PCR en sangre para CMV, positivos 8 (30%). Del galactomanano en sangre 6 fueron positivos. Los estudios imagenológicos fueron 11 tomografías de tórax patológicas y 3 normales, de las radiografías de tórax, 5 fueron normales y 1 patológica. El patrón predominante fue el patrón nodular. De los estudios invasivos se realizaron solo 4 broncoscopias con lavado bronquioloalveolar, todas fueron realizadas después de los 5 días de inicio de los síntomas respiratorios y/o infecciosos. De los resultados microbiológicos, 2 pacientes tuvieron galactomanano positivo, y uno PCR positivo para CMV. Se aisló microorganismo en el 70% (14) y no se aisló en un 30% (6). La mayoría de los aislamientos fueron hongos en un 30% (6), luego virus respiratorios adquiridos en la comunidad 20% (4) en un 15% (3) de los pacientes presentaron etiología bacteriana, 1 paciente con CMV, 1 paciente, presentó coinfección en el mismo evento infeccioso con *Enterococcus faecalis*/aspergillus. La mayoría recibió tratamiento empírico con una media de antibioticoterapia de 19 días, DE 8.46 días.

Conclusiones

Hubo una baja frecuencia de síntomas respiratorios de gravedad que indicara una infección respiratoria. La etiología más frecuente fue aspergilosis pulmonar invasiva. Fue baja la frecuencia de

etiología bacteriana, pero los pacientes recibieron planes prolongados de antibióticos. No se aisló microorganismo responsable en un tercio de los pacientes a pesar de que se identificaron alteraciones en la Tomografía de tórax, y en la que se utilizaron métodos invasivos para diagnóstico, en un escaso porcentaje.

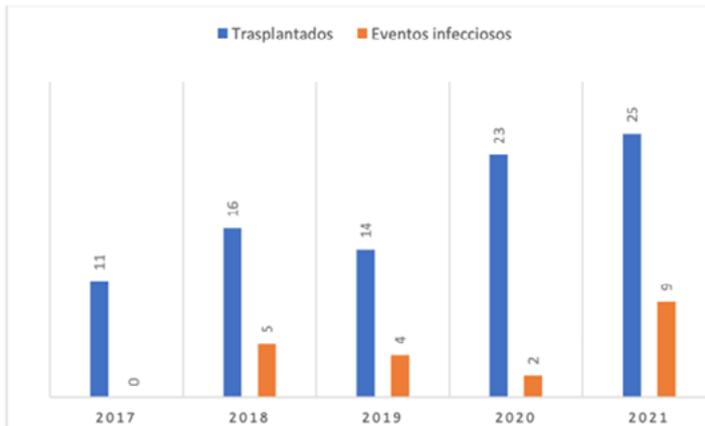


Gráfico 1. Distribución por año de pacientes trasplantados con células hematopoyéticas y número de pacientes con infecciones respiratorias.

Rol de la angioembolización en el manejo actual de la hemoptisis amenazante

Autores: Cánepa A, De Gorriarán N, Fajardo M, Baz M.

Institución: Clínica Médica "C", Hospital de Clínicas.

Introducción

La hemoptisis amenazante es una emergencia que puede poner en riesgo la vida del paciente. El sangrado en la mayoría de los casos proviene de las arterias bronquiales y las patologías subyacentes pueden ser múltiples destacándose la bronquitis crónica, enfermedad bronquiectasia, tuberculosis pulmonar y carcinoma broncopulmonar, todas estas entidades, de alta prevalencia en nuestro medio. El tratamiento médico conservador puede suponer una significativa morbilidad, siendo la asfixia la causa más frecuente de muerte. La angioembolización es una técnica mínimamente invasiva que constituye un tratamiento efectivo y seguro de la hemoptisis amenazante y/o recurrente. El objetivo del presente estudio fue evaluar los resultados de la angioembolización en pacientes con hemoptisis asistidos en el Hospital Universitario en el periodo de tiempo comprendido entre enero de 2015 a abril de 2022.

Metodología

Estudio observacional descriptivo retrospectivo de valoración de los pacientes con hemoptisis asistidos en el Hospital de Clínicas en el mencionado periodo de tiempo, considerando como criterio de inclusión el requerimiento de angioembolización quedando excluidos los pacientes con hemoptisis leve y moderada sin criterio de riesgo ni recurrencia. Se utilizó una base de datos aportada por el servicio de radiología intervencionista de nuestro hospital. Se realizó un análisis descriptivo de las variables en estudio mediante revisión de las historias clínicas. Se calcularon frecuencias y promedios para las variables analizadas, expresados como medias con su respectivo desvío estándar para datos numéricos continuos con distribución normal. En caso de distribución paramétrica se utilizó la mediana (rango intercuartílico). Para buscar diferencias entre grupos se utilizó la prueba de T de Student en caso de datos numéricos continuos de distribución normal o según correspondiera. Se consideró significación estadística la presencia de un valor $p < 0,05$.

Resultados

Se analizaron 20 pacientes. 70% de la muestra analizada fueron casos de hemoptisis amenazante, en esta población se encontró una alta frecuencia de exposición al tabaquismo (80%) tanto activo como previo (gráfico 1). Ninguno de los pacientes analizados recibió anticoagulantes y solo uno antiagregante plaquetario.

Respecto a la enfermedad pulmonar de base (gráfico 2) el 45% correspondían a casos de tuberculosis pulmonar (activa o secuestral), 20% a procesos de proliferación vascular o angiogénesis (malformaciones arteriovenosas), 10% a carcinoma broncopulmonar, 10% a enfermedad bronquiectásica, 5% a enfisema, 5% a neumonitis post rídica, 5% a aspergilosis sobre cavidad neoformada. En la mayoría de los casos (65%) las arterias bronquiales derechas fueron las responsables del sangrado. En un 15% de los pacientes existió persistencia o recidiva del sangrado obligando a repetir el procedimiento de angioembolización. En ninguno de los pacientes analizados se observaron complicaciones vinculadas al mismo.

Conclusiones

La hemoptisis es una situación clínica que puede poner en peligro la vida del paciente, en la mayoría de los casos el sangrado proviene del árbol bronquial derecho, siendo la tuberculosis pulmonar la etiología más frecuente y encontrándose una alta asociación con la exposición al tabaquismo. La angioembolización es un método efectivo y seguro en el tratamiento de la hemoptisis amenazante, demostrando una alta eficacia en el control inmediato del sangrado.

TABAQUISMO

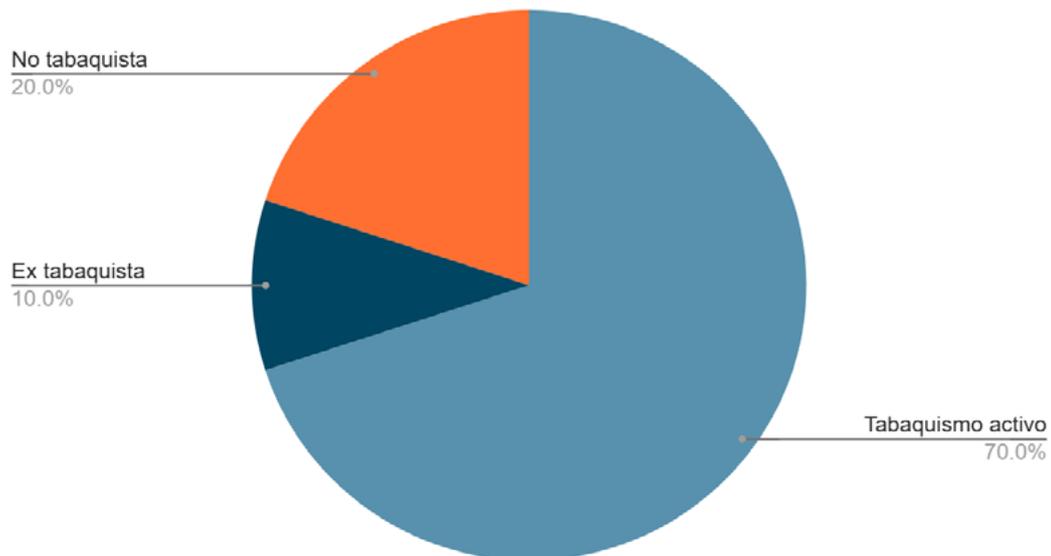


Gráfico 1. Exposición al tabaquismo en pacientes embolizados.

Enfermedad pulmonar responsable del sangrado

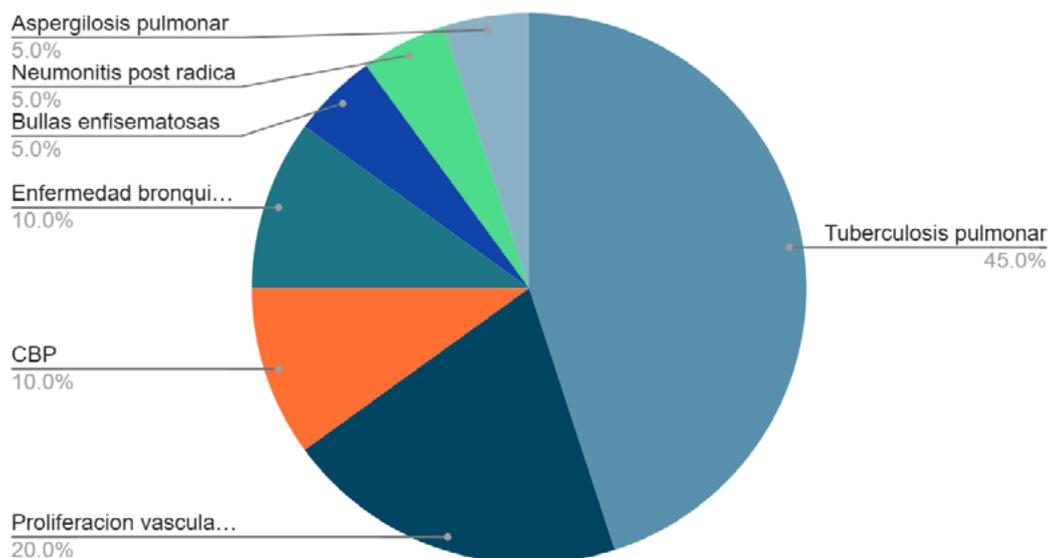


Gráfico 2. Enfermedad pulmonar responsable de la hemoptisis

Estudio descriptivo de la población que consulta con tuberculosis pulmonar activa en emergencia del Hospital Pasteur en el período junio-setiembre 2022

Autores: Cruz M, Mieres M, Perendones M.

Institución: Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay. Mayo 2023.

Introducción

La tuberculosis (TB) es una enfermedad infectocontagiosa, provocada por *Mycobacterium tuberculosis*, importante causa de morbimortalidad. Uruguay era de los países latinoamericanos con menor prevalencia. Actualmente es una enfermedad reemergente, con una incidencia media-alta. Factores determinantes del cambio epidemiológico: contextos críticos de exclusión sociocultural, pérdida de ponderación como problema de salud pública por buen control logrado, diagnóstico tardío, menor búsqueda de contactos, escaso control por primer nivel de atención.

Factores de riesgo: coinfección VIH; inmunosupresores; edades extremas; diabetes mellitus, enfermedad renal crónica, abuso de sustancias, etc. Mayor vulnerabilidad: personal de salud, privado de libertad (PPL) o medio socioeconómico deficitario. Objetivo describir las características clínicas, epidemiológicas, motivos de ingreso y evolución de los pacientes con Tuberculosis Pulmonar, que consultan en emergencia del Hospital Pasteur (HP) de junio a septiembre del 2022.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo y prospectivo de los pacientes con tuberculosis pulmonar activa ingresados en emergencia del HP, de junio-septiembre de 2022. Se diagnosticaron por baciloscopias, GENEXPERT y/o cultivos, o criterios clínicos. Se realizó un análisis univariado y bivariado con intervalo de confianza del 95% y significancia del 5% en el análisis inferencial. Utilizamos Apache Open Office™ Calc 4.1.7 y Epi Info™ 7.2.

Resultados

Población de 29 personas; en el período de recolección se registraron 17.766 consultas arrojando una incidencia de 1,63 diagnósticos de tuberculosis cada 1000 consultas. Sexo masculino: 60%. Rango de edad: 20 a 69 años. Corresponden al municipio D 14/29. Situación socioeconómica: 3 son actualmente PPL y 10 estuvieron previamente. 5 están en situación de calle.

Respecto al consumo: 16 consumen PBC, 22 tabaquistas y 7 alcohol.

21% refirieron tener algún contacto BK previo. No recibieron quimioprofilaxis.

Siete presentaron VIH, cinco tienen menos de 200 CD4. Dos diagnosticados en la consulta

La tos fue el síntoma principal (82%), fiebre 15 y 8 síndrome de impregnación toxibacilar. En 20% compromiso extrapulmonar. La Tabla 1 muestra la duración de los síntomas.

Hallazgos radiográficos: 48% tenía infiltrado intersticioalveolar y en 34% infiltrado y caverna.

Un 62% presentaron Insuficiencia respiratoria (IR). 13.8 % instalaron complicaciones (hemoptisis y neumotórax). El diagnóstico se realizó mediante expectoración (82%), lavado bronquioloalveolar

(13.8%), líquido testicular (3.4%); 27 por PCR y 2 por baciloscopia (tabla 2) En 1 caso se detectó microorganismo resistente.

Conclusiones

Los pacientes con diagnóstico de TB activa que consultan en la emergencia del Hospital Pasteur representan el 1.63 de los casos, predomina sexo masculino, con mal medio socioeconómico, noción de contacto previo sin quimioprofilaxis, el diagnóstico se basa en PCR.

Duración de síntomas	Frecuencia	Porcentaje
< 15 días	5	18.5
15 - 30 días	3	11.1
30 - 60 días	11	40.7
> de 2 meses	8	29.6
Total	27	100.0

Tabla 1. Distribución de los casos según duración de síntomas.

GenXpert	Frecuencia	Porcentaje
High	11	40.7
Low	8	29.6
Medium	6	22.2
Very low	1	3.7
Sin dato	1	3.7
Total	27	100.0

Tabla 2. Resultados GenXpert.

Hidatidosis pulmonar complicada con ruptura

Autores: Castro, JP., Cabeza E., Zapetti A., Gulisano L., Galian S.

Institución: [Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Hospital de Infecciosas Francisco Javier Muñiz de Buenos Aires, Argentina](#)

Introducción

La hidatidosis es una zoonosis parasitaria producida por el platelminto *Echinococcus granulosus*. Su ciclo biológico involucra a cánidos como hospedadores definitivos, ovinos como huéspedes intermediarios y los humanos como huéspedes accidentales. La hidatidosis es una enfermedad negligenciada que representa un problema de salud pública en Latinoamérica, debido a su amplia distribución geográfica y su impacto en la salud humana. La fase larvaria de *E. granulosus* parasita diferentes órganos y tejidos, con la formación de los quistes hidatídicos (QH) con mayor frecuencia en hígado (65-75%), y en pulmón (25%). El compromiso pulmonar presenta manifestaciones clínicas diferentes, desde asintomáticos hasta causar síntomas respiratorios severos con complicaciones potencialmente mortales. El diagnóstico y manejo oportuno son esenciales para evitar la progresión y complicación de los QH.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, 46 años procedente de Bolivia, Potosi (rural), antecedente de enfermedad de Chagas crónica. Comienza un año previo, con cuadro respiratorio crónico de tos con expectoración asalmonada intermitente, sin fiebre ni síntomas constitucionales. En búsqueda etiológica se realiza tomografía computarizada (TC) de tórax demostrando una imagen quística en lóbulo inferior derecho por lo que es estudiada con fibrobroncoscopia para lavado bronquio alveolar con estudios de directos negativos y cultivos sin desarrollo para bacterias inespecíficas, para *M. tuberculosis* y etiologías fúngicas. Concomitante se realiza serología para hidatidosis positiva, se realiza ecografía de abdomen que no evidencia QH hepáticos y se inicia tratamiento con Albendazol 400 mg/12 hs por 45 días. A la espera de resolución quirúrgica sufre episodios de tos con expectoración hemoptoica y vómica con drenaje postural, asociando hipereosinofilia. TC que evidencia ruptura de QH a bronquio con derrame pleural asociado. A los 45 días de iniciado el tratamiento antiparasitario se realiza tratamiento quirúrgico con resección completa del QH sin complicaciones asociadas. El examen parasitológico confirmó la etiología hidatídica del mismo. En cuanto al tratamiento antiparasitario se mantiene posterior a la cirugía actualmente día 30 de tratamiento.

Discusión

En cuanto a la ruptura del QH, se presenta como una de las complicaciones potencialmente graves y más frecuentes, siendo la ruptura con apertura hacia el árbol bronquial la forma más común (20% y el 40%). La apertura completa a cavidad pleural es una complicación infrecuente (2-4%)⁶. La eosinofilia presentada generalmente ocurre después de la perforación, pero no es específica. Los tratamientos sugeridos en la bibliografía deben ser personalizados, de manejo médico-quirúrgico. Respecto al tratamiento antiparasitario, el albendazol es el tratamiento de elección, reduce el tamaño del QH y previene las siembras, siendo complementario a la cirugía. La resección quirúrgica completa sin ruptura es indicada para QH grandes o sintomáticos. Independientemente del enfoque terapéutico elegido, es fundamental un seguimiento a largo plazo, la imagenología es esencial para evaluar el tratamiento y detectar signos de recurrencia.

En cuanto al tratamiento antiparasitario recibido, no difiere según lo descrito en la literatura siendo necesario un periodo de 2-6 semanas previas a la cirugía para evitar la diseminación del parásito al momento del tratamiento quirúrgico, y un mínimo de 4-8 semanas posterior para lograr la remisión.

Conclusiones

La hidatidosis pulmonar es un reto médico relevante, especialmente en áreas endémicas. Es necesario un enfoque integral, multidisciplinario que abarque un diagnóstico precoz, la intervención quirúrgica oportuna y la administración de terapias antiparasitarias adecuadas para prevenir complicaciones.

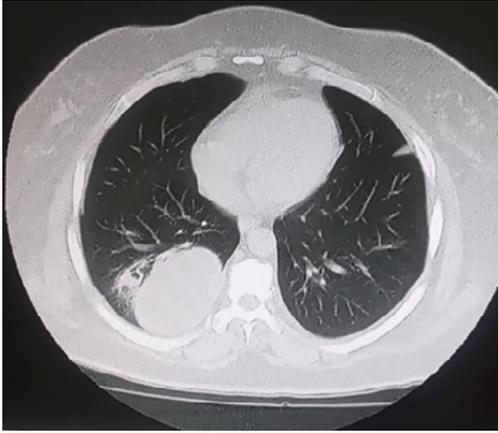


FIGURA 1. Quiste hidatídico pulmonar no complicado

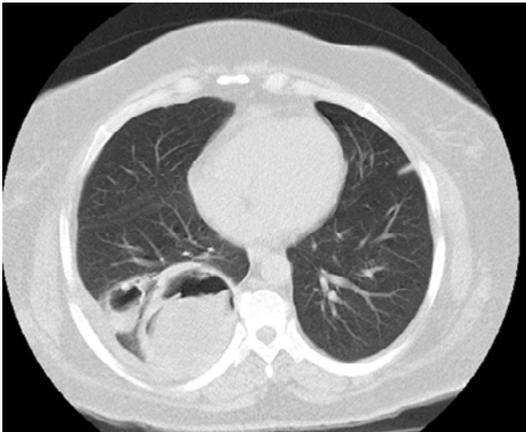


FIGURA 2. Quiste hidatídico complicado por ruptura con derrame pleural asociado

Medición incidental de monóxido de carbono en aire espirado como motivador para el cese tabáquico

Autores: Nuñez V, Melián T, Minacapilli M, Gonzalez V, Taglioretti V, Genta M, Melián T, Barros M, Llambi L.

Institución: Unidad de Tabaquismo, Hospital De Clínicas, Clínica Médica "A" y "B", Departamento de Psicología Médica. Hospital de Clínicas. UdelaR.

Introducción

El tabaquismo es la primera causa de muerte evitable. En Uruguay, causa 5000 muertes al año. La prevalencia de tabaquismo en adultos en Uruguay es 20,4%, corroborando un descenso sostenido desde 2004, producto de las políticas antitabaco implementadas. Cada 31 de mayo la Organización Mundial de la Salud conmemora el Día Mundial Sin Tabaco, llamando a la reflexión sobre lo hecho hasta el momento, los desafíos a futuro, convirtiéndose en una oportunidad de concientizar a la población sobre este tema.

Parte de la evaluación de un fumador al inicio de una terapia, al final de la misma para corroborar abstinencia a través de parámetros biológicos es la determinación de los valores de monóxido de carbono (CO) en aire espirado. También se ha reportado su utilidad para concientizar sobre su estatus, esta medición es un indicador biológico fiable de la intensidad del consumo.

La Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas desarrolló una jornada abierta a la población, gratuita el 31 de Mayo, en el Hall hospital donde se realizó medición de CO de fumadores, fumadores pasivos o no fumadores que se acercaron de forma espontánea, donde el objetivo fue evaluar el valor de CO medido y el consumo intradomiciliario. El objetivo de este trabajo es describir la población captada durante dicha instancia, en términos de valores de CO espirado y características del consumo.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, transversal. Se incluyeron todas las personas mayores a 18 años, sin síntomas respiratorios infecciosos agudos. Los participantes recibieron información sobre la medicación y consintieron verbalmente a realizar y suministrar sus datos de estatus tabáquico.

Se realizó medición de CO en aire espirado con Cooximetro piCO Smokerlyzer® TouchScreen. Se tomó valor de corte de 7 ppm. La técnica detecta CO vinculado a tabaquismo activo en las últimas 12 -36 hs. Los datos se registraron en una base de datos Excel.

Resultados

Participaron 86 personas, 33 hombres, 53 mujeres. El 83 % de las mujeres y 85% de los hombres eran fumadores, 2 hombres y 3 mujeres ex fumadores. Ningún hombre se encontraba en abstinencia reciente, 2 mujeres se encontraban en esta etapa de cesación (fig.1). El CO espirado mostró valores normales para no fumadores y los ex fumadores. En los hombres fumadores varió en rango de entre 1 y 53 ppm y en mujeres entre 0 y 40 ppm. Se detectó un 3% de fumadores con CO espirado en rango normal, 80% tenía valores en rango moderado y el 7% valores severos (Fig.2). 43% de las mujeres y 64% de los hombres fumaban dentro del hogar.

Conclusiones

La medición del CO espirado es una forma rápida, económica y no invasiva que tiene impacto en el fumador y permite brindar feedback a equipos de salud. Un porcentaje elevado de fumadores mostró niveles moderados a severos; y aproximadamente la mitad fuman en sus hogares, también afectando a las personas convivientes con el riesgo aumentado de enfermedades tabacodependientes.

Estas actividades pueden realizarse de forma periódica, como una herramienta motivadora para la cesación del tabaco.

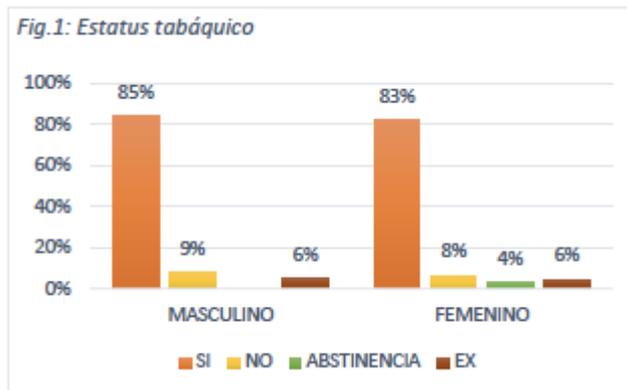


Figura 1. Estatus tabáquico. Se pregunta ¿es usted fumador?

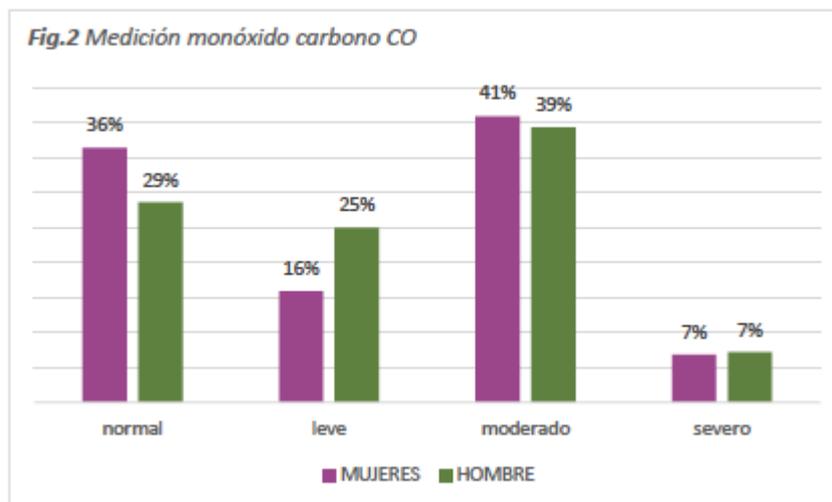
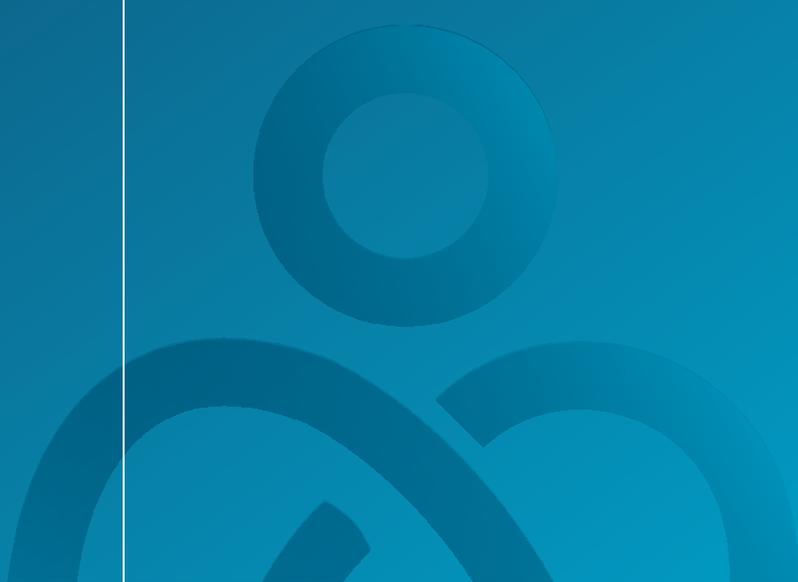


Figura 2. Medición de CO, clasificado en rango según sexo.

Alto riesgo obstétrico
Autoinmune
Cardiología
Endocrinología
Digestivo - Hepatología
Hematología
Infectología
Neumología
Neurología
Sars-Cov2 / Covid-19
Misceláneas



Hematoma epidural espinal. A propósito de un caso clínico

Autores: Añón M, Sosa D, Baccelli A, González M.

Institución: Hospital Pasteur, Montevideo.

Introducción

Los hematomas espinales corresponden a una patología neurológica poco frecuente potencialmente muy grave, constituyendo una urgencia neuroquirúrgica y médica.

Se localizan con mayor frecuencia a nivel epidural así como en los espacios subdural, subaracnoideo, o intramedulares.

Pueden ser espontáneos o secundarios a tratamiento fibrinolítico, uso de anticoagulantes, traumatismos, malformaciones arteriovenosas, tumores, o procedimientos locales.

Clínicamente, el dolor agudo es el síntoma cardinal del cuadro, agregando elementos de interrupción medular funcional. El tratamiento neuroquirúrgico se debe realizar precozmente para evitar el daño permanente.

Caso clínico

Hombre de 64 años. Como antecedentes se destaca sobrepeso-obesidad, dislipemia, hipertensión arterial, fibrilación auricular crónica anticoagulado con dicumarínicos y es portador de marcapaso definitivo.

Consulta por lumbalgia brusca intensa acompañado de síndrome neurovegetativo, agregando en la evolución plejía, anestesia de miembros inferiores y retención aguda de orina. Se constatan además un nivel sensitivo en T10 y abolición de reflejos osteotendinosos bilaterales.

De la analítica al inicio se destaca INR en rango terapéutico, sin otras alteraciones. Por razones de disponibilidad se realiza inicialmente tomografía computada que no muestra hallazgos a destacar.

A las 72 hs se realiza resonancia nuclear magnética (RNM), que evidencia una colección epidural posterior, desde T7-T8 hasta L2-L3 de 24 cm de longitud y hasta 12 mm de espesor, la cual produce severo estrechamiento del canal raquídeo, comprimiendo el cordón medular, asociando edema medular craneal a la colección, extendiéndose hasta T6.

Se realiza intervención neuroquirúrgica descompresiva de urgencia a las 96 horas desde el inicio de los síntomas, no revirtiendo el cuadro clínico. Actualmente el paciente se encuentra en rehabilitación funcional.

Discusión

Se presenta el caso clínico de un hematoma epidural, en el que el tiempo transcurrido desde la instalación del cuadro hasta la instrumentación de las medidas terapéuticas fue crítico. Dentro de los principales factores predisponentes se encuentran la hipertensión arterial y la anticoagulación, destacando que el paciente se presentó con un INR en rango terapéutico. En este sentido, se ha demostrado que no existe correlación entre las alteraciones de la coagulación y la gravedad de la presentación clínica.

El estudio de imagen de elección para el diagnóstico es la RM, ya que los hematomas pueden revelarse incluso en la fase inicial, como en nuestro paciente.

La demora en la intervención quirúrgica es el principal factor predictivo de pronóstico. Si el déficit es completo, la cirugía debe realizarse de elección en las primeras 12 horas, cuando la posibilidad de reversión de la clínica es más alta. Una vez superada esta ventana terapéutica, el pronóstico funcional es limitado.

Conclusiones

El hematoma espinal es una patología poco frecuente en nuestro medio, pero que conlleva una gran morbimortalidad, constituyendo una urgencia médico-quirúrgica. Es por esto que la exposición de este caso tiene como objetivo difundir conocimiento sobre esta entidad, para promover un alto índice de sospecha, en vistas a un tratamiento oportuno.

Evaluación del NIHSS Y mRS a tres meses postratamiento de reperusión en el ACV isquémico

Autores: Lucia Bartesaghi, Claudio Berrutti, Gustavo Chavez, Martin Rebella.

Institución: Medica Uruguaya- Montevideo, Uruguay

Objetivo

Describir los resultados del tratamiento de reperusión cerebral en pacientes con ACV isquémico mediante la evaluación del estado neurológico y la capacidad funcional a 90 días del evento.

Metodología

Estudio observacional de cohorte histórica. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de ACV isquémico que cumplieron criterios de ingreso al protocolo institucional de ACV y fueron tratados con Trombólisis intravenosa (TL iv) y/o Trombectomía Mecánica (TM) entre el 1 de agosto de 2015 y el 31 de julio de 2021. El estado neurológico se midió a través de la escala de NIHSS y se categorizó en leve (<4), moderado (4-16), grave (16-25) y muy grave (>25). La capacidad funcional se midió mediante la escala de Rankin modificada (mRS), categorizándose en favorable (0-2) y desfavorable (>2).

Resultados

Inicialmente se incluyen 203 pacientes de los cuales 184 cuentan con datos completos para la variable de mRS (Escala de Rankin modificada) a 3 meses.

El 50,5% de los pacientes recibieron terapia de reperusión con Trombólisis intravenosa (TL iv), el 35,3% recibieron Trombectomía Mecánica (TM) y el 14,2% recibieron tratamiento combinado (TL iv + TM).

El 53,8 % de los pacientes presentó una escala de NIHSS menor a 4 a los 90 días, lo que corresponde a un déficit neurológico leve.

El 51,1 % presentó una capacidad funcional categorizada como favorable según la escala mRS.

Discusión y conclusiones

El estado neurológico y la capacidad funcional evaluada a los 3 meses postratamiento de reperusión cerebral en pacientes con ACV isquémico fue similar a lo reportado en la literatura.

Los pacientes que recibieron (TL iv) tuvieron una evolución más favorable en comparación con (TM). Esto se podría explicar por presentar menor tiempo de evolución y un NIHSS inicial más leve, lo que nos proponemos evaluar en un próximo trabajo.

El cuestionario simplificado de la mRS telefónico avalado internacionalmente, determinó una herramienta práctica para el seguimiento de pacientes que no podían concurrir al control presencial.

Absceso cerebral por *Listeria monocytogenes*: desafío diagnóstico y terapéutico

Autores: Sabatella L1,2, Zabala L1,2, Chiarella M2, Borrás L2, Aguiar A2, Pérez G2, Vignolo W2, Facal J1,2

Institución: 1 Clínica “Médica 1”, Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Universidad de la República.
2 Departamento de Medicina Interna, Hospital Británico.

Introducción

La listeriosis es una enfermedad potencialmente grave, causada por la *Listeria monocytogenes*, bacteria que puede habitar el suelo, aguas residuales, alimentos frescos y congelados. También se encuentra en la microbiota intestinal del 5% de los adultos sanos. En Europa y Estados Unidos, es la segunda causa de muerte relacionada a infecciones transmitidas por alimentos, después de la salmonelosis. En Uruguay, se registraban hasta 2016 en promedio 3 casos anuales. Puede ocurrir esporádicamente o en brotes y presentarse como bacteriemia, infección del sistema nervioso central (SNC) o como listeriosis materno-fetal. Se presenta un caso inusual de listeriosis del SNC, a forma de presentación de absceso cerebral.

Caso clínico

Hombre de 84 años, con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, implante de cardiodesfibrilador, tromboembolismo pulmonar, leucemia linfocítica crónica sin tratamiento y nefropatía membranosa bajo Prednisona en dosis actuales menores a 10 mg día.

Durante vuelo instala hemiplejía izquierda. Resonancia magnética (RNM): lesión ocupante de espacio pre-rolándica derecha. Hemocultivos: *Listeria monocytogenes*. Punción estereotáxica se obtiene pus. Cultivo: *Listeria monocytogenes*. Cumplió 8 semanas de tratamiento intravenoso con Ampicilina más Trimetoprima - Sulfametoxazol. (TMP/SMX). Tromboprofilaxis venosa con enoxaparina. Epilepsia por lo que se indica Levetiracetam. RNM a los 30 días de tratamiento: absceso parietal derecho sin cambio de tamaño con leve aumento del edema perilesional. Se asocia dexametasona. RNM a los 60 días: reducción del absceso y del edema perilesional. RNM a los 180 días: sin imagen de absceso. Mejoría leve de la hemiplejía izquierda.

Discusión

Los factores de riesgo para adquirir esta infección son extremos de la vida, embarazo e inmunosupresión. En este paciente se señala la edad e inmunosupresión secundaria a neoplasia hematológica y corticoides. Más del 20% de los casos de listeriosis invasiva se presentan en mayores de 60 años sin otros factores. La bacteria ingresa al tubo digestivo y se disemina desde el intestino, con tropismo especial por la placenta y el SNC. El compromiso del SNC es mayoritariamente meníngeo y solo 10% de los casos corresponden a abscesos cerebrales. 80% de los casos son bacteriémicos como el actual. No existen estudios que establezcan el antibiótico de elección ni la duración del mismo, dependiendo del cuadro clínico y características del paciente. Se recomienda la asociación de antibióticos con acción sinérgica, con ampicilina y gentamicina o TMP/SMX. En el caso analizado se prefirió TMP/SMX por los antecedentes vasculares y mayor riesgo de nefrotoxicidad asociado a gentamicina. Las secuelas neurológicas son frecuentes, siendo en este caso, el déficit motor y la epilepsia secundaria. La mortalidad descrita en la literatura alcanza el 20%.

Conclusiones

La listeriosis es una enfermedad infrecuente y la presentación como absceso cerebral es excepcional. El tratamiento debe ser individualizado según la forma de presentación y las características del paciente.

Absceso cerebral por *Listeria monocytogenes*: desafío diagnóstico y terapéutico

Autores: Sabatella L^{1,2}, Zabala L^{1,2}, Chiarella M², Borrás L², Aguiar A², Pérez G², Vignolo W², Facal J^{1,2}

Institución: 1 Clínica "Médica 1", Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Universidad de la República. 2 Departamento de Medicina Interna, Hospital Británico.

Introducción

La listeriosis es una enfermedad potencialmente grave, causada por la *Listeria monocytogenes*, bacteria que puede habitar el suelo, aguas residuales, alimentos frescos y congelados. También se encuentra en la microbiota intestinal del 5% de los adultos sanos. En Europa y Estados Unidos, es la segunda causa de muerte relacionada a infecciones transmitidas por alimentos, después de la salmonelosis. En Uruguay, se registraban hasta 2016 en promedio 3 casos anuales. Puede ocurrir esporádicamente o en brotes y presentarse como bacteriemia, infección del sistema nervioso central (SNC) o como listeriosis materno-fetal. Se presenta un caso inusual de listeriosis del SNC, a forma de presentación de absceso cerebral.

Caso clínico

Hombre de 84 años, con antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, implante de cardiodesfibrilador, tromboembolismo pulmonar, leucemia linfocítica crónica sin tratamiento y nefropatía membranosa bajo Prednisona en dosis actuales menores a 10 mg día.

Durante vuelo instala hemiplejía izquierda. Resonancia magnética (RNM): lesión ocupante de espacio pre-rolándica derecha. Hemocultivos: *Listeria monocytogenes*. Punción estereotáxica se obtiene pus. Cultivo: *Listeria monocytogenes*. Cumplió 8 semanas de tratamiento intravenoso con Ampicilina más Trimetoprima - Sulfametoxazol. (TMP/SMX). Tromboprofilaxis venosa con enoxaparina. Epilepsia por lo que se indica Levetiracetam. RNM a los 30 días de tratamiento: absceso parietal derecho sin cambio de tamaño con leve aumento del edema perilesional. Se asocia dexametasona. RNM a los 60 días: reducción del absceso y del edema perilesional. RNM a los 180 días: sin imagen de absceso. Mejoría leve de la hemiplejía izquierda.

Discusión

Los factores de riesgo para adquirir esta infección son extremos de la vida, embarazo e inmunosupresión. En este paciente se señala la edad e inmunosupresión secundaria a neoplasia hematológica y corticoides. Más del 20% de los casos de listeriosis invasiva se presentan en mayores de 60 años sin otros factores. La bacteria ingresa al tubo digestivo y se disemina desde el intestino, con tropismo especial por la placenta y el SNC. El compromiso del SNC es mayoritariamente meníngeo y solo 10% de los casos corresponden a abscesos cerebrales. 80% de los casos son bacteriémicos como el actual. No existen estudios que establezcan el antibiótico de elección ni la duración del mismo, dependiendo del cuadro clínico y características del paciente. Se recomienda la asociación de antibióticos con acción sinérgica, con ampicilina y gentamicina o TMP/SMX. En el caso analizado se prefirió TMP/SMX por los antecedentes vasculares y mayor riesgo de nefrotoxicidad asociado a gentamicina. Las secuelas neurológicas son frecuentes, siendo en este caso, el déficit motor y la epilepsia secundaria. La mortalidad descrita en la literatura alcanza el 20%.

Conclusiones

La listeriosis es una enfermedad infrecuente y la presentación como absceso cerebral es excepcional. El tratamiento debe ser individualizado según la forma de presentación y las características del paciente.

Corea metabólica: presentación de un caso

Autores: Leita A

Institución: Hospital Pasteur - Montevideo, Uruguay

Introducción

La corea es un trastorno neurológico caracterizado por movimientos hiperkinéticos, que se presenta con relativa baja frecuencia y responde a diversas etiologías. En este trabajo presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de Corea Hiperglicémica.

Caso clínico

Paciente femenina de 77 años, autoválida, con antecedentes personales de hipertensión arterial, dislipemia e hipertiroidismo. Se trata de una paciente con escasos controles de salud y baja adherencia a los tratamientos médicos.

Comienza dos semanas previo a la consulta con síndrome diabético precoz, dado por polidipsia, poliuria y polifagia. Agrega epigastralgia y vómitos profusos, lo que motiva la consulta. Al ingreso a emergencia se encuentra paciente obnubilada, taquicárdica, polipneica y deshidratada. Glicemia capilar de 600 mg/dl. En lo neurológico, inicialmente no se encontraron alteraciones más allá del nivel de conciencia.

De la paraclínica inicial se destaca una acidosis metabólica con cetonemia, con una glicemia de 615 mg/dl, y osmolaridad corregida de 304 Osm/L. Sin disonías ni otras alteraciones de interés. Se plantea cetoacidosis diabética (CAD), severa dado el compromiso de conciencia, como debut de diabetes mellitus.

La paciente presenta buena respuesta al tratamiento, con resolución de la CAD. Sin embargo en la evolución agrega movimientos involuntarios, rápidos, amplios y no sostenidos, a predominio oro-buco-facial y de hemicuerpo izquierdo, compatibles con corea-hemibalismo. En vistas a completar valoración, se solicita tomografía computada de cráneo donde se identifica aumento de la densidad de ambos globos pálidos y putamen, a predominio derecho, sin otras alteraciones. Se destaca además HbA1c 14%.

Con planteo de corea metabólica en contexto de hiperglicemia persistente, se inicia insulización con buen control de cifras de glicemia. Posteriormente se rota a sitagliptina con buena respuesta. Se evidenció una franca mejoría en los síntomas neurológicos al alcanzar el control glucémico, revirtiendo casi completamente al alta.

Discusión

A pesar de la alta incidencia de diabetes en nuestro medio y en el mundo, la corea hiperglicémica es un cuadro poco frecuente. Predomina en las mujeres entre 60 y 80 años, y se observa principalmente en el contexto de estados hiperglicémicos hiperosmolares. El diagnóstico es clínico, paraclínico, imagenológico y fundamentalmente evolutivo, ya que suele mejorar con el control metabólico.

El mecanismo fisiopatológico es poco claro. Entre los planteos están una hipersensibilidad de los receptores dopaminérgicos, y el metabolismo anaerobio inducido por la hiperglucemia, que lleva a la depleción de GABA. La imagen ganglio-basal es relevante, ya que son los responsables de la regulación del movimiento, por lo que la alteración en estas estructuras o las vías que los conectan puede ocasionar disquinesias.

El pronóstico suele ser favorable y habitualmente los síntomas remiten a las 24-72 horas luego de alcanzado el control metabólico. Sin embargo, un 15-20% de los pacientes mantienen síntomas durante semanas o años. Se ha descrito también la recurrencia sintomática con el mal control metabólico.

Conclusiones

La hiperglicemia es una causa poco frecuente de corea, pero debe ser considerada en aquellos pacientes con mal control metabólico. El diagnóstico precoz es esencial, ya que los síntomas suelen remitir al alcanzar la euglicemia.

Características cito-bioquímicas del líquido cefalorraquídeo en la cryptococosis meníngea

Autores: Cabrera B. , Carbia M. , González MP., Martínez C., Ballesté R.

Institución: Departamento de Laboratorio de Patología Clínica - Hospital de Clínicas "Dr. M. Quintela". Fmed - UdelAR. Montevideo - Uruguay.

Introducción

La cryptococosis meníngea es la infección micótica profunda más frecuente en pacientes con VIH. Un diagnóstico temprano, permite un tratamiento oportuno disminuyendo la mortalidad en esta coinfección. Existen pocos datos sobre las características citobioquímicas del LCR en pacientes con cryptococosis meníngea en nuestro hospital, conocer el perfil del estudio citoquímico del LCR optimizaría el manejo oportuno de esta infección, sin necesidad de esperar el resultado de otros exámenes que tardan más, como el cultivo, por lo que surge el interés de conocer las características físicas y bioquímicas del LCR en pacientes con infección meníngea por *Cryptococcus* spp. El objetivo principal de este trabajo es identificar el valor promedio de cada parámetro del estudio citobioquímico de líquido cefalorraquídeo en relación al diagnóstico de cryptococosis meníngea.

Metodología

Estudio descriptivo, transversal, se revisaron LCR procesados en el Laboratorio entre 12/2018 y 12/2021, se obtuvieron 370 LCR ingresados, todos fueron procesados por personal médico de laboratorio, como criterios de inclusión se usó: LCR positivos para *Cryptococcus* spp. por examen directo con tinción de tinta china o desarrollo en el cultivo, los criterios de exclusión fueron: LCR con datos incompletos, LCR de pacientes que se repitieron el análisis en un periodo menor a 30 días y LCR a los que no se realizó examen cito-químico por distintas causas. Las características citobioquímicas del LCR que se incluyeron fueron: características físicas pre centrifugación y post centrifugado, el recuento leucocitario y características bioquímicas glucosa (mg/dL) y proteínas totales (g/L).

Los datos se procesaron Excel 2016 y el análisis estadístico en IBM SPSS Statistics versión 25, como método estadístico se usó el cálculo de la frecuencia.

Resultados

31 LCR fueron positivos para *Cryptococcus* spp., de los cuales 17 presentaron criterios de exclusión, de los 14 LCR restantes, 12 fueron positivos mediante tinta china y desarrollaron en el cultivo, y 2 fueron positivos mediante examen directo con tinta china pero no desarrollaron colonias en el cultivo.

Previo a la centrifugación el 92,9% fueron LCR límpidos, incoloros y sin presencia de coágulo, posterior a la centrifugación LCR límpidos, incoloros y sin presencia de sedimento.

Se observó que el 50% de los LCR positivos para *Cryptococcus* spp. presentaban entre 6 y 100 leucocitos, 4 LCR menos de 5 leucocitos y 3 un recuento mayor a 101 leucocitos/mm³. 10 LCR presentaron glucorraquia <40 mg/dL, y 13 LCR proteinorraquia >0,45 g/L.

Conclusiones

El laboratorio es fundamental y necesario para el diagnóstico de la cryptococosis meníngea, el mejoramiento de los métodos y desarrollo de nuevas técnicas contribuirán no solo al diagnóstico, sino además a la evaluación y estandarización de los métodos existentes.

El diagnóstico de criptococosis meníngea se basa en el estudio del LCR, la epidemiología y la clínica que presentan los pacientes, por lo que la presencia de signos clínicos sugestivos y un LCR límpido, incoloro, con un recuento de leucocitos entre 6 y 100/mm³, junto a hipoglucoorraquia e hiperproteinorraquia, serán de gran sospecha diagnóstica, lo que contribuye al inicio del tratamiento oportuno en nuestro hospital.

Neurotuberculosis: tuberculoma asociado a meningitis

Autores: Tregarthen M, Carozzi S, Smiliansky N, Catalá C, Más V

Institución: Clínica Médica 3, Hospital Maciel, Facultad de Medicina, UdelaR

Introducción

La infección por tuberculosis es considerada una de las enfermedades más letales a nivel mundial. La incidencia en Uruguay en 2022, en sujetos infectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) fue 987 casos cada 100.000 habitantes, con mortalidad del 36 % según la Comisión Honoraria para la Lucha Antituberculosa y Enfermedades Prevalentes. El compromiso extrapulmonar es más frecuente en esta población, afectando al sistema nervioso central (SNC) en un 5 a 10% de los casos. Se puede presentar como meningitis y menos frecuentemente tuberculomas.

Caso clínico

Hombre, 57 años, VIH de reciente diagnóstico, carga viral 208.000 copias y CD4 7/mm³. Consultó por disartria y hemiparesia izquierda de instalación insidiosa, acompañado de adelgazamiento, adinamia y sudoración nocturna. Al examen físico se constató confusión, tendencia al sueño, hemiparesia izquierda desproporcionada a predominio braquial, sin compromiso de pares craneanos ni rigidez de nuca.

- Tomografía computada (TC) de cráneo con doble contraste: área hipodensa subcortical frontal derecha, y realce girico a nivel de surcos de la convexidad frontoparietotemporal tras administración de contraste
- Estudio del líquido cefalorraquídeo: cristal de roca, glucosa 0.32 mg/dl, proteínas 1.08 mg/dl, leucocitos 25 (44% polimorfonucleares), eritrocitos la mayoría conservados. Tinción con tinta china negativa. Gene Xpert positivo.
- Radiografía de tórax: patrón retículo nodular bilateral
- TC tórax: múltiples micronódulos centrolobulillares bilaterales difusos con predominio de lóbulos superiores, imagen en árbol en brote.

Se realizó diagnóstico de tuberculosis pulmonar, meníngea y encefálica, iniciándose tratamiento antituberculoso y corticoideo con buena evolución. Ante la sospecha de tuberculoma por la presentación clínica y hallazgos tomográficos, se solicitó una resonancia magnética de cráneo (RM): tuberculoma caseificante con centro líquido en lóbulo temporal derecho (Figura 1)

Discusión

La tuberculosis neurológica en pacientes infectados por VIH tiene mayor prevalencia y gravedad debido a la bacilemia posprimaria mantenida. La incidencia de tuberculomas asociados a meningitis es desconocida ya que la mayoría son asintomáticos y sub diagnosticados. Éstos pueden desarrollarse por tres mecanismos: siembra bacilífera de foco contiguo (meningitis), diseminación hematógena o fenómeno paradójico luego del inicio del tratamiento antituberculoso.

La presentación clínica varía según: el tamaño, número y localización de las lesiones. Frecuentemente son múltiples y se localizan en áreas muy vascularizadas, con alto tenor de oxígeno. El caso analizado se presentó con focalidad neurológica no explicada por la meningitis tuberculosa, lo que llevó a la sospecha de tuberculoma como lesión ocupante de espacio.

Presentan buena respuesta al tratamiento antituberculoso y glucocorticoideo. La dexametasona está indicada para reducir la inflamación y la hipertensión endocraneana.

El pronóstico está determinado por las complicaciones que puedan presentarse: hidrocefalia, infartos y vasculitis.

Conclusiones

Los tuberculomas encefálicos son una de las etiologías de las lesiones ocupantes de espacio. La presencia de un tuberculoma asociado a meningitis no cambia la duración del tratamiento, ni el pronóstico a largo plazo.

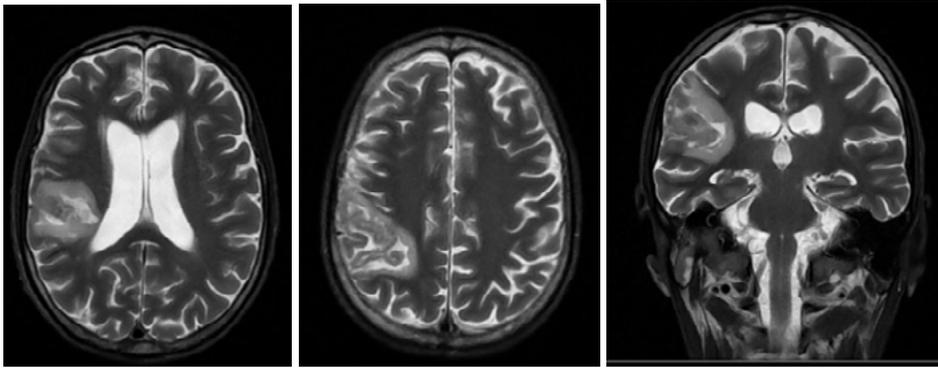


Figura 1. RM cráneo: cortes transversos y coronal en secuencia T2

Hemorragia intracraneal remota como complicación de tratamiento con fibrinolíticos

Autores: Llambí N, Carrere D, Silveira G, Ramos F.

Institución: Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay

Introducción

La transformación hemorrágica de un área de isquemia cerebral luego del tratamiento con trombolíticos es frecuente (5.8%). Existe una complicación menos frecuente (1.3-3.7%), que es la hemorragia intracraneal alejada al área de isquemia o hemorragia remota. Se han descrito algunos factores predisponentes para esta complicación, en particular la presencia de angiopatía amiloide (AA), así como las microhemorragias crónicas. La AA se debe al acúmulo de la proteína amiloide en la capa media y adventicia de pequeños y medianos vasos, lo que promueve mayor fragilidad vascular. Su principal factor de riesgo es la edad avanzada.

Caso clínico

Paciente de sexo masculino, 82 años, hipertenso, tabaquista intenso, dislipémico, previamente autoválido. Ingresó por hemiparesia izquierda y disartria. Al examen físico se constató vigil, orientado, sector meníngeo y alta integración normales, parálisis facial central y hemiparesia izquierda, sin otra focalidad. Se obtiene un puntaje en la “National Institute Health Stroke Scale” (NIHSS) de 4. Tomografía de cráneo (TC) inicial sin áreas de isquemia ni sangrados. Se realizó tratamiento con fibrinolíticos. NIHSS posterior de 2. A las 24 horas se realizó TC de cráneo de control que evidenció múltiples focos de sangrado parenquimatosos bilaterales sin focalidad clínica asociada. Posteriormente agregó episodios de desorientación témporo-espacial. Ante la sospecha de AA cerebral se solicitó una resonancia magnética que mostró múltiples artificios focales de susceptibilidad magnética compatibles con el diagnóstico. En la evolución el paciente se mantuvo con NIHSS de 2.

Discusión y conclusiones

Si bien la AA es una entidad frecuente en pacientes añosos, particularmente ante presencia de factores de riesgo cardiovascular y deterioro cognitivo, no constituye per se una contraindicación para el uso de trombolíticos. Es importante considerar la hemorragia intracraneal remota como complicación del tratamiento, destacando a su vez la microhemorragia cerebral como factor predisponente adicional.

Megacolon funcional y taquicardia mantenida como presentación inicial de neuropatía sensitiva autonómica.

Autores: Castillo H, Barbeito G, Quinteros S, Vásquez L, Añón X, Llambí L.

Institución: Clínica Médica "B", Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Introducción

Las ganglioneuropatías o neuropatías sensitivas (NS) representan un subgrupo infrecuente de enfermedades del sistema nervioso periférico. Típicamente afectan el soma de las neuronas de la raíz dorsal y se presentan con ataxia sensitiva, arreflexia y síntomas sensitivos positivos, pudiendo asociar, además, compromiso autonómico. Pueden corresponder a causas hereditarias o adquiridas (más frecuentes), constituyendo uno de los síndromes paraneoplásicos clásicos. Hasta el 50% son idiopáticas. El objetivo del trabajo es reportar el caso de un paciente joven con una presentación atípica de una neuropatía sensitiva autonómica idiopática.

Caso Clínico

Sexo masculino, 31 años. Eritromelalgia recientemente diagnosticada en la que se realiza simpatectomía con radiofrecuencia L3-L4 con excelente respuesta. Consulta por intolerancia digestiva alta con náuseas y vómitos recurrentes de evolución subaguda, agregando dolor abdominal difuso, distensión abdominal, detención del tránsito para materias y gases y ausencia de ruidos hidroaéreos. Presenta megacolon radiológico, compatible con pseudo-obstrucción intestinal, requiriendo sondaje rectal, colonoscopia descompresiva y neostigmina iv, con escasa mejoría. Agrega inestabilidad y dificultad para la marcha rápidamente progresiva, y movimientos involuntarios en manos. Examen físico: taquicardia sinusal persistente de hasta 150 cpm. Examen neurológico: fuerzas globales conservadas, ROT abolidos en 4 miembros, hipopalestesia en 4 miembros, ataxia sensitiva, astasia, pseudoatetosis y presencia de alodinia distal en MMII. El estudio neurofisiológico evidenció ganglioneuropatía sensitiva con alteración autonómica asociada. Ante la rápida progresión clínica, se realizaron pulsos de metilprednisolona e inmunoglobulinas, con respuesta parcial y estabilización clínica. Se realizó una extensa valoración etiológica que resultó negativa, destacándose la búsqueda de causas: paraneoplásicas (TC body, proteínograma electroforético, ecografía de bolsas, FGC y FCC), autoinmunes (ANA, ANCA, celiaquía), infecciosas (VIH, VDRL, VHB, VHC, VEB), y metabólicas (B12 y fólico), sin identificarse causa subyacente, planteándose la etiología idiopática.

Discusión

Las NS son infrecuentes, comprometen primariamente a las neuronas sensitivas del ganglio de la raíz dorsal, pudiendo extenderse a raíces y nervios periféricos. La coexistencia de fibras sensitivas y autonómicas a nivel del ganglio de la raíz dorsal explica la asociación de la clínica sensitiva asociada a disautonomía. En el caso expuesto se destaca la atípica presentación inicial con disfunción autonómica intestinal (pseudo-obstrucción intestinal) y cardiovascular (taquicardia sinusal persistente) precediendo al compromiso sensitivo profundo que agrega en la evolución. Las NS, con o sin compromiso autonómico asociado, suelen presentarse de forma subaguda y progresiva, aunque existen presentaciones agudas y crónicas. En 50% de los pacientes la enfermedad es idiopática; el resto de los casos se asocian a enfermedades sistémicas, principalmente oncológicas, las NS no malignas son menos frecuentes, incluyendo enfermedades autoinmunes, hereditarias, tóxicas y virósicas. El tratamiento, independientemente de la causa, se basa en el uso de glucocorticoides intravenosos y/o inmunoglobulinas. La respuesta en la idiopática y asociada a enfermedades autoinmunes, suele ser favorable, distinto de lo que ocurre con las paraneoplásicas, cuyo pronóstico es ominoso.

Conclusiones

Las ganglionopatías sensitivas autonómicas son enfermedades infrecuentes y graves. Su reconocimiento precoz permitirá iniciar un tratamiento oportuno y la búsqueda de una causa subyacente.

Síndrome de Clippers: a propósito de un caso clínico

Autores: Viviano L, Carozzi S, Rostán S, Peverelli F.

Institución: Clínica Médica 3 "Prof. Dra. Verónica Torres", Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

Introducción

El síndrome inflamatorio linfocítico crónico con realce perivascular pontino respondedor a corticoides (CLIPPERS) es una enfermedad inflamatoria crónica rara con etiopatogenia no aclarada. Afecta pares craneales, cerebelo y tronco encefálico. Descrito por primera vez por Pittcock et al en 2010. El reporte con mayor número de casos hasta el momento es de 140. Clínicamente su manifestación es subaguda con ataxia, diplopía y disartria, presentando buena respuesta a glucocorticoides. Presentamos un caso clínico, con el objetivo de poner en conocimiento esta entidad poco frecuente, cuyo planteo diagnóstico es de exclusión.

Caso clínico

Hombre, 58 años. Antecedentes personales: Tumoración en fosa posterior, (resonancia magnética (RM) de cráneo: dos lesiones a nivel de pedúnculos cerebelosos medios a izquierda y derecha), diagnóstico en 2015, etiología desconocida, sin biopsia, recibe tratamiento radioterápico. En enero del 2023 consulta por ataxia, diplopía y disartria. RM de cráneo: lesión en fosa posterior, compromete mesencéfalo, protuberancia y tronco encefálico, se extiende por pedúnculos al sector superior de ambos hemisferios, presenta sectores puntiformes y realce nodular con gadolinio. Punción lumbar sin elementos de malignidad. Biopsia estereotáxica de la lesión descarta malignidad e informa presencia escasa de linfocitos T. Alta bajo tratamiento con glucocorticoides a altas dosis. En marzo del 2023 ingresa a unidad de cuidados intensivos por neumonía aguda grave bilateral en inmunodeprimido dado uso prolongado de glucocorticoides. RM de cráneo: disminución franca del tamaño, realce e intensidad de la lesión. Luego de descartadas otras entidades más frecuentes, se realiza diagnóstico de Síndrome de Clippers. Se indica descenso progresivo de glucocorticoides, Metotrexate 15 mg semanal como inmunosupresor, con franca mejoría clínica e imagenológica.

Discusión

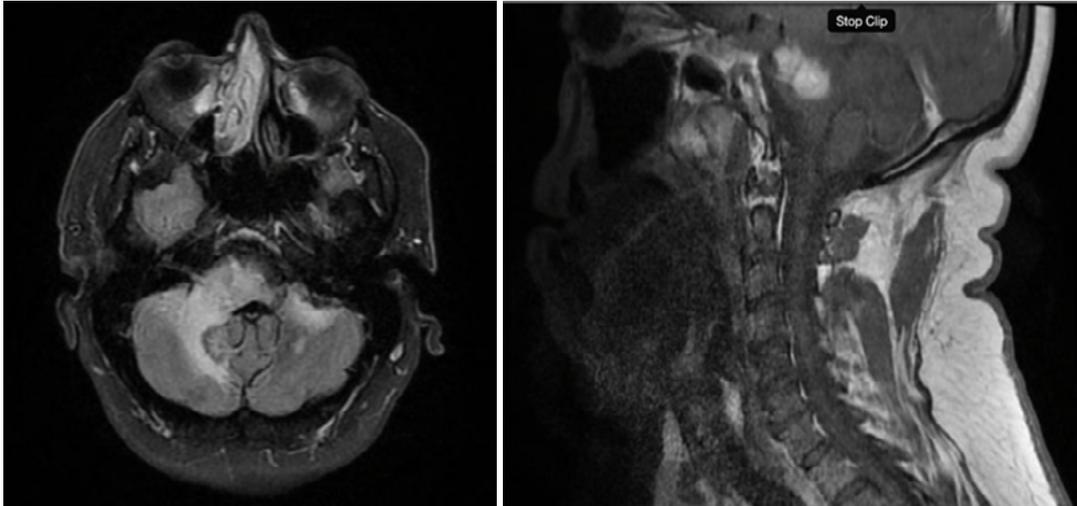
El diagnóstico de Síndrome de Clippers se define por tres pilares: Clínico, disfunción ponto-cerebelosa subaguda, en ausencia de neuropatías periféricas, sin una mejor explicación para estos hallazgos, con excelente respuesta al tratamiento con glucocorticoides.

Imagenológica: Lesiones puntiformes homogéneas que realzan con gadolinio, sin realce en anillo, localizadas en cerebelo, con disminución de las lesiones post tratamiento con glucocorticoides. Anatomopatológico: inflamación linfocítica escasa, predominio perivascular, sin una mejor explicación para estos hallazgos.

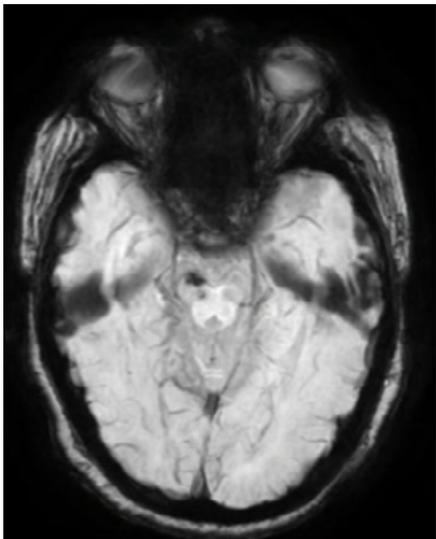
Se descartan diagnósticos diferenciales más frecuentemente asociados a esta entidad: linfoma primario del sistema nervioso central, vasculitis de presentación pseudotumoral y enfermedades desmielinizantes. Se diagnostica Síndrome de Clippers definido, cumpliendo con los tres pilares diagnósticos. El tratamiento es con glucocorticoides, adicionando un inmunosupresor. Si bien no existe evidencia que apunte a mejores resultados con el uso de inmunosupresor, (como existe del uso de glucocorticoides), se utiliza con el fin de disminuir al mínimo la dosis de los mismos, evitando sus complicaciones. Existen reportes de casos de tratamiento con anticuerpo monoclonal anti CD20.

Conclusiones

El síndrome de Clippers es una entidad rara, no existen estudios clínicos de alto nivel de evidencia que permitan planificar el tratamiento y seguimiento de los pacientes afectados. Esto representa un verdadero desafío diagnóstico y terapéutico. Consideramos de gran importancia reportar y difundir esta enfermedad, en vistas a generar conocimiento de la misma, ya que el tratamiento cambia el curso de la enfermedad, que por su topografía es de alto riesgo.



1



2

Alto riesgo obstétrico

Autoinmune

Cardiología

Endocrinología

Digestivo - Hepatología

Hematología

Infectología

Neumología

Neurología

Sars-Cov2 / Covid-19

Misceláneas



Comportamiento de la incidencia de VIH desde 2018 y su relación con la pandemia por SARS-CoV2 en el Hospital de Clínicas

Autores: Tessore C, Buzzi C, González A, Frachia E, Ballesté R.

Institución: Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo, Uruguay.

Introducción

La infección por el virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH) es una patología de gran impacto social. Determina un progresivo deterioro del sistema inmunitario.

El Ministerio de Salud Pública (MSP) define caso confirmado a toda persona con prueba confirmatoria positiva para VIH según el algoritmo vigente en el país.

Según datos del boletín epidemiológico de Julio 2023 del MSP, Uruguay presenta una prevalencia del 1% en la población general y del 5% en poblaciones específicas. Con respecto a la relación hombre/mujer se sigue manteniendo estable, de 2.4 hombres por cada mujer con VIH. La franja etaria con mayor tasa de notificación fue de 25 a 44 años. La principal vía de transmisión sigue siendo la sexual (99%).

El 13 de marzo de 2020 se confirma el primer caso de infección por SARS-CoV2 en Uruguay, decretándose la emergencia sanitaria que se prolongó hasta abril del 2022. Esta situación obligó a los sistemas de salud a priorizar la detección y tratamiento del virus SARS-CoV2, dejando relegadas otras patologías.

El Center of Disease Control and Prevention (CDC) recomendó priorizar a pacientes con clínica y noción de contacto de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) aplazando los controles en asintomáticos. El objetivo es evaluar la incidencia de VIH en los últimos 5 años y el impacto de la pandemia por SARS-CoV2 en la misma.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. Se revisaron los casos de VIH diagnosticados en el Hospital de Clínicas, Montevideo, Uruguay en el período de marzo de 2018 hasta abril de 2023.

Se definió infección por VIH como todo paciente con prueba confirmatoria positiva sin antecedentes. Los períodos de tiempo se establecieron desde el 1 de marzo al 28 de febrero de los años 2018, 2019, 2021, 2022 y 2023.

Se calcularon las incidencias para cada período y se compararon utilizando el test Chi cuadrado. La población se clasificó según rango etario y sexo.

Resultados

Se analizaron 19047 pacientes de los cuales en 207 (1,09%) se realizó diagnóstico de VIH.

Las incidencias calculadas se muestran en la tabla 1.

El sexo masculino predominó en todos los rangos etarios menos en el de mayores de 65 años para 2018 y 2019.

El mayor número de diagnósticos fue para el rango de 25 a 44 años todos los años excepto para el 2019 que fue para el rango de 45 a 64 años.

Respecto a las diferencias de incidencia entre los años, no se obtuvo diferencia significativa entre ellos a excepción de 2018 respecto a 2022 (tabla 2).

Conclusiones

A pesar de la situación de pandemia no se observó un impacto significativo en la incidencia de VIH entre los años analizados. La situación epidemiológica del Hospital de Clínicas no se aleja de lo observado a nivel país por el MSP respecto a la franja etaria y sexo predominante para casi todos los años estudiados.

2018	1,39
2019	1,09
2020	1,18
2021	0,94
2022	0,88

Tabla 1. Incidencias de VIH por años (%).

X	2018	2019	2020	2021	2022
2018	—	0,236	0,429	0,071	0,028
2019	—	—	0,738	0,506	0,323
2020	—	—	—	0,336	0,197
2021	—	—	—	—	0,779

Tabla 2. Valores de p entre los períodos analizados.

Incidencia de sífilis en relación con la pandemia por COVID-19 en usuarios del Hospital de Clínicas, Montevideo-Uruguay

Autores: Tessore C, Buzzi C, González A, Modernel C, Romero S, Ballesté R.

Institución: Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo, Uruguay.

Introducción

La sífilis es una infección sistémica, crónica causada por *Treponema pallidum*.

La sífilis del adulto y congénita continúan en aumento, constituyendo un problema de salud pública. La pandemia por COVID-19 generó un gran impacto en la atención sanitaria a nivel mundial. El Centers for Disease Control and Prevention recomendó priorizar la atención de pacientes con manifestaciones clínicas y noción de contacto de Enfermedades de Transmisión Sexual postergando los controles en asintomáticos. El objetivo es evaluar la incidencia de sífilis en relación con la pandemia por COVID-19.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal desde marzo de 2018 a abril de 2023 de los casos de sífilis activa diagnosticados en el Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quintela", Montevideo, Uruguay.

Se definió como sífilis activa aquellos pacientes con un RPR \geq a 8 unidades y TPHA positivo.

Se dividió el período de la siguiente manera: 13 marzo 2018 – 12 de marzo 2019; 13 marzo 2019 – 12 marzo 2020; 13 de marzo 2020 – 12 marzo 2021; 13 de marzo 2021 – 12 de marzo 2022; 13 de marzo 2022 – 30 de abril 2023.

Se calcularon incidencias y se compararon utilizando el test de Chi cuadrado. Se clasificaron por rango etario y sexo.

Resultados

Se analizaron 18067 pacientes de los cuales 905 casos presentaron sífilis activa. Las incidencias fueron: 3,5% 2018-2019; 4,1% 2019-2020; 5,6% 2020-2021; 5,5% 2021-2022 y 6,1% 2022-2023.

El 3,3% de los pacientes tenían 15-20 años, 47,4% 21-40 años, 26% 41-59 años, 23,3% 60 o más y 0,1% sin dato.

De los casos activos predominó siempre el sexo masculino.

Se obtuvo diferencia significativa de la incidencia entre los años 2018 frente a 2020 ($p=0,00006$), 2021 ($p=0,00007$) y 2022 ($p=0,00001$), también 2019 frente a los mismos años ($p=0,009$; $p=0,011$; $p=0,001$). No así entre 2018-2019 y 2020-2021-2022.

Conclusiones

A pesar de la situación de pandemia, con la población alejada de los centros hospitalarios y un número menor de consultas ambulatorias, aumentó significativamente la incidencia de sífilis activa frente

a los casos pre pandemia. Esto podría deberse a que la población que asistió a consulta médica correspondía a individuos con sintomatología y/o factores de riesgo bien definidos para infecciones de transmisión sexual. Se destaca que la incidencia de sífilis en el adulto, efectivamente continúa en aumento en nuestro país siguiendo la línea del resto de Latinoamérica y varios países a nivel mundial.

Continuidad del tratamiento antirretroviral durante la pandemia por COVID 19

Autores: Cuello A, Pereira S

Institución: Grupo de Estudios Uruguay de VIH. Treinta y Tres, Uruguay

Introducción

En el año 2020 sólo el 74% de los portadores de VIH en el mundo estaban en tratamiento. Esta falta de adherencia al TAR es considerada la principal causa de fracaso terapéutico. A los distintos factores encontrados que contribuyen a la misma se sumó la pandemia por COVID 19 que produjo cambios en las políticas sanitarias que repercutieron en el tratamiento del VIH. Los objetivos del trabajo fueron conocer la incidencia de no adherencia de los pacientes con VIH de Treinta y Tres que se asisten en el sector público, las causas de la misma y medir la incidencia de las restricciones impuestas durante la pandemia por COVID 19 en dichos pacientes.

Metodología

Se realizó un estudio observacional retrospectivo revisando los registros de la farmacia del hospital departamental, y las historias de los pacientes con VIH que consultaron durante los años 2019 a 2021 en los centros asistenciales públicos del departamento. Se recabaron datos como edad, procedencia, adherencia al TAR y mantenimiento del tratamiento durante los años 2020-21. Se realizaron entrevistas telefónicas a los pacientes con mala adherencia para conocer sus causas. Los datos se llevaron a planilla excel y se graficaron.

Resultados

Durante los años 2019-21 se asistieron en los centros asistenciales públicos de Treinta y Tres 45 pacientes con VIH de los cuales el 51% fueron mujeres, el 67% vivía en la capital con prevalencia de edades entre 31 y 45 años. De ellos 39 tenían diagnóstico antes de diciembre de 2019 y un porcentaje de no adherencia del 18% previo a la pandemia de Covid 19. De los pacientes con buena adherencia la mayoría mantuvieron la misma y solo 3 abandonaron el tratamiento debido a las restricciones impuestas por el Covid 19. De los 6 pacientes diagnosticados durante el 2020-21, 5 adhirieron al TAR y 1 falleció.

De los pacientes que adherían al TAR, 18 lo retiraban de la farmacia local y 14 en Montevideo. Durante la pandemia por COVID 19, 3 de los pacientes abandonaron el tratamiento (9%), 8 de los que se asistían en Montevideo pasaron a tratarse a nivel local y 3 recibían la medicación por correo.

Las causas de no adherencia fueron el estar asintomáticos junto con los efectos adversos del TAR y las restricciones impuestas por el COVID 19

Conclusiones

A pesar de contar con un bajo número de pacientes, se halló una incidencia de no adherencia al TAR comparable con los valores más bajos que se encontraron en otros estudios. La misma descendió poco durante el período de mayor restricción impuesta por la pandemia de COVID 19. Esto se logró gracias al traslado de la medicación a la farmacia local y la realización de consultas telefónicas. Estas también facilitaron el acercamiento de pacientes que previamente no adherían al tratamiento, evidenciando que el contar con un sistema de salud resiliente capaz de realizar rápidos cambios en su modelo de atención fue fundamental para facilitar el control y tratamiento de los pacientes con VIH durante la pandemia por Covid 19.

Incidencia de la enfermedad tromboembólica venosa en pacientes COVID-19 durante la hospitalización y en los 90 días posteriores al alta

Autores: Arias K, Gouarnalusse C, Ávila E, Pizarossa AC, Mérola V.

Institución: Clínica Médica C, Hospital de Clínicas, UdelaR

Introducción

La infección por COVID-19 puede provocar la activación sistémica de la coagulación y complicaciones trombóticas. El objetivo es determinar la incidencia e identificar los factores asociados al desarrollo de la ETEV en los pacientes con COVID-19 hospitalizados y en los 90 días posteriores al alta

Metodología

Se realizó un estudio de tipo observacional, descriptivo y unicéntrico en el Hospital de Clínicas de Montevideo durante el período marzo – julio del año 2021. Los datos fueron obtenidos a través de las historias clínicas electrónicas y del seguimiento telefónico posterior al alta, durante tres meses en vistas a evaluar la presencia de ETEV.

Resultados

Se incluyeron 120 pacientes hospitalizados con COVID-19 seguidos durante la internación y hasta 3 meses luego del alta. La mortalidad fue 34/120 (28.3%), de los cuales tres fallecieron por TEP (entre ellos una embarazada).

Durante la internación se observó una incidencia de ETEV de 7/120 (5,8 %). En todos los casos la forma de presentación fue TEP.

En cuanto a la población seguida posterior al alta 73/86 (84,8%), la incidencia de la ETEV fue de 1/73 (1,4%). La forma de presentación fue TVP/TEP.

No hubo diferencias estadísticamente significativas entre el grupo de pacientes con ETEV vs no ETEV con respecto a variables demográficas, clínicas o paraclínicas o en la mortalidad. Esto se podría explicar por el n incluido en nuestro trabajo.

Conclusiones

El presente estudio evidenció una baja incidencia de complicaciones trombóticas venosas en pacientes hospitalizados del 5,8%, como luego del alta hospitalaria con una incidencia 1.4%, resultados similares a reportes internacionales del mismo período en los que probablemente ya se evidenciaba el avance en el conocimiento de la enfermedad y la universalización del manejo terapéutico en este grupo de pacientes.

COVID-19 persistente en un paciente hematooncológico: Reporte de caso de resolución con plasma de convaleciente

Autores: Inchausti Agustín, Medina Giuliano, Tairovich Jeremy, Navarro Kamila, Dalcín Lucía, Taglioretti Victoria, Tavani Antonella, Griot Sofía, Frantchez Victoria

Institución: Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela, Facultad de Medicina, UdelaR, Montevideo, Uruguay 2023

Introducción

La COVID-19 persistente es una presentación frecuente en la población inmunodeprimida, principalmente en los hemato-oncológicos. Determina un desafío diagnóstico entre recurrencia o coinfección, terapéutico con poca evidencia de los fármacos contra COVID-19 en esta población, y pronóstico dado el retraso en el tratamiento de la enfermedad de base.

Caso clínico

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino, de 64 años, procedente de Montevideo. Inmunizado contra SARS-CoV-2 con 2 dosis de SINOVAC y 2 dosis de Pfizer. Portador de linfoma no Hodgkin difuso de grandes células B, en remisión tras tercer línea de tratamiento con polatuzumab, bendamustina y rituximab. En valoración para trasplante autólogo de precursores hematopoyéticos para consolidación. Consulta por rinorrea y tos seca de 48 horas de evolución, sin disnea ni dolor torácico. Sin fiebre. Antígeno para SARS-CoV-2 positivo. Se plantea COVID-19 leve con manejo ambulatorio. Al día 18 de inicio de síntomas (IS), ingresa para tratamiento de un criptococoma pulmonar confirmado, sin compromiso del SNC. Recibe fluconazol. Estudio para SARS-CoV-2 antígeno negativo, PCR detectable con Ct 38. Al día 31 de IS, reinicia con rinorrea, tos seca y fiebre. Al examen sin insuficiencia respiratoria y estertores crepitantes en ambos tercios inferiores. Estudio de SARS-CoV-2 antígeno negativo, PCR detectable con Ct 26, ferritina 7932 ng/mL, LDH 509U/L, Linfopenia 480 cel/ μ L, tomografía de tórax (TCTx): múltiples áreas en vidrio deslustrado a nivel pulmonar. Se plantea neumonitis COVID-19 moderada persistente. Se indica molnupiravir por 10 días, sin disponibilidad de plasma de convaleciente. Buena evolución, mejoría de la tos y apirexia. Alta hospitalaria al día 37. Reingreso al día 47 (a las 48 horas de suspendido molnupiravir) por fiebre, rinorrea, anosmia, tos seca y disnea con insuficiencia respiratoria. PCR SARS-CoV-2 detectable Ct 23. TCTx: Mantiene áreas de vidrio deslustrado. Planteo: neumonitis COVID-19 +/- coinfección bacteriana y/o fúngica. Tratamiento empírico: oxigenoterapia de bajo flujo, dexametasona, piperacilina/tazobactam y voriconazol. Lavado bronquioalveolar: bacteriológico sin desarrollo, inmunofluorescencia directa para *P. jirovecii* negativa, antígeno galactomanano 0.10, micológico directos negativos, cultivo sin desarrollo, Xpert MTB/RIF Ultra negativo, cultivo micobacterias negativo. Al día 72 se realiza transfusión de plasma de convaleciente y se suspenden antimicrobianos. Evolución favorable, con recuperación del estado general, sin fiebre, mejoría de síntomas respiratorios. Egreso al día 85 de IS.

Conclusiones

En el caso clínico presentado se logró la resolución de la COVID-19 persistente en un paciente hemato-oncológico bajo rituximab al día 82, tras la transfusión de plasma de convaleciente. El uso extendido de antivirales, en este caso molnupiravir (sin acceso a nirmatrelvir/ritonavir ni remdesivir) logró el control sintomático pero con recaída precoz. La COVID-19 persistente en pacientes hemato-oncológicos implica un desafío diagnóstico y terapéutico que debe ser manejado de forma interdisciplinaria. Si bien la calidad de la evidencia es baja, el uso prolongado y/o combinado de antivirales más el plasma de convaleciente pareciera ser la estrategia más adecuada en esta población al momento actual.

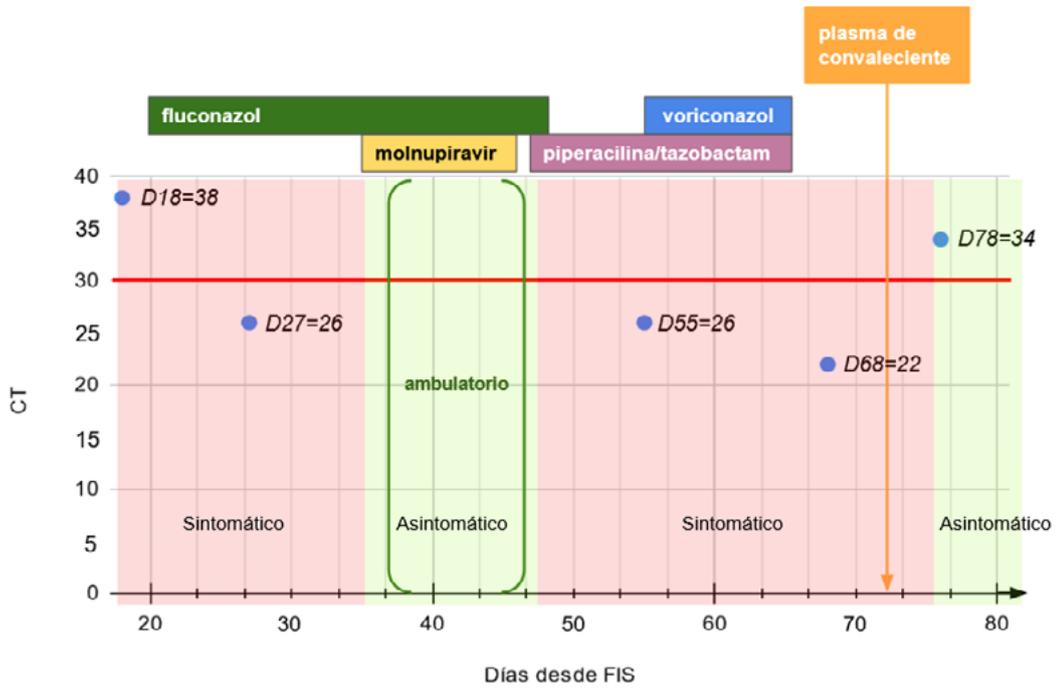


Figura 1. Gráfico ilustrativo de evolución clínica, PCR para SARS-CoV-2 con Ct, y tratamiento.

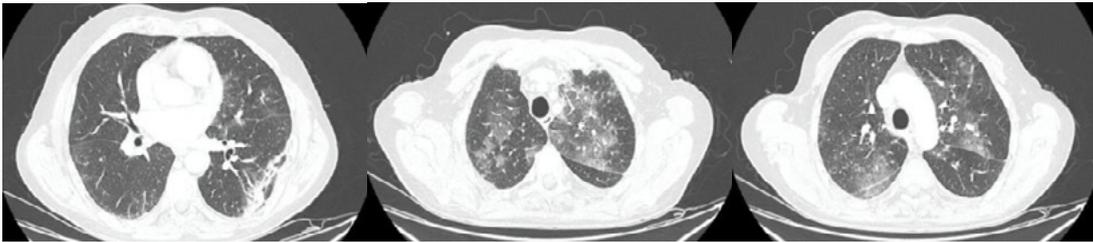


Figura 2. TC tórax al día 31 de inicio de los síntomas

Estrategia de control de infecciones por microorganismos multi-resistentes en la rehabilitación de pacientes que cursaron COVID-19 grave

Autores: Araújo L^{1,2}, Rodríguez E², Sottolano B¹, Tommasino N¹, Capparelli R², Siré G², Montes MJ¹, Albornoz H^{1,2}.

Institución: 1 Departamento de Medicina Interna, Hospital del Banco de Seguros del Estado. 2 Comité de Prevención y Control de infecciones Hospitalarias, Hospital del Banco de Seguros del Estado

Introducción

La pandemia de COVID-19 determinó una ola asociada a la variante Gamma con gran estrés en el sistema de salud. Se estableció un convenio entre la Administración de Servicios de Salud del Estado (ASSE), el Ministerio de Salud Pública (Ministerio de Salud Pública) y el Hospital del Banco de Seguros del Estado (HBSE) para la rehabilitación de pacientes post-COVID grave. Presentamos los resultados de una estrategia de control de infecciones implementada en una población con importante grado de dependencia y alta carga de colonización por microorganismos multidrogorresistentes (MO-MDR).

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo de pacientes que cursaron COVID-19 grave e ingresaron posteriormente en la Unidad de Rehabilitación del Hospital del BSE (URHBSE) en el período abril-agosto de 2021.

Los datos fueron obtenidos de la revisión de historias clínicas. Se contó con consentimiento informado y con la aprobación del Comité de Ética del Hospital Maciel.

Se establecieron dos áreas de 25 camas, "A" y "B", con personal de enfermería exclusivo con una relación de un auxiliar de enfermería cada uno o dos pacientes. Las habitaciones eran individuales con baño.

Se estipuló el ingreso al área "B" manteniendo precauciones máximas de contacto hasta el resultado del estudio de colonización (inguino-rectal, nasal, faríngea, urinaria, de heridas y secreciones respiratorias).

El estudio de colonización rectal para bacilos Gram negativos y *Enterococcus* sp resistente a vancomicina (EVR) se realizó mediante cultivos convencionales con caldos con meropenem o vancomicina, respectivamente. La identificación y estudio de sensibilidad se realizó mediante el sistema Phoenix 100™ y el estudio de carbapenemasas por Xpert® Carba-R o tests inmunocromatográficos NG-Test CARBA 5 o CORIS.

Los pacientes colonizados previamente y/o los identificados al ingreso con microorganismos productores de carbapenemasas o resistencia a carbapenémicos permanecieron en el sector "B", mientras que los no colonizados o colonizados por *S. aureus* meticilino resistente o MO productores de BLEE se trasladaron al sector "A" manteniendo las precauciones de contacto en estos últimos dos grupos.

Resultados

Se incluyeron 84 pacientes (Tabla 1), se detectó la colonización por MO-MDR en 41(48.8%) y 19 (22,6%) por 2 o más MO-MDR. Se identificaron 69 microorganismos con diferentes mecanismos de resistencia (Tabla 2).

No se registraron infecciones secundarias en otros pacientes por los MO-MDR buscados en la colonización. Se observó un caso de infección urinaria por *Enterococcus faecium* resistente a vancomicina. Ante ello, se estudió la colonización inguino-rectal por ERV en todos los pacientes internados en ese momento, identificando un caso. Ambos compartieron el sector “B” de internación y parte del equipo asistencial. A partir de este hallazgo se agregó la búsqueda de EVR al ingreso, detectándose un tercer caso.

Conclusiones

En un contexto de alta carga de colonización por MO-MDR y alta carga de dependencia se logró gestionar el alto riesgo de transmisión. La estrategia diseñada asociada a las condiciones de infraestructura y de disponibilidad de recursos humanos contribuyeron a la reducción del riesgo de infecciones secundarias por MO-MDR.

TOTAL (n)	84
Sexo femenino n (%)	45 (53,6)
Edad años $\bar{X} \pm DE$	56,7 \pm 13,0
Días de internación previo a HBSE $\bar{X} \pm DE$	36,8 \pm 20,8
UCI n (%)	73 (87,90)
Días de UCI $\bar{X} \pm DE$	27,8 \pm 23,2
Exposición a antibióticos durante internación previa a HBSE	
Profilácticos al diagnóstico de COVID n (%)	70 (83,3)
Por complicaciones infecciosas n (%)	59 (70,2)
Indicación uno o más antibióticos al ingreso a HBSE n (%)	19 (22,6)
Instrumentación al ingreso a HBSE	
TQT n (%)	13 (15,5)
SV n (%)	44 (52,4)
SNG n (%)	8 (9,5)
Úlcera por presión al ingreso a HBSE	
Rodillas n (%)	7 (8,30)
Cara n (%)	3 (3,6)
Talones n (%)	16 (19,0)
Sacra n (%)	43 (51,2)
Trastorno deglutorio al ingreso a HBSE n (%)	10 (11,9)
Colonización por microorganismo MDR n (%)	41 (48,8)
1 MO MDR n (%)	22 (26,2)
2 MO MDR n (%)	16 (19,0)
3 o más MO MDR n (%)	3 (3,6)
Situación funcional al ingreso a HBSE	
No logra marcha n (%)	
Escala de Barthel	49 (58,3)
Dependencia total (menor de 20) n (%)	28 (33,3)
Dependencia Grave (20-35) n (%)	19 (22,6)
Dependencia Moderada (40-55) n (%)	8 (9,5)
Dependencia Leve (más de 60) n (%)	19 (22,6)
Independiente (100) n (%)	10 (11,9)
Días de internación en HBSE $\bar{X} \pm DE$	23,5 \pm 13,8

Tabla 1. Datos epidemiológicos de los pacientes de la URBHSE

Referencias: HBSE: Hospital de Banco de Seguros del Estado. UCI: Unidad de Cuidados Intensivos. MO-MDR: Microorganismos multidrogresistentes.

Microorganismos	Aislamientos n:69 (%)	Mecanismos de resistencia
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	29(42)	NDM (10) KPC+NDM (8) BLEE (7) KPC (4)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i> resistente a carbapenémicos	16(23)	VIM (9) + sin carbapenemasas identificadas (7)
<i>Enterobacter</i> sp	13(18)	NDM (6) KPC (2) AmpC + otros mecanismos (3) KPC+NDM (1) + BLEE (1)
<i>Acinetobacter baumannii</i> resistente a carbapenémicos	5	No carbapenemasas identificadas (OXA-48, NDM, VIM, KPC, IMP)
<i>Escherichia coli</i>	1	BLEE
<i>Serratia marcescens</i>	1	AmpC + otros mecanismos (1)
<i>Enterococcus faecium</i> resistente a vancomicina	3	VanA (estudiado en 1 cepa por MSP)
<i>Staphylococcus aureus</i> metililino resistente	1	mecA

Tabla 2. MO MDR identificados y sus mecanismos de resistencias

Referencias: MO-MDR: microorganismos multidrogosresistentes. NDM: Nueva Delhi metalo beta lactamasa. KPC: *Klebsiella pneumoniae* carbapenemasa. BLEE: Beta lactamasa de espectro extendido. AmpC: Betalactamasa tipo AmpC

Alto riesgo obstétrico

Autoinmune

Cardiología

Endocrinología

Digestivo - Hepatología

Hematología

Infectología

Neumología

Neurología

Sars-Cov2 / Covid-19

Misceláneas



Enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática. Reporte de caso

Autores: Meneses JG, Romero SS

Institución: Clínica Médica A, Hospital de Clínicas "Manuel Quintela", Montevideo, Uruguay

Introducción

La enfermedad inflamatoria orbitaria idiopática (EIOI), es un diagnóstico de exclusión. El síndrome clínico es variable, generando dificultades en el diagnóstico etiológico. El diagnóstico diferencial se realiza con enfermedades linfoproliferativas y otras enfermedades inflamatorias inmunomediadas. El tratamiento es basado en terapias inmunosupresoras, radioterapia o cirugía. El objetivo es describir la forma de presentación de una patología poco frecuente, actualizando el tema y evidenciando la importancia del razonamiento clínico integral que aporta la medicina interna dentro de los equipos multidisciplinarios.

Caso clínico

Mujer de 48 años, con antecedentes de migraña y tabaquismo. Comienza hace 3 meses con dolor ocular izquierdo tipo puntada, con elementos de alarma, asociado a diplopía en la mirada horizontal y vertical. Al examen presenta limitación a la aducción en ojo izquierdo, sin otras alteraciones neurológicas. Se plantea oftalmoplejia dolorosa secundaria a afectación neurógena por parálisis incompleta del III par o afectación miopática. Se solicita resonancia magnética nuclear (RMN) de cráneo y órbita, donde se observa engrosamiento difuso del músculo recto medial izquierdo, hipointenso en secuencia T1 e isointenso en secuencia STIR, sin restricción en DWI, con realce intenso tras la administración de gadolinio, extensión con afectación de la grasa intraconal compatible con EIOI (imagen 1). Se plantea como diagnóstico diferencial linfoma primario orbitario. De la paraclínica sanguínea se destaca PCR 30 mg/dl y VES 24 mm/h. Se descartaron otras enfermedades inflamatorias inmunomediadas, con ANA, ANCA, Anti TSH, proteinograma electroforético y niveles de IgG4 normales. Se decidió no realizar biopsia por el riesgo de lesionar las estructuras orbitarias, con una RMN compatible con EIOI, y se optó por tratamiento empírico con corticoides y azatioprina. A los 3 meses de tratamiento, mantiene buena respuesta clínica con controles con RMN con mejoría de alteraciones a nivel de músculo recto medial.

Discusión

La EIOI es la tercera causa de oftalmoplejia dolorosa, es más frecuente en mujeres de edad media, en donde la afectación miosítica unilateral del músculo recto medial es la forma de presentación más frecuente, como en el caso clínico presentado. La clasificación involucra la temporalidad de la presentación, histopatología y localización de la afectación permitiendo guiar el diagnóstico y el tratamiento. El diagnóstico diferencial que genera mayor dificultad es con los linfomas orbitarios, dado que comparten similitudes clínicas, imagenológicas y una buena respuesta al tratamiento con corticoides, en este caso toma relevancia los estudios de histopatología. Se ha desarrollado un algoritmo diagnóstico, en donde pacientes como el del caso clínico, con presentación miosítica, podemos basar el diagnóstico en la imagenología, estudios de laboratorio y la respuesta a corticoides, dejando la biopsia para casos de afectación no miosítica, o cuando no hay respuesta a corticoides, siempre valorando los riesgos del procedimiento.

Conclusiones

La EIOI genera un gran reto diagnóstico y terapéutico, con presentaciones clínicas, hallazgos de laboratorio e imagenología superponibles, esto resalta la importancia de los equipos de atención multidisciplinarios dentro del cual el internista aporta el razonamiento integral del paciente de suma importancia en estos casos complejos.

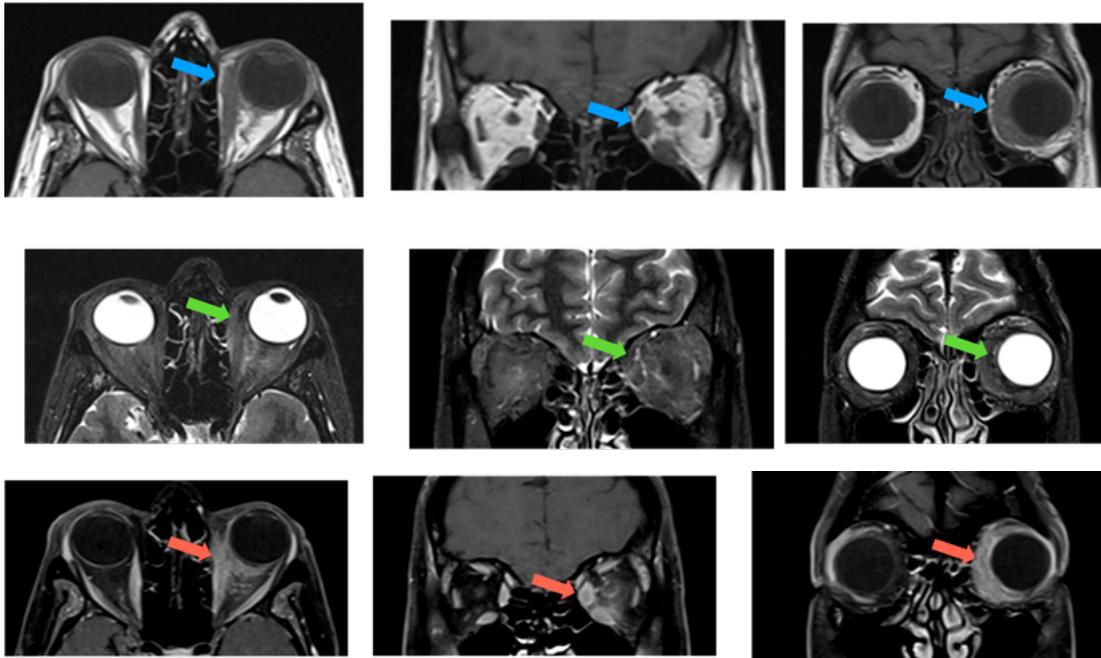


Imagen 1. Secuencia T1 en planos axial y coronal (flecha azul). Secuencias STIR en planos axial y coronal (flecha verde); Secuencias T1 FatSat post gasolina am plano axial y coronal (flecha roja)

Intoxicación aguda intencional y letal por etilenglicol asistida en un Hospital de tercer nivel de Uruguay. Reporte de un caso

Autores: Añón B, Turnes B, Sayas R, Baccelli A, Chiarella M.

Institución: Hospital Pasteur, Montevideo

Introducción

Mundialmente, el suicidio es la novena causa de muerte. En Uruguay, la tasa de suicidios del año 2021 fue de 20,6 cada 100.000 habitantes, de las más elevadas de América. El etilenglicol, puede ser ingerido de manera accidental o intencional con fines suicidas. El CIAT registra menos de 5 casos anuales de intoxicación por este agente. La intoxicación con etilenglicol es una emergencia que, a pesar del tratamiento en base a etanol en las primeras horas, mantiene una alta tasa de morbimortalidad.

Caso clínico

Hombre de 45 años con antecedente de consumo problemático de sustancias que consulta por vómitos, 20 horas luego del consumo intencional de 250 cc de líquido de freno con fines suicidas. Inicialmente presentaba un examen físico normal. De la paraclínica inicial se destaca una injuria renal aguda (IRA) severa, acidosis metabólica y funcional hepático alterado. Con planteo de intoxicación grave por etilenglicol, ingresó a la unidad de cuidados intensivos (UCI) donde permaneció 5 días. Persistió con IRA severa y anuria, requiriendo hemodiálisis diaria. Mantuvo la acidosis metabólica y tendencia a la hipopotasemia. A nivel cardiovascular, presentó hipotensión arterial y bradicardia sinusal, que revirtieron espontáneamente. En lo neurológico, a las 80 horas del consumo, agregó disartria y nistagmo transitorios, hipoacusia bilateral permanente y episodios de excitación psicomotriz. Luego de 5 días en UCI, ingresó a cuidados moderados manteniendo dependencia de hemodiálisis. En la evolución progresó al paro cardiorrespiratorio, recibió resucitación cardiopulmonar avanzada, sin retomar la hemodinamia espontánea, constatándose el fallecimiento.

Discusión

El etilenglicol se sintetizó por primera vez en 1895, volviéndose popular como anticongelante en la Segunda Guerra Mundial. De su metabolización, surgen intermediarios tóxicos capaces de generar daño orgánico múltiple; el ácido glicoxílico y ácido oxálico. Éste último precipita en forma de oxalato cálcico, produciendo hipocalcemia y depósitos a nivel renal, cardíaco, encefálico y pulmonar. Es característica la acidosis metabólica.

Existen diferentes manifestaciones a nivel sistémico derivadas de la ingestión de etilenglicol, ordenadas en etapas de forma teórica. La primera etapa ocurre hasta 12 horas luego de la ingesta, simulando un estado de ebriedad, acompañado por fetoalcohólico y obnubilación, pudiendo llegar al coma. La segunda etapa, entre las 12 y 24 horas, puede presentarse con insuficiencia cardíaca y respiratoria. En una tercera etapa, luego de 24-72 horas, hay insuficiencia renal severa. Varios días luego de la ingesta, puede haber daño focal encefálico con compromiso de pares craneales.

Como antídotos existen inhibidores de ADH: etanol y fomepizol. El primero está más disponible, presentando como desventaja su difícil titulación. En el caso comentado hubo una afectación sistémica concordante con la evolución esperada para la intoxicación con etilenglicol.

Conclusiones

Es una intoxicación poco conocida, tratable y potencialmente letal. La exposición oral es una urgencia médica. Hay múltiples presentaciones comerciales presentes en la vida cotidiana. Dado que puede presentarse con un examen físico inicialmente normal, requiere de una fuerte sospecha clínica, así como del tratamiento precoz y multidisciplinario.

Mastitis granulomatosa: presentación de dos casos clínicos

Autores: Taglioretti V, Pienovi A, Andrade R, Guarneri C, Yandian M.

Institución: Clínica Médica A, Programa de mama, Hospital de Clínicas, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Introducción

La mastitis granulomatosa es una enfermedad inflamatoria benigna de la mama, descrita por primera vez en 1972. Es una enfermedad de baja incidencia que se presenta con mayor frecuencia en mujeres en edad pre menopáusica. Su presentación clínica es inespecífica, por lo que puede ser confundida con otras entidades clínicas más frecuentes.

Caso clínico I

Paciente de sexo femenino de 32 años, consulta por tumoración dolorosa en cuadrante inferoexterno de mama izquierda con rubor, calor local y fiebre (Figura 1). Con diagnóstico clínico de mastitis, se inicia tratamiento antibiótico y drenaje de material seropurulento que se cultiva, sin desarrollo microbiológico. Presenta mala evolución con persistencia de los síntomas. Se solicita ecografía mamaria con CORE biopsia que evidencia granulomas no necrotizantes con células gigantes multinucleadas asociadas compatible con mastitis granulomatosa no necrotizante. Se realiza resonancia magnética de mama que evidenció extensa área de realce no nodular en los cuadrantes externos de mama izquierda de 60 mm de extensión, con múltiples realces en anillo en su interior, que se interpretan como probables colecciones. Se inicia tratamiento con Prednisona y posteriormente se agrega azatioprina con remisión completa del cuadro clínico al mes (Figura 2).

Caso clínico II

Paciente de sexo femenino de 34 años que consulta por tumoración en cuadrante supero interno de mama izquierda de 2 cm de diámetro, fluctuante, dolorosa a la palpación, con calor, rubor local y retracción del pezón homolateral. Con planteo de absceso mamario se realiza ecografía que confirma el planteo. Se realiza drenaje del mismo con mala evolución, persistencia de la colección y supuración por sitio de punción. Se realiza cultivo del material obtenido, sin desarrollo microbiológico.

Se realizan múltiples tratamientos antibióticos sin mejoría, por lo que se realiza CORE biopsia que descarta malignidad y confirma mastitis granulosa crónica, sin evidencia de microorganismos. Se realiza tratamiento con Prednisona y metotrexate con regresión en número y tamaño de procesos colectados bilaterales. Actualmente en remisión completa de la enfermedad.

Discusión

La mastitis granulomatosa es una enfermedad benigna de la mama cuya presentación clínica e imagenológica es inespecífica. Mayoritariamente se presenta como una tumoración mamaria que puede asociar dolor, rubor y calor local, adenopatías, y en algunas ocasiones síntomas sistémicos como fiebre. Es frecuentemente confundida con otras entidades clínicas más prevalentes como la mastitis infecciosa, los abscesos mamarios y el cáncer de mama. Por esta razón es frecuente que las pacientes hayan recibido múltiples tratamientos antibióticos frustrados. Se trata de una entidad cuyo diagnóstico es esencialmente anatomopatológico. No hay un tratamiento estandarizado. Está documentada la regresión de los síntomas en pacientes bajo tratamiento con corticoides y con otros inmunosupresores como metotrexate. La resección quirúrgica no garantiza la ausencia de recidiva.

Conclusiones

Es fundamental la alta sospecha de esta patología en pacientes con diagnóstico de mastitis o abscesos mamarios recidivantes con mala evolución bajo tratamiento antibiótico. La realización de biopsia es imprescindible en estos pacientes para confirmar el diagnóstico y descartar otras patologías más frecuentes y potencialmente graves como el cáncer de mama.



Figura 1. Se observa tumoración con signos fluxivos al inicio del cuadro clínico.



Figura 2. Remisión completa luego de tratamiento con prednisona y azatioprina.

Estudio de calidad del resumen de alta hospitalaria

Autores: Sayas R, Jaluff R, Araujo F, Duarte M, Maresca L, Villani A, Garau M, Bruno L, Perendones M.

Institución: Hospital Pasteur, Montevideo - Uruguay.

Introducción

El alta hospitalaria es un proceso a iniciar desde el momento del ingreso del paciente, es un nexo entre dos modalidades de atención de distinta complejidad, que requiere adecuada comunicación y organización. Considerado un momento vulnerable para el paciente, su planificación se considera un factor de seguridad y su optimización un elemento de calidad asistencial. El resumen de alta (RA) es el documento emitido por un médico responsable de la asistencia del paciente, reflejando el proceso asistencial. Tiene como destinatarios al paciente, cuidador y médico de referencia; presenta implicancias asistenciales, legales, de investigación y organizativas.

En Uruguay la normativa ministerial establece la obligatoriedad del RA, sin especificar su contenido. La tabla 1 muestra los componentes considerados “de calidad”. La historia clínica electrónica (HCE) contiene algunos componentes “precargados”, pudiendo o no estar presentes las restantes variables.

La confección del RA la realizan los médicos residentes, supervisada por internistas jefes de sala. La formación de grado no provee capacitación específica sobre su confección, adquiriendo la misma durante la especialización.

Con el objetivo de mejorar la calidad del RA se planteó este trabajo prospectivo que consiste en evaluar la completitud de una muestra de RA, realizar una intervención en la formación de los médicos respecto al llenado del mismo, y luego evaluar el impacto de dicha intervención. Se presentan los resultados de la primera etapa en la que se evalúa la calidad del RA en una muestra de medicina interna del Hospital Pasteur.

Metodología

Estudio prospectivo, de intervención, en dos etapas. En la primera, se realizó un muestreo aleatorio simple de RA en medicina interna (último trimestre 2022). Se evaluó la presencia de 5 de las variables consideradas de calidad y no precargadas en la HCE: “detalles para el seguimiento”, “medicación conciliada”, “condición funcional al alta”, “recomendaciones al alta” y “examen físico al alta”. Se consideró un RA adecuado cuando contenía al menos 3 de las mismas.

Se calculó el tamaño muestral mínimo necesario para identificar en la segunda etapa del trabajo una mejora del 80 al 90% en la completitud de la variable “Detalles para el seguimiento”, con un nivel de confianza del 95% y una potencia 80 (n=157).

Resultados de la primera etapa

Se incluyeron 205 egresos (40 excluidos por fallecimiento, traslados o no se accedió al documento), siendo la muestra analizada de 165.

El 67.9% fue considerado un RA adecuado con un IC 95% (60.5%; 75.3%).

En la tabla 2 se presenta el análisis de cada una de estas variables. En la tabla 3 se presenta la cantidad de variables completas. La presencia de variables fue en orden decreciente: “detalles para el seguimiento” (74%), “medicación conciliada”(69%),

“condición funcional al alta” (65%), “recomendaciones al alta” (63%) y “examen físico al alta” (37%).

Conclusiones

El 67,9 % de los RA son adecuados. Se debe mejorar en aspectos de registro como recomendaciones y examen físico al alta. Está en curso la segunda etapa del estudio donde se reevaluará luego de la capacitación sobre RA.

	COMPONENTES DE CALIDAD	COMPONENTES OBLIGATORIOS HCE	VARIABLES DE ESTUDIO
1	Datos de identificación y contacto de paciente y familiar de referencia.	✓	
2	Fechas de hospitalización.	✓	
3	Diagnósticos principales y secundarios. Problemas actuales. Alergias. Colonización crónica por gérmenes multi resistentes	✓	
4	Historia clínica, exámenes complementarios, tratamiento efectuado.	✓	
5	Resultados de procedimientos y exámenes de laboratorio.	✓	
6	Recomendaciones de especialistas.	✓	
7	Condición clínica, cognitiva y funcional del paciente al alta.		✓
	Examen físico al alta		✓
8	Lista de medicamentos conciliada.		✓
9	Información entregada al paciente y a su familia.		✓
10	Detalles para el seguimiento. Horas y profesionales ya agendados, trámites a realizar.		✓
11	Cuidados: nivel de actividad, alimentación, asistencia, acompañamiento, procedimientos, rehabilitación, etc.		✓
12	Síntomas de alerta y conducta a seguir en caso de aparición.		✓
13	Nombre y datos de contacto del profesional a cargo del seguimiento, así como del equipo tratante hospitalario.	✓	

Tabla 1. Componentes de un resumen de alta.
Abreviatura – HCE: historia clínica electrónica

	Figura	%
Condición funcional del paciente al alta	108	65
Examen físico al alta	62	37
Lista de medicamentos conciliada	114	69
Detalles para el seguimiento (Horas y profesionales agendados o trámites a realizar)*	123	74
Recomendaciones al alta	104	63
*un caso sin dato		

Tabla 2. Presencia de las variables analizadas en los resumen de alta (N=165).

Cantidad de ítems completos	Resúmenes de alta	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	1	0.6	0.6
1	11	6.7	7.3
2	41	24.8	32.1
3	47	28.5	60.6
4	48	29.1	89.7
5	17	10.3	100.0

Tabla 3. Cantidad de variables completas

Physiological Signals to Evaluate Stress

Autores: Danel Mendez¹, Dan Istrate², Natalia Garay Badenian³ and Franco Simini⁴

Institución: 1Núcleo de Ingeniería Biomédica de las Facultades de Medicina e Ingeniería, Universidad de la República, Uruguay.
2Université Technologique de Compiègne, Francia

El estrés se asocia condiciones patológicas, en el corto y largo plazo, y es de suma relevancia ya que tiene un gran impacto en la salud de las personas. En esta revisión exploramos el estado del arte de mediciones de variables fisiológicas que pueden brindar información acerca del estrés. En estado basal y en situaciones donde se exponga a las personas a un estímulo estresante, hay variables fisiológicas que pueden aportar información para evaluar el nivel de estrés: Variabilidad del ritmo cardíaco, Pletismografía, Actividad electrodérmica y la tensión muscular medida por Electromiografía son las más nombradas. Sin embargo, se destaca poca literatura y herramientas para discutir cuáles de estas variables fisiológicas tienen mayor relevancia para estudiar al estrés. El objetivo principal de este trabajo es investigar, a través una revisión, cuáles variables fisiológicas nos aportan una información más confiable sobre el estrés. La variabilidad de la frecuencia cardíaca, la tensión muscular estimada por electromiografía y la presión arterial resultaron ser los indicadores de estrés más confiables según la literatura actual.

Implementación de la formación en Point of Care UltraSonography (PoCUS) en la especialidad de Medicina Interna (PoCUSMI)

Autores: Dr Minacapilli, Dr Gavilan, Dra Olaya, Dra Tor, Dr Menendez, Dra Ormaechea

Institución: Unidad Académica Médica A. Hospital de Clínicas. Montevideo-Uruguay.

Introducción

El uso de la ultrasonografía en el punto de atención (PoCUS) ha ganado relevancia en la práctica médica, mejorando la capacidad diagnóstica y la seguridad de los pacientes. Sin embargo, en Uruguay, la formación en PoCUS para médicos internistas es limitada. Nuestro equipo buscó introducir la formación en PoCUS en el posgrado de Medicina Interna.

Metodología

Se creó un curso-taller dividido en módulos por sistemas y protocolos clínicos. Se proporcionó bibliografía y material audiovisual a los participantes. Se utilizaron ecógrafos portátiles inalámbricos y modelos voluntarios. Se realizaron pruebas de conocimiento diagnósticas, evaluaciones clínicas objetivas estructuradas y encuestas de satisfacción.

Resultados

30 de los 32 participantes completaron y aprobaron el curso. La encuesta de satisfacción mostró una alta evaluación de los objetivos del curso, la logística y los instructores. Hubo una mejora estadísticamente significativa en el conocimiento de PoCUS entre el pre y post test (54.72% vs. 82.5%). La evaluación final tuvo una media de aprobación del 92%, con una sola excepción que requirió recuperación.

Discusión

La formación en PoCUS en Medicina Interna es percibida como valiosa, pero su desarrollo es limitado en Uruguay. La implementación de un curso estructurado demostró mejoras en conocimientos y altos niveles de satisfacción. Se comparó con otros cursos de habilidades clínicas con resultados similares. La curva de aprendizaje para diferentes órganos varía, lo que destaca la necesidad de un seguimiento continuo.

Conclusiones

Se obtuvieron altos niveles de satisfacción de los participantes con resultados de conocimientos y destrezas positivos. Creemos que es de importancia seguir investigando la curva de aprendizaje posterior al curso.

Caracterización del estilo de vida de los médicos residentes de Uruguay 2022

Autores: de Betolaza S, Spiess C, Perendones M, Díaz A, Fernández A, Gericke F, Gutiérrez M, Machado A, Rodríguez E

Institución: Clínica Médica "2", Prof. Dra. Goñi. Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay.

Introducción

El médico residente es aquel que realiza prácticas en un centro sanitario para obtener el título de especialista en alguna rama de la Medicina. En Uruguay implica el ingreso al Sistema Nacional de Residencias Médicas, debiendo asumir una carga horaria formativa y asistencial de al menos 48 horas semanales, en escenarios de alta responsabilidad con poca experiencia y autonomía restringida, conduciendo a situaciones de estrés, disminución de calidad y horas de sueño y malos hábitos alimenticios.

Un estilo de vida saludable es un patrón de comportamiento que involucra decisiones que aseguran una salud óptima. Son ejemplos: una alimentación saludable, mantener el bienestar físico, emocional y espiritual, así como tomar medidas preventivas contra las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Popularmente se cree que el estar cursando una residencia afecta el estilo de vida, pero hasta ahora no se han realizado estudios dirigidos a describir este fenómeno en Uruguay.

El objetivo del presente trabajo fue describir el estilo de vida de los médicos residentes en Uruguay. Para esto se caracterizó a la población objetivo en cuanto a sexo, edad, especialidad y año de residencia, horas semanales de trabajo, así como hábitos alimenticios, actividad física, descanso, hábitos tóxicos y controles médicos. Se procuró identificar la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles y la relación entre el estilo de vida y tipo de residencia.

Metodología

Estudio observacional, analítico, transversal. Incluyó 383 residentes inscritos en el Sistema Nacional de Residencias Médicas de Uruguay en 2022, con datos recabados mediante una encuesta anonimizada en Google Forms. Como criterios de exclusión se tomó el no firmar el consentimiento informado y/o estar cursando una especialidad bajo régimen de posgrado (no residente). El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Bioética de Facultad de Medicina.

Resultados

La mayoría de residentes son de sexo femenino, solteros, sin hijos y con una media de edad de 30 años. 93.9% cursa la residencia en Montevideo. Solo 29.5% realiza 4 comidas diarias todos los días; la mayoría omite la merienda y/o el desayuno. Solo 7.6% consume 5 porciones de frutas y verduras todos los días y 84.9% consume snacks no saludables algún día a la semana. 44.4% son sedentarios y 67.1% duermen menos de 7 horas diarias. Los residentes anestésico-quirúrgicos tienen mayor carga horaria, realizan menos ejercicio físico y duermen menos horas. Acerca de los hábitos tóxicos, 14.9% son tabaquistas y 60.3% consumen alcohol. Sobre el consumo de psicofármacos sin prescripción médica, 7.8% consumen Modafinilo y 16.7% benzodiazepinas y/o hipnóticos. Respecto a los controles en salud, 59% refiere cumplirlos, en su mayoría mujeres. La prevalencia de sobrepeso fue 24.2% y la de dislipemia fue 13.6%.

Conclusiones

El sedentarismo y los malos hábitos alimenticios son los factores de riesgo cardiovasculares más prevalentes entre los residentes, contribuyendo al alto índice de sobrepeso y dislipemia. Surge la necesidad de aplicar estrategias para incentivar estilos de vida saludables entre residentes, identificando condiciones laborales desfavorables a ser corregidas en esta etapa de formación.

Perspectiva de docentes y estudiantes en una experiencia de simulación clínica

Autores: Silvera L, Everet M.

Institución: Departamento de Educación Médica, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Introducción

La educación para profesionales de la salud ha sufrido cambios relevantes en las últimas décadas. La incorporación de la simulación como estrategia de enseñanza y evaluación es una necesidad para mejorar la seguridad del paciente. En la Facultad de Medicina de la Universidad de la República la utilización y experiencia ha sido inconstante. El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la perspectiva de estudiantes y docentes sobre una actividad de simulación.

Metodología

Estudio transversal descriptivo. Durante los meses de julio a septiembre del año 2023 se realizó una actividad de simulación para práctica de habilidades cardiovasculares destinada a los estudiantes de las clínicas médicas (quinto año de la carrera Dr. en Medicina) del Hospital de Clínicas. La misma se desarrolló en 2 horas por grupo de 15 estudiantes, divididos en 3 estaciones. Una estación de práctica supervisada de toma de PA, otra de realización de ECG y la tercera utilizando el simulador de alta fidelidad ARES y los estetoscopios Cardionics para practicar habilidades de auscultación.

Posteriormente se evaluó la actividad enviando a estudiantes y docentes una encuesta utilizando la escala de Likert.

Resultados

La actividad fue realizada por todos los estudiantes de las clínicas médicas (aproximadamente 300), quienes estuvieron a cargo fueron algunos de los grados 3 y grado 2 de las clínicas médicas. La encuesta fue contestada por 111 estudiantes y por 6 docentes.

Sobre las preguntas realizadas a los estudiantes, el 65% respondió estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que la simulación ayudó a integrar teoría y práctica. El 77,5 % afirmó que la simulación aumentó su seguridad y confianza en la práctica clínica. Acerca de la mejoría de la competencia clínica el 79% estuvo de acuerdo o totalmente de acuerdo. El 85% de los estudiantes acordó con que la simulación generó motivación para aprender y el 94% estuvo de acuerdo en que el feedback docente es muy útil para el aprendizaje. Se destaca en comentarios la importancia de contar con mayor número de instancias. En relación a las respuestas docentes, más del 80% estuvo totalmente de acuerdo con que la estrategia ayuda a integrar teoría y práctica. La totalidad de los docentes (100%) estuvo totalmente de acuerdo en que la instancia fue satisfactoria, considera que la simulación clínica es útil como estrategia de enseñanza y acordó con la importancia del apoyo de un equipo formado específicamente en simulación.

Conclusiones

La simulación es una estrategia de enseñanza con evidencia a nivel internacional. En los trabajos previos en nuestro medio es bien valorada por los estudiantes. Dentro de las fortalezas de la misma se destacan los aspectos de motivación y confianza para el aprendizaje. Consideramos fundamental seguir trabajando en incorporar la simulación a la currícula y evaluar sus implicancias en el proceso formativo.

Rol del PET/TC-18F-FDG en la orientación diagnóstica de las masas suprarrenales

Autores: López V, Carlomagno A, Ramos F.

Institución: Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

Introducción

Las metástasis suprarrenales representan las lesiones malignas más comunes de las glándulas suprarrenales. La diferenciación entre lesiones benignas o malignas es fundamental en pacientes con sospecha de malignidad o enfermedad maligna ya diagnosticada. El objetivo es resaltar el rol del PET/TC1-8F-FDG en la evaluación de masas suprarrenales de pacientes con sospecha de enfermedad maligna extra-adrenal.

Casos clínicos

1: Hombre, 58 años. Tabaquista intenso. Dolor lumbar izquierdo orgánico de 2 meses de evolución. TC abdomen s/contraste: masa suprarrenal izquierda (47x29mm), densidad 31UH. RM abdomen: masa suprarrenal izquierda (40x33mm) señal intermedia en T2 y bajo componente graso. PET/TC-18F-FDG: masa suprarrenal izquierda (46mm), hipermetabólica (SUVmáx=8.6). Suprarrenal derecha hipermetabólica (SUVmáx=4.8). Nódulo pulmonar periférico derecho con SUVmáx=7.2. Adenopatías hipermetabólicas hiliares bilaterales, latero-aórticas izquierdas y a la altura de los hilios renales. Diáfisis del húmero izquierdo y cotilo derecho hipermetabólicos (SUVmáx=6.3 y 6.7 respectivamente). Histopatología pulmonar: carcinoma escamoso. Inmunohistoquímica positiva para P40 y PD-L1.

2: Mujer 61 años. Tabaquista intensa IPA 40. Diagnóstico de adenocarcinoma de pulmón pobremente diferenciado por biopsia de nódulo pulmonar derecho con conglomerado adenopático hilar ipsilateral. TC: Aumento de la glándula suprarrenal izquierda. PET/TC-18F-FDG: nódulo pulmonar derecho y adenopatías hiliares ipsilaterales hipermetabólicas (SUVmax=10 y 10,5 respectivamente). Nódulo suprarrenal izquierdo (18 mm) hipermetabólico (SUVmáx=5.7). Neoadyuvancia con quimioterapia, suprarrenalectomía laparoscópica izquierda. Histopatología suprarrenal: metástasis por adenocarcinoma pulmonar.

Discusión

Se presentan dos casos clínicos en los cuales el PET/TC-18-FDG desempeñó un papel superior respecto de la TC y RM en el diagnóstico de masas suprarrenales malignas. En ambos casos se obtuvo una captación suprarrenal hipermetabólica muy sugestiva de malignidad. El marcado con 18F-FDG, tiene una sensibilidad de 74-100% y especificidad de 66-100% para diferenciar masas suprarrenales benignas de malignas en pacientes con primitivo conocido. Un SUVmax mayor a 3.1 tiene una sensibilidad y especificidad 98.5% y 92% respectivamente para el diagnóstico de lesión suprarrenal maligna.

En el caso 1, la TC reveló características sospechosas de malignidad como el tamaño superior a 4 cm y una densidad pre-contraste > 10 UH. Sin embargo, estas características, por sí solas, no son altamente específicas para confirmar malignidad. La RM mostró limitaciones en la caracterización de la masa suprarrenal debido a su bajo contenido lipídico. En el caso 2, la TC tuvo un papel aún más limitado para identificar elementos de malignidad en una paciente con diagnóstico conocido de adenocarcinoma pulmonar. Un tamaño menor a 4cm y una densidad que no alcanzó valores significativos para caracterizarla como maligna. En pacientes con enfermedad metastásica se ha reportado un riesgo de hasta 7% de falsos negativos con TC.

El PET/TC-18-FDG aportó información adicional, en el primer caso orientó al primitivo pulmonar y su estadificación, y en el segundo, proporcionó la evidencia que respaldó la suprarrenalectomía laparoscópica, con beneficio demostrado en la sobrevida.

Conclusiones

El PET/TC-18-FDG es relevante para detectar masas suprarrenales malignas con primitivo conocido o en pacientes con sospecha de malignidad y estudios imagenológicos por TC o RM no concluyentes.

Sarcoma de Kaposi por inmunosupresores, una variante poco frecuente

Autores: Cuba X, Santa Cruz A, Catalá C, Más V.

Institución: Clínica Médica 3. Hospital Maciel. Facultad de Medicina. UdelaR. Montevideo, Uruguay.

Introducción

El sarcoma de Kaposi (SK) es un cáncer vascular cutáneo, vinculado al virus herpes tipo 8 con una prevalencia de 2 - 5%

Presenta cuatro variantes:

Sarcoma clásico: infrecuente, predomina en hombres, diabéticos y ancianos. Sarcoma endémico: afecta niños y jóvenes, predomina en África.

Sarcoma en inmunodeprimidos: baja prevalencia (0,1-0,5%), vinculado a tratamiento inmunosupresor.

Sarcoma asociado a síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA): variante más frecuente cuya prevalencia es del 35%.

Es una entidad de sospecha clínica y confirmación anatomopatológica (AP).

Caso clínico

Mujer, 72 años. Cardiopatía isquémico-hipertensiva con disfunción sistólica. Uso de prednisona 20 mg al día por más de 6 meses por prurito. Al examen físico: facies en luna llena; a nivel de miembros inferiores lesiones tipo máculo pápulas, rojo-vinosas, puntiformes y nódulos azul-violáceo.

Hemograma, reactantes de fase aguda y complementemia en rangos normales. Anticuerpos antinucleares, anticuerpo anticitoplasma de neutrófilo y serología para VIH negativos. AP de biopsia de piel: histomorfología e inmunohistoquímica consistentes con SK. Tomografía computada (TC) tórax, abdomen y pelvis: sin alteraciones. Ecocardiograma transtorácico con strain con riesgo alto de cardiotoxicidad. Paciente con elevado riesgo cardiovascular, se inicia tratamiento con Adriamicina liposomal con buena respuesta.

Discusión

Enfermedad conocida principalmente por su variante asociada al VIH-SIDA. En el caso presentado, se diagnosticó SK por inmunosupresores en una paciente con consumo prolongado de prednisona. Esta última se considera inmunosupresora al consumir al menos 20 mg/día por 2 semanas o dosis acumulada de 700 mg. El SK por inmunosupresores tiene una prevalencia baja (0,01%). El mayor reporte incluye 33 casos en 38 años, siendo el 70% asociado a glucocorticoides, el 60% de estos prednisona.

Las lesiones cutáneas suelen afectar las extremidades y cara, iniciándose a nivel de miembros inferiores. Se presenta como máculas que progresan a pápulas, placas y nódulos indurados pudiendo confluir en masas tumorales. En el caso analizado las lesiones se delimitaron a miembros inferiores. La orofaringe es la mucosa más frecuentemente afectada. Hasta un 10 % de los casos se presenta con afectación del tubo digestivo. La enfermedad visceral sin lesiones cutáneas se manifiesta como hemorragias internas, desabsorción, y alteración funcional. Menos frecuente existe manifestación broncopulmonar y ganglionar teniendo peor pronóstico

Dentro de la valoración de extensión se recomienda realizar imagen de tórax y endoscopias digestivas. En el caso analizado no presenta clínica ni paraclínica de compromiso extracutáneo.

El tratamiento debe ser individualizado dependiendo de la variante clínica, la presentación y el estado inmunológico del paciente.

En las formas localizadas es quirúrgico o con radioterapia y las formas diseminadas con quimioterapia. Actualmente se aceptan tres fármacos que son: paclitaxel, adriamicina liposomal y daunorubicina liposomal. En el SK asociado a inmunosupresores se debe suspender/reducir en lo posible el inmunosupresor.

Conclusiones

El SK es poco frecuente, ante la sospecha clínica al descartar el VIH, deben considerarse otras etiologías como ser los inmunodeprimidos por fármacos, si bien el reporte es bajo. Los glucocorticoides son fármacos extensamente utilizados y cuyo poder inmunosupresor es subestimado.



Figura 1. Lesiones en piel en diferentes etapas evolutivas.



Figura 2. Lesiones en piel luego del primer ciclo de quimioterapia.