

47°

CONGRESO NACIONAL DE MEDICINA INTERNA

VIII

CONGRESO NACIONAL DE ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Jornadas Rioplatenses de Medicina Interna

10° Congreso del Foro Interamericano de Medicina Interna

"La medicina del futuro: entre la ciencia, la inteligencia artificial y el humanismo"



5 al 8 de
Mayo de 2026

Hotel Radisson
Montevideo, Uruguay

Organizan:

 **sicu**
Sociedad de Infectología Clínica del Uruguay

smiu
INTERNISTAS



COMITÉ ORGANIZADOR MEDICINA INTERNA

Presidente

Dr. Alvaro Danza

Vicepresidente

Dra Sandra Consani

Secretarios

Dr. Rodrigo Andrade Dr. Diego Graña

Tesorero

Dr. Martin Rebella

Vocales

Dra Ximena Anón

Dra Mariana Díaz

Dra Mariana González

Dra Virginia Núñez

Dra Sofia Villaamil

COMITÉ ORGANIZADOR ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Presidente

Dra Victoria Frantchez

Vicepresidente

Dra Sofia Griot

Secretaria

Dra Elisa Cabeza

Tesorero

Dr. Martin López

Vocales

Dra Luda Araújo

Dra Isabel Fernández

Dra Nancy Piñeyro

COMITÉ ORGANIZADOR FIMI

Dra. Andrea Vaucher

Dr. Pascual Valdez (Argentina)

Dr. Diego Graña

COMITÉ CIENTÍFICO MEDICINA INTERNA

Presidente

Dra. Mercedes Perendones

Miembros

Dra. Natalia Bernardi

Dra. Adriana Carlomagno

Dra. Maynés López

Dra. Valentina Más

Dr. Marcelo Valverde

COMITÉ CIENTÍFICO ENFERMEDADES INFECCIOSAS

Presidente

Dra. Susana Cabrera

Miembros

Dr. Jorge Facal

Dra. Jimena Prieto

Dra. Cecilia Villarino

SUMARIO

Autoimmune

- Fenotipos clínicos e inmunológicos en pacientes con síndrome de Sjögren seronegativo y seropositivo..... 7
- Enfermedad de Still del Adulto refractaria grave: primera experiencia nacional con Anakinra..... 9
- Infecciones graves en una cohorte de pacientes con Enfermedades autoinmunes sistémicas 11
- Enfermedad pulmonar intersticial e Hipertensión arterial pulmonar en Esclerosis Sistémica: caracterización, progresión y mortalidad..... 13
- Nuevas terapias, nuevas toxicidades: inhibidores del receptor de muerte celular programada 1 15
- Vasculitis y enfermedad por IgG4..... 17
- Prevalencia de discapacidad en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide: análisis preliminar..... 19
- Perfil de seguridad de terapias biológicas e inhibidores de janus kinasa en pacientes con artritis reumatoide: análisis preliminar..... 21

Cardiología

- Manejo de la terapia diurética en insuficiencia cardíaca aguda: experiencia en cuidados moderados del Hospital Maciel durante el período julio-setiembre 2025..... 25
- Pericarditis efusivo-constrictiva secundaria a tuberculosis en paciente portador del virus de inmunodeficiencia humana: un desafío diagnóstico..... 27
- Predictores de hipertensión arterial en pacientes con apnea obstructiva del sueño..... 29
- Monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA): su rol como herramienta diagnóstica y de seguimiento en cardiología..... 31
- Caracterización de pacientes con Endocarditis Infecciosa en un Centro de Salud..... 33
- Policlínica al alta de insuficiencia cardíaca: análisis preliminar del funcionamiento dentro de la Unidad Académica Médica A..... 34
- Impacto de una unidad interdisciplinaria de insuficiencia cardíaca en reingresos hospitalarios y mortalidad..... 36

Gastroenterología Hepatología

- Prevalencia de Helicobacter pylori y lesiones preneoplásicas en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta en un hospital terciario de Paraguay..... 39
- Colitis infecciosa grave por coinfección entérica múltiple: evolución bifásica con bacteriemia por Salmonella..... 41
- Enfermedad vascular portosinusoidal: A propósito de un caso clínico..... 43
- Hepatitis autoinmune en paciente con infección por VIH: el desafío de la paradoja inmunológica..... 45
- Hepatotoxicidad inducida por el tratamiento antituberculoso y su impacto clínico en pacientes con tuberculosis en el Hospital Pasteur 47
- Predicción no invasiva de hipertensión portal clínicamente significativa mediante elastografía hepática y esplénica: Análisis preliminar de una cohorte en desarrollo..... 49
- Colonización rectal por enterobacterias productoras de carbapenemasa en pacientes con cirrosis en evaluación para trasplante hepático y uso de rifaximina..... 51
- Evaluación de fibrosis hepática en pacientes con obesidad severa..... 53
- Porfiria hepática aguda refractaria con compromiso neurológico severo y respuesta al tratamiento con givosirán: reporte de caso..... 55
- Hidrotórax hepático aislado en paciente cirrótico: desafío diagnóstico y terapéutico..... 57

Hematología

- Linfopenia CD4+ idiopática..... 60
- Linfoma de Burkitt asociado a VIH con presentación pseudoinfecciosa y compromiso multiorgánico extenso..... 61
- Efectividad y seguridad de anticoagulantes orales directos en pacientes con cáncer y enfermedad tromboembólica venosa..... 63

• Síndrome de Felty y leucemia a linfocitos grandes granulares: ¿asociación o evolución? A propósito de un caso clínico.....	65
• Hipertrofia parotídea como presentación de un linfoma.....	67
• Anticoagulación con rivaroxabán: evaluación farmacoterapéutica en el escenario clínico.....	69
• Síndrome de VEXAS: A propósito de un caso.....	71

Infectología

• Infecciones nosocomiales asociadas al uso de catéter venoso central en pacientes internados en las Cátedras de Clínica Médica del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, 2023–2025.....	75
• Ventriculitis por <i>Histoplasma capsulatum</i> asociada a derivación ventrículo-peritoneal: infección fúngica infrecuente del sistema nervioso central.....	77
• Validación de la prueba reagina plasmática rápida para el diagnóstico de neurosífilis.....	79
• Osteoartritis crónica de rodilla por <i>Brucella</i> spp.: reporte de caso.....	81
• Presentaciones graves y atípicas de la sífilis.....	83
• Bacteriemias por <i>Staphylococcus aureus</i> en Hospital Pasteur de Enero a Diciembre 2025.....	85
• Infecciones osteoarticulares por microorganismos multi droga-resistentes en un centro de referencia de traumatología en Montevideo, Uruguay.....	87
• Vasoespasma periférico inducido por anfotericina B desoxicolato en el tratamiento de endocarditis por <i>Candida parapsilosis</i>	89
• Osteítis sífilítica. Una presentación atípica de una enfermedad emergente.....	91
• Nocardiosis cutánea vs. micobacteriosis ¿simulación clínica y microbiológica?.....	93
• Síndrome Pos COVID-19: características clínicas y diagnósticas a 3 y 24 meses de evolución en una cohorte de 61 pacientes.....	95
• Candidemia en el Hospital Maciel (2023-2025): características clínicas y microbiológicas.....	98
• Queratitis por <i>Listeria monocytogenes</i> en paciente inmunocompetente: reporte de caso y revisión de la literatura.....	101

Nefrología

• Rabdomiólisis más lesión renal aguda como presentación complicada de infección por chikungunya.....	104
• Nefrectomía de riñón atrófico como alternativa terapéutica en hipertensión renovascular aterosclerótica.....	106
• Bacteriuria e infección urinaria en los primeros tres meses postrasplante renal: implicancias para optimización antimicrobiana.....	108
• Enfermedad renal relacionada con inmunoglobulina G4: un caso de pseudotumor inflamatorio renal.....	110

Neumología

• Asistente virtual para la cesación tabáquica: análisis de indicadores de uso tras su implementación en Uruguay.....	113
• Uso de tabaco, cigarrillos electrónicos y conocimiento de su regulación normativa en estudiantes de medicina.....	115
• Neumonitis por hipersensibilidad a nitrofurantoína. Descripción a punto de partida de un caso clínico.....	117
• Características y progresión de Anomalías Intersticiales Pulmonares en tabaquistas: la importancia de la detección precoz de Enfermedades Pulmonares Intersticiales.....	119

Neurología

• Estudio descriptivo de la población con Ataque Cerebrovascular isquémico que recibió Trombolíticos en el Hospital Pasteur durante el año 2024, bajo la aplicación de un protocolo institucional de manejo.....	122
• Mielitis longitudinalmente extensa como forma de presentación de la enfermedad del espectro de la neuromielitis óptica.....	124
• Cerebelitis aguda inmunomediada post infecciosa asociada a la infección por virus de Epstein Barr (VEB).....	126

Obstetricia

• Desensibilización a penicilina para tratamiento de sífilis en el embarazo: subanálisis de cohorte de ingresos obstétricos a una unidad de alta dependencia.....	129
--	-----

- Tuberculosis en el embarazo y puerperio: serie de casos 131
- Embarazo y síndrome de Marfan: caso clínico 133
- Hígado graso agudo del embarazo: reporte de dos casos clínicos 135

Misceláneas

- Auditoría de los reingresos hospitalarios no planificados a 30 días como indicador estratégico de calidad asistencial 138
- Impacto de la cirugía bariátrica sobre el perfil lipídico y uso de estatinas 140
- A propósito de un caso: parálisis periódica tirotóxica, un desafío diagnóstico. 141
- Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en trabajadores hospitalizados por accidentes laborales en Uruguay 143
- Percepción de estudiantes de posgrado de especialidades médicas sobre la simulación clínica en emergencias: estudio piloto 145
- Evaluación de los niveles séricos de magnesio y su relación con el control metabólico en pacientes con obesidad 146
- Atención médica en fin de vida desde la perspectiva de residentes y posgrados. 148
- Programa interdisciplinario de dolor y rehabilitación con acreditación de calidad internacional 150

● Autoimmune



Fenotipos clínicos e inmunológicos en pacientes con síndrome de Sjögren seronegativo y seropositivo.

Guillermo Sánchez, Lucía Catalá, Carolina Díaz-Cuña, Sandra Consani

Institución: Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Maciel.
Unidad Académica Médica 3. UdelaR. Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay

Introducción

El Síndrome de Sjögren (SS) es una enfermedad autoinmune sistémica caracterizada por infiltración linfocitaria de glándulas exocrinas y producción de autoanticuerpos, con manifestaciones que van desde síndrome seco hasta compromiso sistémico multiorgánico. La presencia de autoanticuerpos anti-SSA/Ro y anti-SSB/La se asocia con mayor activación inmunológica y manifestaciones extraglandulares. Un porcentaje relevante de pacientes presenta formas seronegativas, planteando interrogantes sobre posibles diferencias clínicas e inmunológicas. El objetivo del estudio fue comparar el fenotipo clínico e inmunológico entre pacientes con SS seronegativo y seropositivo.

Metodología

Se realizó estudio observacional retrospectivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes con diagnóstico de SS atendidos en Unidad de Enfermedades Autoinmunes del Hospital Maciel. Se incluyeron pacientes que cumplieran criterios clasificatorios ACR/EULAR 2016. Se clasificaron según perfil serológico en seropositivos (anti-Ro y/o anti-La) y seronegativos (ausencia de ambos pero biopsia positiva). Las variables categóricas se expresaron como frecuencia y porcentaje. Para la comparación entre grupos se utilizó el χ^2 y test exacto de Fisher, considerando significativo un valor $p < 0,05$. La investigación respetó el marco legal uruguayo vigente y la Declaración de Helsinki actualizada.

Resultados

Se incluyeron 31 pacientes con SS, de sexo femenino, media de edad: 68 años. 20 pacientes (64,5%) seropositivos y 11 (35,5%) seronegativos (Tabla 1). Se observó solapamiento con otras enfermedades autoinmunes en 61,3% de pacientes. Las asociaciones más frecuentes fueron lupus eritematoso sistémico (35,5%), artritis reumatoide (29%), esclerosis sistémica (9,7%) y vasculitis (3,2%). El síndrome seco estuvo presente en la totalidad de los pacientes. Las artralgiás fueron más frecuentes en seronegativos (73%) en comparación con seropositivos (50%). La astenia se observó en 9% de seronegativos y 15% de seropositivos. El compromiso renal túbulo-intersticial se registró en 9% y 15% respectivamente. Entre las manifestaciones pulmonares, las bronquiectasias se observaron en 18% de seronegativos y en 5% de seropositivos, mientras que la enfermedad pulmonar intersticial se registró en 18% y 10% respectivamente (Gráfica 1).

En relación al perfil inmunológico, el factor reumatoideo fue positivo en 27% de seronegativos y en 40% de seropositivos. Se observó hipergammaglobulinemia en 36% y 65% respectivamente, mientras que hipocomplementemia se registró en 27% de seronegativos y en 55% de seropositivos. Ninguna de las diferencias alcanzó significación estadística.

Discusión

La mayoría de pacientes presentó seropositividad para anti-Ro y/o anti-La, en concordancia con lo descrito en la literatura. Si bien no se observaron diferencias estadísticamente significativas en manifestaciones clínicas, los pacientes seropositivos mostraron una tendencia a mayor frecuencia de marcadores inmunológicos asociados a peor pronóstico. Este hallazgo coincide con estudios

previos que describen un fenotipo inmunológicamente más activo en pacientes con autoanticuerpos anti-SSA/SSB. Los pacientes seronegativos presentaron mayor frecuencia de artralgias y algunas manifestaciones pulmonares. La falta de significación estadística probablemente se relaciona al tamaño muestral limitado.

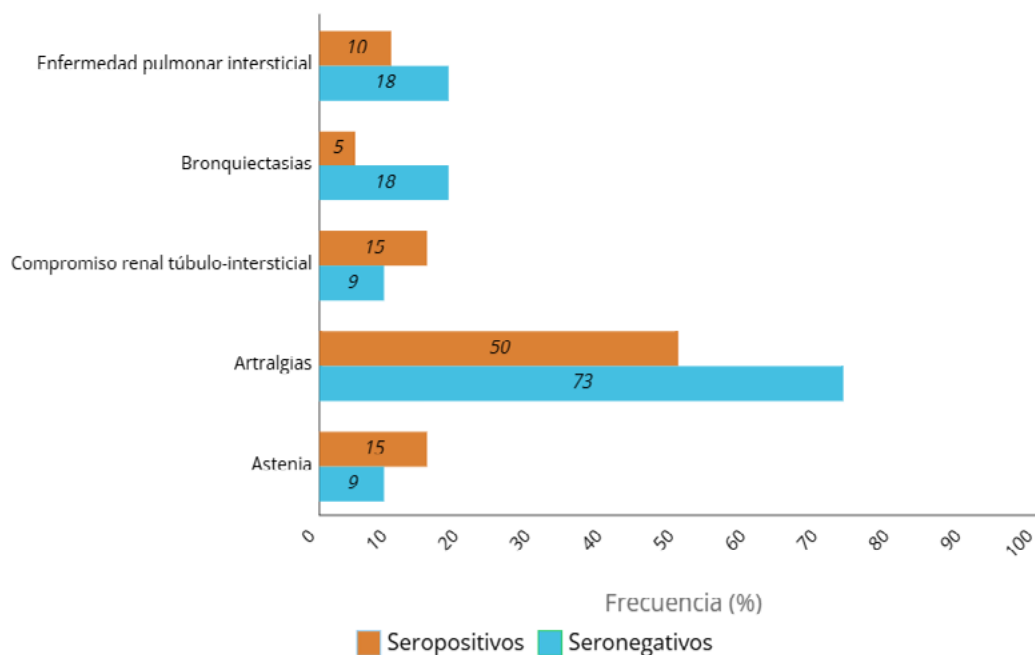
Conclusiones

Pacientes seropositivos mostraron tendencia a mayor activación inmunológica, mientras que los seronegativos presentaron manifestaciones clínicas comparables. Estos resultados destacan heterogeneidad del SS y la necesidad de estudios con mayor tamaño muestral.

Tabla 1. Características clínicas e inmunológicas según seropositividad.

Variables	Seropositivo (n=20)	Seronegativo (n=11)	Valor p
Edad media (años)	69	67	0,62
Solapamiento autoinmune	14 (70%)	5 (45%)	0,25
Hipertensión arterial	8 (40%)	9 (81,8%)	0,057
Diabetes mellitus	2 (10%)	1 (9,1%)	1
Obesidad	2 (10%)	3 (27,3%)	0,32
Astenia	3 (15%)	1 (9%)	0,64
Artralgias	10 (50%)	8 (73%)	0,21
Compromiso renal túbulo-intersticial	3 (15%)	1 (9%)	0,63
Bronquiectasias	1 (5%)	2 (18%)	0,23
Enfermedad pulmonar intersticial	2 (10%)	2 (18%)	0,49
Factor reumatoideo positivo	8 (40%)	3 (27%)	0,47
Hipergammaglobulinemia	13 (65%)	4 (36%)	0,12
Hipocomplementemia	11 (55%)	3 (27%)	0,13

Gráfica 1. Frecuencia de manifestaciones clínicas según seropositividad.



Enfermedad de Still del Adulto refractaria grave: primera experiencia nacional con Anakinra.

Autores: Florencia Karszensztejn, Héctor Fernández, Virginia Núñez, Nadia Reyes, Diego López.

Institución: Círculo Católico, Montevideo, Uruguay.

Introducción

La Enfermedad de Still del Adulto (ESA) es una enfermedad autoinflamatoria sistémica poco frecuente caracterizada por activación de la inmunidad innata y aumento en la producción de citocinas proinflamatorias, especialmente interleucina-1 (IL-1) e interleucina-6 (IL-6). Puede presentarse a cualquier edad, con ligero predominio femenino, particularmente entre los 16 y 35 años. El diagnóstico es clínico y de exclusión, basado en criterios clasificatorios como los de Yamaguchi y Fautrel.

La presentación clínica es heterogénea e incluye fiebre elevada en picos, generalmente vespertinos, artralgias o artritis, mialgias, rash cutáneo evanescente asalmonado o urticariforme, odinofagia y manifestaciones sistémicas. A nivel paraclínico se caracteriza por leucocitosis con neutrofilia, elevación de reactantes de fase aguda e hiperferritinemia marcada.

El tratamiento se basa en terapias dirigidas contra citocinas clave, destacándose los inhibidores de IL-6 como Tocilizumab y los inhibidores de IL-1 como Anakinra y Canakinumab, generalmente asociados a glucocorticoides. Aunque el pronóstico suele ser favorable, pueden presentarse complicaciones graves como el síndrome de activación macrofágica (SAM), entidad hiperinflamatoria potencialmente fatal.

Se presenta la primera experiencia en Uruguay con Anakinra en una paciente con ESA grave y refractaria.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 56 años, procedente de Montevideo, con antecedentes de síndrome de Cushing farmacológico y angioma cavernoso cerebral resecaado.

En 2024 fue diagnosticada con ESA en contexto de fiebre, lesiones cutáneas maculoeritematosas tipo habones no pruriginosos diseminados, astenia, artralgias y artritis en articulaciones interfalángicas proximales, metacarpofalángicas y codo derecho, asociadas a elevación de reactantes de fase aguda. En la tabla 1 se presentan los resultados paraclínicos.

Inicialmente recibió prednisona (1 mg/kg/día) y metotrexate con respuesta favorable. Durante la evolución presentó intolerancia digestiva y reactivación inflamatoria cutánea, por lo que se rotó a leflunomida, suspendida también por intolerancia.

En abril de 2025 inició Tocilizumab con buena respuesta hasta diciembre de 2025, cuando presentó un empuje grave en contexto infeccioso con insuficiencia respiratoria aguda y disfunción multiorgánica hematológica, respiratoria, hemodinámica y hepatocítica, requiriendo ingreso a cuidados intensivos..

El estudio microbiológico fue negativo. La presencia de hiperferritinemia marcada, hipofibrinogenemia, bicitopenia y coagulopatía severa orientó al diagnóstico de SAM secundario a ESA.

Recibió inmunoglobulina intravenosa y pulsos de metilprednisolona con evolución favorable y egreso de cuidados intensivos en enero de 2026. Dada la refractariedad terapéutica se inició Anakinra, manteniéndose hasta la actualidad con remisión clínica y estabilidad paraclínica.

Discusión

La ESA puede presentar cursos clínicos complejos y refractarios. El SAM constituye una de sus complicaciones más graves y se asocia a elevada morbimortalidad si no se reconoce precozmente.

Los inhibidores de IL-1, particularmente anakinra, han demostrado eficacia en el control rápido de la inflamación y en la reducción del uso prolongado de glucocorticoides. Hasta donde llega nuestro conocimiento, este constituye el primer reporte en Uruguay del uso de anakinra en una paciente con ESA refractaria, aportando evidencia clínica local sobre su utilidad terapéutica.

Conclusiones

Este caso resalta el papel de la inhibición de IL-1 en formas graves y refractarias de ESA y destaca la importancia del acceso a terapias biológicas dirigidas en escenarios clínicos complejos.

Tabla 1. Valoración diagnóstica.

ANA, ANCA, crioglobulinas, FR y antiCCP negativos	Serologías VIH, VDRL, VHA, VHB, VHC negativos	AELO negativos
Metabolismo del Hierro: ferritina 11800	ETT: VI de dimensiones normales. FEVI 56%. Al levemente dilatada. Trastornos degenerativos mitro-aórticos. IM moderada	RFA elevados

Infecciones graves en una cohorte de pacientes con Enfermedades autoinmunes sistémicas

María Clara Aldabalde Cufre, Luca Quiroz, Sofía Rostán, María del Pilar Garino, Carolina Díaz, Sandra Consani.

Institución: Unidad de Enfermedades Autoinmunes Sistémicas, Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

Introducción

Las infecciones se encuentran entre las principales causas de morbimortalidad en pacientes con enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS). El objetivo del siguiente estudio fue describir la frecuencia de infecciones con criterios de severidad en una cohorte de pacientes asistidos en la Unidad de Enfermedad Autoinmunes Sistémicas del Hospital Maciel.

Materiales y métodos

Estudio observacional, analítico, retrospectivo, en una cohorte de 339 pacientes con EAS asistidos en la Unidad de Enfermedad Autoinmunes del Hospital Maciel desde 2012. Se realizó un análisis retrospectivo de aquellas infecciones graves, ocurridas entre 1 de enero de 2019 al 1 de enero de 2025. Se definieron como infecciones graves aquellas que requirieron tratamiento intravenoso, hospitalización y/o ingreso a unidad de cuidados intensivos. Un total de 202 pacientes fueron incluidos en el análisis, mientras que 137 pacientes fueron excluidos debido a pérdida del seguimiento o fallecimiento previo al estudio.

Resultados

Se incluyeron 202 pacientes en el análisis, con una edad media de 57 años; el 92,6% correspondía al sexo femenino. Las EAS más frecuentes fueron los síndromes de solapamiento (30,7%), principalmente lupus eritematoso sistémico (LES) asociado a síndrome antifosfolípídico (SAF), LES con artritis reumatoide (AR) y LES con síndrome de Sjögren (SS). Le siguieron en frecuencia la AR (19,3%) y LES (17,3%).

Del total de pacientes, el 67,8% presentó al menos una complicación infecciosa durante el periodo analizado, de los cuales el 25,7% corresponden a infecciones graves. Nueve pacientes fallecieron a causa de infección, lo que representó el 17,3% de los casos con infecciones graves. Las infecciones más frecuentes fueron las infecciones del tracto urinario seguidas por neumonías, infecciones del tracto gastrointestinal e infecciones de piel y partes blandas. Siete pacientes (3,5%) presentaron infecciones por microorganismos oportunistas.

En relación con los tratamientos recibidos, el uso de glucocorticoides al momento de la infección se asoció con un aumento de 2,6 veces en el riesgo de infección grave. La asociación entre el uso de otros inmunosupresores e infecciones graves no fue demostrada de manera estadísticamente significativa (OR 1,03; $p=0,65$).

Discusión

En la cohorte estudiada, el perfil de infecciones observado fue similar al descrito en otras series. Se observó una asociación entre el tratamiento con GC e infecciones graves, en línea con lo descrito en la literatura internacional. En contraste, no se evidencia relación estadísticamente significativa entre el uso de otros inmunosupresores y la ocurrencia de infecciones graves.

Entre las principales limitaciones se encuentra el carácter retrospectivo del estudio y el tamaño muestral. No obstante, este trabajo aporta información relevante sobre la frecuencia y características de las infecciones graves en pacientes con EAS, constituyendo uno de los pocos estudios disponibles en nuestro país de esta temática.

Conclusiones

Las infecciones graves constituyen una complicación frecuente y clínicamente relevante en la población con EAS. En esta cohorte el uso de glucocorticoides se asoció con un mayor riesgo de infecciones graves, en concordancia con lo reportado en la literatura internacional.

Enfermedad pulmonar intersticial e Hipertensión arterial pulmonar en Esclerosis Sistémica: caracterización, progresión y mortalidad.

Francisca Ibarra¹, Micaela Palavecino¹, Patricia Sommer¹, Agustina Torres¹, Santiago Wainer¹, Martha Inés Rodríguez², Verónica Torres Esteche^{1 2}

Institución: ¹ Departamento de Medicina Interna, Médica Uruguaya, Montevideo, Uruguay. ² Departamento de Neumología, Médica Uruguaya, Montevideo, Uruguay

Introducción

La Enfermedad pulmonar intersticial (EPI) y la HAP constituyen las principales causas de morbimortalidad en Esclerosis sistémica (ES). El objetivo del trabajo fue analizar las características clínicas, funcionales, imagenológicas, evolución y tratamiento de pacientes con EPI asociada a ES y evaluar hipertensión pulmonar (HP) asociada.

Métodos

Se realizó un estudio observacional descriptivo mediante revisión de historias clínicas de pacientes con ES (criterios EULAR) y EPI en seguimiento en policlínica de EPI de un centro de salud, desde 2022 a 2025. Se analizaron variables demográficas, tiempo entre diagnóstico de ES y aparición de EPI, patrón tomográfico, capacidad vital forzada (CVF), difusión de monóxido de carbono (DLCO), ecocardiograma, tratamiento recibido y evolución.

Resultados

Se revisaron 13 pacientes con ES en seguimiento, de los cuales 3 tenían HP sin EPI. Se incluyeron 10 pacientes con EPI-ES. Predominó el sexo femenino, edad promedio 64 años. Fenotipo de inicio: el 70% tuvo como primer diagnóstico ES antes de desarrollar EPI. Latencia diagnóstica: el tiempo promedio entre el diagnóstico de ES y aparición de EPI fue de 2.9 años. Hallazgos imagenológicos: neumonía intersticial no específica (NINE) n=6, Neumonitis intersticial usual (NIU) n=4. La mediana de CVF inicial fue 79.5% y en seguimiento se evidenció una caída promedio del 6%. La mediana de la DLCO inicial fue 65%, con una caída de 20%.

En esta cohorte todas las EPI presentaban HP, de los cuales 3 contaban con cateterismo derecho con fenotipo precapilar asociado, por lo cual se interpretaron como tipo 1 y 3 combinados, y fueron tratados con inhibidores de endotelina-1.

Progresión: 70% presentaron peoría clínica y funcional con caída de CVF mayor al 5% y DLCO mayor al 10%, caracterizándose como Fibrosis Pulmonar Progresiva (FPP), de estos n=4 progresaron en TC. En FPP hubo 4 fallecidos (2 sin progresión TC). Respuesta al tratamiento: 7 recibieron tratamiento inmunosupresor al inicio (patrón NINE 6/7) con una mortalidad de 3 casos mientras que 3 pacientes recibieron terapia combinada (inmunosupresor y antifibrótico) con 1 fallecimiento.

Discusión

En esta cohorte la mayoría de los pacientes tuvieron fibrosis progresiva y alta mortalidad. El deterioro clínico y funcional se asoció a fibrosis pulmonar progresiva y mortalidad, aun en pacientes con estabilidad tomográfica y con patrón NINE. El patrón NINE fue el más frecuente y el debut de la EPI

fue en los primeros 3 años de enfermedad, lo cual coincide con la literatura. El descenso predominante de DLCO puede deberse a HP asociada. Un tercio de los pacientes EPI-ES presentaron HAP grupo 1 asociada lo cual destaca que el fenotipo vascular y pulmonar se superponen frecuentemente y la valoración debe ser completa desde el inicio de la enfermedad ya que cambia el tratamiento específico de la HAP.

Conclusiones

La HAP en EPI-ES frecuentemente es grupo 1 y 3 combinadas por lo cual debemos detectar esta asociación precozmente en vista a tratamiento específico. En EPI-ES es fundamental el screening y un seguimiento estrecho para detectar progresión, optimizar el manejo terapéutico precoz y la necesidad de investigar nuevos tratamientos para disminuir mortalidad.

Nuevas terapias, nuevas toxicidades: inhibidores del receptor de muerte celular programada 1

Lucía Sabatella, Marcelo Chiarella, Gerardo Pérez

Institución: Hospital Británico, Montevideo, Uruguay

Introducción

Los inhibidores de puntos de control inmunitario han modificado de forma sustancial el abordaje terapéutico de múltiples neoplasias, al asociarse con mejoras significativas en la supervivencia y el control de la enfermedad. En particular, los anticuerpos monoclonales dirigidos contra el receptor de muerte celular programada 1 (PD-1), como nivolumab y pembrolizumab, se han incorporado de manera creciente en la práctica oncológica. No obstante, su acción puede dar lugar a eventos adversos inmunomediados con compromiso de diversos órganos y grados variables de severidad. Aunque infrecuentes, estas toxicidades representan un desafío diagnóstico y terapéutico por su potencial gravedad y por la necesidad de diferenciarlas de otras complicaciones frecuentes en pacientes oncológicos. El objetivo de este trabajo es describir cuatro casos clínicos de toxicidad inmunomediada asociada a inhibidores de PD-1.

Casos clínicos

Caso 1: Hombre de 68 años con cáncer de la unión gastroesofágica que recibió quimioterapia y radioterapia como tratamiento inicial. Ante progresión lesional con desarrollo de metástasis hepáticas y expresión de PD-L1 se inició nivolumab. Durante la evolución presentó dermatosis nodular en muslos y glúteos, cuya biopsia informó prurigo nodular. Posteriormente desarrolló fiebre e insuficiencia respiratoria. Se descartó etiología infecciosa. La tomografía computada evidenció opacidades en vidrio deslustrado con engrosamiento intersticial compatibles con neumonitis inmunomediada grado 3. Recibió metilprednisolona y corticoterapia oral, con evolución favorable.

Caso 2: Hombre de 72 años con carcinoma escamoso de amígdala que recibió quimioterapia como tratamiento inicial. Ante progresión tumoral se inició pembrolizumab. Luego del cuarto ciclo presentó insuficiencia respiratoria grave con requerimiento de ingreso a cuidados intensivos. Se descartó etiología infecciosa. La tomografía computada evidenció infiltrados en vidrio deslustrado con engrosamiento intersticial compatibles con neumonitis inmunomediada grado 3. Recibió metilprednisolona y corticoterapia oral, con evolución favorable.

Caso 3: Hombre de 70 años con adenocarcinoma pulmonar con expresión de PD-L1. Recibió resección quirúrgica y radioterapia como tratamiento inicial. Ante recidiva tumoral se inició carboplatino, pemetrexed y pembrolizumab. Al mes presentó hipertiroidismo que posteriormente evolucionó a hipotiroidismo, requiriendo tratamiento sustitutivo con levotiroxina. Durante la evolución presentó además nefrotoxicidad atribuida a la inmunoterapia.

Caso 4: Mujer de 83 años con adenocarcinoma pulmonar con expresión de PD-L1 que inició tratamiento con pembrolizumab. Durante la evolución presentó disnea progresiva e hipoxemia grave. Se descartó etiología infecciosa. La tomografía computada evidenció hallazgos compatibles con neumonitis inmunomediada. Recibió oxigenoterapia de alto flujo y corticoterapia, con rápida mejoría clínica.

Discusión

Los casos descritos evidencian el potencial compromiso multiorgánico de los eventos adversos inmunomediados asociados a inhibidores de PD-1. La neumonitis fue la toxicidad predominante

y de mayor gravedad, constituyendo un desafío diagnóstico por la necesidad de excluir infección, progresión tumoral y otras causas respiratorias. La respuesta favorable a corticoterapia subraya el valor del reconocimiento precoz y del tratamiento oportuno. La disfunción tiroidea bifásica, la nefrotoxicidad y el compromiso cutáneo refuerzan el carácter sistémico de estas complicaciones.

Conclusiones

La identificación temprana de las toxicidades inmunomediadas asociadas al uso de inhibidores PD-1 es clave para reducir la morbilidad y optimizar la continuidad del tratamiento oncológico.

Vasculitis y enfermedad por IgG4.

Aleider Carrillo, Belén Arrigoni, María Florencia O'Neil, Diego Graña.

Institución: Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La enfermedad por IgG4 es una condición fibroinflamatoria inmunomediada que puede afectar múltiples órganos. Presenta dos formas de compromiso vascular: primario, la inflamación se centra en la pared del vaso y secundaria, por el efecto compresivo de lesiones perivasculares adyacentes. En estudios comparativos de esta entidad la manifestación primaria más frecuente fue la aortitis con formación de aneurismas, mientras que la periaortitis asociada a fibrosis retroperitoneal representó la forma secundaria predominante. El examen histopatológico revela infiltrado linfoplasmocitario, eosinofilia tisular leve y fibrosis, con predominio de plasmocitos IgG4+.

Caso clínico 1

SF, 61 años, sin controles de salud. Ingresa por IRA KDIGO 3. TAC abdomen/pelvis evidencia tejido de partes blandas mal delimitado rodeando grandes vasos del retroperitoneo y uréteres lumbares. RMN confirma área fibrótica retroperitoneal que rodea vasos ilíacos, VCI y aorta. VES 60, VDRL -, Serología IgG4 positiva. Se realiza tratamiento con corticoides en pauta descendente y metotrexate. Buena respuesta.

Caso clínico 2

SM, 70 años. DM, HTA, ERC, cardiopatía isquémica. Dolor abdominal crónico y disfunción eréctil de 1 año de evolución. Ingresa por shock hipovolémico en contexto de gastroenterocolitis. TC abdomen: manguito de partes blandas rodeando la aorta abdominal distal e ilíacas primitivas. RMN abdominal: periaortitis desde aorta infrarrenal hasta ilíacas. VES 90. VDRL -. Serología IgG4+. Se realiza prednisona con pauta de descenso y metotrexate, con franca mejoría clínica.

Caso clínico 3

SF, 70 años, sin antecedentes patológicos. Ingresa por isquemia distal de 5to dedo de mano izquierda. Eco Doppler: oclusión humeral distal. AngioTC: trombosis aguda en origen de subclavia izquierda. Se coloca stent arterial a nivel de subclavia, sin complicaciones. RMN: vasculitis en aorta descendente y abdominal con trombos intramurales. VES 90. VDRL -. Serología para IgG4+. Se administran bolos de metilprednisolona, continuando con prednisona en descenso y metotrexate. PET-CT posterior sin evidencia de alteración metabólica en pared aórtica ni ramas.

Caso clínico 4

SM, 69 años. HTA, DM. Dolor abdominal hipogástrico gravativo crónico. Angio-RMN aorta: aneurisma infrarrenal de 80 mm de longitud, 42 mm AP. Irregularidad y engrosamiento en tercio distal de aorta e ilíacas proximales. Tejido periaórtico con engrosamiento difuso compatible con fibrosis retroperitoneal. VES 40. VDRL-. Serología para IgG4+. Se inicia tratamiento con prednisona en pauta de descenso y micofenolato con buena respuesta.

Discusión

Se describen 4 pacientes con compromiso vascular asociado a enfermedad por IgG4+, con afectación vascular primaria y secundaria. La TAC y RMN permitieron identificar el patrón de engrosamiento periaórtico y tejido inflamatorio, característico de esta entidad. Además, todos los pacientes presentaron serología para IgG4+ y respondieron favorablemente al tratamiento con glucocorticoides asociados a inmunosupresores.

Conclusiones

En el espectro de la enfermedad por IgG4+, el compromiso vascular y retroperitoneal constituye entre el 10-20% casos. Es una entidad infradiagnosticada con crecimiento en los últimos años gracias al aumento del índice de sospecha y la accesibilidad de nuevos métodos diagnósticos. El reconocimiento precoz mediante estudios de imagen y serología permite iniciar tratamiento inmunosupresor oportuno, con buena respuesta clínica y potencial prevención de complicaciones vasculares.

Prevalencia de discapacidad en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide: análisis preliminar.

Santiago Moyano, Analía Cánepa, Gonzalo Silveira, Carina Pizarossa, Sofía Rostán, Carolina Díaz, Julia Córdoba, Florencia Dutra, Ignacio Estevan, Fiorella Cavalleri, Martín Rebella.

Institución: Facultad de Medicina – Universidad de la República.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) determina un impacto significativo en distintos dominios de la calidad de vida relacionada con la salud, así como también grados variables de discapacidad y dependencia.

Existe escasa evidencia en nuestro medio que mida este impacto, conocer su prevalencia y severidad permitiría desarrollar estrategias de asistencia integrales para este grupo de pacientes. Nos propusimos conocer la frecuencia y grado de severidad de discapacidad asociado a AR en tres centros de nuestro medio.

Metodología

Estudio multicéntrico, observacional, descriptivo y de corte transversal. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de artritis reumatoide, en tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FARMEs), en seguimiento en una de las instituciones participantes, durante el período de junio a noviembre de 2025. Se excluyeron pacientes con superposición de otras enfermedades autoinmunes sistémicas.

Se utilizaron cuestionarios validados y estandarizados para valorar discapacidad asociada a enfermedad (WHODAS 2.0). Se definieron los esquemas de tratamiento en: convencional cuando se usaban FARMEs convencionales sintéticos (cs), avanzado cuando se utilizaban biológicos o de sintéticos dirigidos (FARMEb y FARMEts), y combinado cuando se utilizaron ambas. Se registró la actividad de la enfermedad mediante escalas validadas (DAS 28: disease activity score).

La recolección de datos se llevó a cabo mediante un cuestionario estructurado diseñado en REDCap. El análisis estadístico se realizó en el software JASP 19.1.2, se aplicaron pruebas paramétricas para variables de distribución normal, se consideró un nivel de significancia estadística del 5%, y se calcularon intervalos de confianza al 95%.

Resultados

Se incluyeron 166 pacientes, las características clínicas y demográficas se describen en la tabla 1. De acuerdo a la escala de WHODAS 2.0, 147 pacientes presentaron algún grado de discapacidad (34.9% leve, 28.9% moderada, 24.7% severa o completa). La mediana de DAS 28 fue más elevada en el grupo grave/completa (3.15) en comparación con los grupos sin discapacidad (1.95) y discapacidad leve (2.21). Las diferencias globales fueron estadísticamente significativas según Kruskal-Wallis ($p = 0.003$). Comparaciones post-hoc indicaron diferencias significativas entre grave/completa y sin discapacidad ($p = 0.0079$); y entre grave/completa y ligera ($p = 0.0191$), mientras que otras comparaciones no fueron significativas.

Discusión

Se constató una elevada carga de discapacidad en pacientes con AR, y esta carga de discapacidad tuvo asociación significativa con los niveles de actividad inflamatoria de la enfermedad; siendo que niveles incluso leves a moderados de actividad de la enfermedad se asociaron significativamente con grados de discapacidad leve, así como también grave/completa.

Conclusiones

Conocer el perfil de discapacidad determinada por la enfermedad en nuestro medio, nos permitirá diseñar estrategias para mejorar estos determinantes de la salud en esta población vulnerable.

Tabla 1. Características clínicas y demográficas basales (n=166)

Edad (años, DS)	57.4 (12.3)
Género (F/M)	137/29
Situación laboral	
Empleado (n, %)	84 (50.6%)
Desempleado (n, %)	82 (49.4%)
Cobertura de salud	
Pública (n, %)	56 (34.7%)
Privada - mutual (n, %)	110 (66.3%)
Comorbilidades (n, %)	
Cardiovascular	76 (45.8%)
Tabaquismo	35 (21.1%)
Obesidad	44 (26.5%)
Tiempo desde diagnóstico (m)(DS)	136.7 (109.7)
Actividad de la enfermedad	
DAS 28 ≤ 3.2	105 (63.3%)
Tratamiento	
Convencional (n, %)	56 (33.7%)
Avanzado (n, %)	59 (35.6%)
Combinado (n, %)	50 (30.1%)
s/d	1 (0.6%)

Se detallan las características basales de la muestra analizada. M: meses. DS: desvío standard. s/d: sin dato.

Perfil de seguridad de terapias biológicas e inhibidores de janus kinasa en pacientes con artritis reumatoide: análisis preliminar.

Victoria Duarte¹, Sofía Rostan¹, Tatiana Romero¹, Emanuel Castro¹, Andrés Parnizari¹, Sebastian Casanova¹, Eugenia Berruzzi¹, Sandra Consani², Gabriel Maciel¹, Gonzalo Silveira¹.

Institución: 1 Unidad Académica Clínica Médica 1, Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Universidad de la República. 2 Unidad Académica Clínica Médica 3, Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Universidad de la República.

Introducción

En el tratamiento de la artritis reumatoide (AR) están involucrados diversos grupos de fármacos, dentro de los que destacamos en la segunda línea terapéutica a los biológicos y pequeñas moléculas de terapia dirigida (inhibidores de la janus kinasa - JAKi), cuya indicación radica en la falla o intolerancia a los fármacos convencionales sintéticos. La eficacia y seguridad de estos fármacos han sido valoradas en distintos estudios de fase 3, así como registros de cohortes, no obstante, la presencia de efectos adversos (EA) es la segunda causa de interrupción del tratamiento; por tanto, continúa siendo de interés la comunicación de registros de vida real. Nos propusimos conocer la frecuencia y características de eventos adversos relacionados con el uso de estos fármacos en pacientes con artritis reumatoide.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo analítico y retrospectivo, con un muestreo por conveniencia. Se incluyeron pacientes asistidos en la policlínica de enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS) del Hospital Maciel que hubieran iniciado tratamiento con fármacos biológicos y/o JAKi desde el 1 de Enero de 2019 hasta el 10 de Marzo de 2025, que consintieron participar en el estudio y hubieran completado 12 meses de seguimiento con dichos fármacos. Se incluyeron variables clínicas y analíticas, a través de revisión de la historia clínica electrónica. Se contó con aprobación por Comité de Ética de la Investigación del Hospital Maciel, con registro en el Ministerio de Salud Pública (N° 7764415)

Resultados

Se incluyeron 54 casos, las características clínicas basales se describen en la tabla 1. Se constataron un total de 29 eventos adversos, 20 pacientes tuvieron al menos 1, mientras que 9 tuvieron dos o más. De estos, únicamente 4 requirieron internación y fueron calificados como graves, mientras que 25 fueron leves. El resto de la clasificación y características se resume en la tabla 2. No se constató diferencia estadísticamente significativa en la proporción de pacientes que tuvieron eventos adversos y recibían FARMES cs concomitantes con relación a los que estaban en monoterapia ($p=0.142$), así como tampoco en los que recibían GCC de forma concomitante ($p = 0.23$).

Discusión

Los EA observados fueron en su mayoría leves, predominando los eventos infecciosos, dentro de los cuales constatamos a las respiratorias y urinarias como las más prevalentes.

Se destaca una baja proporción de eventos cardiovasculares y reactivación de zoster, así como ausencia de eventos neoplásicos y de enfermedad tromboembólica venosa en esta serie.

Conclusiones

Estos datos preliminares aportan información local en línea con lo reportado a nivel internacional y destaca la necesidad de ampliar el seguimiento para una evaluación más completa a largo plazo.

Conflictos de interés

Los autores declaran no poseer conflicto de interés en la realización del presente trabajo de investigación.

Tabla 1. Características clínicas basales

Pacientes (n=55)	
Sexo (femenino/masculino)	50/5
Edad (años) (mediana, RIC)	65 (57 – 71)
Tiempo de evolución de la AR (años, mediana, RIC)	15 (7 - 19)
Comorbilidades (n, %)	
Factores de riesgo CV	49 (90.9%)
HTA	32 (58.1%)
Dislipemia	31 (56.4%)
DM	9 (16.4%)
Tabaquismo	27 (49.1%)
Obesidad	13 (23.6%)
Enfermedad CV	13 (23.6%)
Infecciones previas	17 (30.9%)
Neoplasias previas	3 (5.4%)
Profilaxis BK	10 (18.1%)
Tratamientos (n, %)	
GCC previo	17 (30.9%)
FARMEs biológico o sintético dirigido previo	36 (65.4%)
FARMEs biológico o sintético dirigido actual	
Upadacitinib	23 (41.8%)
Tocilizumab	18 (32.7%)
Tofacitinib	6 (10.9%)
Adalimumab	5 (9.09%)
Etanercept	1 (1.8%)
Rituximab	2 (3.6%)
Tratamiento concomitante (n, %)	
FARMEs	28 (50.9%)
GCC	10 (18.1%)
Se describen las características basales de la muestra analizada. Se registran números y proporciones sobre el total de pacientes (n=54). RIC: rango intercuartílico; CV: cardiovascular; HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; BK: bacilo de Koch; GCC: glucocorticoides; FARMEs: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; CS: convencional sintético.	

Tabla 2. Características de eventos adversos en la muestra analizada (n=54)

Total de eventos adversos (n, %)	29
1 EA	20 (37%)
2 o más EA	9 (16,7%)
Tipo de EA	
Infecioso	24 / 29
Respiratorio	8 / 29
Urinario	8 / 29
Se describen las características y gravedad de los eventos adversos registrados. EA: evento adverso; ETEV: enfermedad tromboembólica venosa.	

Gastrointestinal	2 / 29
Herpes Zoster	3 / 29
TBC	1 / 29
Otros	2 / 29
Cardiovascular	1 / 29
ETEV	0
Neoplasia	0
Hematológico	2 / 29
Otros	2 / 29
Gravedad de EA	
Leve	25 / 29
Grave	4 / 29
Se describen las características y gravedad de los eventos adversos registrados. EA: evento adverso; ETEV: enfermedad tromboembólica venosa.	

● Cardiología



Manejo de la terapia diurética en insuficiencia cardíaca aguda: experiencia en cuidados moderados del Hospital Maciel durante el período julio-setiembre 2025.

Valeria Medina López, Jimena Fernández, Adriana Carlomagno, Fernando Ramos.

Institución: Unidad Académica Médica 1, Hospital Maciel, Facultad de Medicina, UdelaR, Montevideo, Uruguay

Introducción

La Insuficiencia Cardíaca Aguda (ICA) puede requerir atención urgente y hospitalización, siendo esta última un indicador de mortalidad. Los diuréticos son la piedra angular del tratamiento para lograr una descongestión eficaz, aunque existe gran variabilidad en las dosis, modalidad de administración y duración del tratamiento, lo que puede influir en el pronóstico de los pacientes. Objetivo: evaluar el tratamiento diurético en pacientes ingresados por ICA, en cuidados moderados del Hospital Maciel durante el periodo julio-septiembre de 2025.

Metodología

Estudio descriptivo, observacional y prospectivo. Se incluyeron pacientes ingresados por ICA que recibieron tratamiento diurético durante la internación. Se excluyeron pacientes que requirieron manejo inicial en cuidados intermedios o intensivos.

Se analizaron características clínicas y variables relacionadas al tratamiento diurético: tipo de diurético, dosis, vía, modalidad de administración, duración del tratamiento iv y momento del pasaje a la vía oral (vo), así como el perfil de seguridad (variación en FG, disionias). Para el análisis comparativo, los pacientes se clasificaron según FEVI (Fracción de Eyección del VI) en FEVI-conservada (FEVI > 40%) y FEVI-reducida (FEVI < 40%)

Resultados

De 1671 ingresos, 37 correspondieron a ICA. Se incluyeron 21 pacientes (1,3% del total). La tabla 1 muestra las características basales. La dosis inicial de diurético tuvo una mediana de 20 mg (RIC 20) y la dosis acumulada en las primeras 24 horas fue de 80 mg (RIC 40). La mediana del tiempo puerta-furosemide fue de 123 minutos (RIC 77) (tabla 2). Durante la internación, la mediana de la dosis diaria de diuréticos fue de 60 mg (RIC 40), con una mediana de tratamiento iv de 6 días (RIC) y 7 días para la transición a la vo. La duración total de internación fue de 19,9±9,7 días. Al alta 1/21 pacientes recibió tratamiento médico óptimo para IC. Se documentó injuria renal aguda en 19% de los pacientes y disionias en un 54%.

Discusión

Este trabajo presenta resultados de práctica clínica real a nivel local en una entidad de alta prevalencia. En esta cohorte, la ICA representó el 1,3% de los ingresos hospitalarios, cifra menor a la reportada en la literatura, probablemente por el diseño del estudio y los criterios de inclusión aplicados. El retraso en la administración de la primera dosis de furosemide, superior a los 60 minutos recomendados, y las dosis iniciales y acumuladas menores a las reportadas en ensayos clínicos sugieren una brecha posiblemente multifactorial, vinculada a demoras diagnósticas y terapéuticas, circuitos asistenciales

no protocolizados y una actitud más conservadora (subestimación del grado de congestión, temor al deterioro renal, pacientes añosos que inducen una actitud más conservadora). Estos factores podrían contribuir a una mayor duración del tratamiento diurético y de la estancia hospitalaria. La correlación significativa con la dosis acumulada en las primeras 24 horas refuerza la importancia de una estrategia inicial adecuada.

En cuanto a la seguridad en el uso de diuréticos, se evidenció una correlación significativa negativa entre la dosis diaria de furosemide y el delta FG, especialmente en el grupo FEVlr.

Conclusiones

Estos resultados evidencian oportunidades de mejora en la implementación de estrategias descongestivas tempranas en la práctica real.

Pericarditis efusivo-constrictiva secundaria a tuberculosis en paciente portador del virus de inmunodeficiencia humana: un desafío diagnóstico

Sofía Carrau de Siano, Noralía Santiago, Jimena de los Santos, María Pía Scheiner, Jimena López, Manuela Rangel

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

Introducción

La tuberculosis es una infección oportunista en el paciente inmunocomprometido. El compromiso pericárdico es poco frecuente, sin embargo, es la complicación cardíaca más habitual en el paciente con infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Dicha afectación puede presentarse de diversas formas clínicas, como pericarditis aguda, derrame pericárdico, taponamiento cardíaco, y pericarditis constrictiva siendo ésta última la que presentaremos a propósito de un caso clínico.

Caso clínico

Hombre de 49 años, procedente de Montevideo, portador de VIH desde hace 10 años. Escasos controles en salud, con irregular cumplimiento de terapia antirretroviral, retomando la misma en los meses previos, con un recuento de CD4 de 206 células/mm³, y carga viral 1202 copias. Además, padece enfermedad de Crohn con compromiso pancolónico y es tabaquista activo con consumo diario de 20 cigarrillos.

Consulta en centro asistencial por cuadro de 3 meses de evolución, síndrome canalicular irritativo exudativo acompañado por síndrome toxibacilar. Del examen físico se destaca síndrome en menos en base pulmonar derecha, acompañado por elementos de insuficiencia cardíaca derecha.

La radiografía de tórax evidencia opacidad homogénea en base pulmonar derecha, compatible con derrame pleural. Se completa valoración con tomografía de tórax, que confirma derrame pleural derecho con engrosamiento pleural y consolidación subyacente, asociado a pequeño derrame pericárdico con realce pericárdico. Figura 1. Presenta reactantes de fase aguda elevados, resto de la paraclínica normal.

Para confirmación diagnóstica se realiza toracocentesis, obteniéndose líquido pleural con características bioquímicas compatibles con trasudado, sin aislamiento microbiológico en los cultivos. Fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar la cual resulta negativa para bacterias específicas e inespecíficas, así como para micológico.

En cuanto al derrame pericárdico, se completa valoración con ecocardiograma transtorácico evidenciando dilatación biauricular, fracción de eyección preservada y hallazgos compatibles con fisiología restrictiva, engrosamiento pericárdico de 17 mm sugestivo de Pericarditis efusivo-constrictiva. Asocia además signos como annulus reversus, rebote septal e inversión del flujo hepático en diástole, indicadores de pericarditis constrictiva. Se completa valoración con cardioresonancia, presentando intenso realce tardío pericárdico, indicativo de inflamación activa.

Para obtener confirmación etiológica se realiza videopleuroscopia con biopsia pleural, no evidenciándose granulomas caseificantes, y cuyo estudio molecular mediante GeneXpert resultó positivo para *Mycobacterium tuberculosis*.

Con diagnóstico confirmado de Pericarditis efusivo-constrictiva de etiología tuberculosa, se da inicio a tratamiento antiinflamatorio con colchicina, corticoides y antiinflamatorios no esteroideos, así como tratamiento antibiótico dirigido según las pautas de la Comisión Honoraria de la Lucha antituberculosa.

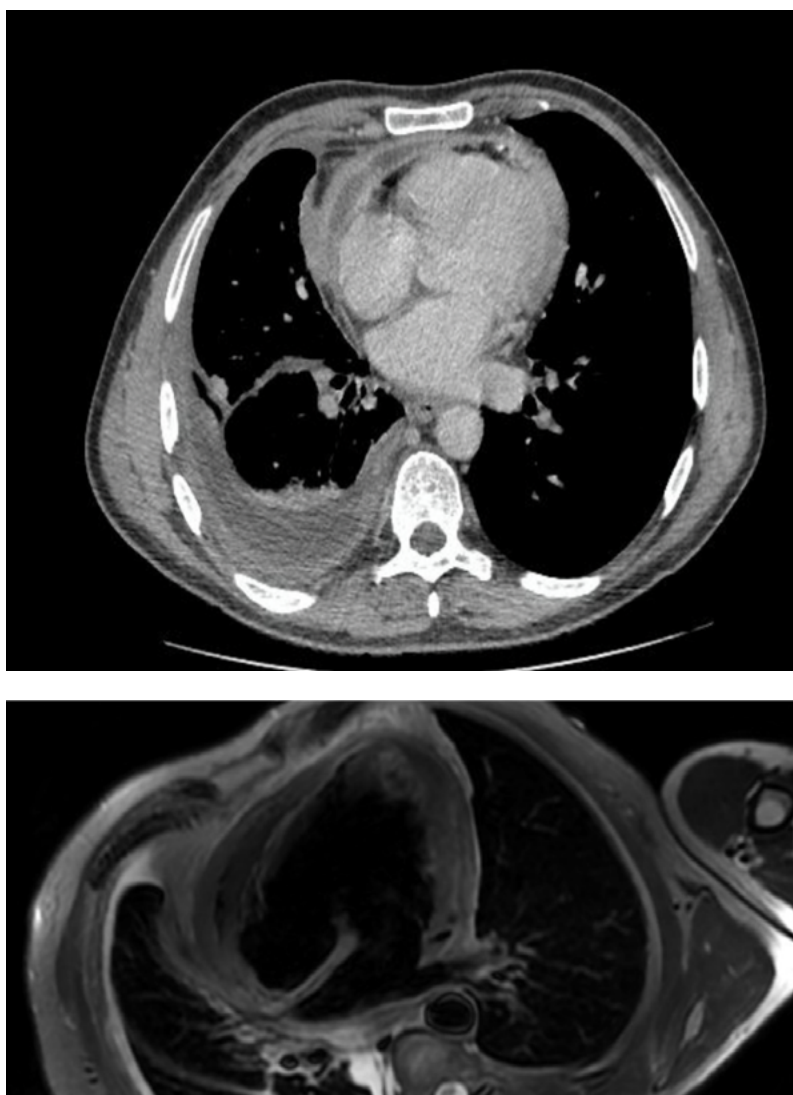
Discusión

La tuberculosis constituye una causa poco frecuente pero grave de compromiso pericárdico, observándose con mayor frecuencia en pacientes inmunocomprometidos. El diagnóstico es complejo debido a la baja especificidad en cuanto a presentación clínica, acompañado por una baja sensibilidad de los métodos microbiológicos convencionales, cobrando mayor relevancia el uso de técnicas moleculares en muestras pleurales o pericárdicas. El reconocimiento precoz resulta fundamental para evitar la progresión hacia el taponamiento pericárdico.

Conclusiones

La tuberculosis debe considerarse en los diagnósticos diferenciales de pericarditis efusivo-constrictiva en pacientes con inmunosupresión. El abordaje multidisciplinario y el uso de métodos diagnósticos moleculares son claves para establecer la etiología y orientar el tratamiento oportuno en forma precoz para un diagnóstico temprano.

Figura 1. TC tórax



Predictores de hipertensión arterial en pacientes con apnea obstructiva del sueño.

Mariana Książenicki, Paola Spósito, María Noel Rivero, Agustina Torres, Santiago Wainer, Verónica Torres Esteche

Institución: Mutualista Médica Uruguaya. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La apnea obstructiva del sueño (AOS) es un trastorno caracterizado por episodios recurrentes de obstrucción parcial o completa de la vía aérea superior durante el sueño, que producen hipoxia intermitente, microdespertares y fragmentación del sueño. Su relevancia clínica radica en su asociación independiente con hipertensión arterial (HTA) y en su impacto sobre la morbilidad cardiovascular. El presente estudio evaluó la asociación entre parámetros de poligrafía respiratoria, como el índice de apnea-hipopnea (IAH) y el tiempo con saturación <90% (T90), y la presencia de HTA en pacientes con AOS. El objetivo del trabajo fue determinar la relación entre T90 y el IAH en relación HTA en individuos con AOS que concurren a una unidad de sueño.

Metodología

Estudio observacional retrospectivo realizado a partir de la revisión de una base de datos de poligrafías respiratorias de un servicio de neumología. Se incluyeron mayores de 18 años con sospecha de AOS. Se excluyeron estudios con un tiempo total de registro válido menor a 4 horas, pacientes con requerimiento de oxigenoterapia o ventilación mecánica no invasiva, diagnóstico de EPOC e insuficiencia cardíaca crónica o enfermedad neuromuscular. Se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia. Las variables cuantitativas se expresaron como mediana y rango intercuartílico, y las cualitativas como frecuencias absolutas y porcentajes. Se consideró significativo un valor p menor a 0.05. El presente estudio fue evaluado y aprobado por el Comité de Ética institucional correspondiente.

Resultados

Se analizaron 166 pacientes, de los cuales 52,4% eran mujeres. La mediana de edad fue de 51 años y el índice de masa corporal (IMC) de 33,5 kg/m². El 17,9% eran tabaquistas y el 26,9% presentaban diabetes mellitus tipo 2. La prevalencia de insuficiencia cardíaca y arritmias fue de 13,6% y 5,3%, respectivamente.

La mediana del índice de apnea-hipopnea (IAH) fue de 23,4 eventos/hora y la del T90 de 4%. El 41,6% presentó apnea obstructiva del sueño moderada a severa. La saturación media de oxígeno fue de 93%, con una saturación mínima de 80,5%.

La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) fue de 64,0%. Al comparar pacientes con y sin HTA, se observaron valores significativamente mayores de T90 en el grupo con HTA ($p=0,003$) (Gráfica 1). En el análisis de regresión logística univariada, el T90 se asoció significativamente con la presencia de HTA (OR 1,030; IC95% 1,005–1,056; $p=0,019$).

Si bien no se observaron diferencias significativas en el IAH entre pacientes con y sin HTA ($p=0,22$) (Gráfica 2), en el análisis univariado el IAH se asoció con la presencia de HTA (OR 1,018; IC95% 1,001–1,035; $p=0,038$).

Discusión

En este grupo de pacientes, la evaluación de los parámetros de desaturación nocturna adquiere especial relevancia en la caracterización de la apnea obstructiva del sueño. El T90 refleja con mayor precisión la carga fisiopatológica de la enfermedad.

Conclusiones

El T90 permite identificar subgrupos con mayor vulnerabilidad cardiovascular y orientar estrategias de diagnóstico, estratificación de riesgo y abordaje terapéutico.

Figura 1. Comparación del T90 entre pacientes con y sin hipertensión arterial.

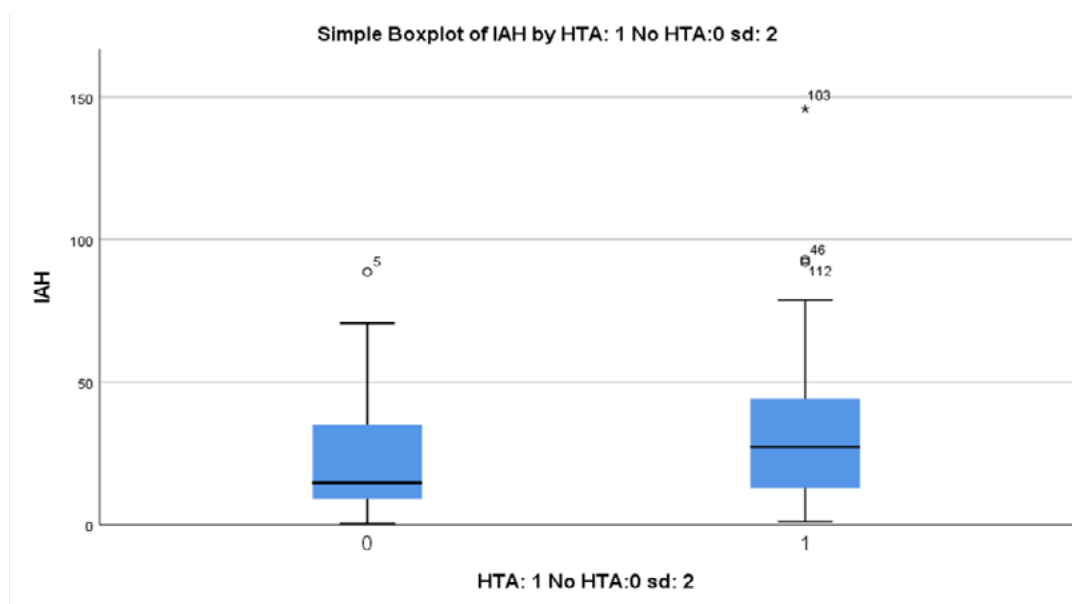
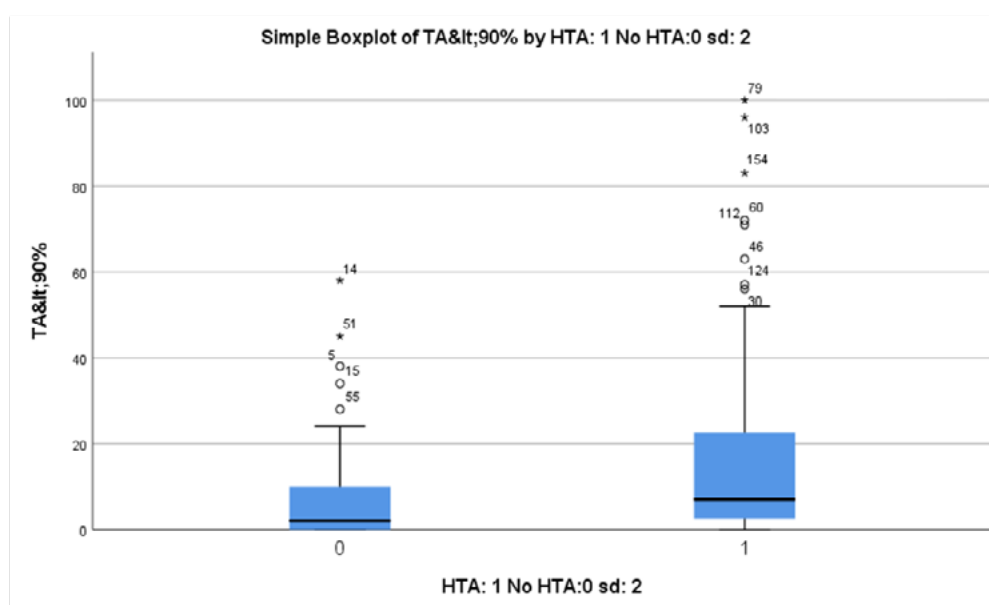


Figura 2. Comparación IAH entre pacientes con y sin hipertensión arterial.



Monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA): su rol como herramienta diagnóstica y de seguimiento en cardiología

Natalia Apud, Valentina Más, Paola Spósito, María Noel Rivero, Emilia Moreira

Institución: Hospital Maciel. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La hipertensión arterial (HTA) es el principal factor de riesgo modificable de morbimortalidad cardiovascular, asociado a enfermedades coronarias, accidente cerebrovascular (ACV), insuficiencia cardíaca (IC) y enfermedad renal. Su diagnóstico y control son desafiantes debido a la variabilidad de presión arterial (PA) y las variaciones en el control en consultorio, pudiendo llevar a errores diagnósticos

El MAPA permite evaluar los valores de PA durante 24 hs, identificando patrones circadianos y mejorando la estratificación de riesgo cardiovascular. Este trabajo tiene como objetivo describir la aplicación del MAPA como herramienta diagnóstica y de seguimiento asistidos en una policlínica de cardiología.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, incluyendo MAPAs realizados entre marzo 2025 - febrero 2026, a pacientes mayores de 18 años, excluyéndose aquellos MAPAs no concluyentes (<70% de tomas válidas). Las variables cuantitativas fueron expresadas en mediana y rango intercuartílico; las cualitativas se expresaron en frecuencia absoluta y frecuencia relativa porcentual. Se valoró asociación mediante la prueba de chi cuadrado y prueba exacta de Fisher.

Se cumplieron con los principios de la Declaración de Helsinki y a la normativa nacional vigente, incluyendo el Decreto 158/019 del Ministerio de Salud Pública del Uruguay.

Resultados

Se incluyeron 173 MAPAs. 83,1% presentó HTA grado II y 16,9% grado I. 64,7% de las solicitudes fueron sin dato clínico, seguido de 24,9% evaluación de respuesta al tratamiento y 9,2% confirmación diagnóstica. 63% HTA nocturna fue el hallazgo más frecuente, seguida de HTA diurna (52%). La HTA sistólica se observó en 36,4% y la diastólica en 24,3%. El patrón circadiano predominante fue non dipper (55,5%), seguido de dipper fisiológico (27,2%). La HTA de bata blanca se observó en 2 pacientes (1,2%), mientras que la HTA enmascarada fue identificada en 1 paciente (0,6%).

Discusión

El MAPA es un método no invasivo que registra automáticamente los valores de PA durante 24 hs, incluyendo el sueño. Los resultados de este estudio reafirman la elevada prevalencia de HTA nocturna como fenotipo de alto riesgo. Esta se asocia como predictor independiente de eventos cardiovasculares, incluso por encima de la PA diurna. Numerosas guías internacionales refuerzan el uso del MAPA para su detección, debido a que no es posible identificarla mediante mediciones convencionales en el consultorio. El patrón non dipper se asocia con mayor riesgo de hipertrofia ventricular izquierda y ACV; en este estudio se encontró alta prevalencia de HTA grado II acompañado de pérdida del patrón dipper, sugiriendo una población con mayor carga de riesgo cardiovascular o sospecha de mal control tensional, consistente con los hallazgos en la solicitud del MAPA, ya en un 24,9% se solicitó para control de tratamiento, en

contraste con el 9,2% utilizado para diagnóstico. Estos hallazgos podrían relacionarse también con la edad mediana de la muestra (61 años) y el predominio de sobrepeso/obesidad.

Conclusiones

El MAPA se muestra como una herramienta útil para el seguimiento de pacientes hipertensos, permitiendo identificar una elevada prevalencia de HTA nocturna y patrón non dipper, hallazgos que refuerzan su uso en la detección fenotipos de alto riesgo cardiovascular, mejorando el manejo de la HTA en la práctica clínica.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de la población estudiada (n = 173)

Variable	Valor
Edad, mediana (RIQ)	61 (19) años
Edad mínima-máxima	18-87
Sexo femenino	114 (66,3%)
Sexo masculino	58 (33,7%)
IMC, mediana (RIQ)	29 (8) kg/m ²
IMC mínimo-máximo	14-89

Caracterización de pacientes con Endocarditis Infecciosa en un Centro de Salud.

Jimena Ravera, Martín Yandian, Verónica Torres, Gustavo Bruno.

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

Introducción

La endocarditis infecciosa (EI) es una enfermedad médico quirúrgica frecuente que conlleva una elevada morbi-mortalidad. Requiere un diagnóstico precoz, preciso y tratamiento antibiótico adecuado que evite o minimice complicaciones. Su presentación clínica variable es un desafío diagnóstico. En Uruguay no contamos con estudios específicos que caractericen a esta población por lo que este trabajo propone generar conocimiento sobre datos clínicos, epidemiológicos, microbiológicos y evolutivos en pacientes asistidos en un centro de salud.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo que incluyó 29 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico definitivo de EI, por criterios recomendados por las guías de la European Society of Cardiology (ESC) 2023, asistidos entre noviembre de 2023 y noviembre de 2024 en un centro de salud mutual de Montevideo. Se realizó seguimiento clínico a los seis meses. El protocolo fue aprobado por el comité de ética institucional y se realizó de acuerdo con los principios de la declaración de Helsinki y el decreto Uruguayo 150/90.

Discusión

En la cohorte analizada se observó un predominio de compromiso valvular único en el 79,3% de los casos. La localización más frecuente fue sobre válvula mitral nativa (37,9%). La EI sobre válvula protésica tardía se observó en el 27,5% de los casos. El 6,8% correspondió a EI asociada a marcapaso. Las manifestaciones más frecuentes fueron fiebre y anemia. Entre los fenómenos embólicos, los más frecuentes fueron esplénico (27,6%) y cerebral (24,1%). Las vegetaciones valvulares constituyeron el hallazgo ecocardiográfico predominante, observándose asociación entre mayor tamaño de vegetación y fenómenos embólicos. Se evidenciaron 75,8% de hemocultivos positivos, siendo los microorganismos más frecuentemente aislados *Staphylococcus aureus* y *Enterococcus faecalis*, ambos en el 20,7% de los casos. En las EI con hemocultivo negativo (24%), se destaca un 6,9% asociados a *Bartonella henselae*. En la mayoría de los casos (58,6%) no se logró identificar una puerta de entrada evidente. En los casos donde se identificó una puerta de entrada, la vinculada a infección de piel fue la más frecuente (17,2%). El tratamiento antibiótico empírico inicial fue dirigido en función a los protocolos institucionales, con ajustes posteriores según resultados microbiológicos y evolución clínica. La mortalidad global de la cohorte fue de 4 pacientes (13,7%), siendo la gran mayoría relacionada a EI por *Staphylococcus aureus* meticilino-sensible (3 pacientes). La cirugía cardíaca fue requerida en el 17,2% de los casos por riesgo embólico o necesidad de retiro de marcapasos. La sobrevida global estimada al finalizar el seguimiento de 6 meses fue de 84,1% (IC 95%: $\pm 7,4$).

Conclusiones

Este trabajo demuestra que la EI continúa siendo una patología de alta complejidad asociada a complicaciones severas y mortalidad significativa, siendo uno de los determinantes el tipo de microorganismo aislado. Se debe mantener una alta sospecha clínica para lograr un diagnóstico y tratamiento oportuno.

Policlínica al alta de insuficiencia cardíaca: análisis preliminar del funcionamiento dentro de la Unidad Académica Médica A.

Francisco López Cevallos, Victoria Trelles, Verónica Pérez, Gabriela Ormaechea.

Institución: Hospital de Clínicas "Dr. Manuel Quitela", Montevideo Uruguay. Unidad multidisciplinaria de Insuficiencia Cardíaca. Montevideo Uruguay

Introducción:

La Insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (IC-FEVlr) constituye un problema de salud pública a nivel mundial debido a su elevada morbilidad, el alto consumo de recursos sanitarios y la elevada tasa de hospitalizaciones recurrentes. El período de transición entre el alta hospitalaria y el seguimiento ambulatorio representa una etapa crítica para la optimización del tratamiento médico basado en la evidencia y la prevención de reingresos.

La UMIC se configura como un modelo asistencial especializado orientado al abordaje integral de los pacientes con IC. Su objetivo es optimizar el diagnóstico, la titulación terapéutica, el seguimiento clínico y la educación del paciente mediante un enfoque interdisciplinario coordinado.

En este marco, la UMIC articula el trabajo conjunto de especialistas en medicina interna y cardiología, enfermería especializada, nutrición, rehabilitación cardiovascular y psicología, con el propósito de mejorar los resultados clínicos, la calidad de vida y reducir la tasa de hospitalizaciones.

La implementación de policlínicas de seguimiento post-alta en pacientes con IC ha demostrado ser una estrategia eficaz para el control de factores de riesgo y comorbilidades, la optimización del tratamiento farmacológico y el fortalecimiento de la educación terapéutica, favoreciendo la continuidad asistencial y un manejo integral de la enfermedad.

Metodología:

Estudio descriptivo - observacional, pacientes que hayan sido atendidos en PAIC entre marzo 2025 y marzo 2026.

Objetivos:

Objetivo general:

Describir el perfil clínico, el manejo terapéutico de pacientes con IC-FEVlr durante primera visita post-alta en PAIC, Marzo 2025 hasta Marzo 2026.

Objetivos específicos:

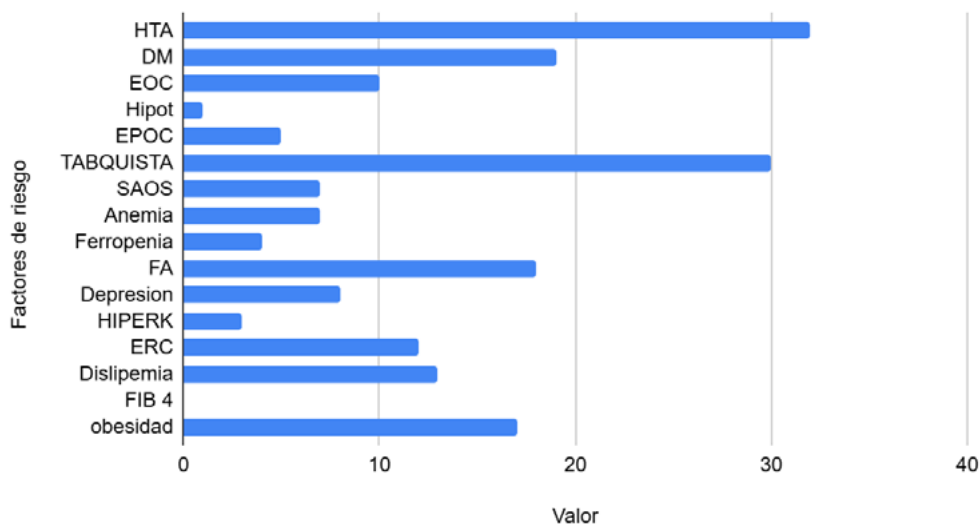
- Determinar distribución por sexo, comorbilidades y factores de riesgo cardiovascular de pacientes.
- Evaluar índice de re hospitalización en 6 meses posterior al alta.
- Identificar necesidades de ajuste terapéutico en el seguimiento en PAIC.

Resultados:

Se incluyeron un total de 54 pacientes. 44 son hombres, 10 mujeres. Edad promedio 77 años. 17 con etiología establecida, con un 57% isquémica. Estancia hospitalaria promedio de 15 días. Comorbilidades más prevalentes se indican en la Gráfica 1.

Gráfica 1.

Valor contra Criterios



Con una re hospitalización del 20% en 6 meses posterior al primer control

Limitaciones:

- Análisis preliminar.
- Servicio nuevo.
- Pérdida de pacientes entre el alta y el control.

Conclusiones:

El control precoz y estructurado tras el alta es un pilar fundamental en el manejo de la IC-FEVIr, se ha demostrado que reduce el reingreso hospitalario, así reduciendo costes en salud, reducción de la morbi mortalidad y mejor calidad de vida.

La transición de la hospitalización al ambulatorio sigue siendo un eslabón débil dado a la pérdida de pacientes, debiendo promoverse para mejorar resultados en tratamientos y seguimiento, así como la adherencia y educación de los pacientes.

Impacto de una unidad interdisciplinaria de insuficiencia cardíaca en reingresos hospitalarios y mortalidad.

Cecilia Collazo, Florencia Maglione, Romina Caraballo, Mariana Noria, Camila Pieroni, Ines Petrini, Cristina Pattarino, Flavia Leizagoyen, Raquel Monteghirfo, Ernesto Cairoli

Institución: CRAMI- IAMPP. Las Piedras, Canelones, Uruguay

Introducción

La insuficiencia cardíaca (IC) constituye una de las principales causas de hospitalización en adultos mayores, asociándose con elevada mortalidad y frecuentes reingresos. Los programas estructurados de seguimiento interdisciplinario han demostrado mejorar los resultados clínicos mediante la optimización del tratamiento, la detección precoz de descompensaciones y la educación del paciente.

El objetivo de este trabajo fue evaluar el impacto de una Unidad de Seguimiento Interdisciplinario de Insuficiencia Cardíaca (UIC) en pacientes con IC con fracción de eyección reducida (FEVr), en términos de reingresos hospitalarios y mortalidad.

Metodología

Estudio observacional, unicéntrico, que compara dos cohortes: una cohorte histórica (retrospectiva) previa al inicio de la UIC (grupo control) y una cohorte prospectiva posterior a su inicio (grupo de estudio). Ambas incluyeron pacientes egresados por insuficiencia cardíaca descompensada con FEVr en un centro de tercer nivel de atención. Fueron excluidos pacientes con comorbilidades graves o con deterioro neurocognitivo severo y dependencia funcional.

Se evaluó la incidencia acumulada de mortalidad y la tasa de reingreso hospitalario a 30 días y a los 12 meses.

Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica. Los resultados se expresaron en valores absolutos, porcentajes y medias. Las variables cuantitativas mostraron una distribución no normal y se compararon con el test de Mann-Whitney, mientras que las cualitativas se analizaron mediante test exacto de Fisher. La supervivencia se analizó mediante curvas de Kaplan–Meier con comparación por test de log-rank. Se consideró significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados

Las características basales de la población se muestran en la Tabla 1. Ambas cohortes fueron comparables en cuanto a edad, sexo, hipertensión arterial, tabaquismo, cardiopatía isquémica y clase funcional. El grupo de estudio presentó una mayor prevalencia de diabetes ($p=0.05$). Ambas cohortes se observaron durante un período de 12 meses.

En el grupo control se observó un 23% de reingresos hospitalarios, 6% de reingresos a 30 días y una mortalidad del 32%.

En el grupo de estudio, la tasa de reingresos fue de 7%, sin reingresos a 30 días y con una mortalidad de 7.5%. Estas diferencias fueron estadísticamente significativas en comparación con el grupo control (reingresos a 12 meses $p=0.003$; mortalidad a 12 meses $p=0.009$) (Tabla 2).

Discusión

La implementación de la UIC se asoció con una reducción significativa de los reingresos hospitalarios y de la mortalidad a 12 meses de seguimiento.

El impacto positivo observado probablemente sea multifactorial: educación del paciente, seguimiento estrecho e introducción de fármacos modificadores de la enfermedad.

Una limitación a destacar del estudio es el tamaño muestral pequeño.

Conclusiones

La implementación de la UIC se asoció con una reducción clínicamente relevante en los reingresos hospitalarios y en la mortalidad en el período analizado, lo que respalda el valor de su implementación en la práctica clínica.

Tabla 1. Características de la población

	Pre UIC (n:34)	Post UIC (n:54)	p
Edad años (mediana IC)	76 (68.5-81.5)	70 (66-88)	0.51
Sexo masculino (n %)	26 (76%)	37 (68%)	0.42
HTA (n%)	32 (94%)	47 (87%)	0.28
DM (n %)	11 (32%)	29 (53%)	0.05
Tabaquismo (n %)	11 (32%)	12 (22%)	0.29
Cardiopatía isquémica (n %)	17 (50%)	30 (55%)	0.61
Disnea CF I/II NYHA (n %)	8 (23%)	12 (22%)	0.88
Disnea CF III/IV NYHA (n%)	27 (79%)	42 (77%)	0.88

HTA: hipertensión arterial; DM: diabetes mellitus; CF: clase funcional NYHA.

Tabla 2. Indicadores clínicos pre y post inicio de UIC.

	Pre UIC (n=34)	Post UIC (n=54)	p
Mortalidad (n-%)	11 (32 %)	4 (7%)	p = 0.009
Reingreso a 30 días (n-%)	2 (6%)	0 (0%)	p = 0.14
Reingresos totales (n-%)	8 (23%)	4 (7%)	p = 0.003

Gastroenterología Hepatología



Prevalencia de *Helicobacter pylori* y lesiones preneoplásicas en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta en un hospital terciario de Paraguay.

Renata María Leon Stimson, Fanny Giselle Ramos Galeano

Institución: Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas - Postgrado en Medicina Interna, Tercera Cátedra de Clínica Médica y Semiología Médica, San Lorenzo, Paraguay

Introducción

Helicobacter pylori es el principal agente etiológico de gastritis crónica, úlcera péptica y un factor determinante en el desarrollo de adenocarcinoma gástrico. La infección induce inflamación crónica que puede progresar a atrofia gástrica, metaplasia intestinal, displasia y cáncer gástrico en la denominada cascada preneoplásica de Correa. En América Latina la prevalencia continúa siendo elevada y el cáncer gástrico permanece entre las principales causas de mortalidad por cáncer. En Paraguay la evidencia epidemiológica reciente es limitada. El objetivo del estudio fue determinar la prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* y su asociación con lesiones preneoplásicas en pacientes sometidos a endoscopia digestiva alta.

Metodología

Estudio analítico de corte transversal y retrospectivo, realizado mediante revisión de registros del Servicio de Gastroenterología y del Departamento de Anatomía Patológica del Hospital de Clínicas entre enero de 2023 y diciembre de 2024. Durante el periodo se realizaron 3269 endoscopías digestivas altas; en 1647 se tomaron biopsias gástricas. Tras excluir estudios con información incompleta se incluyeron 1401 pacientes adultos. La infección por *Helicobacter pylori* se definió mediante identificación histopatológica en biopsias gástricas. Se registraron variables sociodemográficas, indicaciones de endoscopia, hallazgos endoscópicos e histopatológicos. Las asociaciones se evaluaron mediante prueba de chi-cuadrado de Pearson y regresión logística binaria, considerando significativo $p < 0,05$.

Resultados

Se analizaron 1401 pacientes con edad media de 51 años y predominio del sexo femenino. Las indicaciones más frecuentes de endoscopia fueron dispepsia y epigastralgia. La prevalencia global de infección por *Helicobacter pylori* fue 37,5 % (526/1401). La infección fue más frecuente en varones y mostró una tendencia creciente con la edad. El hallazgo endoscópico predominante fue gastritis antral. En el análisis histopatológico la gastritis crónica fue el diagnóstico más frecuente, seguida de metaplasia intestinal y atrofia gástrica. *Helicobacter pylori* se asoció significativamente con gastritis crónica, metaplasia intestinal y atrofia gástrica ($p < 0,05$), sin asociación significativa con displasia ni adenocarcinoma gástrico.

Discusión

La prevalencia observada corresponde a un nivel intermedio de endemicidad comparable con otros países latinoamericanos. La asociación con lesiones intermedias de la cascada preneoplásica refuerza el papel de *Helicobacter pylori* en la carcinogénesis gástrica. La ausencia de asociación con lesiones avanzadas podría explicarse por la desaparición del microorganismo en mucosas severamente atroficas o neoplásicas. El tamaño muestral elevado y la confirmación histopatológica constituyen fortalezas relevantes del estudio.

Conclusiones

Se observó una prevalencia intermedia de infección por *Helicobacter pylori* con asociación significativa a lesiones preneoplásicas de la mucosa gástrica. Estos resultados respaldan la implementación de estrategias de pesquisa, erradicación de la infección y vigilancia endoscópica para la prevención del cáncer gástrico.

Colitis infecciosa grave por coinfección entérica múltiple: evolución bifásica con bacteriemia por Salmonella

Camila Bentos-Pereira, Victoria Frantchez, Daniela Chiodi, Laura Fraga

Institución: COSEM-IAMPP, Montevideo, Uruguay

Introducción

La colitis infecciosa constituye una causa frecuente de diarrea aguda y generalmente presenta una evolución autolimitada en individuos inmunocompetentes. Sin embargo, un pequeño subgrupo de pacientes puede desarrollar formas graves con compromiso sistémico. La introducción de técnicas moleculares de diagnóstico ha permitido reconocer con mayor frecuencia la coinfección por múltiples patógenos entéricos, fenómeno asociado a cuadros clínicos más severos, evolución prolongada y mayor complejidad terapéutica.

Presentamos el caso de un adulto joven inmunocompetente que desarrolló una colitis infecciosa grave con evolución bifásica, inicialmente asociada a bacteriemia por Salmonella y posteriormente coinfección bacteriana múltiple documentada en biopsias de mucosa colónica.

Caso clínico

Paciente masculino de 18 años con antecedentes de obesidad grado III y diabetes mellitus tipo 2 con mal control metabólico. Refería inmersión en un curso de agua contaminado diez días antes del inicio de los síntomas.

Consultó por siete días de fiebre y diarrea de alta tasa con características disenteriformes. Al examen físico presentaba fiebre, deshidratación y dolor abdominal con defensa en hemiabdomen inferior.

Los estudios de laboratorio evidenciaron leucocitosis leve, insuficiencia renal aguda KDIGO I, hiponatremia moderada y trastornos hidroelectrolíticos asociados a alcalosis metabólica hipoclorémica e hipokalémica con hiperlactatemia leve-moderada. La tomografía computada abdominopélvica mostró engrosamiento colónico difuso compatible con colitis extensa, iniciándose tratamiento empírico con ceftriaxona y metronidazol.

El coprocultivo y los hemocultivos aislaron Salmonella spp. multisensible, interpretándose bacteriemia secundaria a colitis infecciosa. Ante persistencia de fiebre y disentería bajo tratamiento dirigido (ceftriaxona 2 gramos/día intravenoso) se realizó un panel molecular entérico que detectó Shigella/ Escherichia coli enteroinvasora, evidenciando coinfección bacteriana.

La evolución fue tórpida con síndrome de respuesta inflamatoria sistémica, pancitopenia, coagulopatía y enterorragia con repercusión hematimétrica. La rectosigmoidoscopia mostró rectocolitis ulcerada severa (figura 1). El cultivo de biopsias desarrolló Escherichia coli productora de beta-lactamasa de espectro extendido (BLEE). El estudio histológico descartó enfermedad inflamatoria intestinal y la inmunohistoquímica infección viral. Durante la evaluación endoscópica se diagnosticó además candidiasis esofágica.

Ante esta evolución se escaló tratamiento antimicrobiano a meropenem y fluconazol, con posterior mejoría clínica y endoscópica (figura 2) así como normalización progresiva de los parámetros inflamatorios.

Figura 1. rectocolitis severa supurativa con ulceraciones profundas circunferenciales y exudado fibrinoleucocitario.

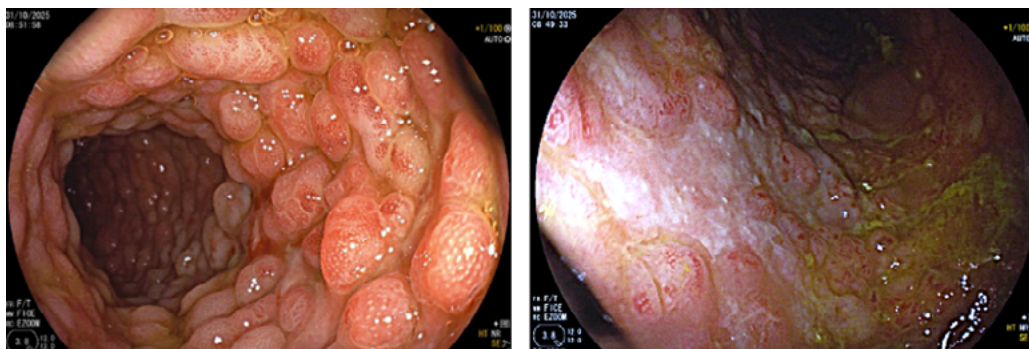
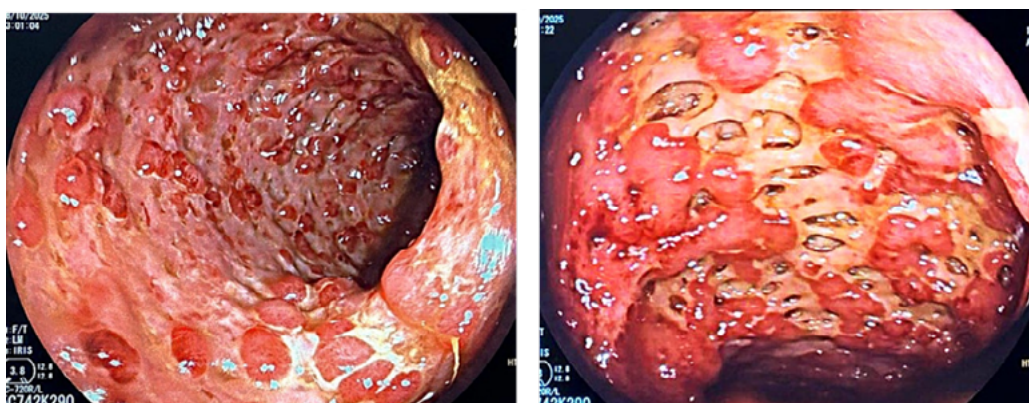


Figura 2. mucosa nodular congestiva con ulceraciones en vías de cicatrización.



Discusión

La coinfección por múltiples enteropatógenos puede asociarse a formas particularmente graves de colitis infecciosa. La evolución en dos fases —con bacteriemia inicial por *Salmonella* seguida de aislamiento de otros microorganismos entéricos en mucosa colónica— sugiere un proceso dinámico de disbiosis e invasión bacteriana favorecido por el daño mucoso.

Asimismo, el aislamiento de bacterias multiresistentes resalta el papel del tracto gastrointestinal como reservorio de genes de resistencia y plantea desafíos terapéuticos. Aunque no se identificaron inmunodeficiencias primarias, las comorbilidades y la infección sistémica grave podrían haber condicionado una inmunosupresión funcional transitoria.

Conclusiones

La colitis infecciosa puede evolucionar hacia formas invasivas y microbiológicamente complejas, incluso en pacientes jóvenes sin inmunodeficiencia demostrada. La coinfección entérica y la aparición secuencial de patógenos multiresistentes pueden condicionar presentaciones graves que requieren reevaluación diagnóstica y terapéutica continua.

Enfermedad vascular portosinusoidal: A propósito de un caso clínico

Carolina Castrillon, Martín Elizondo, Virginia Coitinho, Vanessa Correa

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

Introducción

La enfermedad vascular portosinusoidal (PSVD) es una causa infrecuente de hipertensión portal no cirrótica (HTPnc), aunque representa una proporción significativa dentro de este grupo. Se han descrito asociaciones etiológicas con fármacos (particularmente oxaliplatino), estados protrombóticos, enfermedades autoinmunes e infecciones crónicas.

En la mayoría de los casos permanecen asintomáticos hasta que desarrollan complicaciones por HTP. En un tercio de los pacientes aparece como complicación la trombosis de la vena porta. El diagnóstico se basa en la presencia de HTP con función hepática preservada, en ausencia de cirrosis.

No existe un tratamiento etiológico específico, por lo que el manejo se orienta a la prevención y tratamiento de las complicaciones de la HTP. El pronóstico de pacientes con HTPnc es mejor que pacientes con cirrosis.

La relevancia de este caso radica en que la PSVD es una causa infrecuente y frecuentemente subdiagnosticada de HTPnc.

Caso clínico

Hombre 66 años. Cáncer de colon, en 2017 recibe tratamiento quirúrgico y quimioterapia que incluyó oxaliplatino. En 2022 debutó con hemorragia digestiva por varices esofágicas, gastropatía hipertensiva portal. Sin alteración de la función hepática (Tabla 1). Eco Doppler portal: hígado de tamaño y morfología normal, bazo aumentado 154 mm, ascitis leve, flujo hepatópeto. Vena porta 12,5 mm. Elastografía hepática (FibroScan®) grado moderado de rigidez hepática, y rigidez esplénica marcadamente aumentada. La biopsia hepática confirmó un patrón de injuria vascular con dilatación sinusoidal y fibroesclerosis portal, ausencia de cirrosis, y arquitectura hepática conservada, compatible con PSVD.

Inicia tratamiento con espironolactona 100 mg/día y betabloqueantes no selectivos (BBNS) (carvedilol 6,25 mg/ 12 horas).

Reingresa en reiteradas oportunidades para erradicación variceal coordinado. En la evolución, presenta trombosis parcial de rama izquierda de la vena porta, iniciándose anticoagulación con enoxaparina.

Discusión

El diagnóstico de la PSVD requiere alto índice de sospecha clínica, particularmente en pacientes con elementos de HTP y función hepática preservada en ausencia de cirrosis. La alteración primaria se localiza en la microvasculatura portal y sinusoidal.

El paciente se presenta con manifestaciones de HTP dado por varices esofágicas, esplenomegalia, plaquetopenia y ascitis. Imagenológicamente no se evidenció alteración en la morfología y ecogenicidad hepática. El Doppler portal inicial evidenció flujo hepatópeto y permeabilidad del eje esplenoportal, sin signos de obstrucción vascular macroscópica. Sobre la etiología, lo asociamos al oxaliplatino, siendo este uno de los agentes quimioterápicos más vinculados, incluso años después de la exposición, favoreciendo la lesión sinusoidal y fibrosis perisinusoidal.

La biopsia hepática constituye el estudio confirmatorio. El diagnóstico se fundamenta en la ausencia de cirrosis, presencia de hallazgos histológicos característicos, como venopatía obliterativa portal, hiperplasia nodular regenerativa o fibrosis septal incompleta, y exclusión de otras causas, como se evidenció en este caso. (Fig. 2).

El tratamiento de la HTP se basa en BBNS y ligadura endoscópica para prevenir el sangrado variceal; las terapias vasoactivas como la terlipresina se utilizan en sangrado agudo. Las principales complicaciones son el sangrado recurrente y la trombosis portal.

En casos refractarios al tratamiento puede indicarse derivación portosistémica intrahepática transyugular, y excepcionalmente trasplante hepático.

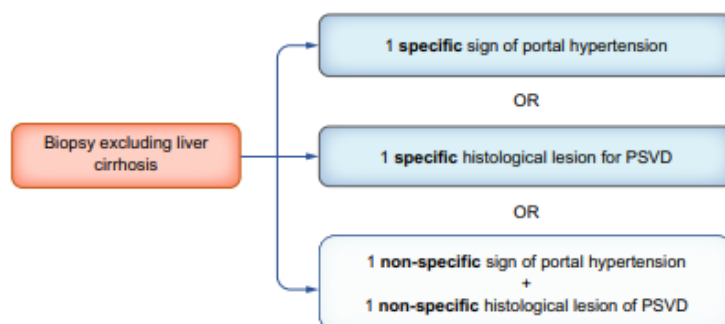
Conclusiones

La PSVD es una causa infrecuente y probablemente subdiagnosticada de HTPnc. Este caso resalta la importancia de considerarla en pacientes con HTP y función hepática preservada, con antecedentes oncológicos y quimioterápicos.

Tabla 1. Resultados paraclínica del paciente

Estudio	Resultado	Valores de referencia
Hemoglobina (g/dL)	8,3	12-16
Morfología eritrocitaria	Microcítica hipocrómica	—
Plaquetas (/mm ³)	53.000	150.000-400.000
Bilirrubina total (mg/dL)	1,56	<1,2
Bilirrubina indirecta (mg/dL)	1,16	<0,8
GOT/AST (U/L)	14	<40
GPT/ALT (U/L)	7	<41
Albúmina (g/dL)	3,7	3,5-5,0
Tiempo de protrombina (%)	77	70 -100
INR	1,5	0.8-1.2
Serologías VIH VHC VHB	Negativas	
Ferritina (ng/dL)	9	20 - 300

Figura 2. Criterios diagnósticos



Hepatitis autoinmune en paciente con infección por VIH: el desafío de la paradoja inmunológica

Joaquín Ferreira Bacciarini, Paulina Brasó, Jorge Facal

Institución: Centro de Asistencia de la Agrupación Médica de Pando (CAAMEPA). Pando, Uruguay

Introducción

La hepatitis autoinmune (HAI) es una entidad infrecuente cuya presentación varía desde cuadros asintomáticos hasta insuficiencia hepática aguda o cirrosis. La prevalencia de alteración de enzimas hepáticas en pacientes con VIH es cercana al 27%, habitualmente secundaria a toxicidad farmacológica, coinfecciones virales (VHB, VHC), alcoholismo o enfermedad hepática esteatótica asociada a disfunción metabólica. Debido a esto, la HAI suele ser una sospecha tardía en pacientes con VIH, pese a que su incidencia ha aumentado en relación con la reconstitución inmune bajo tratamiento antirretroviral (TARV).

Caso Clínico

Mujer de 53 años, con diagnóstico de VIH desde 2007, en tratamiento con tenofovir disoproxil fumarato, lamivudina y dolutegravir (desde 2023). Carga viral (CV) indetectable y linfocitos CD4+ de 730 células/mm³. Sin antecedentes de enfermedades marcadoras de SIDA ni hepatopatía previa. Consumo leve de alcohol ocasional. Encontrándose asintomática por control se detectó elevación de transaminasas: alanino aminotransferasa (ALT) 345 UI/L y aspartato aminotransferasa (AST) 261 UI/L, que ascendieron luego de tres meses de seguimiento (ALT 577 UI/L y AST 363 UI/L) pese a la abstinencia alcohólica. Al examen físico no presentaba estigmas de hepatopatía crónica, con abdomen normal. Ecografía abdominal: hígado de tamaño y ecogenicidad normales, quiste simple de 40 mm de diámetro mayor en el lóbulo derecho; vesícula normal, sin litiasis; discreta ectasia de la vía biliar intrahepática, colédoco fino; páncreas y bazo normales, no ascitis. Serología para VHC no reactiva, VHB con perfil de hepatitis curada. ANA positivo 1/640 (patrón centromérico) y CENP-B positivo. El proteinograma electroforético reveló una hipergammaglobulinemia policlonal (Tabla 1). La biopsia hepática mostró un marcado infiltrado inflamatorio mixto con necrosis de interfase y fibrosis portal. Score simplificado del International Autoimmune Hepatitis Group (IAIHG) de 7 puntos (HAI definitiva). Con planteo de HAI, se inició tratamiento con prednisona y azatioprina (50 mg/día), logrando valores normales de transaminasas en un mes. A los seis meses, la CV permaneció indetectable y los linfocitos CD4+ estables (716/mm³) (Figura 1).

Discusión

El diagnóstico de HAI en pacientes con VIH es complejo y representa un desafío clínico. Su prevalencia en esta población es extremadamente baja (estimada en 0,02%), y el diagnóstico suele verse dificultado por la mayor frecuencia de otras causas de injuria hepática. En este caso, la biopsia hepática fue el estándar de oro para el diagnóstico diferencial con una lesión hepática inducida por fármacos. Alejadas otras etiologías, el título elevado de ANA, la biopsia hepática y la respuesta al tratamiento inmunosupresor confirmaron el diagnóstico de HAI. Este caso ilustra la “paradoja inmunológica”: la HAI ocurre predominantemente en pacientes con VIH con reconstitución inmune (CD4+ > 250/mm³), donde la recuperación de la inmunidad celular puede desencadenar la pérdida de tolerancia a autoantígenos.

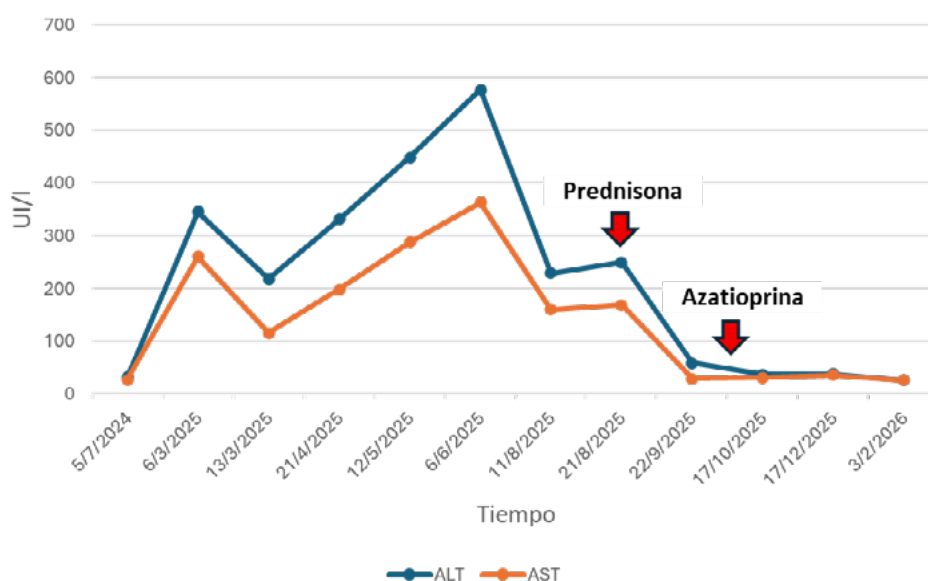
Conclusiones: La HAI debe ser considerada en el diagnóstico diferencial de las transaminasas elevadas en pacientes con VIH. El tratamiento inmunosupresor estándar es seguro y eficaz, no compromete la estabilidad inmunológica y permite una rápida remisión bioquímica, siempre bajo un estrecho seguimiento multidisciplinario.

Tabla 1. Resultados de exámenes de laboratorio.

Examen	Resultado	Valor de referencia
Carga viral	Indetectable	Límite de detección 43 copias/mL
Linfocitos CD4+	730	600-1800/mm ³
ALT	345	0 - 40 UI/L
AST	261	0 - 37 UI/L
Bilirrubina total	0.60	0.20-1.00 mg/dL
Fosfatasa alcalina	130	0-140 UI/L
GGT	89	5-55 UI/L
Albuminemia	3.5	3.5-5 g/dL
Tiempo de protrombina	89	70-120%
INR	1.06	1
Colinesterasa	11633	7000-19000 UI/L
HBsAg	No reactivo	No reactivo
Acs anti Hbc	Reactivo	No reactivo
Acs anti HBs	Reactivo	No reactivo
Acs anti VHC	No reactivo	No reactivo
Ferritina	108	8-388 ng/mL
Alfa feto proteína	4.26	<5.5 UI/mL
Gammaglobulinas	24.2	12,00 - 20,00 %
ANA	Positivo 1/640	Negativo
Acs anti CENP-B	Positivo (++)	Negativo
AMA	Negativo	Negativo
ASMA	Negativo	Negativo
Acs anti LKM-1	Negativo	Negativo

ALT: alanino aminotransferasa; AST: aspartato aminotransferasa; GGT: gamma glutamil transpeptidasa; INR: índice internacional normalizado; HBsAg: antígeno de superficie del virus de la hepatitis B; Acs anti Hbc: anticuerpos contra el núcleo de la hepatitis B; Acs anti HBs: anticuerpo de superficie del virus de la hepatitis B; Acs anti VHC: anticuerpos contra el virus de la hepatitis C; ANA: anticuerpos antinucleares; Acs anti CENP-B: anticuerpos contra la proteína B del centrómero; AMA: anticuerpos antimitocondriales; ASMA: anticuerpos anti músculo liso; Acs anti LKM-1: anticuerpo microsomal tipo 1 de hígado y riñón.

Figura 1. Representación gráfica de los resultados de transaminasas en el tiempo.



Hepatotoxicidad inducida por el tratamiento antituberculoso y su impacto clínico en pacientes con tuberculosis en el Hospital Pasteur

Camila Morelli, María Belén Añón, Mercedes Perendones

Institución: Unidad Académica Clínica Médica 2. Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La tuberculosis constituye un problema prioritario de salud pública en Uruguay, con incidencia en ascenso. La hepatotoxicidad inducida por fármacos (Drug-Induced Liver Injury, DILI) es la principal complicación del tratamiento antituberculoso y puede condicionar suspensión terapéutica, fracaso terapéutico y aumento de la morbimortalidad. La identificación de factores de riesgo clínicos y farmacológicos resulta clave para optimizar el seguimiento y la toma de decisiones terapéuticas. El objetivo fue describir la presencia de hepatotoxicidad inducida por fármacos antituberculosos en pacientes con tuberculosis tratados en el Hospital Pasteur, así como su relación con factores clínicos, y su impacto en la evolución clínica y terapéutica.

Metodología

Se trata de un estudio clínico, observacional, prospectivo y descriptivo realizado en el Hospital Pasteur (Montevideo, Uruguay), entre 2021 y 2023. Se incluyeron 61 pacientes mayores de 18 años con diagnóstico confirmado de tuberculosis que iniciaron esquema estándar de tratamiento. Se excluyeron pacientes con datos insuficientes para evaluación hepática.

Se registraron variables demográficas y comorbilidades, incluyendo consumo de alcohol y coinfección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), así como tratamiento concomitante con terapia antirretroviral (TARV). Se evaluó la función hepática previo al inicio y durante el tratamiento antituberculoso.

El DILI se definió según criterios establecidos en la guía nacional vigente. El análisis estadístico incluyó prueba de Chi-cuadrado o test exacto de Fisher, considerando significativo $p \leq 0,05$. El análisis se realizó con el software estadístico SPSS versión XX (IBM Corp.). El protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética y Ética Clínica del Hospital Pasteur (Acta 12/07/2021).

Resultados

El 26,2% presentó alteración del funcional hepático durante el tratamiento y 3,3% cumplió criterios estrictos de DILI. El patrón bioquímico predominante fue colestásico. Se observó asociación significativa entre alteración hepática y consumo de alcohol ($p=0,004$) así como con el tratamiento concomitante con terapia antirretroviral (TARV) ($p=0,003$). La totalidad de los pacientes en TARV presentó alteración del funcional hepático. La mayoría de los casos fueron leves y no requirieron suspensión definitiva del esquema terapéutico.

Discusión

La alteración hepática fue frecuente, aunque el DILI estrictamente definida fue poco prevalente y mayoritariamente leve, en concordancia con reportes internacionales. El consumo de alcohol y el uso concomitante de TARV emergen como factores de riesgo relevantes en nuestra población, lo que subraya la necesidad de monitoreo estrecho en estos subgrupos.

Conclusiones

La alteración hepática durante el tratamiento antituberculoso fue frecuente en nuestra cohorte. En el contexto del incremento sostenido de la tuberculosis en Uruguay, estos hallazgos aportan evidencia local y adquieren especial relevancia clínica, al subrayar la necesidad de un monitoreo sistemático, particularmente en pacientes con factores de riesgo definidos. La identificación de estos pacientes constituye un paso clave hacia estrategias de manejo más seguras y progresivamente individualizadas.

Predicción no invasiva de hipertensión portal clínicamente significativa mediante elastografía hepática y esplénica: Análisis preliminar de una cohorte en desarrollo.

Valentina López ⁽¹⁾, Valeria Medina ⁽¹⁾, Romina Rey ⁽²⁾, Martín Elizondo ⁽²⁾

Institución: (1) Unidad Académica Médica 1 "Dr. Prof. Jorge Facal", Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay. (2) Servicio de Enfermedades Hepáticas. Unidad Docente Asistencial Centro Nacional Hepato-Bilio-Pancreático, Hospital Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay.

Introducción

La hipertensión portal clínicamente significativa (HTPCS) es el principal determinante de descompensación en pacientes cirróticos o con enfermedad hepática crónica avanzada compensada (EHCAC), definida por rigidez hepática ≥ 15 kPa en elastografía hepática y sin eventos de descompensación.

La medición del gradiente de presión venoso hepático (GPVH) constituye el método de referencia para su estimación. Su carácter invasivo limita su uso, por lo que se han desarrollado herramientas no invasivas basadas en elastografía y variables clínicas para estimar la probabilidad de HTPCS, como los scores ANTICIPATE, ANTICIPATE-NASH y NICER. Estas herramientas podrían facilitar la estratificación del riesgo de hipertensión portal (HTP) y orientar la indicación de estudios endoscópicos.

El objetivo de este trabajo es describir resultados preliminares de una cohorte prospectiva en desarrollo que evalúa herramientas no invasivas para estimar la probabilidad de HTPCS.

Metodología

Se realizó un análisis preliminar con 24 pacientes, documentando variables como edad, sexo, etiología de la enfermedad hepática, índice de masa corporal, recuento plaquetario, rigidez hepática (RH) y rigidez esplénica (RE), medidas con Elastografía por FibroScan® 630 Expert. Con estas se calcularon los scores ANTICIPATE, ANTICIPATE-NASH (en pacientes con etiología Enfermedad Hepática Metabólica (MASLD)) y NICER para estimar la probabilidad de HTPCS. Se consideró alto riesgo cuando la probabilidad estimada fue $\geq 50\%$. Se analizaron marcadores indirectos de HTP como plaquetopenia ($< 140 \times 10^9/L$), esplenomegalia y presencia de várices esofágicas (VE) en endoscopia digestiva.

Resultados

La cohorte incluyó 24 pacientes, edad media de 64.6 ± 10.5 años y distribución equitativa por sexo. La etiología predominante fue MASLD (79%). El IMC promedio fue 32.3 ± 6.3 kg/m². Recuento plaquetario medio de $184 \pm 80 \times 10^9/L$, con plaquetopenia en 37.5%.

La RH media fue 30.8 ± 16.9 kPa y la RE media 60.9 ± 28.1 kPa. La probabilidad media de HTPCS fue 0.68 ± 0.25 según ANTICIPATE, 0.40 ± 0.33 según ANTICIPATE-NASH y 0.64 ± 0.30 según NICER (Figura 1)

ANTICIPATE y NICER clasificaron alto riesgo a 66.7% de los pacientes, ANTICIPATE-NASH identificó alto riesgo en 36.8% de los pacientes con MASLD. La endoscopia estuvo disponible en 14, identificándose VE en 42.9%.

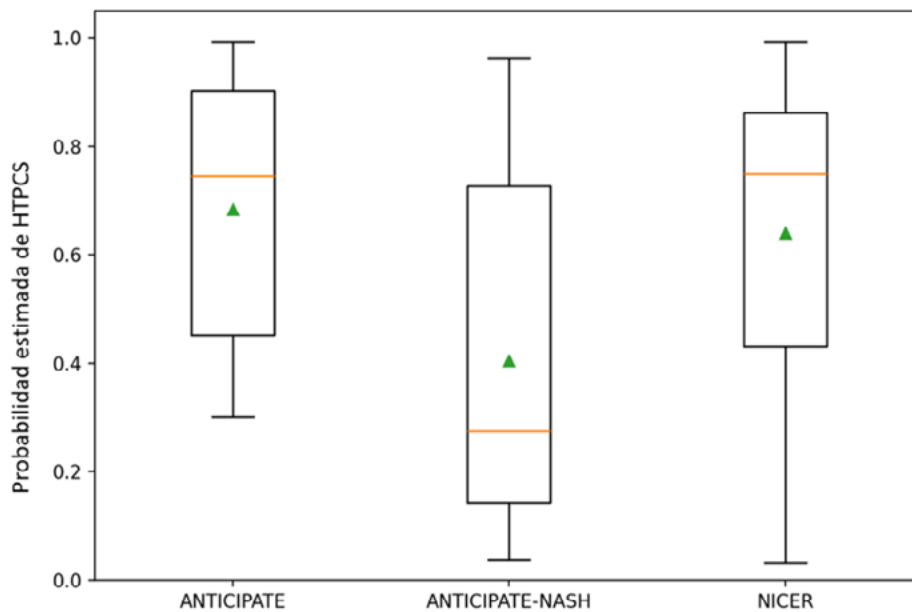
Discusión

Los scores ANTICIPATE y NICER identificaron proporciones similares de pacientes con alto riesgo de HTPCS, ANTICIPATE-NASH reclasificó una menor proporción de pacientes con MASLD como de alto riesgo. Esto podría reflejar la recalibración del modelo para pacientes con obesidad y esteatosis hepática, condiciones que pueden influir en la elastografía. Si bien los hallazgos endoscópicos sugieren mayor probabilidad estimada de HTPCS, el carácter preliminar de la cohorte y el tamaño muestral limitado no permiten establecer asociaciones concluyentes. Se requiere ampliar el tamaño de la cohorte para evaluar con mayor precisión el desempeño de estos scores.

Conclusiones

En pacientes con EHCAc, las herramientas no invasivas basadas en elastografía hepática y esplénica permiten estimar la probabilidad de HTPCS y podrían contribuir a la estratificación del riesgo y a la selección de pacientes para evaluar la indicación de endoscopia.

Figura 1. Distribución de la probabilidad estimada de HTPCS según los scores ANTICIPATE, ANTICIPATE-NASH y NICER en la cohorte estudiada.



Colonización rectal por enterobacterias productoras de carbapenemasa en pacientes con cirrosis en evaluación para trasplante hepático y uso de rifaximina

Jimena Prieto, Kamila Navarro, Romina Rey, Martin Lopez, Julio Medina

Institución: Programa Nacional de Trasplante Hepático, Montevideo, Uruguay.

Introducción

Los pacientes con cirrosis avanzada presentan mayor riesgo de colonización e infección por bacterias multirresistentes debido a hospitalizaciones frecuentes, procedimientos invasivos y exposición repetida a antibióticos. Entre estos microorganismos, las enterobacterias productoras de carbapenemasa (EPC) representan un desafío clínico por su elevada resistencia antimicrobiana y las limitadas opciones terapéuticas. La colonización intestinal por EPC puede preceder al desarrollo de infecciones invasivas, lo que adquiere particular relevancia en pacientes candidatos a trasplante hepático.

La rifaximina es un antibiótico no absorbible utilizado principalmente para la prevención secundaria de encefalopatía hepática, por lo que suele indicarse en pacientes con enfermedad hepática más avanzada y mayor contacto con el sistema sanitario. Su impacto en la colonización por bacterias multirresistentes continúa siendo motivo de debate.

El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de colonización rectal por enterobacterias productoras de carbapenemasa en pacientes con cirrosis en evaluación para trasplante hepático y explorar su asociación con el uso de rifaximina.

Metodología

Se realizó un estudio observacional transversal en pacientes con cirrosis en evaluación para trasplante hepático. Montevideo, Uruguay. La colonización intestinal se evaluó mediante hisopado rectal procesado según los protocolos microbiológicos institucionales.

Período de estudio: 2023 a 2025.

Criterios de inclusión: Pacientes ≥ 18 años con diagnóstico de cirrosis hepática en evaluación pre-trasplante hepático.

Criterios de exclusión: Paciente con diagnóstico Falla hepática fulminante y/o Acute on chronic (AoCLF)

Aprobado por comité de ética del Hospital Central de las Fuerzas Armadas.

Resultados

Se incluyeron 68 pacientes. La edad media fue 55,1 años (DE 11,5) y 48 pacientes (70,6%) eran hombres. El resto de las características se describen en la Tabla 1.

Se detectó colonización rectal por enterobacterias productoras de carbapenemasa en 4 de 68 pacientes (5,9%; IC95% 1,6–14,4). Los pacientes colonizados presentaron mayor gravedad de enfermedad hepática, con MELD mediano de 22,5 (RIC 16–29,5) frente a 17,0 (RIC 12,8–20,0) en los no colonizados.

El uso de rifaximina se registró en 39 pacientes (57,4%). La colonización por EPC se observó en 2 pacientes tratados con rifaximina (5,1%) y en 2 pacientes sin rifaximina (6,9%) con un OR de 0,70 (IC95% 0,09–5,31).

Los pacientes tratados con rifaximina presentaron mayor gravedad de enfermedad hepática y mayor exposición sanitaria, con MELD más elevado, mayor antecedente de hospitalización reciente y mayor proporción de ingreso a UCI. El uso previo de antibióticos fue similar entre ambos grupos. (Tabla 2)

Discusión

En esta cohorte de pacientes con cirrosis en evaluación para trasplante hepático se observó una prevalencia relativamente baja de colonización por enterobacterias productoras de carbapenemasa.

A pesar de que los pacientes tratados con rifaximina presentaron mayor gravedad de enfermedad hepática y mayor exposición a factores clásicos de colonización, no se observó una mayor prevalencia de EPC en este grupo.

Conclusiones

La de colonización rectal por enterobacterias productoras de carbapenemasa fue baja y el uso de rifaximina no se asoció con mayor colonización. Estos hallazgos plantean la hipótesis de que la rifaximina podría influir en la ecología intestinal de enterobacterias multirresistentes.

Tabla 1. Características de la cohorte

Variable	Total (n=68)
Edad, media (DE)	55,1 (11,5)
Sexo masculino	48 (70,6%)
MELD mediana (RIC)	17 (13–20)
Child-Pugh A	8 (11,8%)
Child-Pugh B	36 (52,9%)
Child-Pugh C	24 (35,3%)
Antibióticos en 6 meses	38 (57,8%)
Hospitalización en 6 meses	41 (60,2%)
Ingreso a UCI	26 (38,2%)
Colonización EPC	4 (5,9%)
Colonización BLEE	12 (17,6%)

Tabla 2. Comparación según uso de rifaximina

Variable	Rifaximina (n=39)	Sin rifaximina (n=29)	p
MELD mediana (RIC)	18 (16.34–19.51)	14 (12.51-17.63)	0,019
Hospitalización 6 meses	28 (71,8%)	13 (44,8%)	0,045
Ingreso UCI	19 (48,7%)	7 (24,1%)	0,039
Antibióticos previos	23 (58,9%)	15 (51,7%)	0,754
Colonización EPC	2 (5,1%)	2 (6,9%)	—

Evaluación de fibrosis hepática en pacientes con obesidad severa

Florencia Araujo, Lucía Maresca, Fernanda Luy, Sofia Carozzi, Mariana Patrone, Gastón Nieto, Andrea Vaucher, Gustavo Bruno, Mercedes Perendones

Institución: Hospital Pasteur y Hospital Maciel, Montevideo Uruguay

Introducción

La obesidad es una enfermedad sistémica asociada a un estado inflamatorio crónico, entre sus manifestaciones se destaca la enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD). El diagnóstico clínico de MASLD se basa en la presencia de esteatosis hepática asociada a al menos un factor de riesgo cardiometabólico (hipertensión arterial, diabetes, dislipemia u obesidad) y exclusión de otras causas de hepatopatía, particularmente consumo significativo de alcohol. El principal factor pronóstico en MASLD es la presencia de fibrosis hepática.

El objetivo de este trabajo es caracterizar el compromiso hepático asociado a disfunción metabólica en pacientes con obesidad GII y III candidatos a cirugía bariátrica mediante métodos no invasivos de evaluación de fibrosis.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, longitudinal y prospectivo en pacientes asistidos en policlínica de cirugía bariátrica del Hospital Maciel.

Se incluyeron pacientes con edad ≥ 18 años, índice de masa corporal (IMC) ≥ 35 kg/m², esteatosis hepática documentada y disponibilidad elastografía preoperatoria. Se excluyeron pacientes con consumo significativo de alcohol, infección por virus de hepatitis B o C. La evaluación de fibrosis hepática se realizó mediante métodos no invasivos: score FIB-4 y elastografía hepática.

Resultados

Se incluyeron 20 pacientes, 85% sexo femenino, mediana de 46 años (RIC = 18) e IMC de 57,8 kg/mt² (RIC = 13,6). 70% presentaba obesidad grado III y el restante grado II. De las características de la población se destaca que 70% presentaban SAHOS, 65% eran diabéticos, 50% hipertensos y 47% dislipémicos. El score FIB 4 presenta una mediana de 0.6 (RIC = 0,4). En relación a la elastografía, 15% presentaron F1, 15% F2, 45% F3 y 25% F4. No se halló asociación significativa entre IMC y grado de fibrosis determinado por elastografía (p - 0,488). El índice FIB-4 no mostró correlación con los estadios de fibrosis medidos por elastografía (p - 0,215). El análisis mediante Kruskal-Wallis confirmó la ausencia de diferencias estadísticamente significativas en los valores de FIB-4 según el grado de rigidez hepática (p - 0,101).

Discusión

Se observó una elevada prevalencia de fibrosis hepática avanzada determinada por elastografía, en contraste con el score FIB-4, que clasificó a la mayoría de los pacientes en categorías de bajo riesgo. Esta discordancia podría reflejar limitaciones de los métodos no invasivos para evaluar fibrosis en pacientes con obesidad severa.

Estos hallazgos son relevantes debido a la alta proporción de enfermedad hepática avanzada en esta población. Surge la interrogante de si estos pacientes presentan cirrosis compensada sin manifestaciones clínicas ni signos de hipertensión portal, o si la elastografía podría estar sobreestimando el grado de fibrosis en el contexto de obesidad.

Conclusiones

En pacientes obesos grado II y III, el IMC y score FIB-4 no reflejan fielmente el grado de fibrosis medido por elastografía. En consecuencia, el uso aislado de estos parámetros clínicos podría no representar el daño histológico potencial en esta población. Por estos hallazgos, resulta relevante continuar el seguimiento posoperatorio con elastografía para evaluar la evolución de la esteatosis y fibrosis, así como considerar de forma individualizada la indicación de biopsia hepática.

Tabla 1. Características de la población de estudio

SEXO M	M	3	15,0%
	F	17	85,0%
DM	No	7	35,0%
	Si	13	65,0%
DISLIPEMIA	No	9	52,9%
	Si	8	47,1%
SAHOS	No	6	30,0%
	Si	14	70,0%
EVENTO CV	No	20	100,0%
HTA	No	10	50,0%
	Si	10	50,0%

Tabla 2. Relación de grado de obesidad según IMC y grado de fibrosis medido por elastografía

		Elastografía pre operatoria				
		F1	F2	F3	F4	Total
Obesidad G II	recuento	1	0	3	2	6
	%	16,7%	0,0%	50,0%	33,3%	100,0%
Obesidad G III	n	2	3	6	3	14
	%	14,3%	21,4%	42,9%	21,4%	100,0%
Total	n	3	3	9	5	20
	%	15,0%	15,0%	45,0%	25,0%	100,0%

Porfiria hepática aguda refractaria con compromiso neurológico severo y respuesta al tratamiento con givosirán: reporte de caso

Moriana Arevalo, Lucia Pomies, Maria Martinez, Jimena Nuñez, Ana Umpierrez, Lourdes Roballo, Fiorella Caracciolo

Institución: Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay– Servicio de Medicina Interna. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La porfiria hepática aguda (PHA) es un grupo de enfermedades metabólicas hereditarias raras causadas por alteraciones enzimáticas en la vía hepática del hemo. Estas generan acumulación de metabolitos neurotóxicos, principalmente ácido delta-aminolevulínico (ALA) y porfobilinógeno (PBG), responsables de crisis neurovisceral con dolor abdominal intenso, síntomas autonómicos y compromiso neurológico. En casos graves puede evolucionar a neuropatía motora progresiva, compromiso bulbar e insuficiencia respiratoria que requiere ventilación mecánica. El tratamiento durante las crisis agudas consiste en hemina intravenosa, que inhibe la vía del hemo y reduce ALA y PBG. Algunos pacientes presentan crisis recurrentes o refractarias a la hemina. Se han desarrollado terapias dirigidas como givosirán, un ARN interferente que inhibe la expresión hepática de ALAS1. Givosirán fármaco huérfano, de alto costo, aprobado para un número limitado de pacientes, indicado en ≥ 12 años y autorizado mediante recurso de amparo.

Caso clínico

Paciente femenina de 30 años con antecedente familiar de PHA e infección por VIH con TARV. Diagnosticada de PHA en 2017 mediante clínica compatible y determinación de porfirinas positivas, presentaba crisis recurrentes con dolor abdominal, síntomas neurovegetativos y episodios hipertensivos. En octubre de 2024 presentó crisis grave con cuadriparesia flácida, dolor neuropático intenso, insuficiencia respiratoria y parálisis bilateral de cuerdas vocales, requiriendo ingreso en UCI y ventilación mecánica. La paraclínica evidenció PBG urinario positivo y actividad persistente de la enfermedad. Recibió cinco ciclos de hemina intravenosa sin lograr remisión clínica ni bioquímica, desarrollando sobrecarga férrica (ferritina >1500 ng/mL). Se catalogó como PHA refractaria a hemina. Durante la crisis se implementó tratamiento complementario: analgesia controlada, fluidoterapia e ingesta calórica suficiente con administración de glucosa para inhibir ALAS1 y reducir metabolitos neurotóxicos. Ante la refractariedad a hemina, se inició givosirán mediante recurso de amparo, 2,5 mg/kg subcutáneo mensual desde diciembre de 2025. Tras tres dosis, hubo mejoría progresiva: disminución del dolor, reducción de opioides, recuperación parcial de fuerza axial, mejora respiratoria y recuperación parcial de la movilidad de cuerdas vocales. Los parámetros renales y hepáticos se estabilizaron y no se registraron nuevas crisis ni efectos adversos durante 90 días.

Discusión

La acumulación de ALA y PBG genera neuropatía axonal motora, alteraciones autonómicas y disfunción del SNC. El manejo complementario con analgesia, fluidoterapia e ingesta calórica con glucosa es esencial para aliviar síntomas y reducir estrés metabólico. La refractariedad a hemina destaca la necesidad de terapias dirigidas como givosirán, que disminuye significativamente ALA y PBG, reduciendo la frecuencia de crisis y la necesidad de hemina. Su condición de fármaco huérfano, alto costo, autorizado por recurso de amparo resalta la importancia de su uso en centros especializados.

Conclusiones

En la PHA refractaria a hemina con compromiso neurológico severo, givosirán puede lograr mejoría clínica significativa y prevenir nuevas crisis.

Hidrotórax hepático aislado en paciente cirrótico: desafío diagnóstico y terapéutico.

Serena Isbarbo, Ana Inés Medina, Danilo Sosa

Institución: Hospital Pasteur. Montevideo, Uruguay.

Introducción

El hidrotórax hepático (HH) se define como la presencia de derrame pleural en un paciente con enfermedad hepática avanzada, secundario a la misma. Este hallazgo aparece frecuentemente en presencia de ascitis severa, pero en aproximadamente un 2% de los casos puede presentarse de manera aislada, lo que supone un desafío diagnóstico de especial relevancia dado que la mortalidad asociada es elevada, con una supervivencia estimada de 8 a 12 meses. Se presenta el caso clínico de un paciente cirrótico con HH aislado, con el objetivo de analizar la dificultad diagnóstica de este hallazgo infrecuente y sus implicancias terapéuticas.

Caso clínico

Paciente masculino de 59 años, ex tabaquista y enolista intenso. Antecedentes de cirrosis hepática con descompensaciones previas: encefalopatía hepática, ascitis y peritonitis bacteriana espontánea, clasificándose como Child Pugh clase C y estadio 3 de D'amico. Portador de trombosis venosa portal, en tratamiento con warfarina.

Tras un periodo de cirrosis compensada consultó por disnea a mínimos esfuerzos y tos seca, sin clínica infecciosa asociada. Al examen físico: apirético, polipnéico, murmullo alveolo-vesicular abolido y matidez a la percusión en hemitórax derecho, sin ascitis ni elementos de encefalopatía hepática. La radiografía inicial se detalla en la imagen 1.

De la analítica destaca: plaquetas 92.000/mm³, PCR 17.8 mg/L, glóbulos blancos de 7.75x10³/mm³, albúmina de 2.6 g/dL y bilirrubina de 2,47 mg/dL.

Ecografía abdominal sin ascitis, hígado remodelado con hipertrofia del lóbulo caudado, esplenomegalia y flujo hepatofugo del sistema portal.

Dada la presencia de derrame pleural mal tolerado, se realiza toracocentesis diagnóstico-terapéutica cuyos resultados se detallan en la tabla 1.

Se plantea HH, se drena e indica albúmina, espirolactona y furosemide. Presenta posteriormente múltiples recidivas del derrame sin ascitis concomitante, pese al tratamiento médico. Se evalúa para trasplante hepático como tratamiento definitivo.

Discusión

La fisiopatología clásica del HH implica el traspaso de líquido ascítico a través de pequeños defectos en el diafragma. En ausencia de ascitis significativa, se consideran otros mecanismos alternativos. Se postula que la hipertensión portal puede aumentar la permeabilidad capilar pleural, favoreciendo la migración directa al espacio pleural. Asimismo, la disfunción linfática, especialmente diafragmática, podría reducir la reabsorción pleural favoreciendo la acumulación de líquido.

Aún no se comprende completamente por qué solo un subgrupo de pacientes cirróticos desarrolla HH, incluso cuando presentan grados similares de hipertensión portal y disfunción hepática.

El HH es generalmente resistente a diuréticos, por lo que las opciones terapéuticas incluyen el trasplante hepático como tratamiento curativo, o medidas paliativas como la toracocentesis a repetición, colocación de drenaje pig-tail, derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) o pleurodesis. En este caso, el TIPS no se consideró una opción terapéutica por el mayor riesgo de recurrencia de encefalopatía hepática. Por lo tanto, se plantea el trasplante hepático como tratamiento definitivo, con toracocentesis a demanda como manejo intermedio.

Conclusiones

La importancia de considerar HH en pacientes cirróticos incluso en ausencia de ascitis radica en la mortalidad asociada. El diagnóstico representa un desafío por su infrecuente presentación.

Imagen 1. Radiografía de tórax al momento del ingreso que evidencia una opacidad homogénea en hemitórax derecho.

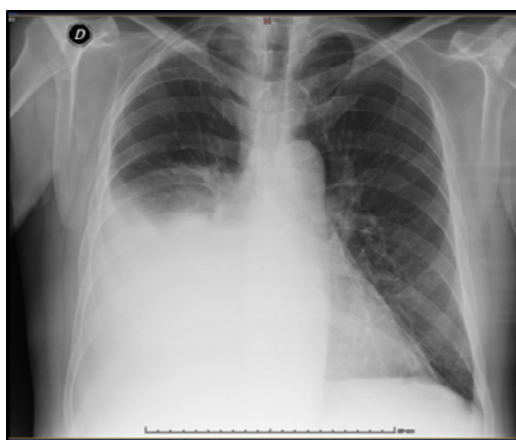


Tabla 1. Análisis del líquido pleural obtenido por toracocentesis. GASAP: gradiente de albúmina suero-líquido pleural (valor > 1,1 g/dL orienta hipertensión portal). LDH: lactato deshidrogenasa; ADA: adenosina desaminasa.

Parámetro	Resultado
Aspecto	Citrino
Glucosa	1,47 g/L
Albúmina	1,11 g/L
LDH	100 U/L
Colesterol	15 mg/dL
ADA	5 UI/L
GASA	1,49 g/dL

● Hematología



Linfopenia CD4+ idiopática

Renata María Leon Stimson, Gloria Raquel Llanes

Institución: Cátedra de Semiología y III Cátedra de Clínica Médica, Hospital de Clínicas, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Asunción, Asunción, Paraguay.

Introducción

La linfocitopenia CD4+ idiopática (LCI) es un síndrome clínico poco habitual caracterizado por reducción persistente de células T CD4+ sin infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Los pacientes presentan infecciones oportunistas, trastornos autoinmunes y neoplasias. Se presenta este caso para resaltar la importancia de considerar la LCI en pacientes con infecciones oportunistas y serología negativa para VIH.

Caso clínico

Paciente masculino de 55 años, hipertenso, diabético y con hiperplasia prostática benigna, consultó por cuadro de dos meses de evolución con astenia progresiva, pérdida de 10 kg, fiebre vespertina y adenopatías cervicales, axilares e inguinales con secreción purulenta. Al examen físico presentaba adenopatías palpables sólido-elásticas no adheridas. Los estudios complementarios revelaron linfopenia severa de CD4+ (78 células/mm³) con VIH negativo confirmado por Western Blot y reacción en cadena de la polimerasa (PCR) para virus linfotrópico T humano (HTLV-1/2) negativos. La biopsia ganglionar identificó *Histoplasma capsulatum*, el lavado broncoalveolar (LBA) fue positivo para *Cryptococcus neoformans* y *gattii*, TB-LAM positivo (+++), y cultivo de secreción purulenta aisló *Staphylococcus aureus* multisensible. La tomografía de tórax mostró nódulos cavitados difusos y opacidad con broncograma aéreo. Se trató con anfotericina B por 14 días, seguido de itraconazol, esquema antibacilar y profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol (TMP-SMX). A los seis meses, el CD4+ aumentó a 138 células/mm³, confirmando LCI.

Discusión

Este caso ilustra la presentación de múltiples infecciones oportunistas (histoplasmosis, criptococosis, tuberculosis y bacteriemia por *S. aureus*) en un paciente sin VIH. La LCI es un diagnóstico de exclusión que requiere descarte riguroso de causas secundarias de inmunosupresión. El mecanismo patogénico permanece sin esclarecerse, sugiriéndose mecanismos autoinmunes o defectos en hematopoyesis. El manejo es empírico, enfocado en tratar infecciones oportunistas y profilaxis antimicrobiana, sin terapia dirigida para corregir la deficiencia inmunitaria subyacente.

Conclusiones

Coexistencia de cuatro infecciones oportunistas graves en un paciente con linfopenia CD4+ sin VIH, caso excepcional que demuestra la importancia del diagnóstico diferencial exhaustivo.

Tabla 1. Resultados de estudios de laboratorio y microbiológicos

Estudio	Resultado
Recuento de CD4+	78 células/mm ³
Serología VIH	Negativo (confirmado por Western Blot)
PCR HTLV-1/2	Negativo
Biopsia ganglionar	Positivo para <i>Histoplasma capsulatum</i>
LBA y tinta china	Positivo para <i>Cryptococcus</i> (<i>neoformans</i> y <i>gattii</i>)
TB-LAM	Positivo (+++)
GeneXpert en LBA	Negativo
Cultivo de secreción purulenta	<i>Staphylococcus aureus</i> multisensible
CD4+ a los 6 meses	138 células/mm ³

Linfoma de Burkitt asociado a VIH con presentación pseudoinfecciosa y compromiso multiorgánico extenso

Zulay García

Institución: Sanatorio Servicio Médico Integral. Uruguay.

Introducción

Los linfomas no Hodgkin (LNH) asociados al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) continúan representando una causa relevante de morbimortalidad en pacientes inmunosuprimidos. El linfoma de Burkitt (LB), neoplasia B altamente proliferativa, suele presentarse con compromiso extranodal y evolución agresiva. En pacientes con recuentos de linfocitos CD4 < 100 células/μL puede simular infecciones oportunistas diseminadas, generando retraso diagnóstico y terapéutico. Presentamos un caso con debut pseudoinfeccioso visceral extenso y complejidad terapéutica asociada a coinfección por virus de hepatitis B (VHB).

Caso clínico

Masculino de 38 años, antecedente de LNH en infancia (probable LB) tratado con poliquimioterapia, VIH diagnosticada en 2023 en tratamiento antirretroviral (CD4: 76 células/μL) y coinfección por VHB con carga viral de 90.074 copias/mL.

Consultó por dolor lumbar progresivo de una semana, irradiado a miembros inferiores, asociado a un registro febril aislado de 38,1 °C. Al ingreso se encontraba en buen estado general, sin foco infeccioso ni adenopatías palpables; la resonancia magnética (RM) columna lumbosacra fue normal y no reiteró fiebre.

Posteriormente agregó dolor en hemiabdomen derecho. La tomografía (TC) toracoabdominopélvica evidenció múltiples lesiones hepáticas y esplénicas hipodensas, interpretadas como microabscesos, por lo que se inició anfotericina B liposomal ante sospecha de histoplasmosis diseminada.

En la evolución presentó cefalea; TC cráneo normal y punción lumbar con hiperproteínoorraquia con estudios microbiológicos negativos. Agregó dolor ocular izquierdo, lesión intraocular en fondo de ojo y parálisis del tercer par craneal izquierdo.

Reitera dolor abdominal, se repite TC con progresión de las lesiones hepatoesplénicas y nuevas a nivel pulmonar, renal, suprarrenal y ósea. La RM columna completa mostró infiltración medular difusa y lesiones paravertebrales.

Ante la progresión radiológica y la negatividad microbiológica, se planteó enfermedad linfoproliferativa agresiva y se realizó biopsia hepática. El resultado definitivo confirmó LNH compatible con LB, fenotipo B de alto grado, estadio IV de alto riesgo. La tomografía por emisión de positrones mostró compromiso nodal supra e infradiaphragmático y compromiso extranodal hepático, esplénico y medular.

Se inició tratamiento con R-EPOCH sin rituximab (por VHB activa) y sin antraciclinas (exposición previa), metotrexato intratecal, con planificación de R-CODOX-M/R-IVAC, además de profilaxis con trimetoprim-sulfametoxazol, alopurinol y soporte con filgrastim.

Discusión

Este caso ilustra una presentación pseudoinfecciosa visceral extensa de LB en paciente con inmunosupresión severa (CD4 < 100). Las lesiones hepatoesplénicas múltiples, el contexto VIH y la

elevación marcada de reactantes de fase aguda orientaron inicialmente hacia etiología infecciosa oportunista. Sin embargo, la ausencia de aislamiento microbiológico, progresión radiológica rápida, elevación de LDH, compromiso medular difuso; fueron elementos determinantes para reconsiderar el diagnóstico.

El mimetismo infeccioso en linfomas asociados a VIH está descrito, pero el compromiso multiorgánico con patrón abscesificado constituye una forma poco frecuente. La coinfección activa por VHB condicionó la estrategia terapéutica, retrasando el uso de rituximab y aumentando la complejidad del manejo.

Conclusiones

El LB asociado a VIH puede presentarse con compromiso multiorgánico simulando infección diseminada, especialmente en pacientes con inmunosupresión severa. La progresión radiológica, la elevación marcada de lactato deshidrogenasa y la ausencia de confirmación microbiológica deben motivar la realización precoz de biopsia para evitar retrasos terapéuticos.

Tabla 1. Paraclínica realizada en la internación

Hb	11.9
PLQ	88000
LDH	Mayor a 2000
PCR	143
Hepatograma	GGT:789, GOT:124 GPT:133 BT:1.58
β2-microglobulina	3.21
Microbiológico	
Hemocultivos *4	Negativos
FBC + LBA	Negativos
Histoplasma en orina	Negativo
Cryptococo	Negativo

Efectividad y seguridad de anticoagulantes orales directos en pacientes con cáncer y enfermedad tromboembólica venosa

Maynés López, Ana Carina Pizarossa, Victoria Matosas, Mariana Gonzalez, Ignacio Borgia, Federico Roca, Valentina Mérola

Institución: Hospital de Clínicas, Universidad de la República, CASMU-IAMPP, Seguro Americano, Hospital Pasteur. Uruguay.

Introducción

La recomendación de anticoagulantes orales directos (ACOD) en pacientes con enfermedad tromboembólica venosa (ETV) asociada a cáncer es reciente. No se dispone de datos de experiencia de vida real a nivel local.

El objetivo general es conocer efectividad y seguridad de ACOD en pacientes oncológicos con ETV.

Metodología

Estudio prospectivo de cohorte, multicéntrico, observacional. Se incluyeron mayores de 15 años con ETV confirmada en tratamiento con rivaroxabán o apixabán y cáncer activo. Se realizó una encuesta y revisión de historias clínicas al momento de la inclusión y a partir de 3 meses del reclutamiento.

Los resultados primarios de efectividad y seguridad fueron trombosis recurrente sintomática y sangrado.

Resultados

Se incluyeron 70 pacientes. 44 eran mujeres y la edad media fue de 59,6 (rango 17 a 82 años) . 57/70 captados en policlínica y el resto en hospitalización en cuidados moderados.

Los sitios más comunes de cáncer fueron: gastrointestinal 13, genitourinario 12, hematológico 7, mama 6, pulmón 5, el resto presentó tumores en otras topografías. 30/70 presentaban enfermedad metastásica al momento de la trombosis.

Al momento del reclutamiento: 42 estaban en quimioterapia, 18 estaban recibiendo radioterapia y 8 inmunoterapia.

21 pacientes tenían embolia pulmonar, 39 trombosis venosa profunda. El resto trombosis en otros sitios (esplácnica, vena cava inferior y cerebral).

La media de filtrado glomerular (FG) fue de $87,8 \pm 23,2$ ml/min y solo 3 pacientes con FG menor a 50 ml/min.

La media de hemoglobina, plaquetas y albúmina fueron: 11,96 g/dl, 233.400/mm³ y 4,01 g/dl, respectivamente.

La evaluación del estado funcional se realizó mediante escala ECOG encontrándose 54 pacientes en estadio 0, 10 en estadio 1 y 6 en estadio 2 o más.

26 pacientes recibieron apixabán y 44 rivaroxabán.

La media de seguimiento fue 6,9 meses. Durante este período un paciente recidivó con TVP, incidencia acumulada de 1,4 %. Se reportaron 11 sangrados: 4 sangrado mayor (ninguno fatal), 6 sangrado clínicamente relevante no mayor y un sangrado menor. No hubo asociación entre sangrado y filtrado glomerular menor a 50 ml/min o quimioterapia concomitante. La hemorragia digestiva fue la localización más frecuente.

58/70 pacientes fueron adherentes al tratamiento según escala de Morisky Green.

Discusión

La utilización de ACOD en trombosis asociada a cáncer parece ser una opción efectiva y segura. La población incluida estuvo compuesta mayoritariamente por pacientes captados en el ámbito ambulatorio y, aunque fue frecuente la presencia de enfermedad metastásica, predominó un buen estado funcional. La mayoría de los pacientes presentó estadios ECOG 0–1, FG conservado y ausencia de plaquetopenia significativa, características que podrían reflejar una selección de pacientes con menor riesgo hemorrágico para la indicación de ACOD. Es relevante incorporar mayor número de pacientes así como su seguimiento a largo plazo (más de 6 meses) y evaluar dosis utilizadas luego de ese plazo.

Conclusiones

Los ACOD mostraron efectividad y seguridad para la anticoagulación en pacientes con trombosis asociada a cáncer en nuestro medio.

Síndrome de Felty y leucemia a linfocitos grandes granulares: ¿asociación o evolución? A propósito de un caso clínico.

Guillermo Sánchez, Paula Casanova, Catherine García, María del Pilar Garino, Valentina Más

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

Introducción

El síndrome de Felty (SF) y la leucemia a linfocitos grandes granulares (LLGG) son entidades poco frecuentes. La asociación entre ambas plantea que se trate de estadios evolutivos de una misma enfermedad dado que comparten características clínicas y fisiopatológicas. Se presenta el caso de una mujer con artritis reumatoidea (AR), en el que se planteó un SF y su probable asociación con LLGG.

Caso clínico

Mujer, 71 años, con antecedente de AR seropositiva en etapa secuelar, tratamiento irregular con metotrexate y prednisona. Consultó por fiebre y confusión. Al examen físico: confusa, sin taquicardia, crepitantes en base de hemitórax izquierdo. Abdomen: hepatomegalia y esplenomegalia grado 2. Manos con deformidades articulares en “domo de camello” (Figura 1).

Paraclínica se destaca: anemia moderada 6,7 g/dL, normocítica, normocrómica, perfil mixto de ferropenia e inflamatorio. Leucopenia $800 \times 10^3/uL$, neutropenia $200 \times 10^3/uL$ y linfopenia $500 \times 10^3/uL$. Proteína C reactiva 175,9 mg/L, velocidad de eritrosedimentación 79 mm/h. Radiografía de tórax: consolidación basal izquierda. Tomografía (TC) tórax: neumonía abscedada basal izquierda, TC abdomen: hepatoesplenomegalia grado 2 (Figura 2). Hemocultivos estériles, antígeno neumocócico en orina negativo.

Con planteo de neumonía aguda abscedada cumple 4 semanas de antibiótico con buena evolución. Dado citopenias se realiza estudio de médula ósea (MO) con inmunofenotipo: score > 1 para síndrome mielodisplásico, 0,82% progenitores mieloides CD34+. Biopsia MO: hiper celularidad con alteraciones displásicas de serie eritroide y neutrofílica, 20% linfocitos T con pérdidas antigénicas, 1% blastos mieloides, sin aumento de depósitos férricos, red de reticulina conservada, no mielofibrosis. Estudios medulares mostraron asociación con LLGG, perfil inmunohistoquímico linfocitario CD3, CD5, CD8, TIA1, co-expresión parcial de CD56 10% positivos. Negativa para CD2, CD7, CD4 y Granzima B.

Se realizó diagnóstico de SF/LLGG, optimizando tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad, siendo metotrexate el de elección.

Discusión

El SF es una complicación poco frecuente y grave de AR de larga evolución, caracterizada por la tríada: AR seropositiva con compromiso articular, neutropenia y esplenomegalia, como se observó en la paciente, ocurriendo en 1-3% de pacientes con AR. El diagnóstico es de exclusión, descartando otras causas de citopenias.

En pacientes con SF debe considerarse la búsqueda de LLGG, un trastorno linfoproliferativo crónico de bajo grado, de células T y natural killer, con presentación clínica similar, observándose en 30-40% de los pacientes con SF. La biopsia de MO es clave para diagnosticarla, ya que demuestra infiltración

de linfocitos grandes granulares. La presencia del marcador HLA-DR4 en ambas entidades sugiere un posible origen común, siendo su enfoque terapéutico similar.

El reconocimiento oportuno de estas entidades es importante ya que se asocian a mayor riesgo de infecciones graves.

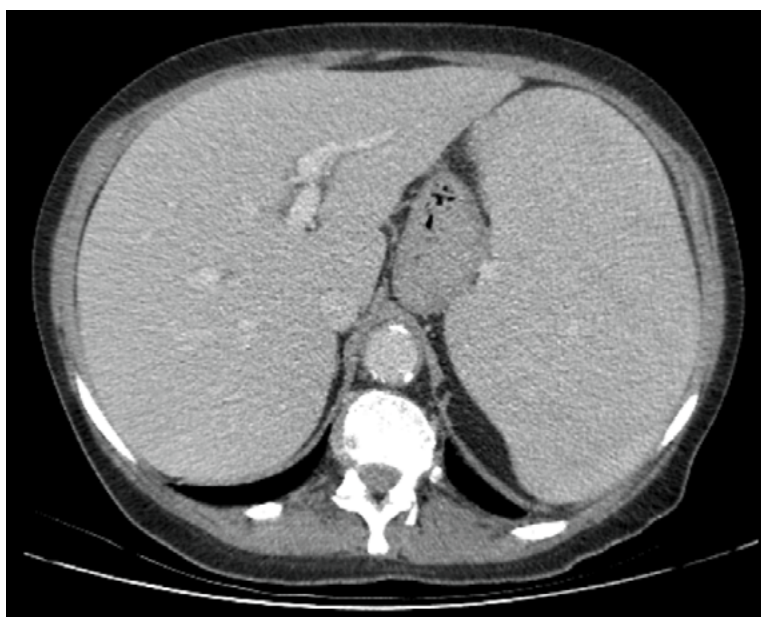
Conclusiones

Se analizó el caso de una paciente con cambio evolutivo de su AR secuelar que llevó a sospechar SF. Reconocer esta entidad y su posible asociación con LLGG es fundamental para orientar el abordaje terapéutico y prevenir complicaciones infecciosas.

Figura 1. Manos de la paciente evidenciando deformidades articulares en “domo de camello”.



Figura 2. TC abdomen que evidencia hepatoesplenomegalia.



Hipertrofia parotídea como presentación de un linfoma.

Carolayn Avila, Fernanda Angulo, Virginia Núñez.

Institución: Círculo Católico, Montevideo, Uruguay.

Introducción

La hipertrofia parotídea puede observarse en procesos infecciosos, inflamatorios, autoinmunes y neoplásicos. En enfermedades autoinmunes, como el síndrome de Sjögren, la persistencia del aumento de las glándulas salivales debe motivarnos a una evaluación dirigida, ya que puede deberse a procesos linfoproliferativos.

El síndrome de Sjögren se asocia a un aumento del riesgo para el desarrollo de linfomas de células B, con una incidencia estimada entre 10 y 20 veces mayor que en la población general. El linfoma de la zona marginal (LZM) es el más frecuente y suelen cursar de forma indolente. La inflamación crónica y la estimulación antigénica persistente favorecen la proliferación clonal de linfocitos B y el desarrollo de procesos linfoproliferativos. Las glándulas parótida, constituyen una de las localizaciones extranodales más frecuentes.

Caso clínico

Paciente sexo femenino de 67 años, portadora de fenómeno de Raynaud y síndrome de Sjögren, diagnosticado en contexto de xerostomía e hipertrofia parotídea bilateral.

Luego de varios meses de seguimiento y tratamiento inmunosupresor, la persistencia de hipertrofia parotídea, se plantea eventual enfermedad linfoproliferativa, por lo que se solicita tomografía por emisión de positrones (PET), evidencia glándulas parótidas aumentadas de tamaño con hipermetabolismo irregular, adenopatías supra e infradiaphragmáticas con leve actividad metabólica, hallazgos compatibles con proceso linfoproliferativo.

Se realiza punción aspiración con aguja fina (PAAF) de la glándula parótida siendo la misma positiva para LNH de células B maduras. La anatomía patológica con inmunohistoquímica confirmó LZM CD20+.

Ante el diagnóstico de LZM, se inicia tratamiento con rituximab 700 mg semanal durante cuatro semanas. PET de control, disminución del tamaño de las glándulas parótidas, con persistencia de algunos focos hipermetabólicos, se decidió seguimiento clínico e imagenológico.

Al año, se solicita tomografía de control, que evidencia persistencia de hipertrofia parotídea bilateral y una tumoración en la glándula parótida izquierda de 13 mm, no observada previamente.

Ante la sospecha de progresión de la enfermedad, se realiza biopsia glandular que confirma LZM con áreas de transformación a linfoma difuso de grandes células B (LDCBG).

Se inicio de tratamiento con esquema R-CHOP.

Discusión

La persistencia de hipertrofia parotídea en pacientes con síndrome de Sjögren debe hacernos sospechar de procesos linfoproliferativos. En este caso, la primera biopsia glandular permitió confirmar el diagnóstico de LZM CD20 +.

El tratamiento inicial con rituximab en este tipo de linfomas suele mostrar buena respuesta clínica. Sin embargo la enfermedad puede persistir o recaer siendo importante mantener los controles clínicos e imagenológicos.

Cabe destacar de este caso la importancia de los controles y el seguimiento imagenológico lo que permitió diagnóstico precoz de la transformación histológica a LDCBG.

Ante esta transformación, el tratamiento estándar suele ser inmunoterapia tipo R-CHOP.

Conclusiones

Ante la persistencia de hipertrofia parotídea debemos realizar estudio etiológico para descartar procesos linfoproliferativos.

El síndrome de Sjögren se asocia a un aumento del riesgo de LNH a células B, mayoritariamente a LZM en glándulas salivales.

El tratamiento con rituximab puede ser efectivo en fases iniciales o en linfomas indolentes.

La valoración histológica mediante biopsia es fundamental ante la sospecha de transformación, implicando cambios pronósticos y terapéuticos.

Anticoagulación con rivaroxabán: evaluación farmacoterapéutica en el escenario clínico

Yessica Imbriago⁽¹⁾, Alejandra Schiavo,⁽¹⁾ Marianela Lorier⁽¹⁾, Victoria Matosa⁽²⁾, Fabio Tecco⁽³⁾, Fernando Beovide⁽³⁾, Cecilia Guillermo⁽²⁾, Marta Vázquez⁽¹⁾, Cecilia Maldonado⁽¹⁾, Manuel Ibarra⁽¹⁾

Institución: (1)Área de Biofarmacia y Terapéutica, CIENFAR, Udelar, Montevideo, Uruguay

(2)Unidad de Hemostasis y Trombosis, Hospital de Clínicas, Udelar, Montevideo, Uruguay

(3)Hospital Policial, Dirección Nacional de Sanidad Policial, Ministerio del Interior, Montevideo, Uruguay

Introducción

La bioequivalencia no es obligatoria para el registro de medicamentos con rivaroxabán en Uruguay, lo que ha permitido la comercialización de productos original, genéricos (bioequivalencia probada) y similares (sin evaluación in vivo). Desde 2021, alternativas de rivaroxabán a menor costo han ingresado al mercado nacional, pero solo tres han demostrado bioequivalencia. Dada la relación crítica entre dosis, exposición y respuesta para este tipo de medicamentos de alto riesgo sanitario, pequeñas variaciones en la biodisponibilidad pueden comprometer su efectividad y seguridad. En este contexto, el presente estudio evalúa la variabilidad entre marcas de rivaroxabán mediante análisis farmacométricos de la exposición. La farmacometría permite evaluar los perfiles de exposición, proyectar escenarios terapéuticos y realizar análisis de costo-efectividad mediante el desarrollo de modelos computacionales ^(1,2). El objetivo de este trabajo es determinar si existen diferencias en exposición al fármaco entre formulaciones conteniendo rivaroxabán mediante abordaje farmacométrico.

Metodología

Se realizó un estudio observacional analítico prospectivo en pacientes mayores de 18 años atendidos en la Unidad de Trombosis y Hemostasis del Hospital de Clínicas y en la Policlínica de Anticoagulación del Hospital Policial. Se desarrolló y validó una técnica analítica para la determinación plasmática de rivaroxabán mediante HPLC-UV. Las concentraciones obtenidas se integraron a un modelo farmacocinético poblacional (popPK) previamente reportado ⁽³⁾, implementado en el software MonolixSuite®. A través de este modelo, se estimaron parámetros farmacocinéticos y métricas de exposición individuales como el Área Bajo la Curva concentración vs tiempo (AUC) y la concentración máxima (Cmax). Las comparaciones entre formulaciones se realizaron mediante el test no paramétrico de Kruskal-Wallis y comparaciones post-hoc de Dunn.

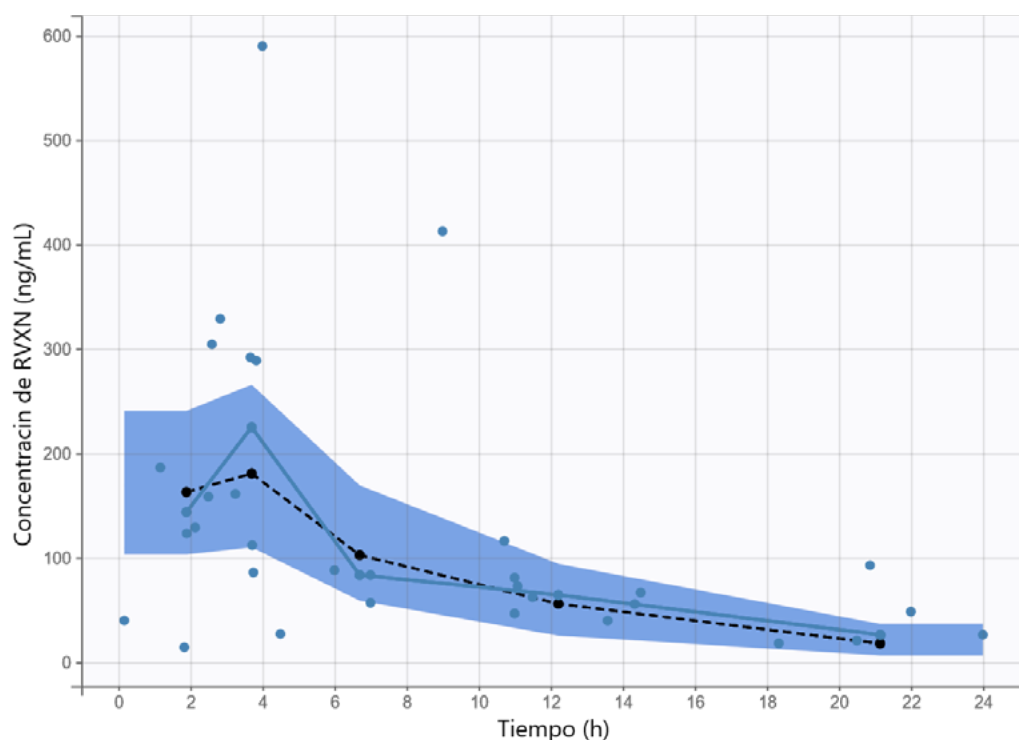
Resultados

Se incluyeron 28 pacientes con una mediana de edad de 55 años (IIC 49–71). Se evaluaron cinco formulaciones comerciales de rivaroxabán. El modelo popPK mostró una buena descripción de los datos observados (Figura 1), con errores de predicción centrados en cero (media -6%). Las diferencias entre la exposición total (AUC) entre formulaciones fue evidente, aunque no alcanzó la significancia estadística ($p=0,060$). Sin embargo, se detectaron diferencias significativas en Cmax entre las formulaciones 2 y 3 ($p=0,014$). Las medianas de cada formulación de AUC y Cmax estandarizadas por dosis se presentan en la Tabla 1.

Tabla 1. Métricas de exposición farmacocinética simuladas por formulación

Formulación	n	AUC (IIC) ng*h/mL	Cmax (IIC) ng/mL
1	2	2154 (2048–2260)	211 (207–215)
2	18	928 (418–1662)	198 (165–263)
3	6	870 (418–945)	85 (69–94)
4	2	305 (154–455)	128 (66–191)
5	1	2835 (NA)	355 (NA)

Figura 1. Validación predictiva visual del modelo farmacocinético poblacional.



La línea azul indica la mediana de las observaciones a distintos tiempos, la línea punteada negra indica la mediana de las predicciones realizadas por el modelo a distintos tiempos, mientras que el área azul indica el Intervalo de predicción de 95% para la mediana. Los puntos azules indican observaciones individuales de concentración plasmática.

Discusión

El modelo farmacocinético poblacional demostró buen desempeño predictivo para la población en estudio, lo que respalda su utilización para simular escenarios clínicos. Sin embargo, se proyecta la incorporación de más pacientes al estudio para fortalecer la caracterización de las diferentes formulaciones. Los resultados preliminares sugieren que existe una alta variabilidad interindividual en las métricas de exposición tanto intra como inter-formulación. Estas diferencias podrían reflejar variaciones en las características de la formulación. Esta interpretación debe realizarse con cautela debido al tamaño muestral reducido y a la distribución desigual de pacientes entre formulaciones.

Conclusiones

Se pudo caracterizar una alta variabilidad interindividual en las métricas de exposición al fármaco, encontrándose significancia en las diferencias entre las Cmax de dos de las cohortes. El modelo farmacocinético poblacional desarrollado presenta un buen ajuste a los datos experimentales, siendo una herramienta verificada para predicción de exposición al fármaco.

Síndrome de VEXAS: A propósito de un caso.

Valentina Moreira, Noelia Devoto, Mario Llorens, Fernanda Alonso, Patricia Kollar

Institución: Sanatorio Americano, Montevideo, Uruguay

Introducción

El síndrome VEXAS (vacuoles, E1 enzyme, X-linked, autoinflammatory, somatic), descrito por primera vez en 2020, es una enfermedad autoinflamatoria monogénica causada por mutaciones somáticas en el gen UBA1, localizado en el cromosoma X y, por tanto, predominantemente expresada en varones. Se presenta el caso de un varón de 80 años con episodios infecciosos/inflamatorios a repetición, diagnosticado mediante la secuenciación de una mutación del gen UBA1.

Caso Clínico

Sexo masculino, 80 años. Portador de hipertensión arterial, hiperplasia prostática benigna y diverticulosis.

En seguimiento desde mayo de 2024 por un síndrome inflamatorio sistémico persistente y refractario, de curso crónico, caracterizado por: Fiebre persistente, con múltiples internaciones y estudios microbiológicos negativos. Afectación cutánea recurrente con lesiones eritematosas, pustulosas y vasculíticas en cara, tronco y miembros, algunas dolorosas. Tromboflebitis de miembros superiores a repetición. Compromiso artromiálgico y óseo con dolores generalizados y hallazgos degenerativos e inflamatorios en columna y esqueleto axial. Compromiso pulmonar con imágenes persistentes en vidrio deslustrado bilaterales, derrame pleural. Sialoadenitis submaxilar derecha y edema facial intermitente con blefaritis. Síntomas constitucionales persistentes: astenia, sudoración nocturna, adelgazamiento.

Citopenias persistentes: anemia normocítica (Hb < 9 g/dL), neutropenia (neutrófilos <1000), linfopenia y plaquetopenia en varias ocasiones Marcada inflamación sistémica: VES > 100 mm/h, PCR elevada sostenida, ferritina elevada, hipoalbuminemia.

Médula ósea rica con displasia hematopoyética, sin blastos. No evidenció vacuolas. Inmunofenotipo medular sin clonalidad para patología hematológica

ANA positivo (1/80) ANCA y ENA negativos, complemento normal. Paneles infecciosos negativos. PET con hipermetabolismo óseo axial difuso, interpretado como activación medular inflamatoria. Biopsias de piel: Dermatitis Neutrofílica.

Tratamientos realizados: Múltiples cursos de antibióticos y antifúngicos sin respuesta sostenida. Corticoides sistémicos con mejoría clínica parcial, pero recidiva en el tapering. Metotrexato y micofenolato mofetilo, ambos suspendidos por citopenias y lesiones cutáneas adversas.

Discutido en Ateneo clínico multidisciplinario, se plantea síndrome de VEXAS, por la combinación de: Enfermedad inflamatoria multisistémica refractaria. Citopenias persistentes con displasia hematopoyética. Compromiso cutáneo, pulmonar, vascular y óseo. Estudio molecular para mutación UBA1 positivo. La evolución del paciente es refractaria a tratamiento inmunosupresor convencional y con deterioro progresivo clínico y hematológico por lo que se decide iniciar Tocilizumab y 5-Azacitidina presentando una excelente tolerancia al tratamiento y respuesta clínica, presentándose hace 3 meses en apirexia, sin lesiones cutáneas y con mejoría de las citopenias.

Discusión

El síndrome de VEXAS es un prototipo de un nuevo grupo de enfermedades denominadas síndromes hematoinflamatorios. Con bajo grado de sospecha y tratamientos aun no del todo demostrados. Nos enfrentamos a un caso clínico de un paciente con mucha dificultad diagnóstica, es de vital importancia considerarla en pacientes varones como el presentado de edad mayor a 40 años y ante síntomas compatibles.

Conclusiones

Se trata de una enfermedad infradiagnosticada, caracterizada por inflamación sistémica y alteraciones hematológicas. Requiere de una alta sospecha clínica por lo que conocerla es de suma utilidad, es a menudo tratada con corticoides sistémicos a altas dosis y terapias dirigidas con alto riesgo de recaídas, con un curso progresivo y con alta mortalidad por lo que su diagnóstico precoz es crucial.

Figura 1. Manifestaciones cutáneas del Síndrome de Vexas son muy frecuentes > 80%. A menudo dolorosas, heterogéneas, predominando en cara, tronco y extremidades, de tipo pápula/nódulo eritematosos, placas edematosas, vasculitis leucocitoclástica y dermatosis neutrofilica. Fotos representativas obtenidas del paciente con su consentimiento



Figura 2. El estudio del gen UBA1 (ubicado en el cromosoma X) es crucial para diagnosticar el síndrome de VEXAS. Las mutaciones en este gen que codifica la enzima activadora de la ubiquitina E1, provocan fallos en la regulación de proteínas y muerte celular. Foto del resultado del estudio del paciente presentado en el caso clínico.

Biología Molecular

Fecha: 02/05/2025



Recepción de la muestra:	07/04/2025
Procedencia de la muestra:	Sanatorio Americano
Informe:	02/05/2025
Procedencia:	Hematología
Tipo de muestra remitida:	Sangre periférica
Detalle de la técnica utilizada:	Sin Dato Detección de mutaciones en el exón 3 del gen UBA1 La detección de variantes se realiza mediante PCR (1) y secuenciación Sanger directa bidireccional. Las secuencias se analizan con el software BioEdit 7.2 (2) y Mutation Surveyor (V5.1.2) utilizando la secuencia de referencia NM_003334.3. Límite de detección: 10-20% frecuencia de la variante alélica La interpretación de las variantes identificadas en la muestra se realiza utilizando las bases de datos de variantes somáticas: ClinVar (3) Cosmic (4) y Varsome (5) (1) doi: 10.1182/blood.2020010286. (2) Hall, T.A. 1999, (3) Landrum MJ et al. 2016, (4) Forbes et al. 2017 (5) Christos K. et al. 2019 (6) Ferrada, et al. Blood, 2022
Desarrollo de Resultado:	Se identifica una alteración en el exón 3 de UBA1 Descripción de la variante: c.121A>G; p. Met41Val Tipo de variante: sustitución nucleotídica que genera un cambio en el aminoácido en la proteína Esta variante está reportada en la bibliografía y está descrita como patogénica en la base de datos analizada (6). Los polimorfismos, variantes sinónimas y variantes de significado incierto (VUS) no se incluyen en este informe.
Responsables:	Prof. Agda. Dra. Daniela Lens Prof. Adj. Dra. Sofia Grille Lic. Ana Inés Catalán
Otros responsables:	Lic. Carolina Ottati

● Infectología



Infecciones nosocomiales asociadas al uso de catéter venoso central en pacientes internados en las Cátedras de Clínica Médica del Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción, 2023–2025

Renata María Leon Stimson

Institución: Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas - Postgrado en Medicina Interna, Tercera Cátedra de Clínica Médica y Semiología Médica, San Lorenzo, Paraguay

Introducción

Las infecciones asociadas al uso de catéteres venosos centrales constituyen una de las complicaciones más frecuentes de los dispositivos intravasculares y representan entre el 15–30% de las infecciones nosocomiales. Estas infecciones incrementan la morbimortalidad, los costos sanitarios y la duración de la hospitalización. En América Latina las tasas superan a las reportadas en países desarrollados, probablemente por limitaciones en recursos y menor adherencia a medidas preventivas. En Paraguay existe escasa información epidemiológica sobre este problema. El objetivo fue describir las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de pacientes con infecciones nosocomiales asociadas al uso de catéter venoso central en el Hospital de Clínicas de la Universidad Nacional de Asunción entre 2023 y 2025.

Metodología

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo y de corte transversal. Se incluyeron 257 pacientes adultos con cultivos positivos portadores de catéteres venosos centrales internados en las Cátedras de Clínica Médica del Hospital de Clínicas entre abril de 2023 y julio de 2025. Se analizaron variables demográficas, comorbilidades, tipo y sitio de catéter, días de portación, microorganismos aislados, perfil de sensibilidad antimicrobiana y mortalidad. Se realizó análisis estadístico descriptivo utilizando Epi Info 7.2.5.0 y Microsoft Excel 2016.

Resultados

La media de edad fue 53.08 ± 15.69 años y el 56% fueron hombres. El 89.1% presentó al menos una comorbilidad, siendo las más frecuentes hipertensión arterial (58.4%), diabetes mellitus tipo 2 (31.1%) y enfermedad renal crónica (26.5%). Las bacteriemias representaron el 94.6% de las infecciones. El sitio más frecuente de aislamiento fue el hemocultivo (91.8%). Predominaron bacterias grampositivas (49.4%), siendo *Staphylococcus aureus* el microorganismo más frecuente (15.2%), seguido de *Klebsiella pneumoniae* (13.2%) y *Escherichia coli* (12.1%). Se identificó resistencia antimicrobiana en 28.8% de los aislamientos. El acceso yugular derecho fue el sitio de inserción más frecuente (44.7%) y el promedio de portación del catéter fue de 21.78 ± 50.7 días. La mortalidad global fue 6.2%, siendo mayor en pacientes con gérmenes resistentes (14.9%) en comparación con gérmenes sensibles (2.7%).

Discusión

Los resultados evidencian una elevada carga de comorbilidades y una proporción importante de resistencia antimicrobiana en comparación con reportes internacionales. El perfil microbiológico

es concordante con estudios regionales, con predominio de bacterias grampositivas, aunque con significativa presencia de gramnegativos multirresistentes. El tiempo prolongado de permanencia del catéter constituye un factor modificable asociado a mayor riesgo de infección. Asimismo, la mayor mortalidad observada en infecciones por gérmenes resistentes refleja el impacto clínico de la resistencia antimicrobiana en pacientes hospitalizados.

Conclusiones

Las infecciones asociadas a catéter venoso central presentaron resistencia antimicrobiana relevante y mayor mortalidad en infecciones por gérmenes resistentes. Evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de prevención.

Ventriculitis por *Histoplasma capsulatum* asociada a derivación ventrículo-peritoneal: infección fúngica infrecuente del sistema nervioso central

Renata María Leon Stimson, Jesús Felipe González Jiménez,
Fanny Giselle Ramos Galeano

Institución: Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas - Postgrado en Medicina Interna, Tercera Cátedra de Clínica Médica y Semiología Médica, San Lorenzo, Paraguay

Introducción

La histoplasmosis del sistema nervioso central es una manifestación poco frecuente de la infección por *Histoplasma capsulatum*, representando menos del 10 % de los casos de histoplasmosis diseminada. Puede presentarse como meningitis crónica, abscesos cerebrales o ventriculitis. El diagnóstico suele ser complejo debido a su baja frecuencia y a la inespecificidad de los síntomas clínicos. La presencia de dispositivos neuroquirúrgicos, como las derivaciones ventrículo-peritoneales, constituye un factor predisponente para infecciones del sistema nervioso central. Se presenta el caso de una ventriculitis por *Histoplasma capsulatum* en un paciente portador de derivación ventrículo peritoneal.

Caso Clínico

Paciente masculino de 50 años portador de derivación ventrículo-peritoneal desde 2021 por hidrocefalia normotensiva de etiología no filiada. Ingresó al servicio de urgencias con un cuadro de 72 horas de evolución caracterizado por debilidad, trastorno de la marcha, deterioro cognitivo e incontinencia urinaria y rectal. Al examen presenta Glasgow 14/15. Los estudios iniciales evidenciaron disfunción del sistema de derivación con presencia de pseudoquistes distales, por lo que se realizó exteriorización del catéter. Posteriormente presentó fiebre, motivo por el cual se tomaron cultivos, incluyendo líquido cefalorraquídeo (LCR), iniciándose tratamiento antibiótico empírico con cobertura para infección meningea. El cultivo de LCR resultó positivo para *Histoplasma capsulatum*. Ante este hallazgo se suspendió la antibioterapia y se inició tratamiento antifúngico con anfotericina B desoxicolato. Durante la evolución el paciente presentó estatus convulsivo que requirió intubación orotraqueal y manejo en unidad de terapia intensiva. Se procedió al retiro del sistema de derivación ventrículo-peritoneal y colocación de drenaje ventricular externo. Los cultivos posteriores de LCR resultaron negativos. La serología para VIH fue negativa y el estudio molecular GeneXpert en LCR descartó tuberculosis del sistema nervioso central. Tras 13 días de internación en terapia intensiva el paciente evolucionó favorablemente y fue trasladado a sala de clínica médica, continuando tratamiento antifúngico con anfotericina B.

Discusión

La histoplasmosis del sistema nervioso central es una entidad poco frecuente, especialmente en pacientes inmunocompetentes. La infección puede manifestarse como meningitis crónica, abscesos cerebrales o ventriculitis. En pacientes portadores de derivaciones ventrículo peritoneales, la colonización del sistema puede facilitar la infección del líquido cefalorraquídeo. El diagnóstico requiere un alto índice de sospecha y se basa en el aislamiento del microorganismo en LCR o en métodos moleculares. El tratamiento recomendado consiste en anfotericina B seguida de terapia de consolidación con itraconazol. Además, en infecciones asociadas a dispositivos neuroquirúrgicos, el retiro del sistema contaminado es fundamental para el control de la infección.

Conclusiones

Ventriculitis por *H. capsulatum*, presentación poco frecuente de histoplasmosis del sistema nervioso central. Diagnóstico microbiológico precoz, tratamiento antifúngico adecuado y manejo del dispositivo infectado son claves para mejorar el pronóstico.

Validación de la prueba reagina plasmática rápida para el diagnóstico de neurosífilis.

Lucía de los Santos, Cecilia Tessore, Celia Buzzi, Mercedes Menendez, Nahir Correa, Pablo López

Institución: Unidad Académica de Laboratorio de Patología Clínica, Sector Inmunología, Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”, Facultad de Medicina. UdelaR. Uruguay.

Introducción

La sífilis es una infección sistémica causada por *Treponema pallidum*, cuya incidencia ha aumentado en las últimas décadas y continúa representando un desafío para la salud pública. La neurosífilis puede presentarse en cualquier etapa de la enfermedad y su diagnóstico requiere la integración de datos clínicos y de laboratorio, siendo el estudio del líquido cefalorraquídeo (LCR) fundamental. La prueba no treponémica de referencia en LCR es el VDRL (Venereal Disease Research Laboratory), debido a su alta especificidad; sin embargo, su complejidad técnica y disponibilidad limitada han motivado la búsqueda de métodos alternativos. Entre ellos se encuentra la prueba de Reagina Plasmática Rápida (RPR), ampliamente utilizada en suero, pero no validada para LCR. El objetivo de este estudio fue validar la técnica de RPR en LCR para el diagnóstico de neurosífilis, comparando su rendimiento diagnóstico con el VDRL.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal. Se analizaron 63 muestras de LCR de pacientes con sospecha clínica de neurosífilis, recolectadas entre julio de 2024 y mayo de 2025 en el Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”. Como criterios de inclusión se consideraron muestras con solicitud de VDRL en LCR y volumen suficiente para realizar ambas pruebas. Se excluyeron muestras hemáticas. Las muestras se obtuvieron por punción lumbar y se conservaron a -20 °C. Se realizaron las técnicas de VDRL (método de referencia) y RPR utilizando reactivo comercial. Los resultados fueron evaluados por dos observadores experimentados y se incluyeron controles positivos y negativos en cada corrida. Se calcularon sensibilidad, especificidad, valor predictivo positivo (VPP) y valor predictivo negativo (VPN).

Resultados

De las 63 muestras analizadas, 15 resultaron reactivas por VDRL. Entre estas, 9 presentaron RPR reactivo y 6 no reactivo. En las 48 muestras con VDRL no reactivo, ninguna resultó reactiva por RPR. Con base en estos datos, el RPR mostró una sensibilidad del 60 %, una especificidad del 100 %, un VPP del 100 % y un VPN del 88,9 %. No se observaron falsos positivos con RPR.

Discusión

Los resultados evidencian que el RPR en LCR posee una elevada especificidad, lo que implica que un resultado reactivo es diagnóstico de neurosífilis. Sin embargo, su baja sensibilidad limita su capacidad para detectar todos los casos. Esta menor sensibilidad podría deberse a diferencias en la capacidad del reactivo para detectar bajas concentraciones de anticuerpos no treponémicos en el LCR. Los hallazgos son comparables con estudios internacionales que reportan resultados variables, aunque generalmente coinciden en señalar que el RPR no puede sustituir al VDRL como prueba de referencia.

Conclusiones

El RPR en LCR presenta alta especificidad y VPP, por lo que un resultado reactivo constituye un hallazgo altamente específico de neurosífilis. No obstante, su baja sensibilidad limita su uso como prueba diagnóstica. En consecuencia, el VDRL continúa siendo la prueba no treponémica de referencia para el estudio del LCR, mientras que el RPR utilizarse en contextos donde el VDRL no esté disponible.

Conflicto de interés: Ninguno de los autores involucrados en el presente trabajo presenta conflicto de interés.

Osteoartritis crónica de rodilla por *Brucella* spp.: reporte de caso

Ezequiel García, Steven Tapia-Villacís, Victoria Frantchez, Pilar Gadea, Alejandro Fernandez, Alexis Sosa

Institución: Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina Universidad de la República, Montevideo, Uruguay

Introducción

La brucelosis es una zoonosis causada por bacterias del género *Brucella*, adquirida principalmente por contacto con animales infectados o por consumo de productos de origen animal contaminados. Hasta un 30% de los casos desarrollan formas focales, siendo el compromiso osteoarticular la manifestación más frecuente. Aunque la afectación vertebral y sacroilíaca, es la presentación más habitual, la artritis periférica puede ocurrir y presentarse con evolución subaguda o crónica. Se presenta un caso de brucelosis osteoarticular manifestada como monoartritis crónica de rodilla con diagnóstico microbiológico diferido.

Caso clínico

Paciente masculino de 61 años, reside en Montevideo, antecedentes de artrosis en tratamiento con corticoides y alergia a penicilina. Como antecedente epidemiológico relevante refería realizar faena domiciliaria ocasional de cerdos domésticos.

Consulta por gonalgia y edema en rodilla izquierda de aproximadamente un año de evolución, con limitación funcional para la deambulación. Al examen físico se constató edema, calor y limitación de la movilidad articular, configurando un cuadro de monoartritis, sin síntomas extraarticulares. Meses antes de la internación se realizaron dos artrocentesis evacuadoras, obteniéndose líquido sinovial con escasos leucocitos polimorfonucleares. En un cultivo microbiológico se informó desarrollo de *Paracoccus yeei*, microorganismo de baja virulencia y que no fue interpretado como agente etiológico, por lo que no se indicó tratamiento.

Ante la persistencia de la sintomatología y la progresión clínica imagenológica se amplió el estudio etiológico. Se solicitaron estudios microbiológicos de rutina y considerando los antecedentes epidemiológicos, se añadieron pruebas serológicas para *Brucella* spp. obteniendo la prueba de Rosa de Bengala reactiva y reacción de Huddleson 1:200. De forma concomitante se obtuvo líquido articular turbio con abundantes leucocitos polimorfonucleares (780/mm³). En cultivos (de tejido sinovial y óseo) en enriquecimiento se aisló *Brucella* spp., identificada por MALDI-TOF (Matrix-Assisted Laser Desorption Ionization Time of Flight), confirmándose el diagnóstico de brucelosis osteoarticular con compromiso de rodilla izquierda.

Se realizó tratamiento antibiótico por 12 semanas con doxiciclina 100mg c/12hs más rifampicina 300mg c/8hs y gentamicina 320 mg/día por 14 días, con buena evolución clínica, mejoría del dolor y disminución de los signos inflamatorios articulares en resonancia magnética. Posteriormente se mantuvo tratamiento supresivo con ciprofloxacina y rifampicina.

Discusión

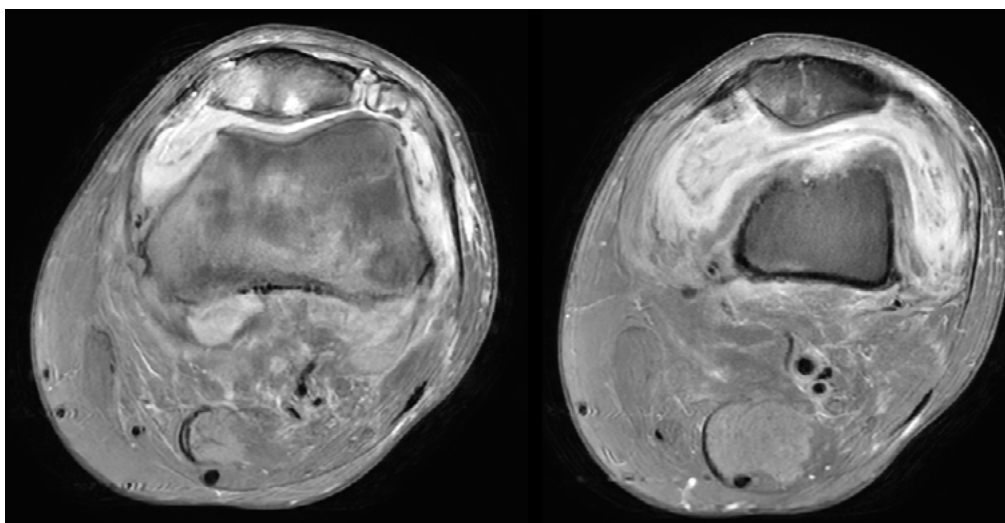
La brucelosis osteoarticular constituye la forma focal más frecuente de la enfermedad, aunque el compromiso periférico es menos habitual que la afectación axial. La presentación como monoartritis crónica puede dificultar el diagnóstico, especialmente cuando la evolución es prolongada. En este caso, el antecedente epidemiológico de faena domiciliaria fue clave para orientar el estudio etiológico.

El aislamiento inicial de *Paracoccus yeii* fue interpretado como un hallazgo de baja relevancia clínica, lo que retrasó el diagnóstico etiológico definitivo. Esto pone de relieve la importancia de interpretar los resultados microbiológicos en conjunto con la evolución clínica y los antecedentes epidemiológicos. Asimismo, se han descrito limitaciones en la espectrometría de masas MALDI-TOF, que en determinadas circunstancias puede conducir a identificaciones erróneas del género *Brucella*.

Conclusiones

Ante antecedentes epidemiológicos relevantes, con resultados microbiológicos discordantes y persistencia de la sospecha clínica, es fundamental repetir los estudios diagnósticos.

Resonancia magnética de rodilla izquierda



Presentaciones graves y atípicas de la sífilis.

Santiago Fossati, Jazmín Freire, Leonardo Stratta, Valentina Mérola, Sofia Griot

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

Introducción

La sífilis es una enfermedad infecciosa sistémica causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*. Conocida como "la gran simuladora", se manifiesta clínicamente en diferentes etapas y formas. Representa un problema crítico de salud pública con un incremento sostenido en la incidencia. En el año 2024, se notificaron 196,6 casos por cada 100.000 habitantes, con predominio en el sexo masculino. Aunque es una patología curable con diagnóstico y tratamiento oportunos, su presentación clínica puede ser muy atípica y grave.

Caso clínico 1

Paciente femenina de 48 años, ex tabaquista. Cardiopatía isquémica, con una angioplastia coronaria transluminal percutánea en agosto de 2025. En tratamiento con doble antiagregación plaquetaria, betabloqueantes y estatinas. Niega exposición a otros hepatotóxicos.

Cuadro de quince días de evolución caracterizado por lesiones en la piel, ictericia universal y dolor abdominal gravativo en hemiabdomen superior. Sin fiebre y sin manifestaciones hemorrágicas. El hepatograma evidenció hiperbilirrubinemia de predominio directo de 11 miligramos por decilitro y elevación de transaminasas en el orden de 2000 unidades por litro, con un tiempo de protrombina (TP) de 30%.

La ecografía abdominal descartó alteraciones estructurales. La colangiorresonancia magnética no mostró obstrucción de la vía biliar. Venereal lesions Disease Research Laboratory (VDRL) 1/256 y *Treponema pallidum* Haemagglutination Assay (TPHA) positivo. Anticuerpos antimitocondriales tipo 2 (M2) y proteína nuclear de 100 kilodaltons (SP100) positivos. Con diagnóstico más probable de hepatitis luética grave, se inició tratamiento con penicilina benzatínica en dosis de 2.400.000 unidades internacionales (UI) por vía intramuscular.

Figura 1. Se observan lesiones maculares en los miembros y tronco al ingreso.



A los 7 días del ingreso progresó a hepatitis fulminante: caída del tiempo de protrombina y encefalopatía. Posteriormente insuficiencia renal aguda, shock refractario, se trasladó a la unidad de cuidados intensivos del Hospital Militar, donde falleció en las horas siguientes.

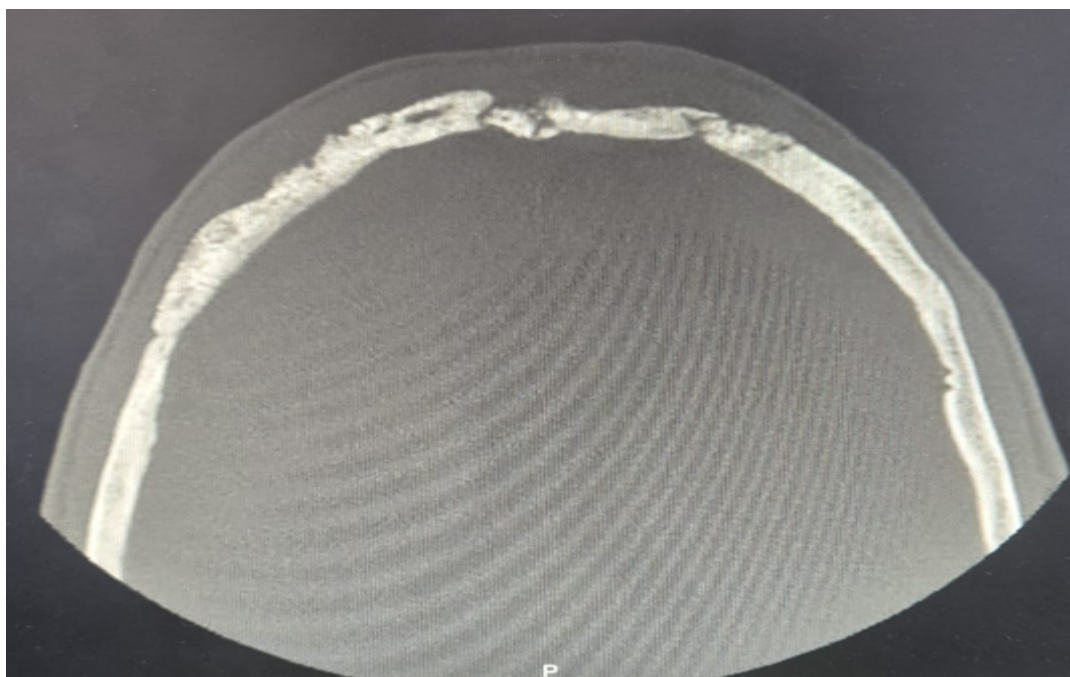
Caso clínico 2

Paciente trans-femenina de 31 años, sana. Diagnóstico reciente de infección por VIH (Virus de inmunodeficiencia humana), carga viral 170.000 copias con recuento de CD4 254 células/ μ L. Ingresó por infección respiratoria aguda, en la que se confirma tuberculosis pulmonar, que evoluciona favorablemente. Del examen físico destacaba lesión sobre elevada en piel a nivel frontal derecho de 3 centímetros de diámetro de aspecto nodular. Lesiones compatibles con sífilides en tronco y palmas. Úlcera indolora de seis centímetros de diámetro en pene.

De la valoración destaca: VDRL reactivo 512 UI. Tomografía computarizada (TC) de cráneo evidencia alteraciones de la calota del hueso frontal (figura 2).

Con estos hallazgos se plantea VIH con co-infección de sífilis en superposición de etapas primaria, por lesiones ulceradas; y secundaria por osteítis sífilítica. Cumple tratamiento con penicilina cristalina intravenosa por 21 días e inicia terapia antirretroviral con buena evolución y resolución de las lesiones.

Figura 2. Tc de cráneo (ventana ósea), se evidencia alteración de la densidad y morfoestructura de la calota del hueso frontal a derecha, con sectores de interrupción y solución de continuidad a nivel de la tabla externa e interna del diploe.



Discusión

Ambos casos clínicos son de especial interés por su presentación rara y gravedad. Es importante difundir las presentaciones atípicas de la sífilis frente al aumento en su incidencia.

Conclusiones

La hepatitis luética y la osteítis sífilítica son presentaciones graves y poco frecuentes de la sífilis, siendo el diagnóstico y tratamiento oportunos fundamentales para reducir su morbimortalidad.

Bacteriemias por *Staphylococcus aureus* en Hospital Pasteur de Enero a Diciembre 2025.

Andrés Bálsamo, Juan Castro Navia, Alejandra Gómez, Erika Rojas, Verónica Cosme, Graciela Miranda, Richard Fornelli, Florencia Bruzzone, Mario Torales

Institución: Hospital Pasteur-ASSE

Introducción

Las bacteriemias por *Staphylococcus aureus* constituyen un importante problema por su elevada morbimortalidad y capacidad de causar infecciones como endocarditis, abscesos metastásicos, osteomielitis y sepsis. El aumento de cepas resistentes a meticilina limita las opciones terapéuticas y se asocia a mayor mortalidad, especialmente en pacientes con comorbilidades.

El objetivo de este estudio fue analizar las características epidemiológicas, clínicas, paraclínicas y terapéuticas de los pacientes con hemocultivos positivos para *Staphylococcus aureus* en 2025 en el Hospital Pasteur.

Metodología

Se realizó un estudio observacional descriptivo en 2025 en el Hospital Pasteur.

Se incluyeron todos los episodios de bacteriemia confirmada por *S. aureus*. La información se obtuvo a partir de los registros del laboratorio, historias clínicas y del PROA.

Se analizaron variables demográficas, clínicas, microbiológicas y paraclínicas. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias y porcentajes, y las cuantitativas con medidas de tendencia central y dispersión. Para comparar SAMS y SAMR se utilizó χ^2 cuadrado, estimándose odds ratio con IC95 %.

Resultados

Se analizaron 44 episodios de bacteriemia por *Staphylococcus aureus*. La edad media fue de 56 años con un predominio del sexo masculino (66 %). La mayoría de los casos presentaba comorbilidades, destacándose cardiopatía (39 %), diabetes mellitus (30 %), enfermedad renal crónica (16 %) y EPOC (14 %).

El diagnóstico al ingreso más frecuente fue infección de piel y partes blandas (18 %), seguido de infección respiratoria (14 %). La fiebre fue el síntoma predominante, presente en el 66 % de los casos. Más de la mitad de los pacientes (54,5 %) había recibido antibióticos en los 30 días previos y una proporción similar presentaba antecedente de hospitalización en los tres meses anteriores.

El 52 % correspondió a bacteriemias secundarias, con predominio de focos respiratorio y cutáneo. La mitad de los episodios se clasificó como de origen comunitario. Las cepas resistentes a meticilina representaron el 48 % de los aislamientos.

La mortalidad global fue de 36 %. Se observó una mayor proporción de fallecimientos en los episodios por SAMR (42 %) en comparación con SAMS (30 %). Tabla 1. Asimismo, el cambio de tratamiento antibiótico mostró una tendencia a menor mortalidad, aunque esta asociación no alcanzó significación estadística (OR 0,72; IC95 % 0,19–2,6). Tabla 2.

Discusion

En esta serie, la mortalidad global (36 %) y la elevada proporción de SAMR (48 %) son comparables a lo reportado en la literatura internacional. Estudios multicéntricos han descrito mortalidades entre 20–40 % en bacteriemias por *Staphylococcus aureus*, particularmente en pacientes con comorbilidades y exposición reciente al sistema de salud (Tong et al., 2015). Asimismo, la mayor mortalidad observada en episodios por SAMR coincide con lo señalado por Cosgrove et al., quienes describen peor pronóstico asociado a cepas resistentes. Estos hallazgos refuerzan la importancia del diagnóstico precoz y del manejo antimicrobiano oportuno.

Conclusiones

Las bacteriemias por *Staphylococcus aureus* continúan siendo un problema relevante en el ámbito hospitalario, especialmente en pacientes con múltiples comorbilidades y exposición reciente al sistema de salud. Conocer sus características epidemiológicas, clínicas y microbiológicas permite optimizar el tratamiento antimicrobiano, fortalecer los programas PROA y mejorar las estrategias de vigilancia y control de infecciones.

Conflicto de interés: los autores declaran no tener conflicto de interés.

Tabla 1. Distribución de frecuencia de mortalidad según perfil de resistencia a los antibióticos

RESISTENCIA	ALTA VIVO	FALLECIDO	TOTAL
SAMAR	14	10 (42%)	24
SAMS	14	6 (30%)	20
TOTAL	28	16 (36%)	44

Tabla 2. Fuerza de asociación entre cambio adecuación del plan antibiótico y mortalidad

CAMBIO DE PLAN	MUERTE	ALTA VIVO	
SI	9	18	OR: 0,72 IC _{95%} (0,19-2,6)
NO	7	10	
TOTAL	16	28	

Infecciones osteoarticulares por microorganismos multi drogo-resistentes en un centro de referencia de traumatología en Montevideo, Uruguay.

Giuliano Medina, Karina Tenaglia, Henry Albornoz

Institución: Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología, Montevideo, Uruguay

Introducción

Las infecciones osteoarticulares (IO) por bacterias multirresistentes (MDR/XDR) constituyen un problema creciente por su complejidad diagnóstica y terapéutica, y por su impacto asistencial. La resistencia antimicrobiana limita las opciones de tratamiento, especialmente en infecciones asociadas a implantes o biofilm, y favorece recurrencias. En Uruguay, la evidencia sobre esta problemática es limitada. El objetivo fue caracterizar las IO por microorganismos MDR/XDR en un centro de referencia traumatológico de Montevideo.

Metodología

Estudio observacional, retrospectivo, de cohortes, realizado en el Instituto Nacional de Ortopedia y Traumatología entre el 1 de enero de 2022 y el 31 de diciembre de 2023, con seguimiento clínico mínimo de 12 meses. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con IO confirmada por aislamiento de bacterias MDR/XDR en muestras profundas obtenidas en block quirúrgico. Se analizaron variables epidemiológicas, clínicas, microbiológicas, terapéuticas y evolutivas. Se utilizó estadística descriptiva y análisis de supervivencia libre de recurrencia mediante Kaplan-Meier. El estudio contó con aprobación del comité de ética.

Resultados

Se identificaron 83 casos de IO por microorganismos MDR, quienes presentaron como factores de riesgo el uso previo de antimicrobianos (53%), infección previa (30%) y colonización previa por MDR (20%). La media de internación fue 30,9 días. Las infecciones más frecuentes fueron las relacionadas a fracturas (43%) y las infecciones peri-protésicas (26%); 46 casos (55%) tuvieron presentaciones crónicas. Predominaron los bacilos Gram negativos (BGN) (61%), principalmente enterobacterias (tabla 1). Todos los pacientes requirieron cirugía, con una media de 1,5 intervenciones. Los antimicrobianos empleados se muestran en tabla 2. La terapia intravenosa tuvo una mediana de 16,5 días (P25=13 y P75=27) y la duración total del tratamiento de 10 semanas (P25=6 y P75=12). El 65% contó con opciones de pasaje a vía oral, en todos los casos de cocos Gram positivos, en 9 de 28 casos entre los productores de BLEE, ningún caso entre los productores de carbapenemasas. De los 60 pacientes con implantes al ingreso se retiraron en 33 casos (55%). La recurrencia ocurrió en 26%, con mediana de 3 meses hasta su aparición, sin diferencias significativas según grupo etiológico.

Discusión

En esta población con IO por MDR, se destaca el predominio de BGN multirresistentes, especialmente enterobacterias productoras de BLEE, en contraste con la predominancia clásica dominada por cocos Gram positivos. La población presentó múltiples factores de riesgo e internaciones prolongadas. Los tratamientos fueron prolongados y solamente en 2/3 se contó con opciones adecuadas de consolidación oral. La dificultad para retirar implantes, realizada solo en 55%, probablemente contribuyó a la

persistencia o recurrencia en 26,5% de los casos. Estos hallazgos reflejan una elevada carga clínica y asistencial, y refuerzan la necesidad de optimizar el diagnóstico microbiológico y las estrategias terapéuticas.

Conclusiones

En este estudio, las infecciones osteoarticulares fueron mayoritariamente causadas por bacilos Gram negativos multirresistentes, principalmente enterobacterias productoras de BLEE. Los pacientes requirieron tratamientos antimicrobianos prolongados, presentaron opciones orales limitadas y una recurrencia del 26,5%, mayoritariamente en el primer año.

Tabla 1. Microorganismos identificados.

Microorganismos	N 94 (%)
<i>Staphylococcus aureus</i> resistente a meticilina (MR)	14 (15)
<i>Staphylococcus</i> spp. coagulasa-negativo MR	21 (22)
<i>Staphylococcus</i> spp. coagulasa-negativo no MR	2 (2)
<i>Klebsiella pneumoniae</i>	15 (16)
<i>Proteus</i> spp.	9 (10)
Enterobacter cloacae complex	8 (9)
<i>Escherichia coli</i>	8 (9)
<i>Morganella morganii</i>	3 (3)
<i>Serratia marcescens</i>	3 (3)
<i>Acinetobacter</i> spp.	6 (6)
<i>Pseudomonas aeruginosa</i>	5 (5)

Tabla 2. Terapia antimicrobiana empleada

Antimicrobianos utilizados*	N	N en terapia combinada
Carbapenémicos [†]	28	25
Ceftazidime	7	7
Piperacilina / Tazobactam	3	3
Aminoglucósidos	23	23
Doxiciclina	34	32
Trimetoprim / Sulfametoxazol	29	23
Fluoroquinolonas	21	20
Linezolid	12	11
Vancomicina	24	23
Otros [§]	7	7

*En la tabla se incluyen las moléculas empleadas en los tratamientos tanto de forma intravenosa como oral. [†]Meropenem 27 casos, Ertapenem 1 caso. [§]Tigeciclina, Fosfomicina, Colistina y Rifampicina.

Vasoespasma periférico inducido por anfotericina B desoxicolato en el tratamiento de endocarditis por *Candida parapsilosis*.

Lucía Araújo Pérez, Serena Amor, Lucía Dalcín Novelli, Mauricio Carbia, Leonella Luzardo, Victoria Frantchez.

Institución: Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.

Introducción

La endocarditis infecciosa (EI) fúngica es infrecuente pero se asocia a elevada morbimortalidad. *Candida spp.* representa aproximadamente el 50% de los casos y es más frecuente en pacientes con dispositivos intravasculares, inmunosupresión o hemodiálisis crónica. *Candida parapsilosis* es un patógeno oportunista vinculado a infecciones relacionadas a catéteres vasculares y formación de biopelículas, con menor susceptibilidad intrínseca a equinocandinas. Las guías clínicas recomiendan anfotericina B liposomal (L-AmB) o equinocandinas, generalmente asociadas a cirugía valvular y seguidas de terapia prolongada con azoles. En algunos contextos la disponibilidad de L-AmB es limitada, condicionando el uso de anfotericina B desoxicolato (D-AmB) pese a su mayor toxicidad. Las reacciones adversas medicamentosas son respuestas nocivas e inintencionadas a medicamentos administrados a dosis habituales y pueden clasificarse según su gravedad mediante la Common Terminology Criteria for Adverse Events (CTCAE).

Se presenta el caso de un paciente en hemodiálisis crónica que desarrolló EI por *Candida parapsilosis* asociada a candidemia persistente vinculada a un catéter para hemodiálisis, que presentó acrocianosis por vasoespasma asociado a D-AmB.

Caso clínico

Hombre de 49 años con enfermedad renal crónica secundaria a nefropatía membranosa en hemodiálisis desde hacía seis años. Presentaba múltiples accesos vasculares complicados con trombosis y disfunción, por lo que se dializaba mediante catéter venoso transitorio desde hacía un año. Presentó candidemia relacionada a catéter que evolucionó con EI de válvula aórtica por *Candida parapsilosis*. Se inició D-AmB (1 mg/kg/día) y se retiró el catéter venoso central. Ante la persistencia de hemocultivos positivos se demolió una fístula arteriovenosa trombosada y se añadió caspofungina a dosis altas (150 mg de carga y luego 75 mg/día); además, *C. parapsilosis* desarrolló resistencia a fluconazol (Figura 1). Los hemocultivos de control se negativizaron a los 15 días de bi terapia. Tras 45 días de tratamiento antifúngico se realizó sustitución valvular aórtica. El cultivo valvular desarrolló *C. parapsilosis*, por lo que se prolongó el tratamiento con D-AmB. A los 15 días del postoperatorio (60 días de D-AmB) presentó dolor intenso en manos y pies con acrocianosis distal progresiva (Figura 2). Ante la sospecha de toxicidad farmacológica se suspendió la D-AmB, observándose resolución completa del cuadro en 24 horas. Posteriormente evolucionó favorablemente, completando seis meses de tratamiento con voriconazol seguidos de terapia antifúngica supresiva durante un año.

Discusión

La EI por *Candida* representa aproximadamente 1–2% de las EI y se asocia con elevada mortalidad. En este caso el paciente presentaba factores de riesgo para candidemia y endocarditis, como el uso prolongado de catéter venoso central para hemodiálisis. La acrocianosis por vasoespasma es un efecto adverso infrecuente descrito asociado a D-AmB y puede clasificarse como evento adverso severo grado 3 según CTCAE. Su reconocimiento precoz permite evitar daño tisular irreversible.

Conclusiones

Este caso destaca la relevancia de las candidemias asociadas a catéter en pacientes en hemodiálisis y su posible progresión a EI. Asimismo, subraya la importancia de reconocer efectos adversos infrecuentes de la anfotericina B, como la acrocianosis por vasoespasmo periférico, cuya suspensión oportuna permite la resolución del cuadro.

Figura 1. Susceptibilidad de aislamientos de *C. parapsilosis*

Aislamiento	Antifúngico	CIM (µg/ml)	Interpretación
<i>C. parapsilosis</i> fenotipo sensible	Anfotericina B	≤0,25	Sin puntos de corte
	Caspofungina	0,5	Sensible
	Fluconazol	≤0,5	Sensible
<i>C. parapsilosis</i> fenotipo resistente	Anfotericina B	1	Sin puntos de corte
	Caspofungina	0,5	Sensible
	Fluconazol	8	Resistente
	Voriconazol	≤0,12	Sensible

CIM: concentración inhibitoria mínima. Interpretación de susceptibilidad por criterios CLSI 2023.

Figura 2. Acrocianosis de manos y pies.



A- Manos y pies con acrocianosis relacionada a anfotericina



B- Perfusión en ambos pies antes (izquierda) y después (derecha) de la suspensión del fármaco.

Osteítis sífilítica. Una presentación atípica de una enfermedad emergente.

Lucía Villar, Matías Duarte, Romina Sayas, Martín Nuñez, Javier Gaudiano.

Institución: Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay.

Introducción

La sífilis es una infección sistémica provocada por una espiroqueta denominada *Treponema pallidum*. La misma puede ser congénita o adquirirse por vía sexual.

El compromiso osteoarticular es poco frecuente y la bibliografía es limitada, lo que motiva la presentación de este caso clínico en contexto de un aumento progresivo de su prevalencia.

Caso clínico

Mujer de 25 años, sana, consultó por cefalea holocraneana opresiva de un mes de evolución, que se intensificó en las dos semanas previas. No presentó elementos de focalidad neurológica ni clínica de irritación meníngea. No registros febriles constatados.

Concomitantemente presentó una erupción cutánea máculo-papular no pruriginosa en tórax, abdomen, dorso y miembros.

Al examen físico se constató exantema máculo papular extenso, sin compromiso de palmas, plantas ni mucosas; adenopatías yugulocarotídeas e inguinales, pequeñas, de características inflamatorias. A nivel de cráneo frontal, temporal derecho y parietal posterior se palparon tumoraciones de 1cm, redondeadas, firme elásticas, inmóviles, dolorosas, sin signos fluxivos. El resto del examen físico fue normal.

La tomografía computada de cráneo evidenció a nivel frontal una lesión de partes blandas de 10x5x10mm con erosión cortical. La resonancia magnética nuclear evidenció lesiones frontales bilaterales con compromiso del diploe y de ambas corticales, con extensión a partes blandas. Hipointensas en T1, hiperintensas en T2/FLAIR y realce tras gadolinio.

La punción lumbar para estudio de líquido cefalorraquídeo fue normal.

Las serologías en sangre resultaron en un RPR 1/32 y FTA positivo. El resto fueron negativas.

La biopsia de las lesiones óseas evidenció un proceso inflamatorio linfoplasmocitario crónico inespecífico.

Se planteó sífilis secundaria con compromiso óseo y cutáneo. Recibió tratamiento antimicrobiano intravenoso con penicilina G 4 millones cada 6 horas, evolucionando favorablemente con remisión de la signo-sintomatología.

Discusión

Una revisión sistemática desde 1964-2014 describe 36 casos de sífilis con compromiso óseo.

Como mecanismo patológico del compromiso óseo se describe la diseminación hematogena de la espiroqueta, produciendo inflamación a nivel vascular y compromiso de la médula ósea. Radiológicamente se describe como "hueso apolillado", con afectación de la tabla externa y el diploe de la calota, produciendo inflamación del tejido blando adyacente, características presentes en nuestra paciente.

La anatomía patológica permite diferenciar si el compromiso óseo se debe a una etapa precoz o tardía de la infección, siendo la inflamación granulomatosa crónica característica de esta última. Considerando que las espiroquetas se visualizan en el 36% de las lesiones óseas.

Conclusiones

Estamos ante una presentación atípica y sistémica de la sífilis, donde la bibliografía al respecto es escasa. Resaltando que la sífilis secundaria puede manifestarse no solo con erupciones cutáneas, sino también con lesiones óseas dolorosas, requiriendo un alto índice de sospecha. Pese a la complejidad de las lesiones óseas, el tratamiento estándar con penicilina es altamente efectivo, lográndose una franca mejoría sintomática en pocas semanas.

Nocardiosis cutánea vs. micobacteriosis ¿simulación clínica y microbiológica?

Sofía Pimienta, Rosario Palacio, Elisa Cabeza, Leandro Alvarez, Evangelina Costa,
Cristian Agostini, Pilar Gadea

Institución: Unidad Académica de Laboratorio de Patología Clínica. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. UDELAR. Montevideo, Uruguay. Unidad Académica Enfermedades Infecciosas. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. UDELAR. Montevideo, Uruguay

Introducción

Nocardiaceae y *Mycobacteriaceae* son familias del orden Actinomycetales, con ácidos micólicos en su pared de distinta longitud lo que determina su coloración típica. Las primeras se consideran semi-Ácido Alcohol Resistentes (sAAR) por coloración Ziehl-Neelsen modificado (ZNM) y las segundas Bacilos Ácido Alcohol Resistentes (BAAR) por ZN. Tanto las nocardias como las micobacterias y en particular especies de micobacterias no tuberculosas (MNT), se comportan como patógenos oportunistas en pacientes inmunocomprometidos, causando infección de piel y tejidos blandos (IPTB), entre otras. Las MNT más frecuentemente asociadas a IPTB son las de crecimiento rápido (MCR), entre ellas *Mycobacterium chelonae*. Reportamos un caso de IPTB por *M. chelonae* presuntivamente diagnosticado como nocardiosis según el examen directo de la muestra clínica.

Caso clínico

Paciente de SF de 54 años, asmática en tratamiento crónico con corticoides orales a altas dosis. Hipertensa y diabética. Niega tóxicos. Reside en zona urbana. Refiere tareas de jardinería en el hogar. Niega contacto con agua salada o dulce. Niega viajes al exterior. Presenta lesiones cutáneas en MMII de evolución subagudas, caracterizadas por nódulos eritematosos dolorosos que progresan a úlceras exudativas y costras hemáticas. Las mismas mostraban una disposición lineal ascendente compatible con propagación linfática (ver figura 1). Asocia concomitantemente astenia y adinamia, sin registros febriles ni otros síntomas sistémicos acompañantes. No se documentaron antecedentes de traumatismo, punción o lesión cutánea previa como puerta de entrada. Inicialmente se trató como IPTB bacteriana inespecífica, recibiendo antibióticos empíricos: betalactámicos, cotrimoxazol y glicopéptidos de inicio oral y luego intravenoso, sin mejoría, por lo que se decide realizar biopsia cutánea para ampliar la búsqueda etiológica hacia MCR y nocardias. La baciloscopia de la biopsia fue negativa. El ZNM fue positivo, mostrando cocobacilos sAAR, no ramificados, atípicos pero presuntivos de *Nocardia spp.* (ver figura 2). Con cultivos primarios en agar sangre incubados a 28°C y 37°C negativos, en caldo de enriquecimiento a los 7 días de incubación se observan bacilos sAAR con baciloscopia negativa. El desarrollo en subcultivos de colonias blanco-cremosas, se identificó como *M. chelonae* por proteómica de MALDI-TOF Vitek MS® con un 99.9% de confiabilidad.

Discusión

El examen directo inicial dirigió el tratamiento empírico hacia la cobertura de nocardiosis, la cual fue posteriormente descartada debido al desarrollo en cultivo de una MCR identificada por proteómica. Sería interesante caracterizar en profundidad la pared celular de este aislamiento de *M. chelonae*, dado las características tintoriales inusuales descritas, que dieron lugar a una baciloscopia “falso negativa” en el directo de la muestra. La paciente evolucionó favorablemente con un plan combinado de moxifloxacina y linezolid.

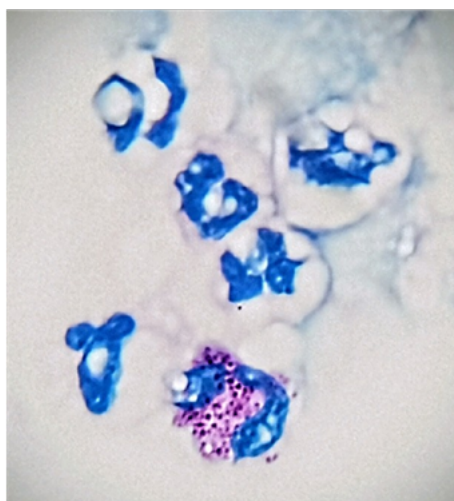
Conclusiones

Contar con la técnica de MALDI-TOF en el laboratorio nos permitió identificar con precisión un aislamiento inusual, facilitando el ajuste del tratamiento antimicrobiano dirigido y así optimizar el manejo clínico de la paciente.

Figura 1. Lesiones nodulares ulceradas con distribución linfática.



Figura 2. Examen directo de lesiones con coloración de ZNM que muestra respuesta inflamatoria y cocobacilos sAAR, no ramificados, intracelulares presuntivos de *Nocardia spp.*



Síndrome Pos COVID-19: características clínicas y diagnósticas a 3 y 24 meses de evolución en una cohorte de 61 pacientes.

Romina Caraballo, Cristina Pattarino, Cecilia Collazo, Ines Petrini, Raquel Monteghirfo, Flavia Leizagoyen, Ernesto Cairolí

Institución: CRAMI IAMPP, Las Piedras, Canelones, Uruguay.

Introducción

Se presenta un estudio de las características clínicas de personas con Síndrome Post-Covid (SPC-19) a 3 y 24 meses de la confirmación diagnóstica de la infección por COVID-19.

Metodología

Estudio descriptivo, observacional, longitudinal, unicentrico, retro-prospectivo.

Objetivos:

- Describir las características clínicas de personas con SPC-19.
- Valorar persistencia de síntomas a los 24 meses de evolución.
- Comparar grupos según sexo, factores de riesgo cardiovasculares, paciente hospitalizado versus ambulatorio, ingreso a unidad de cuidados intensivos (UCI), estado de inmunización contra SARS-CoV-2.

Criterios de inclusión:

Pacientes con COVID-19 confirmada por RT-PCR o test antigénico entre el 15 de marzo y 15 de junio de 2021. Que cumplieran con la definición de SPC-19 de las guías NICE de diciembre de 2020.

Criterios de exclusión:

Pacientes con reinfección confirmada al momento del seguimiento a 24 meses.

La comparación entre grupos se realizó utilizando test de t (Student) y test U de Mann Whitney. Los estudios de asociación se realizaron utilizando test de Chi cuadrado o test exacto de Fisher. Para comparación de tres o más grupos se utilizó test de ANOVA.

Resultados

Fueron incluidos 61 pacientes, 35 (57,3%) mujeres, y 26 (42,6%) hombres. La edad media fue de 56,2 ± 14,27 años. 26 (42,6%) hipertensos. 9 (14,7%) diabéticos tipo 2. 2 (3,27%) dislipémicos, 9 (14,7%) tabaquistas.

No se encontraban inmunizados contra SARS-CoV2 un total de 33 (54%) pacientes, 21 (34,4%) tenían una dosis y 7 (11,4%) tenían dos dosis.

Cursaron en ambulatorio 37 (60,6%), hospitalizados 24 (39,3%); 4 (6,5%) requirieron atención en UCI.

La media total acumulativa de síntomas fue de $3,05 \pm 1,83$ a 12 semanas del diagnóstico, no existiendo diferencias significativas entre mujeres y hombres ($3,14 \pm 1,86$ y $2,92 \pm 1,83$) (p NS), ni entre aquellos con menos o más de 12 semanas de evolución ($2,78 \pm 1,70$ y $3,5 \pm 2,17$) (p NS).

A los 24 meses cumplieron criterio de inclusión 36 pacientes.

La media de la carga total de síntomas a 3 meses fue de $2,80 \pm 1,91$ y a 24 meses $3,69 \pm 3,0$, diferencias no significativas (p 0,35).

Del estudio de asociación de riesgo del estado de inmunización en los 4 síntomas más

frecuentes a 24 meses del diagnóstico no se encontró asociación.

Discusión

Los resultados muestran la repercusión funcional asociada al SPC-19. Existe persistencia de síntomas con una media de 3 síntomas a 24 meses. Si bien no se encontraron diferencias significativas al comparar carga sintomática a 3 y 24 meses, esos síntomas no estaban presentes previo a la infección y a 24 meses de ocurrida, las personas seguían manifestando la persistencia de síntomas.

Si bien el trabajo tiene el valor de contribuir en una nueva área de conocimiento, se hace énfasis en el bajo tamaño muestral. Los cambios en los esquemas de vacunación y diferentes cepas involucradas también podría tener incidencia.

Conclusiones

A 24 meses, se encontró persistencia de síntomas del Pos COVID-19, con una tendencia al aumento de síntomas en la evolución, sin significación estadística. Más estudios son necesarios para mejorar la caracterización del síndrome Pos COVID-19.

FIGURA1. Número total de síntomas Pos COVID 19, expresados en valor absoluto, media, límite inferior y superior a los 3 meses y a los 24 meses de evolución.

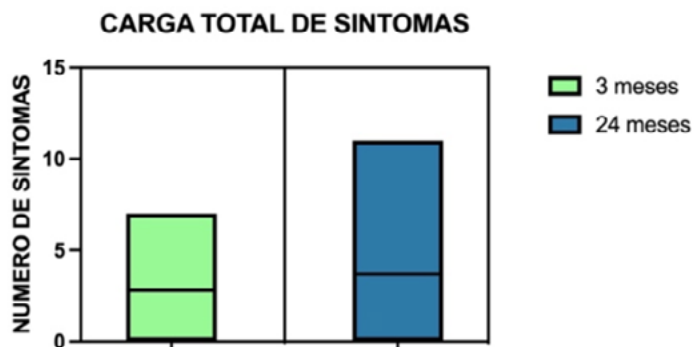
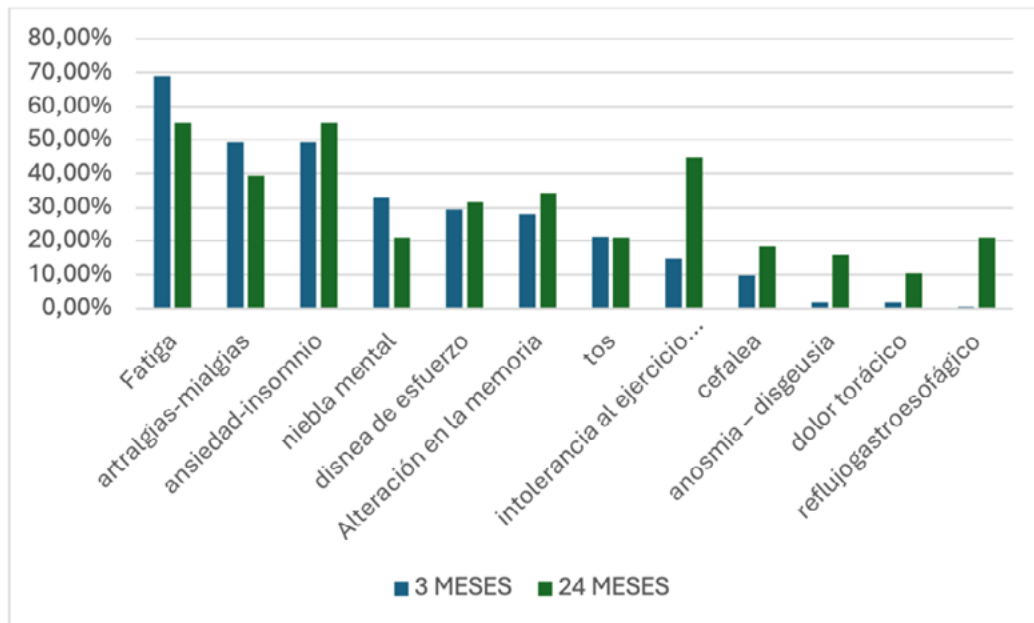


FIGURA 2. Presencia de síntomas Pos COVID 19 expresados en porcentaje a los 3 meses y a los 24 meses de evolución.



Candidemia en el Hospital Maciel (2023-2025): características clínicas y microbiológicas.

Florencia Burguez, Paulina Mescia, Mariela Vieytes, Sofia Villaamil, Carolina Iglesias, Sofía Maissonave, Adriana Carlomagno

Institución: Unidad Académica Médica 1 - Hospital Maciel - Facultad de Medicina - UdelaR - Montevideo - Uruguay.

Introducción

La candidemia representa la micosis invasiva más frecuente en pacientes hospitalizados. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas, y se asocia a mayor estancia hospitalaria y mortalidad. Su ocurrencia se relaciona tanto con comorbilidades del paciente como con factores de riesgo asociados a la hospitalización. El objetivo de este estudio es describir las características clínicas y microbiológicas de los pacientes con candidemia asistidos en el Hospital Maciel.

Metodología

Estudio retrospectivo descriptivo realizado entre enero de 2023 y diciembre de 2025 en el Hospital Maciel, mediante muestreo no probabilístico por conveniencia. Se incluyeron pacientes ≥ 15 años con hemocultivos positivos para *Candida* identificados a partir de registros de microbiología y con datos clínicos obtenidos de historias clínicas electrónicas. Se excluyeron historias clínicas incompletas o con datos insuficientes. Se realizó un análisis descriptivo de la cohorte considerando variables clínicas y microbiológicas. El protocolo se adhiere a las pautas de Helsinki y cuenta con registro en el MSP (número 9679363).

Resultados

Se incluyeron 38 pacientes. La mediana de edad fue 62 años y predominó el sexo masculino (57,9%). Se registraron comorbilidades en 15 pacientes (39,5%) y factores de riesgo para el desarrollo de candidemia asociados a la atención en salud en 35 (92,1%) (Tabla 1). El 60,5% de las infecciones correspondió a especies de *Candida* no albicans. La distribución por especie y las características de la infección se muestran en la Tabla 2. La mortalidad intrahospitalaria fue del 52,6% (n=20).

Discusión

En esta cohorte la candidemia se presentó en pacientes con una mediana de edad de 62 años, con elevada mortalidad intrahospitalaria (52.6%) y predominio en el contexto de factores de riesgo asociados a la atención en salud. El 92.1% de los pacientes presentó al menos un factor de riesgo asociado a la atención sanitaria, principalmente antibioticoterapia previa, uso de dispositivos invasivos (catéter venoso central, sonda vesical) y cirugías abdominales, mientras que las comorbilidades fueron menos frecuentes (39.5%). Los casos se registraron principalmente en unidades de cuidados intensivos y, en segundo lugar, en unidades de cuidados moderados. La infección fue diagnosticada durante la internación, con una mediana de 17 días desde el ingreso y una estancia hospitalaria total de aproximadamente un mes, lo que apoya su ocurrencia en el contexto de internaciones prolongadas y su adquisición intrahospitalaria. Se observó un predominio de especies no albicans (60,5%) en línea con lo reportado en otras series nacionales. Si bien las equinocandinas constituyen el tratamiento de primera línea, fueron utilizadas en una baja proporción de casos (17,2%), siendo el fluconazol el antifúngico más empleado (58,6%). A pesar de ello, la resistencia al fluconazol fue baja (9,4% de las cepas testeadas). El menor uso de equinocandinas podría explicarse por su mayor costo y menor disponibilidad.

Conclusiones

La candidemia predominó en pacientes con factores de riesgo asociados a la atención en salud, lo que resalta la necesidad de fortalecer las medidas de prevención y control de infecciones hospitalarias.

Tabla 1. Variables clínicas.

Variable	Total = 38
Edad - Mediana (RIQ)	62(17)
Sexo - n (%)	
Femenino	16(42.1)
Masculino	22 (57.9)
Comorbilidades - n (%)	
DM	4(10.5)
ECV	7(18.4)
Desnutrición	5(13.2)
VIH	1 (2.6)
ERC	5(13.2)
Neutropenia	4(10.5)
Neoplasia	12(31.6)
Tipo de neoplasia	
Sólida	7 (58.3)
Hematológica	5(41.2)
Recibe quimioterapia	5(13.2)
Lugar de adquisición - n (%)	
CTI	23 (60.5)
Sala	13(34.2)
Emergencia/ambulatorio	2 (5.3)
Factores de riesgo asociados a la atención en salud - n (%)	
Catéter venoso central	32 (84.2)
Sonda vesical	30 (78.9)
Nutrición parenteral	10(26.3)
Antibioticoterapia previa	34 (89.5)
Corticoides	3 (7.9)
Cirugía abdominal	16(42.1)
Tiempo hasta la adquisición - Mediana (RIQ)	17(20.5)
Estancia hospitalaria - Mediana (RIQ)	38 (40.5)
Nota. DM: Diabetes Mellitus; ECV: enfermedad cardiovascular; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; ERC: enfermedad renal crónica	

Tabla 2. Características de la infección

Variable	N (%) Total = 38
Origen de la candidemia	
Primaria	19 (50)
Secundaria	19(50)
Foco de origen	
Urinario	7 (36.8)
Catéter	8(42.1)
Abdominal	6(31.6)
Respiratorio	3(15.8)
Especie	
Nota. * Los porcentajes se calcularon sobre el número de aislamientos en los que se realizó el test de sensibilidad para cada antifúngico (Anfotericina B: N=37; Fluconazol: N=32; Caspofungina: N=4; Voriconazol: N=35). † Los porcentajes se calcularon sobre el total de pacientes que recibió algún tratamiento (N=29).	

Guilliermondii	1 (2.6)
Glabrata	9 (23.7)
Albicans	15(39.5)
Parapsilosis	7(18.4)
Lusitaniae	1 (2.6)
Tropicalis	3 (7.9)
Krusei	1 (2.6)
SP	2 (5.3)
Sensibilidad	*
Anfotericina B	37 (100)
Fluconazol	29 (90.6)
Voriconazol	34 (97.1)
Caspofungina	4(100)
Tratamiento recibido	t
Fluconazol	17(58.6)
Anfotericina B	1 (3.4)
Voriconazol	6 (20.7)
Caspofungina	5(17.2)

Nota. * Los porcentajes se calcularon sobre el número de aislamientos en los que se realizó el test de sensibilidad para cada antifúngico (Anfotericina B: N=37; Fluconazol: N=32; Caspofungina: N=4; Voriconazol: N=35). t Los porcentajes se calcularon sobre el total de pacientes que recibió algún tratamiento (N=29).

Queratitis por *Listeria monocytogenes* en paciente inmunocompetente: reporte de caso y revisión de la literatura.

Karen Milena Arias Orozco, Ezequiel García, Steven Tapia-Villacís, Mariana Guirado, Evangelina Costa, Matilde Outeda

Institución: Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina. Hospital de Clínicas. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay. Unidad Académica de Laboratorio de Patología Clínica. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

Introducción

Listeria monocytogenes es un bacilo Gram positivo intracelular que produce principalmente infecciones invasivas como meningitis y bacteriemia, especialmente en neonatos, embarazadas, adultos mayores e inmunocomprometidos. Las infecciones oculares son excepcionales y pueden presentarse como uveítis anterior hipertensiva o endoftalmitis mientras que la queratitis constituye una presentación muy poco frecuente. La mayoría de los casos descritos corresponden a reportes aislados, por lo que el reconocimiento clínico puede resultar desafiante. Se presenta un caso de queratitis por *Listeria monocytogenes* en un paciente inmunocompetente posterior a traumatismo ocular.

Caso clínico

Paciente masculino de 63 años sin antecedentes de inmunosupresión que consultó por dolor ocular, lagrimeo, sensación de cuerpo extraño y disminución de la agudeza visual en ojo izquierdo posterior a traumatismo ocular durante trabajos de jardinería dos semanas previas del inicio de los síntomas.

El examen oftalmológico evidenció defecto epitelial corneal de aproximadamente 7 × 8 mm con absceso corneal central, infiltrado corneal extenso e hipopión grado I no móvil (figura 1). La opacidad de medios impedía la valoración del fondo de ojo. La ecografía ocular modo B descartó vitritis y evidenció retina acolada.

Se inició tratamiento empírico con antibióticos tópicos fortificados (vancomicina y ceftazidima) asociados a ciprofloxacina intravenosa. Ante la progresión clínica se agregó tratamiento antifúngico con anfotericina B tópica y voriconazol oral. El cultivo de córnea aisló *Listeria monocytogenes*, identificada por MALDI-TOF (Matrix-Assisted Laser Desorption Ionization Time of Flight) Vitek MS®, confirmando el diagnóstico por este patógeno inusual. La evolución con tratamiento dirigido fue buena en base a moxifloxacina tópica e intravenosa, trimetoprim-sulfametoxazol y ceftriaxona, con mejoría de la agudeza visual y resolución del defecto epitelial y de hipopión.

Discusión

Las infecciones oculares por *Listeria monocytogenes* son extremadamente raras y generalmente endógenas, la mayoría de los casos descritos corresponden a uveítis anterior hipertensiva o endoftalmitis. Las revisiones disponibles estiman que existen aproximadamente 30 casos de infección ocular por este microorganismo reportados a nivel mundial. En los casos publicados, la infección ha sido descrita en pacientes inmunocomprometidos e inmunocompetentes. Algunos reportes destacan la presentación de endoftalmitis endógena asociada a bacteriemia o comorbilidades sistémicas, como enfermedad renal avanzada, mientras que otros han sido descritos en individuos inmunocompetentes sin factores predisponentes. A diferencia de estos reportes, nuestro caso corresponde a una queratitis infecciosa con absceso corneal e hipopión en un paciente inmunocompetente con antecedente de traumatismo ocular durante actividades de jardinería, lo que sugiere una posible inoculación directa del microorganismo a través de material vegetal. Este mecanismo de adquisición resalta la importancia de

considerar patógenos poco frecuentes en queratitis posteriores a trauma ocular. Asimismo, al igual que en varios casos reportados, el diagnóstico definitivo en nuestro paciente se estableció mediante cultivo corneal, lo que permitió identificar *Listeria monocytogenes* como agente etiológico y orientar el manejo terapéutico adecuado.

Conclusiones

La queratitis por *Listeria monocytogenes*, aunque infrecuente, debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de la queratitis infecciosa posterior a trauma ocular, incluso en pacientes inmunocompetentes. El diagnóstico microbiológico es clave para realizar tratamiento dirigido y evitar complicaciones graves.

Figura 1. Hipopión OI. Imagen original del autor, con consentimiento del paciente.



● Nefrología



Rabdomiólisis más lesión renal aguda como presentación complicada de infección por chikungunya

Renata María Leon Stimson, Jesús Felipe González Jiménez, Gloria Llanes de Luraschi, Fanny Giselle Ramos Galeano

Institución: Universidad Nacional de Asunción, Facultad de Ciencias Médicas, Hospital de Clínicas - Postgrado en Medicina Interna, Tercera Cátedra de Clínica Médica y Semiología Médica, San Lorenzo, Paraguay

Introducción

La infección por chikungunya se manifiesta habitualmente con fiebre, artralgias y mialgias; sin embargo, en un pequeño grupo de pacientes puede asociarse a complicaciones sistémicas potencialmente graves. La rabdomiólisis es una manifestación infrecuente, pero relevante por su capacidad de producir lesión renal aguda secundaria a daño muscular y liberación de mioglobina. El reconocimiento precoz de esta complicación es fundamental, especialmente en pacientes jóvenes sin comorbilidades, ya que el tratamiento oportuno puede modificar favorablemente la evolución. Se presenta el caso de un paciente de 18 años con infección aguda por chikungunya complicada con rabdomiólisis y lesión renal aguda reversible.

Caso clínico

Paciente masculino de 18 años, sin patologías de base conocidas, que ingresa al servicio de urgencias por cuadro de una semana de evolución caracterizado por sensación febril, al que se agregan coluria, disminución del ritmo diurético, edema de miembros inferiores, náuseas y vómitos, sin mejoría con tratamiento sintomático. Al ingreso se encontraba afebril, normotenso. En la analítica inicial se constató elevación marcada de enzimas musculares, con creatinfosfoquinasa total de 8777 U/L (valor normal <190 U/L), asociada a lesión renal aguda severa, con urea de 128 mg/dL y creatinina de 8,17 mg/dL. Presentaba además sodio 142 mEq/L, potasio 5,1 mEq/L, cloro 105 mEq/L, AST 41 U/L, ALT 217 U/L, pH 7,27 y bicarbonato 17,4 mmol/L. El estudio urinario mostró proteinuria de 24 horas de 163 mg y clearance de creatinina de 39 mL/min/1.73m². La ecografía de vías urinarias informó riñones de aspecto conservado, aumentados de tamaño, sin litiasis ni dilatación del sistema pielocalicial, además de líquido libre homogéneo en moderada cantidad. Como parte del estudio etiológico se solicitó perfil toxicológico, con resultado negativo para anfetaminas, benzodiazepinas, opiáceos, cocaína, marihuana y éxtasis. La serología mostró IgM para dengue negativa, IgM para chikungunya positiva y ANA negativo. Evolucionó favorablemente con tratamiento de soporte y permaneció internado siete días. Al alta presentaba urea de 55 mg/dL, creatinina de 1,54 mg/dL y potasio de 4,2 mEq/L.

Discusión

La rabdomiólisis asociada a chikungunya es una complicación poco frecuente y probablemente subdiagnosticada. En este caso, la presencia de coluria, oliguria y elevación marcada de creatinfosfoquinasa, junto con lesión renal aguda severa y acidosis metabólica, orientó al diagnóstico. La ausencia de antecedentes patológicos, la negatividad del perfil toxicológico y la serología positiva para chikungunya apoyan la relación etiológica entre la infección viral y el daño muscular agudo. La lesión renal aguda probablemente estuvo mediada por mioglobinuria y lesión tubular aguda, mecanismos descritos en la rabdomiólisis. La evolución favorable sin requerimiento de terapia de reemplazo renal resalta la importancia del diagnóstico precoz, el soporte intensivo y el monitoreo estrecho de la función renal y de la presión arterial.

Conclusiones

La presencia de coluria, oliguria y elevación de creatinfosfoquinasa debe alertar sobre esta complicación, cuyo reconocimiento y tratamiento oportunos pueden evitar progresión a falla renal grave.

Nefrectomía de riñón atrófico como alternativa terapéutica en hipertensión renovascular aterosclerótica.

Joaquín Ferreira Bacciarini, Victoria Pouso, Luciana Nario, Jorge Facal.

Institución: Centro de Asistencia de la Agrupación Médica de Pando (CAAMEPA). Pando, Uruguay.

Introducción

La hipertensión arterial renovascular (HTA-RV) se produce por la reducción del flujo sanguíneo renal efectivo debido a estenosis arterial. Esta forma de hipertensión arterial (HTA) secundaria aumenta su prevalencia en casos de HTA resistente. La aterosclerosis es la principal etiología en pacientes con factores de riesgo cardiovascular, mientras que la displasia fibromuscular lo es en sujetos más jóvenes. El tratamiento estándar combina fármacos y revascularización. Se presenta un caso de HTA-RV aterosclerótica tratado con nefrectomía del riñón atrófico dado que la revascularización era técnicamente riesgosa y el control farmacológico insuficiente.

Caso clínico

Mujer, 68 años. Antecedentes de HTA de difícil control (160/80 mmHg habitual), bajo tratamiento con siete fármacos. Tabaquismo, dislipemia y enfermedad arterial periférica. Enfermedad renal crónica en etapa 3b (filtrado glomerular [FG] basal 34 ml/min/1,73m²) y síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) en tratamiento con presión positiva continua en la vía aérea (CPAP). Riñón izquierdo atrófico en ecografía y actividad de renina plasmática elevada (15,4 ng/ml/hora; VN 0,51-2,64). La angiogramografía (AngioTC) de abdomen evidenció una aorta con ateromatosis severa y ulceraciones (aorta tipo "shaggy"); riñón izquierdo atrófico con realce tardío del contraste; estenosis bilateral en los orígenes de las arterias renales, leve a derecha y moderada a izquierda. Arteriografía: ateromatosis a nivel del ostium en la arteria renal derecha, sin estenosis significativa; la arteria renal izquierda presentaba estenosis severa próxima al ostium, con leve dilatación post estenótica; tamaño renal disminuido en el nefrograma. El centellograma renal con estímulo diurético mostró un aporte funcional del 87% para el riñón derecho y 13% para el izquierdo. Ingresó por injuria renal aguda de causa prerrenal por deshidratación en contexto de infección gastrointestinal. Presentó edema pulmonar hipertensivo, con buena respuesta al tratamiento médico. Evolucionó con mal control de presión arterial (PA); se planteó HTA-RV aterosclerótica. Se discutió el caso en equipo multidisciplinario, descartándose la revascularización endovascular por alto riesgo de complicaciones embólicas. Se realizó la nefrectomía izquierda como tratamiento alternativo sin incidentes. Tras la cirugía se evidenció una mejoría progresiva y sostenida de las cifras tensionales (Figura 1), y reducción del consumo de fármacos a los seis meses (Tabla1). La función renal permaneció estable (FG 32 ml/min/1,73m²).

Discusión

El tratamiento de la HTA-RV aterosclerótica requiere un abordaje multidisciplinario que valore la relación riesgo-beneficio de las opciones disponibles en forma individual. La atrofia renal y el retraso en la captación de contraste en la angioTC sugerían en este caso una estenosis hemodinámicamente significativa, que se confirmó con el resultado de la arteriografía. La nefrectomía del riñón no funcional (isquémico) eliminó el foco de hiperreninismo deteniendo así la cascada de activación del sistema renina-angiotensina, permitiendo el descenso del número de fármacos y un mejor control de la PA, y de esta forma también mitigar la progresión del daño sobre el riñón remanente.

Conclusiones

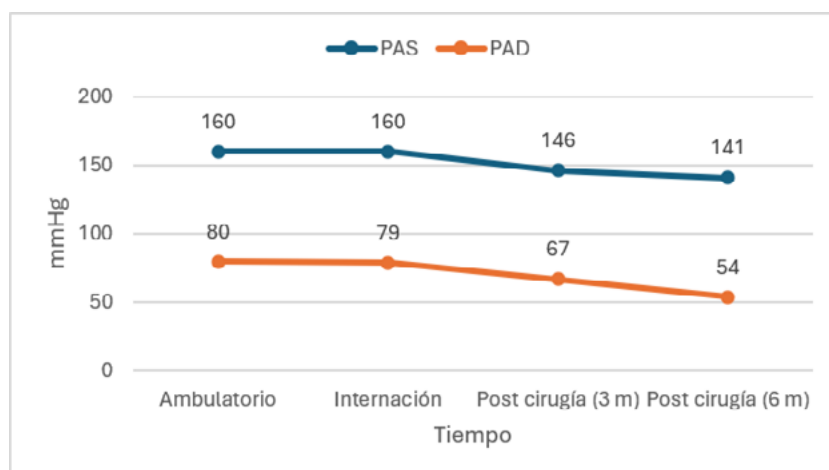
La nefrectomía del riñón atrófico representa una estrategia válida en el tratamiento de la HTA-RV aterosclerótica en pacientes seleccionados cuando la revascularización no es viable, permitiendo mejorar el control tensional y preservar la función renal contralateral.

Tabla 1. Tratamiento farmacológico (*)

Ambulatorio	Internación	Post nefrectomía (6 meses)
Losartán 150 mg	Enalapril 10 mg	Enalapril 10 mg
Hidroclorotiazida 12,5 mg	Hidroclorotiazida 25 mg	Lercanidipina 10 mg
Amlodipina 20 mg	Lercanidipina 20 mg	Espironolactona 25 mg
Espironolactona 25 mg	Espironolactona 25 mg	Carvedilol 25 mg
Bisoprolol 7,5 mg	Carvedilol 50 mg	Verapamilo 80 mg
Furosemide 40 mg	Furosemide 40 mg	
Alfametildopa 500 mg (**)		

*Dosis diaria; **Mal tolerada por letargia, somnolencia

Figura 1. Promedio de cifras de presión arterial.



PAS: presión arterial sistólica; PAD: presión arterial diastólica

Bacteriuria e infección urinaria en los primeros tres meses postrasplante renal: implicancias para optimización antimicrobiana.

Giuliano Medina¹, Victoria Frantchez¹, Mariana Seija², Agustín Inchausti¹, Líber Fernández¹, José Santiago², Rossana Astesiano², Marcelo Nin²

Institución: 1 Unidad Académica de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina Universidad de la República, Uruguay. 2 Unidad Académica de Nefrología, Centro de Nefrología, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Uruguay.

Introducción

La infección urinaria (ITU) es una de las complicaciones infecciosas más frecuentes en el post-trasplante renal y constituye una causa relevante de morbimortalidad, hospitalizaciones y exposición a antimicrobianos. En este contexto, la práctica extendida de solicitar urocultivos de vigilancia en pacientes con inmunosupresión intensa reduce el umbral clínico para iniciar tratamiento antibiótico. Esto favorece el diagnóstico y tratamiento de bacteriuria asintomática (BA), condición cuya relevancia clínica fuera del postoperatorio inmediato es controvertida. Además, en receptores de trasplante renal la distinción entre BA e ITU verdadera puede ser particularmente difícil debido a síntomas atípicos o inespecíficos. El objetivo de este estudio fue describir la frecuencia y el motivo de solicitud de urocultivos, los microorganismos aislados, sus perfiles de resistencia y las terapias antimicrobianas indicadas durante los primeros tres meses post-trasplante renal, así como identificar oportunidades de mejora para un programa de optimización de antimicrobianos (PROA).

Metodología

Estudio observacional retrospectivo basado en revisión de historias clínicas de receptores de trasplante renal realizados entre 2023 y 2024 en el Hospital de Clínicas. Se incluyeron pacientes con seguimiento durante los primeros tres meses posteriores al trasplante. Se registraron número de urocultivos, motivo de solicitud, resultados microbiológicos, mecanismos de resistencia, tratamientos antimicrobianos y duración.

Resultados

De los 70 trasplantes realizados en el período, se incluyeron 68 pacientes. En el primer mes postrasplante se solicitaron 425 urocultivos (mediana: 6 por paciente), con 50 resultados positivos (11,7%); el 90,2% correspondieron a controles en pacientes asintomáticos. En el segundo mes se realizaron 187 urocultivos (mediana: 3 por paciente), con 23 positivos (12,3%), de los cuales 89,8% fueron de control. En el tercer mes se solicitaron 66 urocultivos (mediana: 1 por paciente), con 10 positivos (15,2%), siendo 92,5% controles. Predominaron enterobacterias, principalmente *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae*, seguidas por *Enterobacter spp.*, *Enterococcus spp.* y bacilos gramnegativos no fermentadores. Los mecanismos de resistencia más frecuentes fueron BLEE y, en menor proporción, NDM. En el primer mes todos los aislamientos fueron tratados, con uso de meropenem en 56% de los casos. En el segundo mes se trataron 70% de los cultivos positivos (62,5% con meropenem) y en el tercero 60%.

Discusión

Se observó un marcado predominio de urocultivos de vigilancia con bajo rendimiento microbiológico, lo que favorece el sobrediagnóstico de BA y la exposición innecesaria a antimicrobianos de amplio

espectro. En el trasplante renal temprano, la diferenciación entre BA e ITU es compleja y puede conducir a decisiones terapéuticas heterogéneas. Estos hallazgos destacan la necesidad de definir estrategias institucionales que delimiten la indicación de urocultivos, los criterios clínicos de tratamiento y el tiempo durante el cual podría considerarse tratar la BA.

Conclusiones

La vigilancia microbiológica rutinaria en los primeros meses post-trasplante renal mostró bajo rendimiento diagnóstico y se asoció a tratamiento frecuente de BA y alto uso de carbapenémicos. Estos resultados respaldan la necesidad de protocolizar el cribado y manejo de bacteriuria en este escenario, incorporando estrategias de PROA que definan a quién, cuándo y hasta cuándo tratar la BA, con el objetivo de reducir el uso innecesario de antimicrobianos.

Gráfico 1. Motivos de solicitud de UC durante el 1er mes post TR

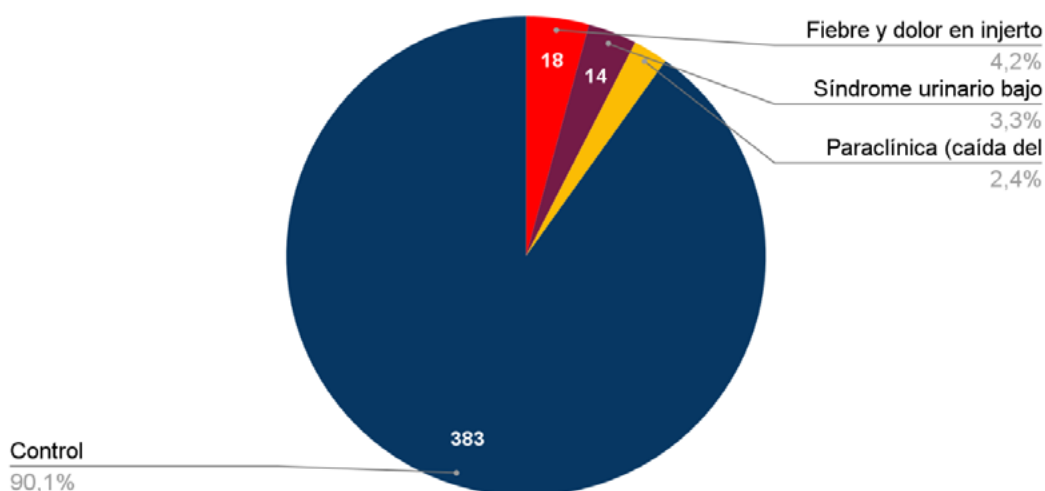
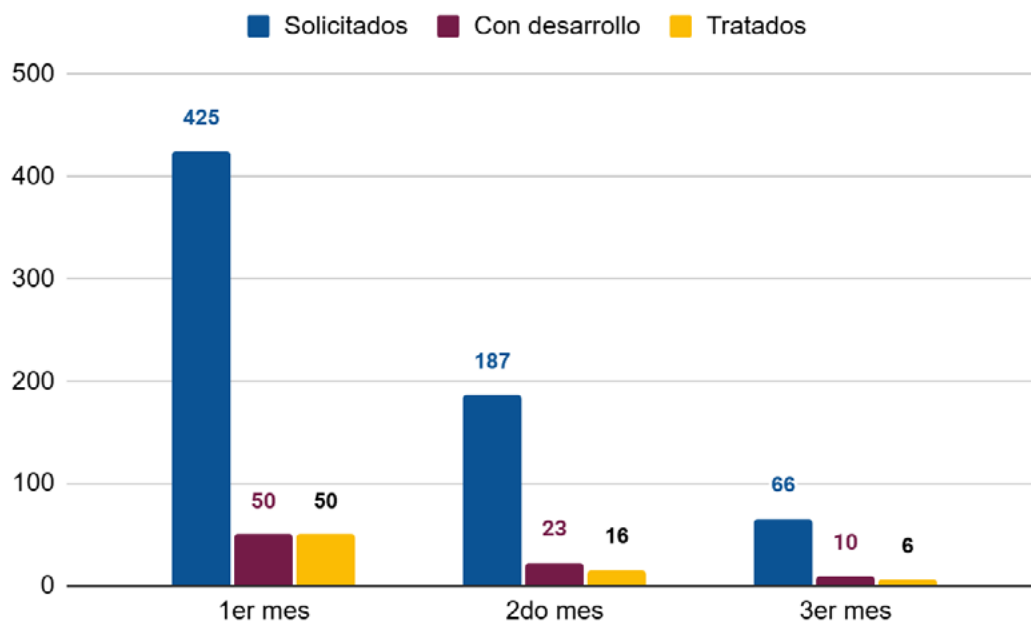


Gráfico 2. Distribución de los urocultivos por mes post TR. Total mensual, con desarrollo, y urocultivos que desencadenaron terapia antimicrobiana



Enfermedad renal relacionada con inmunoglobulina G4: un caso de pseudotumor inflamatorio renal

Germán Balsa^{1,2} , Adrián Aguiar²

Institución: ¹ Clínica Médica 1, Hospital Maciel, Facultad de Medicina, Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

² Departamento de Medicina Interna, Hospital Británico, Montevideo, Uruguay.

Introducción

La enfermedad relacionada con inmunoglobulina G4 (IgG4) es una entidad fibroinflamatoria sistémica caracterizada por infiltración linfoplasmocitaria rica en células plasmáticas productoras de IgG4, fibrosis de patrón estoriforme y flebitis obliterativa. Puede comprometer múltiples órganos, incluyendo páncreas, glándulas salivales, sistema hepatobiliar y riñón. El compromiso renal es infrecuente y generalmente se manifiesta como nefritis tubulointersticial. Sin embargo, en algunos casos puede presentarse como lesiones focales o pseudotumorales que simulan neoplasias renales en los estudios de imagen. Estas presentaciones generan importantes dilemas diagnósticos, especialmente cuando los hallazgos imagenológicos sugieren malignidad y las biopsias iniciales no permiten establecer un diagnóstico definitivo. Se presenta un caso de enfermedad renal asociada a IgG4 (ER-IgG4) con presentación pseudotumoral y biopsia endoscópica previa no concluyente, cuyo diagnóstico final se realizó tras nefrectomía.

Caso clínico

Mujer de 33 años con antecedentes de enfermedad celíaca, talasemia menor, migraña y litiasis renal. En el contexto de estudios de valoración general se detectó una lesión renal derecha de aspecto sólido e infiltrativo en estudios de imagen. Con el objetivo de obtener diagnóstico histológico se realizó ureterorenoscopia con toma de biopsias. El estudio anatomopatológico resultó no concluyente, describiéndose una probable neoplasia fusocelular compatible con proliferación fibroblástica o miofibroblástica. Ante estos hallazgos y considerando los diagnósticos diferenciales planteados, que incluían carcinoma renal y linfoma renal, se decidió realizar nefrectomía total. El estudio macroscópico de la pieza quirúrgica evidenció una lesión mal delimitada de aproximadamente 32 × 25 × 14 milímetros en relación con la pelvis renal. El estudio histopatológico mostró una proliferación fusocelular sin atipia nuclear con patrón estoriforme asociada a abundante infiltrado inflamatorio mononuclear compuesto por linfocitos y plasmocitos, con formación de agregados linfoides y presencia de células gigantes multinucleadas (Figura 1A). Se observó además compromiso vascular con infiltración linfoplasmocitaria y flebitis obliterativa. El estudio de inmunohistoquímica evidenció infiltrado de plasmocitos CD138 positivos con abundantes células positivas para inmunoglobulina G (Figura 1B) y presencia de plasmocitos positivos para IgG4, con recuento aproximado de 130 células positivas por campo de gran aumento y una relación IgG4/IgG de 70% (Figura 1C), compatibles con enfermedad renal asociada a IgG4.

Discusión

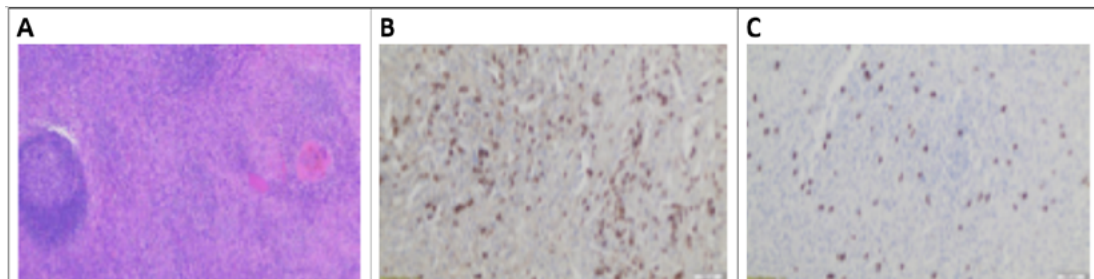
La ER-IgG4 constituye una manifestación poco frecuente dentro del espectro de la enfermedad relacionada con IgG4. La forma de presentación más habitual corresponde a nefritis tubulointersticial, aunque se han descrito lesiones pseudotumorales renales que pueden simular tumores sólidos en los estudios de imagen. El diagnóstico se basa en la integración de hallazgos clínicos, serológicos e histopatológicos. Entre los criterios histológicos característicos se encuentran el infiltrado linfoplasmocitario denso, la fibrosis estoriforme y la flebitis obliterativa, asociados a aumento significativo de plasmocitos IgG4 positivos y relación IgG4/IgG elevada. Este caso ilustra las limitaciones diagnósticas de las biopsias

endoscópicas en lesiones infiltrativas renales y resalta la importancia de considerar esta entidad dentro del diagnóstico diferencial de masas renales atípicas.

Conclusiones

La ER-IgG4 puede presentarse como masa renal simulando neoplasia y conducir a nefrectomía ante la sospecha de malignidad. Su reconocimiento es fundamental para ampliar el diagnóstico diferencial de lesiones renales infiltrativas.

Figura 1. Hallazgos anatomopatológicos e inmunohistoquímicos característicos de enfermedad renal asociada a IgG4 encontrados en esta paciente.

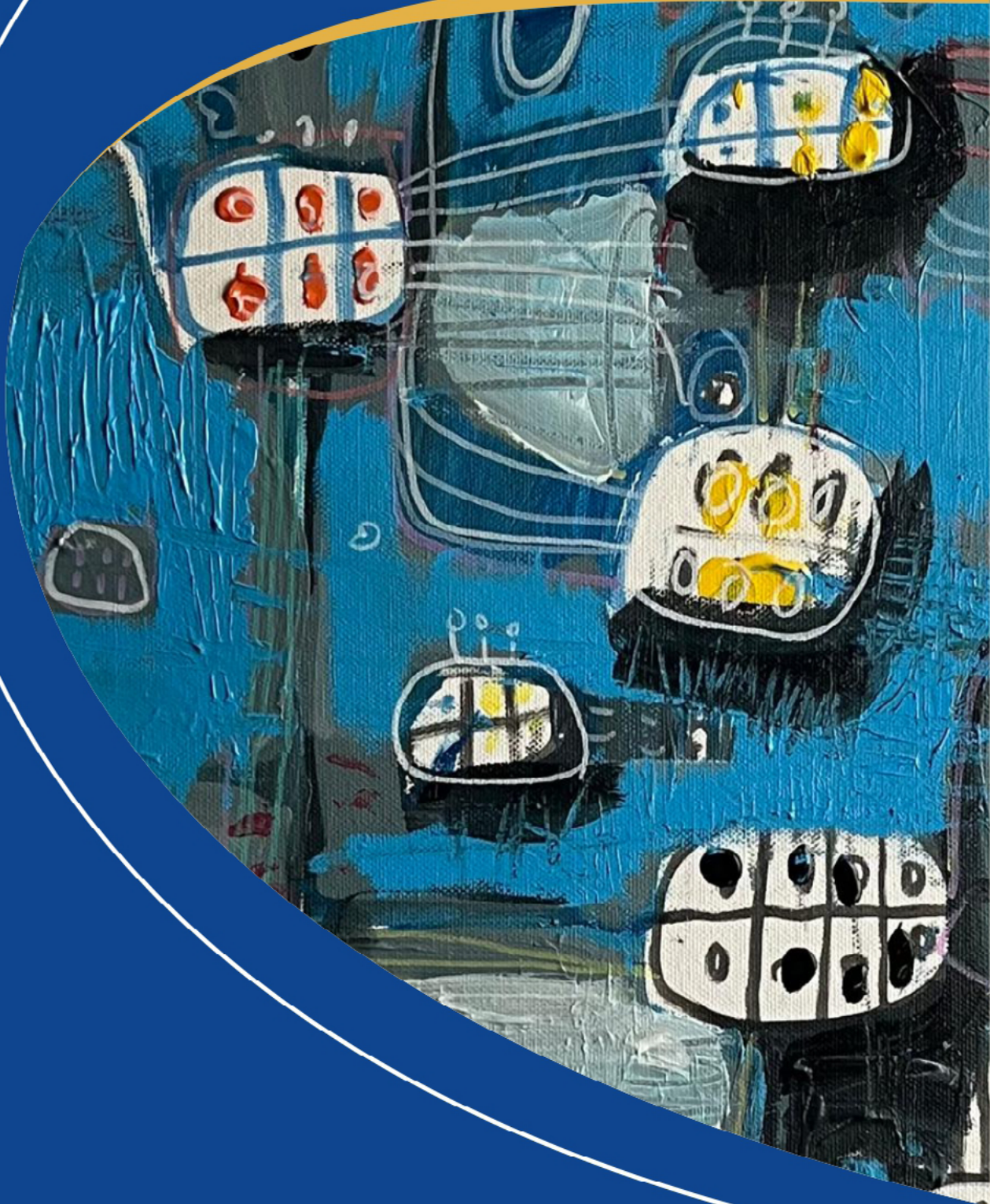


(A) Hematoxilina y eosina: fibrosis estoriforme e infiltrado linfoplasmocitario denso.

(B) Inmunotinción para IgG mostrando abundantes plasmocitos positivos.

(C) Inmunotinción para IgG4 demostrando numerosos plasmocitos positivos con relación IgG4/IgG elevada.

● Neumología



Asistente virtual para la cesación tabáquica: análisis de indicadores de uso tras su implementación en Uruguay

Carla Sidel, Hernán Castillo, Nathaly Sánchez, Sofia Tabó, Mauricio Minacapilli, Cecilia Reolon, Valentina González, Laura Llambí

Institución: Unidad Académica Clínica Médica B, Hospital de Clínicas, Montevideo - Uruguay. Programa Nacional de Control de Tabaco, Ministerio de Salud Pública, Uruguay.

Introducción

En Uruguay, el tabaquismo afecta al 19,5% de la población y provoca 6.500 muertes anuales evitables. A pesar de que el país es pionero en políticas de control y de que los prestadores de salud están legalmente obligados a ofrecer apoyo, el acceso efectivo a la consejería para dejar de fumar sigue siendo limitado. Ante esta brecha, las herramientas digitales como chatbots y asistentes virtuales surgen como estrategias innovadoras para democratizar el acceso al tratamiento, brindando una asistencia personalizada y continua a quienes desean lograr el cese.

El 14 de noviembre de 2025 el Ministerio de Salud Pública y la Agencia de Gobierno Electrónico y Sociedad de la Información y Conocimiento (AGESIC) realizaron el lanzamiento del Asistente virtual para dejar de fumar, herramienta que proporciona información sobre tabaquismo, vapeo y permite identificar centros de Cesación de Tabaquismo; aportando al paciente apoyo en tiempo real sin importar límites geográficos. La Unidad de Tabaquismo del Hospital de Clínicas colaboró con la validación de diálogos del asistente virtual y elaboró contenidos de materiales descargables.

El objetivo de este trabajo es describir el uso de uso del Asistente virtual para dejar de fumar en el primer trimestre desde su lanzamiento.

Metodología

Se realizó un análisis descriptivo de indicadores arrojados por la plataforma Wittibots sobre uso del Asistente virtual para dejar de fumar entre 14 de noviembre 2025 y 28 de febrero 2026. Se solicitó autorización institucional al MSP y AGESIC para la divulgación de los datos con fines académicos.

Resultados

Se registraron 6517 activaciones (82% ocurrieron durante las dos primeras semanas posteriores a su implementación). En total, el sistema envió 39.942 mensajes: 31.721 en noviembre, 5.430 en diciembre, 843 durante enero y 1948 en febrero de 2026.

En relación con el menú inicial, el 87,1% de los usuarios seleccionó "Quiero ayuda para dejar de fumar" mientras que el resto se dividió en otras opciones (Figura 1). Entre quienes buscaron apoyo para dejar de fumar, el 65% optó por elaborar un plan de cesación y 20% descargó el manual "Kit de herramientas" disponible (Figura 2). Durante el último mes, a pesar que las activaciones totales fueron menos que en noviembre o diciembre, se observó una mayor progresión hacia etapas avanzadas del diálogo sobre el plan para dejar de fumar.

Discusión

Los resultados muestran alta interacción inicial con el asistente virtual, especialmente luego del lanzamiento, asociada a difusión. La predominancia de usuarios que buscan ayuda directa para dejar

de fumar evidencia una demanda de intervenciones accesibles. Asimismo, la utilización de recursos como planes de cesación, descarga de materiales y consulta de centros sugiere que estas herramientas digitales pueden complementar estrategias tradicionales. No obstante, faltan estudios que determinen el impacto del mismo en la motivación, la reducción del consumo o la cesación.

Conclusiones

El asistente virtual representa una herramienta prometedora para ampliar el acceso a estrategias de apoyo para cesación tabáquica. Su elevada utilización inicial sugiere buena aceptación por parte de la población. Las estrategias de difusión resultan clave para su sostenibilidad en el tiempo.

Figura 1. Frecuencia relativa de uso del menú inicial. Asistente virtual para dejar de fumar. 14 de noviembre 2025- 28 de febrero 2026.

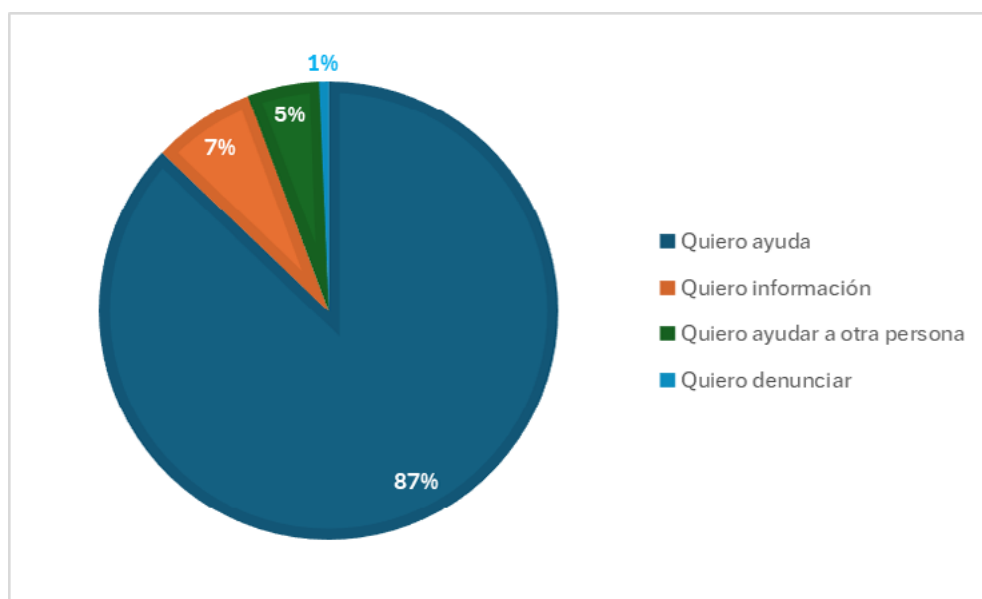
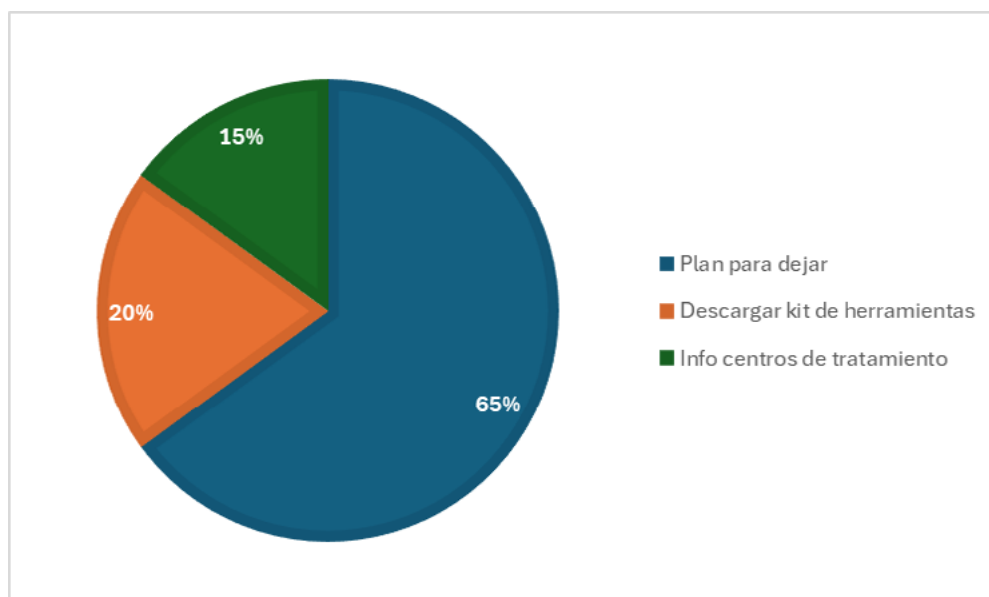


Figura 2. Frecuencia relativa de uso de las opciones dentro de los que quieren ayuda para dejar de fumar. Asistente virtual para dejar de fumar. 14 de noviembre 2025- 28 de febrero 2026.



Uso de tabaco, cigarrillos electrónicos y conocimiento de su regulación normativa en estudiantes de medicina.

Brando Carrasco, Nahiara Chavasco, Florencia Laborde, Santiago Fagundez, Melina Acevedo, Marcelo Manzani, Mauricio Minacapilli

Institución: Facultad de Medicina – Universidad de la República – Montevideo, Uruguay

Introducción

El tabaquismo es principal causa de enfermedad crónica no transmisible y muerte prevenible. Los cigarrillos electrónicos (CE) aparecen como nueva forma de consumo y puerta de entrada de adicción a nicotina, a nivel mundial y en nuestro territorio hay un aumento de consumo sobre todo en jóvenes. En nuestro país no está permitida su comercialización ni consumo en espacios cerrados desde 2009. Se propone estudiar el uso de productos derivados de tabaco (PDT), CE y el conocimiento de la normativa nacional en relación a su uso y comercialización en estudiantes de medicina durante 2025.

Metodología

Estudio de tipo observacional, descriptivo y transversal. La población fueron estudiantes de la carrera Doctor en Medicina de la Udelar. Se realizó una encuesta virtual estructurada, cerrada y autoadministrada. Se solicitó consentimiento informado en la primera página y una segunda confirmación para enviar los datos.

Resultados

1587 respuestas válidas, 75,17% mujeres, 24,57% hombres. La mediana de edad fue 22 años RI (20-25), 65,1% viven en Área Metropolitana. El uso de PDT y de CE se resume en la

El rango etario con mayor consumo de PDT es de 27-29 años (20,18%), y de CE fue 18-20 años (15,58%).

La mayoría presentó consumo PDT y CE ocasional (51,38% y 61,62%). En hombres tabaquistas hubo mayor consumo diario que en mujeres tabaquistas (35,08% vs 21,25%), se invierte en vapeadores diarios, 20,69% en hombres y 23,61% en mujeres. El 36,4% consumía menos de 1000 puff/mes de CE; 29,3% desconocía la cantidad. El 48,5% utiliza CE con nicotina, 36,4% con y sin nicotina; la mayoría (35,4%) desconocía la concentración. Los tres motivos de uso más frecuentes para CE fueron: “Me gusta el sabor” (69,6%), “Mi entorno lo utiliza”, y “Creo poder utilizarlo en espacios cerrados” (66%).

El 49,84% reportó no conocer la normativa nacional sobre el consumo de PDT y CE. Se solicitó responder “Sí” o “No” a diferentes afirmaciones según fueran consideradas parte de la normativa, la información se resume en la Tabla II.

Discusión y conclusiones

Los estudiantes de medicina consumen menos PDT que la población general (18,6%), que otros estudiantes universitarios (16,8%) y menos cigarrillos/día (5 vs 5,7) manteniendo mayor proporción de consumo en hombres.

Aumentó un 21,91% el haber usado CE alguna vez en la vida en los últimos 10 años en estudiantes de medicina.

Estos hallazgos muestran nuevas formas de consumo así como vacío en el conocimiento normativo en una población con alto nivel educativo y sensibilización sanitaria, evidenciando la necesidad de intervenciones preventivas y estrategias educativas.

Tabla I. Uso de PDT y CE en hombres y mujeres. En las celdas se representa Frecuencia Absoluta (Frecuencia relativa porcentual)

Consumo de productos derivados de tabaco			
Sexo	Alguna vez en la vida	Últimos 6 meses	Jamás he consumido
Hombre	146 (37,43)	70(17,95)	174 (44,62)
Mujer	477 (39,98)	184(15,43)	532 (44,59)
Total	623 (39,36)	254(16,05)	706 (44,60)
Consumo de cigarrillos electrónicos			
Sexo	Alguna vez en la vida	Últimos 6 meses	Jamás he consumido
Hombre	122 (31,26)	58(14,87)	210 (53,85)
Mujer	402 (33,7)	142 (11,9)	649 (54,40)
Total	524 (33,10)	200(12,63)	859 (54,26)

Tabla II. Conocimiento sobre normativa nacional respecto a la prohibición y comercialización de PDT y CE. En las celdas se muestra Frecuencia Absoluta (Frecuencia relativa porcentual).

	Conocimiento sobre la normativa nacional	Global (n=1587)	
		Sí	No
FALSO	Prohibición del humo de tabaco en espacios públicos y cerrados, pero no del vapor de cigarrillos electrónicos	815(51,4)	772 (48,6)
	Regulación de la comercialización de cigarrillos electrónicos libre de nicotina y derivados	1011 (63,7)	576 (36,3)
VERDADERO	Prohibición de la comercialización, importación registro como marca o patente y publicidad de cualquier dispositivo electrónico para fumar	920 (58,0)	667 (42,0)
	Prohibición de cualquier accesorio o elemento destinado a su uso en cualquier dispositivo electrónico para fumar	592 (37,3)	995 (62,7)
	Obligatoriedad de empaquetado neutro y advertencias sanitarias	1143 (72,0)	444 (28,0)
	La violación a las disposiciones de la presente norma, faculta al Ministerio de Salud Pública la imposición de sanciones previstas en la normativa vigente en su carácter de 'policía sanitaria' del Estado	1233 (77,7)	354 (22,3)

Neumonitis por hipersensibilidad a nitrofurantoína. Descripción a punto de partida de un caso clínico.

Micaela Rocca, Camila De Leon, Laura Fraga

Institución: Cooperativa de Servicios Médicos (COSEM). Montevideo, Uruguay.

Introducción

La toxicidad pulmonar inducida por nitrofurantoína es una complicación poco frecuente pero potencialmente grave asociada al uso de este antibiótico, ampliamente utilizado en el tratamiento y la profilaxis de infecciones urinarias. Puede presentarse en formas agudas, subagudas o crónicas, siendo la forma aguda la más frecuente y generalmente mediada por un mecanismo de hipersensibilidad. Clínicamente se caracteriza por disnea, tos, fiebre e infiltrados pulmonares, manifestaciones que pueden simular procesos infecciosos o enfermedades pulmonares intersticiales, lo que dificulta su reconocimiento precoz. El diagnóstico se basa fundamentalmente en la sospecha clínica, la identificación de la exposición al fármaco y la mejoría tras su suspensión. Presentamos el caso de una paciente con neumonitis secundaria a nitrofurantoína con el objetivo de destacar la importancia de considerar la toxicidad medicamentosa dentro de los diagnósticos diferenciales del compromiso pulmonar agudo.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino, de 60 años, con antecedentes de infecciones urinarias (IU) a repetición. Dos meses previos al ingreso actual presento un cuadro de neumonía extensa bilateral severa con insuficiencia respiratoria tipo 1 sin aislamiento microbiológico. Reingresa por disnea de esfuerzo rápidamente progresiva, fiebre y tos irritativa, sin síntomas o signos sugestivos de enfermedad autoinmune ni antecedentes de exposición ambiental relevante. Se destaca que, previo al inicio de los síntomas, había reiniciado tratamiento profiláctico con nitrofurantoína por recurrencia de IU, lo cual había sucedido también en el cuadro respiratoria previo. Al examen físico se constató insuficiencia respiratoria tipo 1 y estertores crepitantes a predominio basal derecho. La tomografía de tórax evidenció alteraciones parenquimatosas pulmonares bilaterales de aspecto inflamatorio-infeccioso (Fig.1).

Dado que se trata de una paciente inmunocompetente con compromiso pulmonar extenso en el contexto de reexposición a nitrofurantoína, se planteó como diagnóstico presuntivo Neumonitis por hipersensibilidad inducida por fármacos. Se realizó una búsqueda etiológica amplia que incluyó fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar y biopsia transbronquial. Los estudios microbiológicos incluyendo galactomanano, GenXpert y cultivos bacteriológicos y micológicos, resultaron negativos. El estudio anatomopatológico fue negativo para malignidad y evidenció inflamación crónica con edema y ausencia de granulomas, hallazgos compatibles con neumonitis por hipersensibilidad. Presenta mejoría clínica tras la suspensión definitiva de la nitrofurantoína, sin necesidad de corticoides.

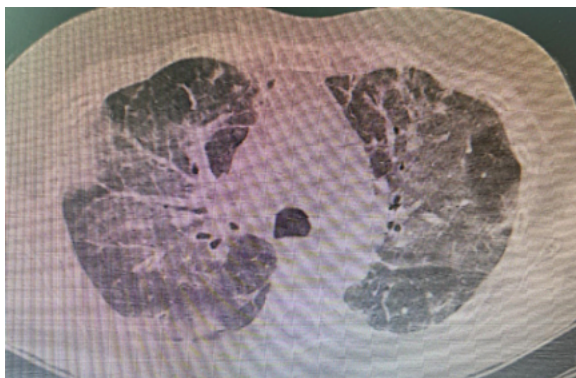
Discusión

La neumonitis inducida por nitrofurantoína constituye una causa poco frecuente de enfermedad pulmonar intersticial secundaria a fármacos. Su presentación clínica inespecífica puede dificultar el diagnóstico y conducir inicialmente a la sospecha de infección respiratoria u otras patologías intersticiales. La identificación de la exposición al fármaco y la exclusión de causas infecciosas, autoinmunes o ambientales son elementos clave para orientar el diagnóstico.

Conclusiones

Este caso resalta la importancia de considerar la toxicidad pulmonar por fármacos dentro de los diagnósticos diferenciales del compromiso respiratorio agudo. Dado que se trata de una entidad infrecuente que requiere un alto índice de sospecha clínica, destacamos el rol del médico internista en la identificación de exposiciones farmacológicas potencialmente causales y en la revisión sistemática de la medicación como parte fundamental de la evaluación clínica.

Figura 1. Tomografía computada de tórax. Campo pulmonar de neumonitis por hipersensibilidad. Se observan alteraciones parenquimatosas con áreas de vidrio deslustrado extenso de aspecto inflamatorio.



Características y progresión de Anomalías Intersticiales Pulmonares en tabaquistas: la importancia de la detección precoz de Enfermedades Pulmonares Intersticiales

Verónica Torres, Agustina Larrosa, Viviana Díaz, Luciana Viviano, Mariana Díaz

Institución: Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Universidad de la República (UdelaR). Montevideo, Uruguay.

Introducción

Las anomalías pulmonares intersticiales (ILA) constituyen hallazgos tomográficos incidentales no vinculados con el decúbito, menores a 5% de extensión en tomografías (TC), en ausencia de clínica y espirometría sugestiva Enfermedad Pulmonar Intersticial (EPI). Las ILA pueden representar una fase preclínica de EPI, las cuales suelen tener alta morbimortalidad. Las ILA también se describieron en screening y seguimiento de pacientes con carcinoma broncopulmonar y se han reconocido como factores de riesgo para desarrollar complicaciones postoperatorias, desarrollo de neumonitis intersticial vinculada a quimioterapia e inmunoterapia, mayor estadía hospitalaria y muerte. El tabaquismo es un factor de riesgo reconocido para EPI, pero la frecuencia y evolución de las ILA en fumadores aún están poco caracterizadas. El objetivo de este estudio fue determinar la prevalencia de ILA en tabaquistas y describir sus características clínicas, funcionales y radiológicas, así como identificar factores asociados a progresión de ILA a EPI para diagnosticar EPI en fase temprana.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó una cohorte de pacientes tabaquistas asistidos en policlínicas de cesación de tabaco entre 2014 y 2019 con TC de tórax realizada sin sospecha previa de EPI. Las ILA se definieron según la Society Fleishner como alteraciones intersticiales que comprometían más del 5% del parénquima en pacientes que se les habían realizado TC de tórax sin sospecha clínica de EPI, y se subclasifican en fibróticas (bronquiectasias por tracción, panal de abejas) y no fibróticas (vidrio deslustrado y patrón reticular). Se excluyeron sujetos con EPI conocida u otros factores de riesgo conocidos para EPI. En el seguimiento se realizó entrevista clínica, espirometría, revisión de historia clínica electrónica (HCE) y TC por equipo entrenado.

Resultados

De 519 fumadores asistidos, 87 contaban con TC y en 11 se identificaron ILA, lo que corresponde a una prevalencia de 12,6%. La mediana de edad fue 59 años y el 54% eran hombres. Presentaron ILA no fibróticas n=10 (91%) e ILA fibrótica n=1 (9%). Tuvieron función pulmonar conservada n=7/11, 4 sin dato. Durante el seguimiento a 3 años, el paciente con ILA fibrótica mostró progresión radiológica y clínica diagnosticándose una EPI. Respecto a la relación entre el índice paquete año (IPA) y la presencia de ILA, en los pacientes con ILA la media de IPA fue mayor, no siendo una asociación estadísticamente significativa entre el IPA y la presencia de ILA (p: 0.569).

Discusión

Las ILA suelen ser subestimadas y no reportadas por los imagenólogos, perdiendo la oportunidad de diagnosticar una EPI temprana. Por otra parte también es importante reconocer las ILA para

evitar complicaciones respiratorias en estos pacientes frente a la exposición a neumotóxicos como radioterapia, quimioterapia e inmunoterapia.

La prevalencia de ILA en fumadores fue similar a la internacional. Es importante sub clasificarlas en no fibróticas y fibróticas. El subtipo fibrótico se asocia a progresión a EPI.

Conclusiones

La detección precoz de ILA e identificar factores de progresión como la forma fibrótica, son fundamentales para definir riesgo de evolución a EPI y protocolos de seguimiento y abordaje.

● Neurologia



Estudio descriptivo de la población con Ataque Cerebrovascular isquémico que recibió Trombolíticos en el Hospital Pasteur durante el año 2024, bajo la aplicación de un protocolo institucional de manejo.

Franziska Kunze, Carmela Bartaburu, Javier Gaudiano, Mariana Mieres, Danilo Sosa

Institución: Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay.

Introducción

La trombólisis intravenosa es uno de los pilares en el tratamiento del Ataque Cerebrovascular (ACV) isquémico en pacientes seleccionados. Su impacto depende de la aplicación oportuna de protocolos institucionales y del cumplimiento de tiempos asistenciales críticos. En el marco del Protocolo Nacional de ACV del Ministerio de Salud Pública, el Hospital Pasteur implementó en 2023 un protocolo institucional para el manejo del ACV. El objetivo de este trabajo fue describir las características clínicas y epidemiológicas, así como los resultados, complicaciones e indicadores operativos de los pacientes con ACV isquémico tratados con fibrinolíticos durante el año 2024.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con ACV isquémico agudo que recibieron fibrinolíticos en el Hospital Pasteur entre el 1 de enero y el 31 de diciembre de 2024. Los datos se obtuvieron a partir de historias clínicas electrónicas y registros institucionales previamente anonimizados. Se relevaron variables demográficas, factores de riesgo cardiovascular, severidad clínica mediante National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS), clasificación topográfica y etiológica del ACV, tiempos asistenciales, complicaciones, necesidad de trombectomía mecánica, duración de internación y mortalidad hospitalaria. Las variables cuantitativas se describieron mediante media, desviación estándar, mediana y rango intercuartílico, y las cualitativas mediante frecuencias absolutas.

Resultados

Se incluyeron 11 pacientes; 8 fueron mujeres y la edad media fue de 67 años. Los factores de riesgo más frecuentes fueron tabaquismo (6/11) e hipertensión arterial (5/11). Ocho pacientes ingresaron al protocolo desde puerta de emergencia y 3 desde cuidados moderados. El NIHSS al ingreso se registró en todos los casos, con mediana de 12 puntos. En 7 pacientes se contó con NIHSS posterior al tratamiento, observándose una disminución a una mediana de 3 puntos. La topografía mostró 4 TACI, 4 PACI y 3 LACI. Según la clasificación TOAST, predominaron la aterosclerosis de grandes vasos (6 casos) y la cardioembolia (4 casos). Un paciente requirió trombectomía mecánica. La mediana del tiempo puerta–tomografía fue de 32,5 minutos y la de tomografía–aguja de 70 minutos. Se registró una hemorragia intracraneana como complicación del tratamiento y un fallecimiento no vinculado directamente al mismo. La mediana de estancia hospitalaria fue de 14,5 días.

Discusión

En esta cohorte, la trombólisis intravenosa se asoció a mejoría clínica, evidenciada por una reducción relevante del NIHSS posterior al tratamiento, con baja frecuencia de complicaciones graves. Sin embargo, se identificaron oportunidades de mejora en los tiempos intrahospitalarios, ya que el tiempo puerta–tomografía y puerta-aguja superó los estándares recomendados. Asimismo, la falta de registro sistemático del NIHSS evolutivo y al alta limitó la evaluación objetiva de resultados y constituye un aspecto prioritario a corregir.

Conclusiones

La trombólisis intravenosa en esta serie mostró una evolución clínica favorable y una baja tasa de complicaciones. La optimización de los tiempos asistenciales y del registro evolutivo estandarizado son áreas prioritarias para fortalecer la calidad del protocolo institucional.

Mielitis longitudinalmente extensa como forma de presentación de la enfermedad del espectro de la neuromielitis óptica.

Camila Pieroni, Cecilia Collazo, Romina Caraballo, Cristina Pattarino, Ines Petrini, Raquel Monteghirfo, Flavia Leizagoyen, Ernesto Cairolí

Institución: CRAMI - IAMPP, Las Piedras, Canelones, Uruguay.

Introducción

La mielitis longitudinalmente extensa (MLE) es una manifestación infrecuente y potencialmente grave, asociada a diversas etiologías, entre ellas la enfermedad del espectro de la neuromielitis óptica (NMOSD).

Caso Clínico

Mujer de 39 años, sin antecedentes patológicos a destacar, consultó por dorsalgia, paraparesia piramidal grado 1 de instalación rápidamente progresiva, hipoestesia de miembros inferiores bilateral y simétrica, con nivel sensitivo dorsal (T7), y trastornos esfinterianos configurando un síndrome medular completo. La resonancia magnética (RM) con gadolinio craneal no identificó lesiones y evidenció compromiso inflamatorio medular a lo largo de toda la médula dorsal hasta el cono medular, compatible con el diagnóstico de MLE. Los estudios etiológicos, serológicos y del LCR descartaron causas infecciosas y metabólicas. Se detectaron anticuerpos anti acuaporina-4 en suero, confirmándose el diagnóstico de NMOSD. Recibió tratamiento con bolos de metilprednisolona intravenosa y recambio plasmático en la fase aguda de tratamiento continuando con rituximab y rehabilitación física como terapia de mantenimiento, mostrando lenta mejoría inicial y posterior mejoría clínica funcional progresiva con recuperación casi completa a 6 meses del ingreso.

Discusión

La NMOSD es una enfermedad inflamatoria autoinmune del sistema nervioso central, caracterizada por neuritis óptica y mielitis, asociada en la mayoría de los casos a anticuerpos contra acuaporina-4 (AQP4-IgG). Afecta principalmente a mujeres jóvenes y puede tener evolución grave sin tratamiento oportuno.

La presentación concomitante de neuritis óptica y mielitis se ve en 10 a 20% de casos, siendo más frecuente el debut solo con MLE (40 a 50%), más frecuente en pacientes con antiaquaporina-4 positivos, seguido de neuritis óptica aislada (30 a 40%). La RM con gadolinio es el estudio de imagen de elección ya que permite descartar diagnóstico diferencial como la esclerosis múltiple y posibilita cuantificar la extensión de la injuria (considerando la mielitis como extensa cuando afecta más de tres segmentos vertebrales consecutivos de la médula espinal).

La detección sérica de AQP4-IgG confirmó NMOSD, los cuales se asocian a mayor severidad, riesgo de recaídas y menor recuperación.

La mielitis aguda es una urgencia neurológica, se trata con corticoides intravenosos, seguido de recambio plasmático. La utilización de inmunoglobulinas intravenosas no muestra mayor beneficio en este escenario. La terapia inmunosupresora de mantenimiento es fundamental para prevenir recaídas. Los fármacos que han demostrado eficacia en reducción de brotes y progresión de la discapacidad en pacientes con NMOSD AQP4-IgG positivos son: Eculizumab (anti-C5 del complemento), Satralizumab

(anti-IL6), Inebilizumab (anti-CD19), Ravalizumab (anti-C5 complemento) (estos 4 aprobados por FDA para su uso en NMOSD) y Rituximab (anti-CD20). En el caso presentado se optó por rituximab como único inmunosupresor en el mantenimiento con recuperación casi completa a 6 meses.

Frente a una MLE de etiología inflamatoria no infecciosa, el tratamiento con corticoides y recambio plasmático debe iniciarse sin esperar el resultado de los anti-aquaporina-4.

Conclusiones

La MLE aislada puede constituir la manifestación inicial de la NMOSD. El inicio temprano del tratamiento inmunosupresor resulta determinante para mejorar el pronóstico funcional.

Cerebelitis aguda inmunomediada post infecciosa asociada a la infección por virus de Epstein Barr (VEB).

Romina Caraballo, Cecilia Collazo, Camila Pieroni, Cristina Pattarino, Ines Petrini, Raquel Monteghirfo, Flavia Leizagoyen, Ernesto Cairolí

Institución: CRAMI - IAMPP, Las Piedras, Canelones, Uruguay.

Introducción

El síndrome cerebeloso agudo puede presentarse debido a causas metabólicas, vasculares, neoplásicas, autoinmunes, inflamatorias e infecciosas bacterianas o virales.

La cerebelitis aguda post VEB es un síndrome inflamatorio poco frecuente. La mayoría de los casos se han descrito en niños. Se presenta principalmente con cefalea y ataxia; puede tener un curso benigno y autolimitado, o presentarse como una enfermedad fulminante resultando en daño cerebeloso grave.

Caso clínico

SF. 18 años. Sin antecedentes a destacar.

Comenzó 2 semanas previo al ingreso con fiebre y odinofagia. Con diagnóstico de faringitis aguda recibió tratamiento con amoxicilina. Posteriormente agregó exantema morbiliforme autolimitado con rápida evolución a la mejoría, resolviendo los síntomas respiratorios y continuando en apirexia.

A los 15 días de inicio del cuadro, instaló cefalea holocraneana de leve intensidad, inestabilidad en la marcha y dificultad en la articulación de la palabra.

Al examen físico se constató disartria escandida, nistagmus en todas las posiciones de a mirada, hipotonía global, reflejos pendulares, disimetría con telebradiciencia bilateral, aumento de la base de sustentación, danza tendinosa y marcha atáxica, configurando un síndrome pancerebeloso.

Con planteo presuntivo de cerebelitis aguda se realiza la siguiente analítica:

RNM de cráneo sin hallazgos patológicos.

Estudio citoquímico del LCR y BioFire Filmarray meningitis/encefalitis con panel extendido para virus bacterias y hongos sin hallazgos. Cultivo bacteriológico sin desarrollo.

Serología VEB IgG e IgM reactivo.

Habiendo descartado causas estructurales, metabólicas e infecciosas se planteó diagnóstico de cerebelitis inflamatoria aguda. En virtud del cuadro clínico que lo precedió y la serología de VEB reactiva, considerando los tiempos evolutivos entre el evento inicial y la cerebelitis, se planteó como diagnóstico probable el de cerebelitis aguda inmunomediada post infecciosa asociada a VEB.

Se realizó tratamiento con bolos de metilprednisolona 750mg i/v día por 3 días en forma simultánea con Inmunoglobulinas 0,4mg/kg/día i/v durante 5 días.

Comenzó con remisión lenta y parcial a 72 horas, llegando a la remisión completa del cuadro neurológico a 4 semanas del tratamiento.

Discusión

La presentación de un síndrome cerebeloso agudo con estudios de imagen que descartan patología vascular, trombótica venosa, tumoral o degenerativa, deben sugerir la posibilidad de una etiología inflamatoria o inmunomediada. Con el antecedente personal de la afectación por VEB reciente y descartadas las neuroinfecciones, el tratamiento con metilprednisolona e IGIV pudo detener y revertir los síntomas.

Si bien está descrito en niños la mejoría espontánea en la mayoría de los casos, cuando los síntomas son invalidantes el tratamiento con corticoides e IGIV puede acortar el período sintomático y disminuir la posibilidad de secuelas.

En esta paciente se aplicó esta conducta dado síndrome pancerebeloso invalidante. Luego de tratamiento corticoideo e inmunoglobulinas presenta rápida mejoría y reversión total de síntomas, sin secuelas, apoyando el mecanismo inmunomediado.

Conclusiones

La cerebelitis aguda inmunomediada post infecciosa por VEB es una entidad poco frecuente con escasa evidencia en la bibliografía, existiendo mayormente reportes de casos en niños. Es de importancia conocer la forma de presentación de esta enfermedad y la posibilidad de su presentación en adultos para su sospecha clínica y manejo en otros casos.

● Obstetricia



Desensibilización a penicilina para tratamiento de sífilis en el embarazo: subanálisis de cohorte de ingresos obstétricos a una unidad de alta dependencia

Megan Berry, Valentina Mérola

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

Introducción

La sífilis constituye un problema de salud pública con tendencia creciente, incluyendo los casos de sífilis gestacional y congénita. El screening serológico forma parte de las rutinas del embarazo en todos los trimestres dado que el diagnóstico y tratamiento oportunos reducen el riesgo de transmisión vertical, por pasaje transplacentario de *Treponema pallidum* o por contacto con lesiones genitales durante el parto.

La penicilina es el tratamiento de elección y no se contemplan esquemas alternativos eficaces en embarazadas. La doxiciclina, alternativa en otros contextos, está contraindicada durante el embarazo por su potencial efecto embriotóxico y alteraciones del desarrollo óseo fetal. Por ello, en gestantes con antecedente de alergia a penicilina está indicada la desensibilización bajo monitorización en unidades especializadas debido al riesgo potencial de anafilaxia. Los protocolos de desensibilización consisten en administrar dosis crecientes de penicilina G a intervalos regulares según un esquema estandarizado. El objetivo es describir los resultados de la aplicación del protocolo institucional de desensibilización a penicilina en embarazadas en el Hospital de Clínicas entre 2019-2024.

Resultados

De una cohorte de 156 ingresos a la unidad de alta dependencia (HDU), se registraron 29 ingresos para la administración del protocolo de desensibilización a penicilina. Estos correspondieron a 17 pacientes: 8 ingresaron una vez, 8 dos veces y 3 en tres ocasiones. La edad media fue 23,3 años y la mayoría eran multiparas (n=13). El 50% de las pacientes procedían del interior del país. Los ingresos se concentraron principalmente en el segundo y tercer trimestre del embarazo (n=12 y n=11, respectivamente). El tiempo promedio de estadía fue de un día. No se registraron casos de anafilaxia ni reacciones adversas graves. En dos casos fue necesario administrar tratamiento médico (antihistamínicos y corticoides intravenosos) por reacciones leves (prurito y rash cutáneo).

Discusión

La prevalencia global de alergia a penicilina se estima en 9,4% aunque hasta el 95% de las alergias reportadas no corresponden a verdaderas reacciones de hipersensibilidad. Dado que los betalactámicos se encuentran entre los antibióticos más utilizados durante el embarazo y constituyen el único tratamiento efectivo para la sífilis gestacional, la desensibilización a penicilina adquiere especial relevancia en esta población. El Hospital de Clínicas cuenta con un protocolo terapéutico estandarizado de desensibilización en pacientes embarazadas. Tras completarla se administra la dosis completa de penicilina G benzatínica, seguida de dos dosis (1/semanal) para completar el esquema terapéutico. Debido al efecto prolongado del fármaco, el estado de desensibilización podría persistir hasta tres semanas, lo que eventualmente permitiría evitar repetir el protocolo en dosis subsecuentes

si el tratamiento se cumple en ese período. Nuestros resultados refuerzan la factibilidad y seguridad de este procedimiento.

Conclusiones

El tratamiento adecuado de la sífilis durante el embarazo es fundamental para prevenir la transmisión vertical. En gestantes con antecedente de alergia a penicilina, la desensibilización constituye una estrategia segura y eficaz. En nuestra experiencia, la aplicación del protocolo de desensibilización bajo monitorización en la HDU se completó exitosamente en 29 casos, sin registrarse eventos adversos graves por lo que consideramos de interés su difusión.

Tuberculosis en el embarazo y puerperio: serie de casos

Hernán Castillo, Victoria Lafarge, Valeria Romero, Mercedes Etchandy, Camilo Castro, Valentina Zubiaurre

Institución: Unidad de Medicina Maternofetal, Hospital de Clínicas, Montevideo - Uruguay. Unidad Académica Clínica Médica B, Hospital de Clínicas, Montevideo - Uruguay. Unidad Académica Ginecotocológica B, Hospital de Clínicas, Montevideo - Uruguay.

Introducción

La tuberculosis es una infección prevalente, con récord de incidencia en Uruguay en 2025. El 67% de los casos en mujeres se dan en edad reproductiva. Existe riesgo aumentado de reactivación y progresión de infección tuberculosa latente a enfermedad activa durante el embarazo y más aún, durante el puerperio. El embarazo, se asocia a formas graves, así como a amenaza de parto pretérmino, restricción de crecimiento y bajo peso, por lo que su diagnóstico y tratamiento es primordial. Se debe estudiar al recién nacido sin contraindicar la lactancia. Se presentan tres casos de infección por *Mycobacterium tuberculosis* en pacientes inmunocompetentes cursando embarazo y puerperio.

Caso 1

23 años, sana. Pareja privada de libertad. Cursando embarazo de 22 semanas, complicado por infecciones respiratorias reiteradas. Consulta por fiebre, disnea y repercusión general. Al examen febril, adelgazada, con estertores subcrepitantes en ambos campos. La tomografía muestra una cavidad en lóbulo superior derecho, y árbol en brote bilateral. Se recibió baciloscopia de esputo positiva e inició tratamiento sin complicaciones. Correcta evolución posterior.

Caso 2

22 años, indigente, previamente institucionalizada. Consumo problemático de sustancias. Cursando puerperio alejado, con recién nacido portador de mielomeningocele. Consulta por dorsalgia de 48h de evolución con características pleuríticas, sin síntomas respiratorios ni toxiinfecciosos. Al examen síndrome en menos en hemitórax izquierdo. Radiografía muestra derrame pleural y se obtiene por toracocentesis líquido de naturaleza inflamatoria. Cultivo y Xpert negativos, ADA 38 UI/L. Videopleuroscopía con extemporánea confirma pleuresía tuberculosa. Se realiza tratamiento específico logrando resolución clínica del cuadro.

Caso 3

31 años, auxiliar de servicio. Obesa. Consulta por dolor abdominal, se diagnostica embarazo de término. Se realiza cesárea por Síndrome Preeclampsia-eclampsia. Recién nacido sin complicaciones. Durante puerperio mediano fiebre sin foco. Agrega cefalea y confusión por lo que se plantea meningoencefalitis. Punción lumbar con líquido cefalorraquídeo (LCR) límpido, hipoglucoorraquia e hiperproteorraquia. Se inicia plan antimicrobiano empírico. FilmArray negativo. En evolución parálisis del VI par derecho y edema de papila. Xpert de LCR positivo. Resonancia magnética de cráneo informa masa gangliobasal izquierda, que se interpreta como tuberculoma. Se inicia tratamiento específico y corticoterapia con mejoría. Reconsulta tras 2 meses en contexto de abandono de tratamiento con cefalea y ataxia. Neuroimagen confirma hidrocefalia severa obstructiva secundaria a tuberculoma. Derivación ventrículo peritoneal sin complicaciones.

Discusión

Estamos frente a 3 pacientes con factores de riesgo para tuberculosis. El embarazo, con sus modificaciones inmunológicas, predispone a la reactivación de la enfermedad, en cualquiera de sus formas. Por esto, la presentación extrapulmonar y las formas severas son más frecuentes en estas pacientes.

El riesgo de no diagnóstico supera el riesgo de realizar una imagen de tórax. En ningún caso está contraindicado el tratamiento de primera línea, así como el tratamiento del recién nacido con isoniazida.

Conclusiones

La tuberculosis es una causa importante de morbimortalidad de mujeres en edad reproductiva. El embarazo y el puerperio son momentos de especial riesgo de reactivación. Se debe tener una alta sospecha clínica, especialmente en nuestro medio donde la prevalencia de tuberculosis es elevada y realizar abordaje multidisciplinario.

Embarazo y síndrome de Marfan: caso clínico

Victoria Lafarge, Hernán Castillo, Camilo Castro, Lucía Rodríguez, Juliana Barquet, Eugenia Acevedo, Valentina Zubiaurre

Institución: Unidad de Medicina Maternofetal, Hospital de Clínicas, Montevideo - Uruguay. Unidad Académica Clínica Médica B, Hospital de Clínicas, Montevideo - Uruguay. Unidad Académica Ginecotocológica B, Hospital de Clínicas, Montevideo - Uruguay.

Introducción

El Síndrome de Marfan es una enfermedad autosómica dominante del tejido conectivo. Se asocia fuertemente a compromiso ocular y cardiovascular, con dilatación de la raíz de aorta la cual predispone a aneurismas y disección aórtica. Estas últimas son la principal causa de morbimortalidad. Durante el embarazo existe mayor riesgo de dilatación progresiva y disección de aorta, con riesgo de rotura considerablemente aumentado. Este riesgo es proporcional al diámetro aórtico, siendo un punto de corte 4-4,5 cm para establecer alto riesgo. Para prevenir esta complicación se recomienda evitar el embarazo hasta realizar un reemplazo aórtico profiláctico pregestacional. Se presenta el caso de una paciente con Síndrome de Marfan y aneurisma de aorta toracoabdominal que realizó seguimiento en la Unidad de Medicina Maternofetal del Hospital de Clínicas.

Caso clínico

Sexo femenino, 34 años. Tabaquista. Hipertensión arterial sin tratamiento. Síndrome de Marfan diagnosticado en la adolescencia en contexto de aneurisma de aorta toracoabdominal, último control imagenológico 3 años previos a la consulta. 1 gesta previa hace 10 años complicada con síndrome preeclampsia eclampsia, parto vaginal sin complicaciones. Ingresa para estudio de síncope cursando embarazo de 16 semanas de captación precoz sin consulta preconcepcional. Del estudio paraclínico destaca electrocardiograma sin alteraciones, ecocardiograma con HVI concéntrica leve, FEVI conservada, gran aneurisma abdominal con 70mm de diámetro mayor con éstasis en su interior. Holter sin alteraciones. RM abdomen evidencia aneurisma de aorta toracoabdominal de 22cm de largo con diámetro mayor 92x97mm (Figura 1).

Se discute en ateneo multidisciplinario y en conjunto con paciente se define, dado muy alto riesgo de rotura aneurismática, interrumpir la gestación a las 22 semanas. Seis meses posteriores consulta en emergencia con síndrome aórtico agudo, se realiza diagnóstico tomográfico de disección aórtica Stanford A DeBakey I. Ingresa a CTI con posterior rotura contenida del mismo (Figura 2) que requiere cirugía de reparación aórtica endovascular con colocación de endoprótesis. Internación prolongada en CTI, múltiples complicaciones infecciosas. Se logra egreso sanatorio 3 meses posteriores sin secuelas.

Discusión

Se presentó el caso de una paciente portadora de aneurisma toracoabdominal con gran complejidad que cursó embarazo de muy alto riesgo en el que se definió la interrupción por riesgo de muerte materna. Siendo que el riesgo aumenta considerablemente de acuerdo al diámetro del aneurisma, se trata de un caso de extrema severidad. A su vez, el antecedente de hipertensión arterial sistémica y síndrome preeclampsia eclampsia confieren una probabilidad de complicaciones aún mayor a la paciente. En Uruguay no contamos con suficiente experiencia en el manejo de estas complicaciones dado la baja incidencia de esta enfermedad, teniendo igualmente una mortalidad considerable en centros de referencia mundial. Es de destacar que pese a la interrupción de la gestación la paciente sufrió ruptura del aneurisma y que se logró una correcta resolución quirúrgica.

Conclusiones

El embarazo en pacientes con aortopatías hereditarias debe considerarse de alto riesgo. Es fundamental el asesoramiento preconcepcional y seguimiento estrecho en caso de planificación familiar, siendo los betabloqueantes y la cesárea electiva las opciones disponibles para disminuir el riesgo de malos resultados obstétricos.

Figura 1. Cortes transversal (izquierda) y coronal (derecha) de Resonancia Magnética de abdomen donde se evidencia aneurisma de aorta toracoabdominal.

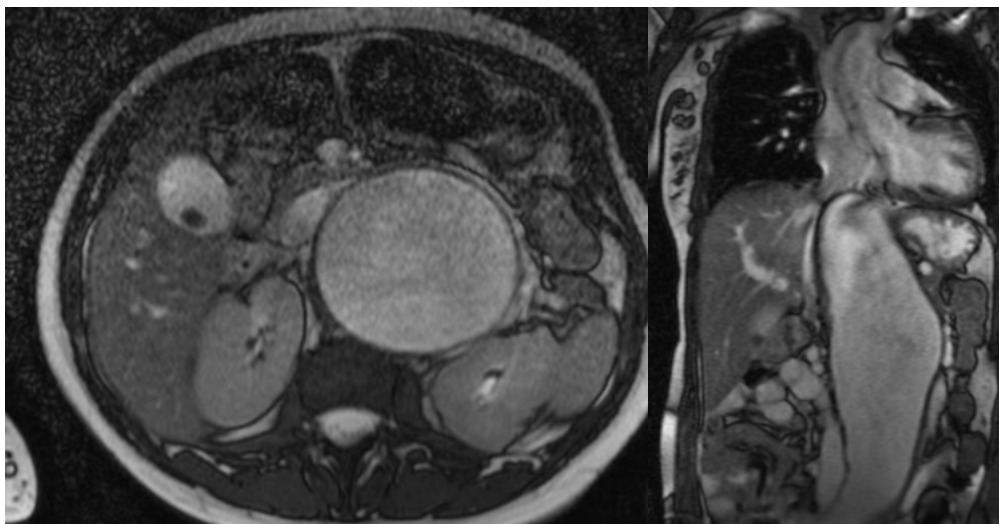
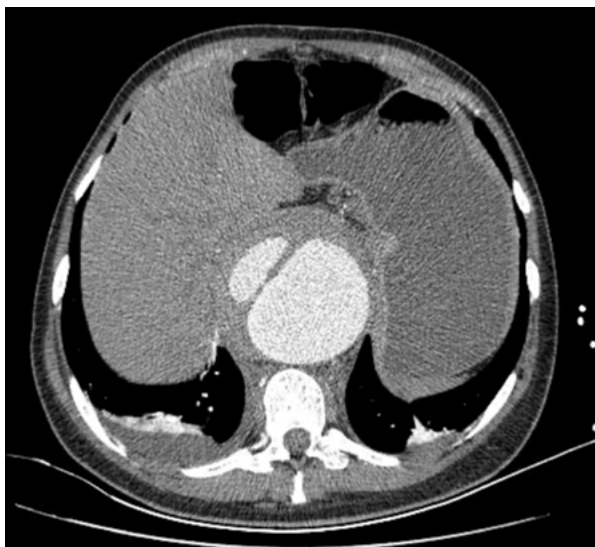


Figura 2. Corte transversal de angiotomografía de tórax-abdomen donde se evidencia rotura contenida de aneurisma de aorta toracoabdominal.



Hígado graso agudo del embarazo: reporte de dos casos clínicos.

Fernando Tabares, Macarena Urteaga, Rafael Aguirre, María Martínez

Institución: CASMU-IAMPP. Montevideo – Uruguay.

Introducción

El hígado graso agudo del embarazo (AFLP, por sus siglas en inglés Acute Fatty Liver or Pregnancy) es una complicación obstétrica poco frecuente pero potencialmente grave, asociada a una elevada morbimortalidad materno-fetal. Tiene baja incidencia, estimada entre 1:7000 y 1:20.000 gestaciones. Considerando que en Uruguay se registran aproximadamente 30.000 nacidos vivos al año, se estimaría la ocurrencia de 1 a 4 casos anuales a nivel nacional. La etiopatogenia aún no está claramente establecida, pero se ha asociado con defectos en la oxidación mitocondrial de ácidos grasos. La presentación clínica suele ser inespecífica y puede superponerse con otras hepatopatías propias del embarazo, como el síndrome de HELLP o preeclampsia grave, lo que puede retrasar el diagnóstico.

El diagnóstico se apoya en criterios clínico-analíticos como los criterios de Swansea.

El reconocimiento precoz y la interrupción oportuna de la gestación son fundamentales para mejorar el pronóstico materno-fetal.

Primer caso

20 años, sana, primigesta, cursando 38 semanas de edad gestacional. Consultó por vómitos persistentes de una semana de evolución. Asocia alteración de parámetros paraclínicos: enzimas hepáticas (TGO 1059 U/L y TGP 720 U/L), hiperbilirrubinemia, hipoglucemia, leucocitosis y alteración de la coagulación, cumpliendo criterios de Swansea de 7 puntos, compatible con AFLP. Se procede a la interrupción de la gestación mediante cesárea con buena evolución clínica y resolución progresiva de las alteraciones analíticas.

Segundo caso

35 años, asmática. Cursando 35 semanas de edad gestacional, embarazo bien controlado, mal tolerado por estado hipertensivo no proteinúrico. Ingresó por cuadro grave con compromiso hepático, bilirrubina total aumentada a predominio de la directa, alteración de la coagulación e insuficiencia renal aguda. Con elementos de encefalopatía hepática y episodios de hipoglucemia, cumpliendo con múltiples criterios de Swansea (7). Tras la interrupción del embarazo, ingresó a CTI, evolución inicialmente torpida hasta lograr estabilidad clínica.

Ambos casos fueron asistidos mediante abordaje multidisciplinario, con participación del equipo de Medicina materno fetal (Medicina interna y Ginecología) y cuidados intensivos en el segundo caso, lo que permitió optimizar el diagnóstico diferencial y el manejo de complicaciones.

Discusión

El AFLP es una entidad poco frecuente pero grave. Constituye un desafío diagnóstico dado que las manifestaciones clínicas son inespecíficas y se superponen con otras patologías del embarazo, por lo que un alto índice de sospecha clínica es fundamental para su diagnóstico precoz y tratamiento adecuado.

La utilización de criterios clínicos y analíticos, como el score de Swansea, junto con la sospecha clínica, teniendo en cuenta los diagnósticos diferenciales, son fundamentales para el diagnóstico oportuno.

El manejo multidisciplinario y la interrupción oportuna continúan siendo las principales medidas terapéuticas para reducir las complicaciones materno-fetales. El reporte de casos clínicos contribuye a ampliar el conocimiento clínico y epidemiológico de la patología.

Conclusiones

El AFLP es una entidad poco frecuente, potencialmente grave. La sospecha clínica precoz y el uso de criterios diagnósticos permiten orientar al diagnóstico oportuno. El manejo multidisciplinario y la interrupción temprana continúan siendo fundamentales en el pronóstico materno-fetal.

Tabla 1. Criterios de Swansea para el diagnóstico de AFLP

Vómitos
Dolor abdominal
Polidipsia/poliuria
Encefalopatía
Bilirrubina elevada (> 0,8 mg/dl)
Hipoglucemia (< 72 mg/dl)
Leucocitosis (> 11.000 mm ³)
Transaminitis elevada
Acido urico elevado (> 5,7 mg/dl)
Insuficiencia renal (Creatinemia > 1,7 mg/dl)
Coagulopatía TP prolongado o INR > 1,5
Ecográficos: Ascitis o hígado brillante
Biopsia hepática: Microvesículas grasas
Diagnóstico sugerido cuando ≥ 6 criterios en ausencia de otra causa de insuficiencia hepatocítica.
(Adaptado de Ch'ng CL et al. Gut 2002)

Tabla 2. Criterios de Swansea presentes en los casos clínicos

Criterio	Caso 1	Caso 2
Vómitos	Sí	Sí
Encefalopatía	No	Sí
Hipoglucemia	69 mg/dl	58 mg/dl
Bilirrubina	1,38 mg/dl	5,5 mg/dl
Leucocitosis	12,700/mm ³	13,600/mm ³
Transaminasas	TGO 1059 / TGP 720 U/L	TGO 226 / TGP 224 U/L
Acido Úrico	8,6 mg/dl	7,4 mg/dl
Coagulopatía	TP 64%	TP 45%
Creatinemia	0,98 mg/dl	2,6 mg/dl
Total criterios:	7	7

● Misceláneas



Auditoría de los reingresos hospitalarios no planificados a 30 días como indicador estratégico de calidad asistencial

Megan Berry, Claudia Pérez Mota, Mabel Mutarelli

Institución: Hospital Británico, Montevideo, Uruguay

Introducción

El Hospital Británico es una institución de salud privada de tercer nivel. En 2025, se fortalece el programa institucional de auditoría clínica con el objetivo de generar indicadores para la gestión en vistas a la mejora continua de la calidad asistencial. Entre los indicadores priorizados se incluyeron las infecciones asociadas a la atención en salud, las reconsultas en emergencia a 72 horas y los reingresos hospitalarios no planificados a 30 días. Estos últimos constituyen un indicador relevante de calidad, ya que reflejan posibles brechas en la atención intrahospitalaria, en la planificación del alta y en el seguimiento post-alta. A nivel nacional existen escasos datos publicados y las tasas internacionales reportadas muestran amplia variabilidad. El objetivo fue determinar la tasa de reingresos hospitalarios no planificados a 30 días en pacientes adultos, compararla con la literatura internacional e identificar factores asociados, con el fin de orientar estrategias de mejora de calidad.

Metodología

En conjunto con el Departamento de Informática se desarrolló un tablero institucional de gestión que genera reportes mensuales de reingresos dentro de los 30 días posteriores a un ingreso índice. Entre marzo y noviembre de 2025, el equipo de auditoría revisó en forma independiente todos los casos identificados para confirmar el reingreso y clasificarlo como planificado o no planificado, clínicamente justificado y potencialmente evitable.

Se analizaron variables demográficas y clínicas: edad, tabaquismo, comorbilidades (cardiovasculares, respiratorias, diabetes, cáncer y trastornos de salud mental), diagnóstico del ingreso índice y del reingreso, conciliación medicamentosa al alta y complicaciones asociadas a la atención sanitaria.

Resultados

Se registraron 317 reingresos. La tasa global de reingresos a 30 días fue 10,6%, mientras que la tasa de reingresos no planificados fue 3,98%. Todos los reingresos no planificados fueron clínicamente justificados; sin embargo, 15,5% se consideraron potencialmente evitables.

Los reingresos no planificados fueron más frecuentes en pacientes mayores de 65 años, con antecedente de tabaquismo (actual o previo) y con multimorbilidad. La conciliación medicamentosa al alta no se completó en 36,7% de estos pacientes. Las complicaciones asociadas a la atención en salud y los eventos adversos farmacológicos fueron infrecuentes. Los reingresos planificados correspondieron principalmente a tratamientos oncológicos y procedimientos previamente coordinados.

Discusión

Esta auditoría constituye un análisis institucional de reingresos no planificados a 30 días en el Hospital Británico. La tasa observada (3,98%) fue inferior a la reportada internacionalmente (6,64–23,5%), aunque la heterogeneidad metodológica limita comparaciones directas. La edad avanzada, el tabaquismo y la multimorbilidad se asociaron a mayor riesgo.

Conclusiones

Los reingresos planificados reflejan una continuidad asistencial adecuada y una programación proactiva del seguimiento. El monitoreo sistemático de este indicador permite identificar oportunidades de mejora, particularmente en la transición al alta y conciliación medicamentosa, y aporta información estratégica para optimizar resultados clínicos y eficiencia operativa.

Impacto de la cirugía bariátrica sobre el perfil lipídico y uso de estatinas

Luciana Viviano, Agustina Torres, Natasha Smiliansky, Sofía Carozzi, Mariana Patrone, Franco Peverelli, Andrea Vaucher, Gustavo Rodríguez Temesio, Pablo Valsangiacomo, Gustatvo Bruno.

Institución: Hospital Maciel, Montevideo, Uruguay.

Introducción

La obesidad y las dislipidemias asociadas son un factor de riesgo cardiovascular (RCV) cuya incidencia está en aumento. Son responsables de las principales complicaciones cardiovasculares y mortalidad. Las dislipemias frecuentemente son subdiagnosticadas y subtratadas. La cirugía bariátrica (CB) es una herramienta que ha demostrado reducción de complicaciones CV y aumento de sobrevida de pacientes obesos. El objetivo fue analizar el tipo de dislipemia, el uso de estatinas en pacientes con obesidad y su evolución luego de la CB.

Metodología

Estudio observacional, prospectivo y analítico. Se incluyeron pacientes del Programa de Obesidad y Cirugía Bariátrica (POCB) de un Hospital Público de Montevideo, desde noviembre del 2014 a marzo del 2019. Se estudiaron variables clínicas, paraclínicas, uso de estatinas, tipo de dislipemia y cálculo de RCV (calculadora de riesgo Hearts-OPS) en el preoperatorio y al año de la CB.

Resultados

Se estudiaron 115 pacientes, 87% (101) eran mujeres, con una mediana de edad de 42 (RIC 15) años e IMC pre cirugía 53 (RIC 10,2) gr/m². Se diagnosticó RCV alto o muy alto el 34,8% de los pacientes, 59% presentaban riesgo bajo. El 86,6% presentaban dislipemias, de las cuales 40% corresponden a hipercolesterolemia y 23,9% a dislipemia aterogénica. Al año de la CB esos valores se evidenció un aumento del cHDL ($p<0,001$) y descenso de los TG ($p<0,001$). No se observaron cambios significativos en el cLDL. Previo a la cirugía, 41% de los pacientes tomaban estatinas, mientras que al año de postoperatorio se redujo al 20% ($p<0,001$).

Conclusiones

La dislipemia se presenta frecuentemente en pacientes con obesidad. La CB tiene gran impacto sobre el perfil lipídico de pacientes obesos y especialmente sobre el perfil de dislipidemia aterogénica. Poner en conocimiento los efectos de la CB es primordial para el entendimiento de este procedimiento como un tratamiento metabólico de la obesidad cuyo objetivo es la reducción del RCV.

A propósito de un caso: parálisis periódica tirotóxica, un desafío diagnóstico.

Leticia Kachadourian, Melina Rubiños.

Institución: Mutualista Asociación Española, Montevideo, Uruguay.

Introducción

La parálisis periódica tirotóxica es una complicación infrecuente de la tirotoxicosis, caracterizada por episodios recurrentes de debilidad muscular aguda asociados a hipopotasemia. Se observa con mayor frecuencia en varones jóvenes y su fisiopatología se relaciona con un desplazamiento intracelular masivo de potasio secundario a la hiperactividad de la bomba sodio-potasio ATPasa inducida por hormonas tiroideas y catecolaminas. A pesar de su potencial gravedad, continúa siendo una entidad subdiagnosticada, por lo que su reconocimiento precoz resulta fundamental para prevenir complicaciones cardiovasculares y neuromusculares.

Caso clínico

Se presenta el caso de un hombre de 18 años, procedente de Montevideo, con antecedente de asma bien controlada, que consultó por debilidad muscular progresiva de tres meses de evolución, de predominio proximal en miembros inferiores, desencadenada tras el ejercicio físico y que cedía con el reposo. El cuadro evolucionó hacia una paraparesia progresiva con compromiso leve de miembros superiores y parestesias simétricas ascendentes, sin dolor. Asociaba palpitaciones, sudoración, intolerancia al calor, irritabilidad y pérdida ponderal de 5 kg en tres meses.

Al examen físico se encontraba hemodinámicamente estable, sin compromiso respiratorio ni cardiovascular. En la valoración neurológica se constató hipotonía y paresia proximal simétrica en miembros inferiores con hiporreflexia bilateral, sensibilidad conservada y sin afectación de pares craneales ni musculatura bulbar u ocular.

Los estudios de laboratorio evidenciaron hipopotasemia de 2,6 mEq/L e hipomagnesemia, con creatina fosfoquinasa normal. El electrocardiograma mostró taquicardia sinusal sin otras alteraciones. Se inició reposición endovenosa de potasio y magnesio, observándose mejoría progresiva de la debilidad muscular y normalización de los niveles séricos.

Ante la sospecha de distiroidismo subyacente se solicitó perfil tiroideo, que evidenció TSH suprimida con elevación de T3 y T4 libres y anticuerpos antitiroideos positivos, confirmando hipertiroidismo primario con alta sospecha de enfermedad de Graves. La ecografía tiroidea mostró aumento difuso y heterogéneo del tamaño glandular, sin lesiones nodulares. Con base en los hallazgos clínicos y bioquímicos se estableció el diagnóstico de parálisis periódica hipopotasémica tirotóxica. Se inició tratamiento con metimazol y propranolol, con buena evolución clínica y resolución completa de la debilidad muscular, siendo dado de alta con seguimiento ambulatorio por endocrinología.

Discusión

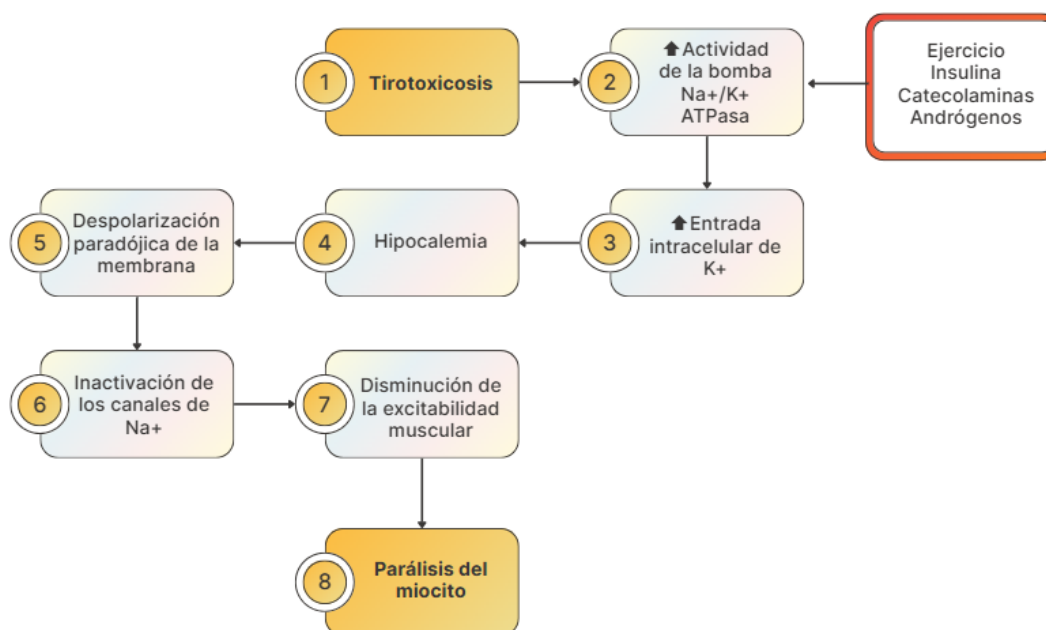
La parálisis periódica tirotóxica se caracteriza por episodios de debilidad muscular flácida, simétrica y predominantemente proximal, habitualmente precipitados por factores desencadenantes como ejercicio físico, ingesta elevada de carbohidratos, alcohol o estrés. Los niveles séricos de potasio suelen estar disminuidos, aunque pueden ser normales entre crisis debido a su mecanismo fisiopatológico de redistribución intracelular. El manejo incluye la corrección cuidadosa de la hipopotasemia y el control

del hipertiroidismo, siendo los betabloqueantes una herramienta terapéutica clave para prevenir recurrencias.

Conclusiones

Este caso destaca por la presentación de parálisis periódica tirotóxica como manifestación inicial de hipertiroidismo en un varón joven, desencadenada por ejercicio físico y con resolución tras corrección electrolítica y tratamiento antitiroideo. Su reconocimiento precoz permitió evitar complicaciones potencialmente graves y orientar el diagnóstico etiológico oportunamente.

Figura 1. Esquema de la fisiopatología de la parálisis periódica tirotóxica hipocalémica.



La tirotoxicosis incrementa la actividad de la bomba sodio-potasio ATPasa en el músculo esquelético. Este efecto se potencia por factores precipitantes como ejercicio, hiperinsulinemia, catecolaminas y andrógenos, lo que favorece un aumento de la entrada intracelular de potasio. Como consecuencia se desarrolla hipocalemia secundaria al desplazamiento del potasio hacia el espacio intracelular. La disminución del potasio extracelular produce una despolarización paradójica de la membrana del miocito, con inactivación de los canales de sodio dependientes de voltaje. Esto conduce a una disminución de la excitabilidad muscular y finalmente a la parálisis del miocito.

Figura 2. Diagnósticos diferenciales de la parálisis periódica tirotóxica hipocalémica.

Diagnósticos diferenciales de la parálisis periódica tirotóxica hipocalémica
Parálisis periódica hipopotasémica familiar.
Hiperaldosteronismo primario,
Intoxicación por bario.
Abuso de hormona tiroidea.
Crisis miasténica.
Miopatías metabólicas.
Hipopotasemia secundaria a enfermedades gastrointestinales.
Trastornos hidroelectrolíticos debidos a alteraciones a nivel renal: Síndrome de Bartter y
Síndrome de Gitelman.
Addosis tubular renal.
Botulismo.
Mielopatía aguda.

Prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en trabajadores hospitalizados por accidentes laborales en Uruguay.

Carolina De Los Santos, María José Montes, Gustavo Quinteros

Institución: Hospital del Banco de Seguros del Estado. Montevideo, Uruguay.

Introducción

Los accidentes laborales constituyen un problema de salud pública por sus consecuencias físicas, sociales y emocionales. Aunque su impacto en la salud mental ha sido reconocido internacionalmente, en Uruguay no existen estudios que describan la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en pacientes hospitalizados por esta causa. El objetivo de este estudio fue estimar la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en trabajadores hospitalizados por accidentes laborales en Uruguay y analizar su asociación con el tipo de lesión.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal, basado en registros del Hospital del Banco de Seguros del Estado, Montevideo, Uruguay, entre julio de 2023 y julio de 2024. Se incluyeron pacientes hospitalizados por accidentes laborales que completaron durante su estadía hospitalaria la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS). Se analizaron variables sociodemográficas, laborales y clínicas. Se estimó la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión, y se evaluó su asociación con el tipo de lesión mediante análisis bivariado y modelos de regresión logística ajustados.

Resultados

Se incluyeron 1.744 pacientes, con predominio masculino (88.6%) y edad media de 40.8 años. La prevalencia de ansiedad fue 24.3%, de depresión 11.6%, de ambas condiciones 8.4% y de al menos una de ellas 27.5%. Las mujeres presentaron mayor frecuencia de ansiedad (40,2% vs. 22,6%; $p<0,001$) y depresión (16.6% vs. 10.9%; $p=0,026$). En el análisis multivariado, la lumbalgia se asoció con mayor probabilidad de ansiedad (OR=2,57; IC95%: 1,09–6,06) y las infecciones con mayor probabilidad de depresión (OR=2,69; IC95%: 1,03–6,82). El sexo femenino se asoció de forma independiente con mayor probabilidad de ansiedad (OR=2,33; IC95%: 1,69–3,21) y depresión (OR=1,78; IC95%: 1,15–2,70).

Discusión

La elevada prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión observada en trabajadores hospitalizados por accidentes laborales supera las estimaciones reportadas en población general y es consistente con estudios internacionales. Asimismo, las asociaciones observadas entre determinados tipos de lesión y la presencia de síntomas de salud mental sugieren que las características clínicas del daño físico podrían influir en la respuesta emocional tras el accidente. Finalmente, el mayor riesgo observado en mujeres refuerza la importancia de incorporar un enfoque de género en la evaluación e intervención en este contexto.

Conclusiones

Los hallazgos resaltan la necesidad de incorporar la valoración de la salud mental en el abordaje de los trabajadores hospitalizados tras un accidente laboral, promoviendo una evaluación integral del paciente que contemple no solo las consecuencias físicas del trauma, sino también sus repercusiones emocionales. Asimismo, la evidencia generada puede contribuir al desarrollo de estrategias de atención y orientar futuras políticas sanitarias.

Percepción de estudiantes de posgrado de especialidades médicas sobre la simulación clínica en emergencias: estudio piloto

Anastasia Hoyo, Belén Huguet, Delfina Herrera, Lucía Gutiérrez, Mateo Lima, Paulina Hernández, Valentina Más, Luciana Silvera, Ana Coimbra, Martín Everett

Institución: Centro de Simulación, Hospital de Clínicas, Facultad de Medicina.

Introducción

La simulación clínica es una estrategia educativa ampliamente utilizada en la formación de grado y posgrado en ciencias de la salud. Diversos estudios han demostrado su impacto positivo y su alta aceptación como metodología activa de aprendizaje, particularmente en contextos que requieren entrenamiento en situaciones críticas. El objetivo de este estudio fue describir la percepción de estudiantes de posgrados de especialidades médicas respecto a actividades de simulación clínica orientadas al manejo de emergencias.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo con una muestra seleccionada por conveniencia, integrada por estudiantes de posgrados de especialidades médicas pertenecientes a dos equipos de guardia del Hospital Maciel y del Hospital de Clínicas. La intervención se desarrolló en tres etapas: diseño de tres escenarios de simulación clínica basados en emergencias frecuentes, convocatoria y realización de una jornada de simulación en el Centro de Simulación del Hospital de Clínicas, y aplicación de una encuesta un mes después de la actividad. El instrumento incluyó datos sociodemográficos, antecedentes de formación en simulación, valoración general de la experiencia y percepción de su aplicabilidad en la práctica clínica.

Resultados

Participaron siete estudiantes, con una edad promedio de 29 años (rango: 27–34). La mayoría pertenecía al posgrado de Medicina Interna, mientras que uno correspondía a Medicina Familiar y Comunitaria. Todos los participantes evaluaron la actividad de manera positiva. La totalidad manifestó estar de acuerdo o fuertemente de acuerdo en que la simulación facilitó el aprendizaje, permitió integrar teoría y práctica y reprodujo un entorno clínico realista. No se observaron diferencias relevantes en las percepciones según edad, año de residencia o experiencia previa en simulación. Aunque algunos participantes no definieron una postura clara respecto al impacto en la toma de decisiones bajo presión, la actividad fue considerada valiosa y recomendable.

Discusión y conclusiones

Los resultados coinciden con la literatura del área de ciencias de la salud, que destaca la simulación clínica como una herramienta eficaz para el desarrollo de competencias técnicas y no técnicas, como la toma de decisiones, la comunicación y el trabajo en equipo. En este contexto, la simulación se percibe como una estrategia formativa útil, realista y aplicable a la práctica clínica, contribuyendo a una formación médica más integral y orientada a la seguridad del paciente.

Evaluación de los niveles séricos de magnesio y su relación con el control metabólico en pacientes con obesidad

Santiago Wainer, Mercedes Rodríguez, Sofía Carozzi, Andrea Vaucher, Gustavo Bruno

Institución: Hospital Maciel, Administración de los Servicios de Salud del Estado, Montevideo, Uruguay

Introducción

La obesidad es una enfermedad metabólica compleja asociada a inflamación crónica, resistencia a la insulina y múltiples alteraciones metabólicas. El magnesio es un catión intracelular esencial que actúa como cofactor en numerosas reacciones enzimáticas involucradas en el metabolismo glucídico y lipídico. Diversos estudios han sugerido una asociación entre hipomagnesemia, diabetes mellitus y síndrome metabólico. Sin embargo, la relación entre los niveles séricos de magnesio y los parámetros de control metabólico en pacientes con obesidad aún no se encuentra completamente establecida. El objetivo de este estudio fue evaluar los niveles séricos de magnesio en pacientes con obesidad y analizar su relación con parámetros de control metabólico.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y retrospectivo que incluyó pacientes adultos con obesidad atendidos en la policlínica de medicina interna especializada en obesidad y cirugía bariátrica de un hospital de tercer nivel en Montevideo, Uruguay. Se analizaron variables demográficas, antropométricas, bioquímicas y comorbilidades registradas en la historia clínica. La hipomagnesemia se definió según valores séricos de magnesio por debajo del rango de referencia internacional con punto de corte 1.7 mg/dL. Las variables cuantitativas se describieron mediante media y desviación estándar o mediana según su distribución. Las asociaciones se evaluaron empleando correlación de Spearman y pruebas no paramétricas de Mann-Whitney para comparación entre grupos. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$. El estudio se realizó con base de datos clínicos aprobada por el comité de ética institucional.

Resultados

Se incluyeron 49 pacientes con obesidad. La prevalencia de hipomagnesemia fue de 30,6% ($n = 15$). La media de magnesemia fue $1,85 \pm 0,27$ mg/dL. No se observó correlación significativa entre los niveles séricos de magnesio y el índice de masa corporal ($p = -0,105$; $p = 0,474$). Sin embargo, se observó una correlación negativa significativa entre la magnesemia y la hemoglobina glicosilada ($p = -0,492$; $p < 0,001$), así como con la glucemia en ayunas ($p = -0,504$; $p < 0,001$) y los triglicéridos ($p = -0,402$; $p = 0,004$). Los pacientes con hipomagnesemia presentaron valores significativamente mayores de HbA1c, glucemia y triglicéridos en comparación con aquellos con magnesemia normal ($p = 0,004$; $p = 0,028$; $p = 0,023$, respectivamente). No se encontraron asociaciones significativas entre hipomagnesemia y las comorbilidades evaluadas ni con déficit de otros micronutrientes.

Discusión

Los resultados muestran que los niveles séricos de magnesio se asocian con parámetros de control glucémico y metabolismo lipídico en pacientes con obesidad. La ausencia de correlación con el índice de masa corporal sugiere que la hipomagnesemia podría reflejar principalmente alteraciones metabólicas más que el grado de obesidad per se. Estos hallazgos son consistentes con estudios previos que relacionan la hipomagnesemia con resistencia a la insulina y peor control glucémico en

pacientes con obesidad y diabetes. El tamaño, tipo muestral y el diseño retrospectivo constituyen limitaciones del estudio.

Conclusiones

La hipomagnesemia fue frecuente en pacientes con obesidad y se asoció con peor control glucémico y mayores niveles de triglicéridos. Los niveles séricos de magnesio podrían constituir un marcador de disfunción metabólica en esta población.

Atención médica en fin de vida desde la perspectiva de residentes y posgraduados.

Gonzalo Pazos, Natalia Bernardi, Adriana Redin, Agustina Álvarez, María Luisa Arbiza, María Angélica Bermúdez, Victoria Lasso, Florencia López, Eduarda Maia

Institución: Unidad Cuidados Paliativos. Hospital de Clínicas. Facultad de Medicina. Udelar. Uruguay.

Introducción

Las enfermedades crónicas no transmisibles representan la principal causa de muerte en Uruguay y el mundo. La mayoría de los pacientes que las padecen podrían requerir cuidados de fin de vida. Actualmente Uruguay se encuentra dentro del 12% a nivel mundial que alcanza el desarrollo avanzado de los cuidados paliativos (CP). Se estima que para el año 2040 los pacientes con necesidad de atención paliativa podrían aumentar hasta en un 42%, proyección que hace imperiosa la necesidad de capacitar a sus profesionales e integrar la mirada paliativa a la práctica sanitaria y social en equipos que no cuentan con formación específica en CP. Este estudio se realizó mientras se discutía en el parlamento la regulación de la ley de muerte digna, ya aprobada y en etapa de reglamentación. Diversos estudios demuestran que el deseo de adelantar la muerte (DAM) por parte de pacientes con enfermedades avanzadas y pronóstico de vida limitado, es un fenómeno que puede aparecer con relativa frecuencia en el contexto del final de la vida, con una prevalencia entre el 1.5 y 38%.

El objetivo es conocer el nivel de competencias y experiencias acerca de la atención en fin de vida en residentes y posgraduados de distintas especialidades clínicas.

Metodología

Se realizó un estudio observacional, transversal, muestreo no probabilístico de residentes y posgraduados de Geriatría, Hematología, Medicina Interna (MI), Oncología y CP del adulto, a través una encuesta, anónima, autogestionada y voluntaria por Google Forms. Fue aprobado por el Comité de Ética del Hospital de Clínicas.

Resultados

Respondieron 74 médicos (30% de MI). El 100% asistió a pacientes con necesidades de atención paliativa. 65% no realizó formación en CP durante su carrera de grado (MI: 72%). Un 42% recibió formación en CP durante el postgrado. El 64% de residentes de MI indicó sedación paliativa ocasionalmente. Un 51% (32% MI) experimentó DAM por pacientes en fin de vida. Un 52% (52% MI) aplicaría la ley de eutanasia de aprobarse, 32% (40% MI) refiere no tener suficiente información para responder.

Discusión

La alta frecuencia de pacientes con necesidades de atención paliativa en comparación con la escasa formación referida en CP por los residentes, plantea la urgencia de integrar la formación básica de CP a la currícula de grado, con capacitación en atención de fin de vida. El DAM por parte de pacientes con enfermedades avanzadas resultó una experiencia frecuente en la práctica clínica de residentes, lo cual coincide con la literatura internacional. Se destaca un bajo porcentaje de residentes que no aplicarían la ley de eutanasia; un alto porcentaje refieren no tener suficiente información para poder responder.

Conclusiones

La alta demanda de competencias en los residentes sobre atención en fin de vida no se acompaña de una formación suficiente en CP. Se requerirían campañas de formación para implementar la ley de eutanasia.

Figura 1. ¿Cuán capacitado se siente para comunicar malas noticias en su práctica clínica?

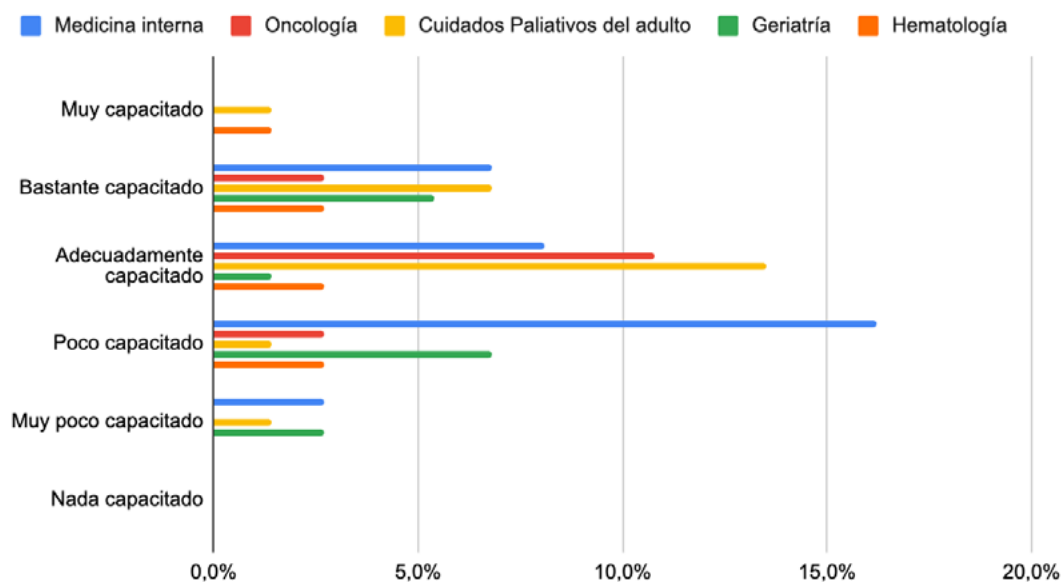


Tabla 1. La familia es encargada de elegir cuándo se aplica la sedación y la eutanasia.

	Area de especialidad				
	Medicina interna	Oncología	Cuidados Paliativos del adulto	Geriatria	Hematología
La familia es la encargada de elegir cuando se aplica la sedación paliativa y la eutanasia:					
Verdadero	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)	0% (0)
Falso	68% (17)	58% (7)	100% (18)	67% (8)	43% (3)
Depende de si es sedación o eutanasia	32% (8)	42% (5)	0% (0)	33% (4)	57% (4)

Programa interdisciplinario de dolor y rehabilitación con acreditación de calidad internacional.

Betiana Sottolano, María José Montes

Institución: Hospital Banco De Seguros Del Estado, Montevideo, Uruguay

Introducción

Dada su multicausalidad, es necesario un enfoque interdisciplinario en el manejo del dolor. La Unidad de Dolor del Hospital Banco de Seguros del Estado (HBSE) desarrolló un Programa de Dolor Ambulatorio auditado por la CARF (Comisión de Acreditación de Instalaciones de Rehabilitación), logrando su acreditación internacional en calidad en 2022 y en 2025. Se describe un abordaje clínico interdisciplinario para la persona con dolor, considerando su complejidad biopsicosocial con objetivos claros, metas específicas e indicadores para medir resultados, promoviendo la mejora continua, aspirando a la excelencia. Los objetivos fueron describir resultados del Programa de Rehabilitación y Dolor del HBSE que cumple con estándares internacionales de calidad, con alcance de novedad nacional e internacional.

Metodología

Investigación descriptiva cualitativa realizada en la Unidad Interdisciplinaria de Dolor del HBSE con usuarios ingresados al Programa de Rehabilitación y Dolor Ambulatorio en el último período analizado (Julio 2024 - Junio 2025). El objetivo es evitar la cronificación en el dolor agudo y mejorar calidad de vida, la funcionalidad y el autocuidado en el dolor crónico. El Programa de Dolor Agudo (PDA) tiene una duración de 2 meses y el Programa de Dolor Crónico (PDC) 6 meses. Ambos cuentan con atención interdisciplinaria (enfermeras, médicos internistas, médicos rehabilitadores, psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas, musicoterapeuta) con un mínimo de controles pre establecidos, realización de una historia clínica integral, evaluaciones funcionales/psicométricas, elaboración diagnóstica, estrategias terapéuticas personalizadas: tratamiento farmacológico multimodal, acupuntura, fisioterapia a medida, psicoterapia grupal (PDA), tratamiento integrativo complementario grupal (PDC) y cuando está indicado, psicoterapia individual incluyendo EMDR. Las medidas de resultados clínicos al ingreso y al egreso incluyeron EVA, escalas funcionales globales y específicas, SF-12 v2, HADS y DTS, participación social y familiar. Se garantiza la trazabilidad y mejora continua con medición de indicadores semestrales (eficacia, eficiencia, satisfacción, accesibilidad, desempeño, registros) y análisis anual de metas y tendencias.

Resultados y Discusión

Desde octubre 2021 a junio 2025, la Unidad de Dolor de HBSE asistió de forma ambulatoria a 1770, con un total de consultas de 5338. Se incluyeron al Programa de Dolor y Rehabilitación Ambulatorio un total de 319 usuarios: 62% (198/319) PDA y 38% (121/319) PDC. Los resultados más importantes obtenidos en el último período analizado, Julio 2024 - Junio 2025, se presentan en la Tabla 1 y 2, sobre un n=63. El tiempo de espera para la evaluación de ingreso a ambos Programas fue en promedio de 7 días alcanzando la meta establecida (< 20 días) lo que traduce la accesibilidad. Los resultados de la experiencia de los usuarios con los servicios recibidos según la encuesta de satisfacción realizada por 52 pacientes se muestran en la Figura 1. La eficiencia del Programa establecida según costo por paciente con dolor crónico que mejoró la calidad de vida y según costo por paciente con dolor agudo que no cronificó el dolor, alcanza la meta establecida para el indicador diseñado por la propia institución de salud.

Conclusiones

La metodología interdisciplinaria propuesta del Programa centrada en el usuario, con objetivos claros, estándares internacionales de calidad y evaluación continua de resultados mediante indicadores, creemos beneficia a las personas con dolor.

Figura 1.

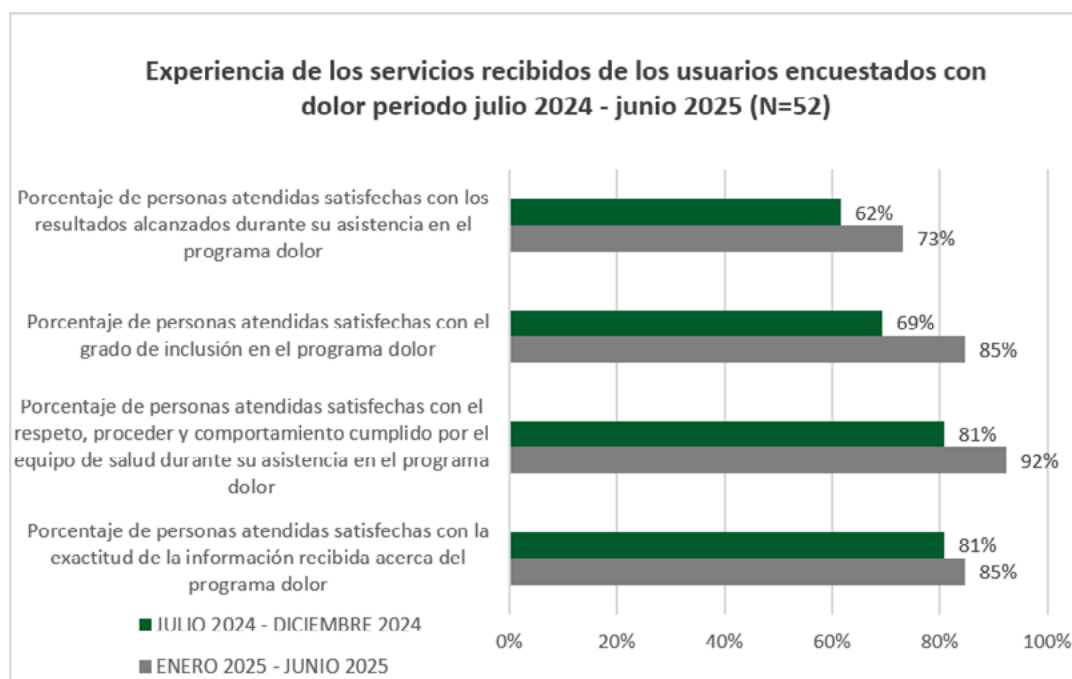


Tabla 1. Resultados de Indicadores del Programa de Dolor Agudo período Julio 2024 – Junio 2025.

INDICADOR	PERIODICIDAD	N CASOS TOTALES	PROMEDIO ANUAL
Porcentaje de usuarios asistidos en el Programa de Dolor agudo en que se evita la cronicación del dolor	Semestral	43	67%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor agudo que mejoran la funcionalidad global	Semestral	43	71%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor agudo con reducción del dolor según EVA	Semestral	43	69%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor agudo que mejoran su estado emocional - nivel de ansiedad según escala HADS A	Semestral	43	50%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor agudo que mejoran su estado emocional - nivel de depresión según escala HADS D	Semestral	43	56%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor agudo con dolor lumbar que mejoran la funcionalidad según escala de OSWESTRY	Semestral	8	63%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor agudo con dolor MMSS que mejoran la funcionalidad según escala de QUICK DASH	Semestral	21	63%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor agudo con dolor MMII que mejoran la funcionalidad según escala funcional de las extremidades inferiores	Semestral	7	75%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor agudo con presencia de elementos de psicotrauma que disminuyan los síntomas según escala de trauma de Davidson (DTS)	Semestral	43	70%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor agudo con escasa afectación del dolor en la actividad social	Semestral	43	83%

INDICADOR	PERIODICIDAD	N CASOS TOTALES	PROMEDIO ANUAL
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor agudo con escasa afectación del dolor en la actividad familiar	Semestral	43	93%

Tabla 2. Resultados de Indicadores del Programa de Dolor Crónico período Julio 2024 – Junio 2025.

INDICADOR	PERIODICIDAD	N CASOS TOTALES	PROMEDIO ANUAL
Porcentaje de usuarios asistidos en el Programa de Dolor crónico en que mejoraron la calidad de vida según cuestionario SF12 de Calidad de Vida	Semestral	20	67%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor crónico que mejoran la funcionalidad global	Semestral	20	41%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor crónico con reducción del dolor según EVA	Semestral	20	70%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor crónico que mejoran su estado emocional - nivel de ansiedad según escala HADS A	Semestral	20	44%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor crónico que mejoran su estado emocional - nivel de depresión según escala HADS D	Semestral	20	59%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor crónico con dolor lumbar que mejoran la funcionalidad según escala de OSWESTRY	Semestral	4	50%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor crónico con dolor MMSS que mejoran la funcionalidad según escala de QUICK DASH	Semestral	7	20%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor crónico con dolor MMII que mejoran la funcionalidad según escala funcional de las extremidades inferiores	Semestral	8	50%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor crónico con presencia de elementos de psicotrauma que disminuyan los síntomas según escala de trauma de Davidson (DTS)	Semestral	20	70%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor crónico con escasa afectación del dolor en la actividad social	Semestral	20	78%
Porcentaje de usuarios asistidos en Programa Dolor crónico con escasa afectación del dolor en la actividad familiar	Semestral	20	82%