

RESUMENES DE LOS TRABAJOS DEL V CONGRESO PARAGUAYO DE NEUMOLOGÍA

A) TRABAJOS ENVIADOS COMO TEMAS LIBRES

1.- PATRONES ESPIROMETRICOS EN COLAGENOPATIAS.

Mellid R*, Mingo S, Colman A (Cátedra Neumología-Facultad de Ciencias Medicas-UNA)

Tel: 420952(int 182) (dramellidlo@hotmail.com)

OBJETIVO: describir los hallazgos de espirometrías realizadas en colagenopatías. **MÉTODOS:** se revisaron retrospectivamente espirometrías realizadas en el Dpto. de Espirometría de la Cátedra de Neumología del Hospital de Clínicas. Se hallaron 32 pacientes con enfermedades del tejido conectivo: artritis reumatoidea (AR), lupus eritematoso sistémico (LES), esclerosis sistémica progresiva (ESP), enfermedad mixta del tejido conectivo (EMTC) y síndrome de superposición (ESP+LES); diagnosticados y remitidos por el Dpto. de Reumatología de dicho hospital, durante el período comprendido entre julio del 2005 a junio del 2008. **RESULTADOS:** se evaluaron 32 espirometrías de pacientes con un promedio de edad de 48 años, se encontraron: 7 casos de AR; 12 casos de ESP; 3 casos de síndrome de sobreposición ESP/LES; 5 casos de EMTC y 5 casos de LES. Los patrones espirométricos fueron: en ESP, patrón normal (n=5), restrictivo (n=3); restrictivo con obstrucción de pequeñas vías (n=2); obstructivo(n=1) y mixto(n=1). En AR normal (n=5); obstructivo (n=1) y mixto (n=1). En LES normal (n=2); restrictivo con obstrucción de pequeñas vías (n=2) y obstructivo (n=1). En EMTC normal (n=2); patrón obstructivo (n=1); mixto (n=1) y obstrucción de pequeñas vías (n=1). Finalmente en ESP/LES: patrón restrictivo con obstrucción de pequeñas vías (n=2) y normal (n=1). El 46.88% de los casos estudiados presentan patrón normal, el 18.75% restrictivo con obstrucción de pequeñas vías, 12.50% obstructivo, 9.38% patrón mixto, 9.38% restrictivo; y 3.13% obstrucción de pequeñas vías solamente. **CONCLUSIÓN:** Los hallazgos reflejan con mayor frecuencia patrón obstructivo incluyendo afectación de pequeñas vías, contrariamente a la literatura, donde predomina el patrón restrictivo en estas enfermedades.

2.- TENDENCIAS DE LA PREVALENCIA DE ASMA BRONQUIAL EN UN GRUPO DE ADOLESCENTES (Primer Premio a Trabajos Científicos)

Cano E*, Venialgo L, Gill DS, Marín M, Murdoch M, Pérez D (INERAM/SPN)

Cel: 0973561837

INTRODUCCIÓN: Existen escasas referencias nacionales sobre las variaciones epidemiológicas de la afección poblacional por el asma bronquial. El objetivo del estudio fue verificar la prevalencia de esta entidad en varios grupos de adolescentes en distintos periodos de tiempo. **MATERIAL Y METODOS:** Mediante un estudio observacional y analítico de diseño transversal en dos fases (2005 y 2007), se repartieron cuestionarios estandarizados sobre sintomatología respiratoria y asma bronquial a un grupo de 1558 adolescentes (11-18 años) de ambos sexos en dos instituciones de enseñanza con diferente perfil socioeconómico en una ciudad vecina a la capital (Luque-Paraguay). Un ítem resaltante del cuestionario fue la inclusión del inquerito sobre tabaquismo. Las frecuencias medidas se compararon según análisis estadísticos para diferentes subgrupos. **RESULTADOS:** En la primera fase han respondido 560 adolescentes (68% mujeres) y en la segunda 998 (59% mujeres). Si bien la tasa de síntomas respiratorios varió entre ambas muestras ($p < 0,01$), la proporción de respuestas afirmativas para el asma bronquial (cohorte 2005: mujeres 8,7% y hombres 8,6%, cohorte 2007: mujeres 6,1% y hombres 9,2%) y para el tabaquismo (cohorte 2005: mujeres 7,4% y hombres 12,3%, cohorte 2007: mujeres 10,5% y hombres 9,5%) no mostró variación significativa entre ambos periodos. **DISCUSIÓN:** Aunque los resultados sobre sintomatología respiratoria resulten muy dispares en ambos periodos, queda claro que la prevalencia de adolescentes con diagnostico conocido de asma es mucho menor a los síntomas relacionados al asma. Una problemática anexa es la estimativa del subdiagnostico de la patología que se da en la población.

3.- CÁNCER DE PULMÓN EN EL INERAM: NUESTRA CASUÍSTICA

Fernández J*, Valenzuela P, Ortiz J, Pérez D (INERAM)

Cel: 0981159757

INTRODUCCION: El cáncer de pulmón es uno de los tumores de mayor prevalencia, siendo responsable por alta tasa de mortalidad en todo el mundo. En el Paraguay existen pocos análisis sobre esta entidad, que en otras latitudes es considerado como un problema de salud pública. Desarrollamos el siguiente trabajo con el objetivo de evaluar las características clínicas de casos de cáncer de pulmón internados en un centro de referencia. **MATERIAL Y METODO:** Durante enero-2005 a diciembre-2007 se encontraron 154 casos de cáncer de pulmón en el INERAM. Se extrajeron los datos consignados en los registros médicos de estos pacientes analizando características demográficas, clínicas, tipos histológicos, costos y desenlaces. Las variables referidas se dan en pacientes que quedan internados generalmente con fines diagnósticos hasta su remisión. **RESULTADO:** La población incluida, de promedio de edad: $62,8 \pm 11,35$ años comprendía a un 89,4% de hombres y alta tasa de tabaquistas (82%). Fue llamativa la distribución de tipos histológicos: epidermoide 61 casos (40%), células grandes 38(24%), adenocarcinoma 25(16%), microcítico 22(14%) e indiferenciado 8(5%). Al pesquisar diferencias clínicas entre el grupo de small-cell (SCLC) vs non-small-cell (NSCLC) existió diferencia significativa ($p < 0,05$) entre: a) la proporción de dolor torácico como motivo de consulta (36% SCLC vs 16% NSCLC), b) la eritrosedimentación 1h ($55,9 \pm 37,7$ mm SCLC vs 78 ± 33 mm NSCLC) y c) en los días de internación ($8,3 \pm 4,8$ días SCLC vs $11,7 \pm 7,7$ días NSCLC). La mortalidad intrahospitalaria fue del 3.4%. Los costes indirectos parciales por paciente fueron de 504.064 ± 328.822 gs. **DISCUSION:** Aunque en muchas regiones se vienen notando cambios en las características de presentación del cáncer de pulmón (mayor número de mujeres y aumento de los casos de adenocarcinoma) en nuestra serie no se reflejan estos datos.

4.- MANEJO QUIRÚRGICO DE LA ESTENOSIS BENIGNA DE LA VÍA AEREA

Lee C, Mura R, Balmaceda J (Cirugía-ORL/Hospital Central IPS)

CEL: 0985101122 (CHL730715@hotmail.com)

Introducción: La estenosis benigna sintomática de la vía aérea se desarrolla aproximadamente en el 1% de los pacientes después de la intubación traqueal. El manejo de la estenosis benigna de la vía aérea no está unificado. **Objetivo:** El propósito de este estudio, es describir los resultados del manejo quirúrgico de la estenosis benigna. **Métodos:** Es un estudio descriptivo, retrospectivo de 10 pacientes con diagnóstico de estenosis benigna de la vía aérea admitidos en el servicio de Cirugía General y Otorrinolaringología del Hospital Central de IPS. **Resultados:** 10 pacientes ingresados desde abril 2007- mayo 2008, en 9 pacientes la estenosis se desarrolló después de la intubación o traqueotomía, en 1 paciente no hubo causa aparente. Al momento de la evaluación quirúrgica fueron tratados, 5 con cánula de Montgomery, 3 con cánula de traqueotomía y 2 sin manejo. Todos fueron sometidos a cirugía de resección más anastomosis termino-terminal. Reestenosis en 1 caso que se maneja con dilataciones, dehiscencia de la cara anterior de la anastomosis en 1 caso que se maneja con cánula de traqueotomía y granuloma en 1 caso que se reseca por endoscopia. No hubo mortalidad. **Conclusión:** Es necesaria una evaluación adecuada del paciente con diagnóstico de estenosis benigna y si el paciente es candidato para la cirugía de resección con anastomosis primaria esta debería ser la opción de tratamiento.

5. EMPIEMA PLEURAL: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE 80 CASOS

Ortiz J*, Gómez R, Benítez W, Fretes D, Rodríguez O, Caballero E, Pérez D.(INERAM)

Cel: 0981593663

INTRODUCCION: La presencia de los empiemas pleurales aumenta la morbimortalidad de enfermedades subyacentes y genera sobre-costos en las patologías agudas concomitantes. Dada la escasez de publicaciones nacionales referentes al tema decidimos revisar los aspectos clínicos, evolutivos y farmacoeconómicos en un servicio de referencia de nuestro país. **MATERIAL Y MÉTODO:** En un estudio observacional con componente analítico se describen los datos de fichas clínicas de 80 pacientes hospitalizados con diagnóstico de empiema en el Hospital del INERAM, entre enero de 2000 y julio del 2007. Se analizan características demográficas, clínicas y evolutivas de subgrupos de pacientes con o sin antibioticoterapia previa al ingreso. Investigamos además aspectos farmacoeconómicos de la enfermedad y el impacto del retardo de la cirugía en los desenlaces de interés. **RESULTADOS:** Aún con disímiles tasas de comorbilidades entre los grupos comparados, no existió diferencia en los días de internación (global: 35 ± 26 días), aunque los costos directos parciales de los pacientes con antibioticoterapia previa fue de 2.7 veces mayor. La mortalidad intrahospitalaria consignada fue baja y resalta la correlación entre >6 días de retardo de la cirugía, cuando indicada, y la extensión de los días de internación (**P = 0,006**). **CONCLUSIÓN:** El diagnóstico de empiema pleural conlleva a una probabilidad de estadía nosocomial prolongada y a procedimientos quirúrgicos que si se retardan en efectuarlos, coadyuvan a elevar aun mas los costos de la enfermedad.

6. -COMPROMISO PULMONAR EVIDENCIADO EN PRUEBAS FUNCIONALES RESPIRATORIAS EN LA DIABETES MELLITUS TIPO 1

Ammatuna A*, Aranda M, Caballero E, Mingo S, Colman A

Cel: 0981525640 (adriammatuna@hotmail.com)

OBJETIVOS 1.Describir los patrones espirométricos y de saturación de oxígeno en los pacientes diabéticos tipo 1 del hospital de Clínicas y la fundación FUPADI. 2. Relacionar la diabetes mellitus tipo 1 con alteraciones espirométricas y de saturación de oxígeno. 3. Relacionar grado de alteración pulmonar con tiempo de diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 1. **MÉTODOS:** *DISEÑO:* Observacional prospectivo analítico de corte transversal **VARIABLES:** Sexo. Edad. Peso. Talla. Índice de Masa Corporal (IMC). Valores espirométricos (Capacidad Vital Forzada (FVC), Volumen Espiratorio Máximo en el primer segundo de la espirometría forzada (FEV1), Flujo espiratorio máximo entre el 25 y 75% de la FVC (FEF 25-75%), Cociente porcentual entre FEV1 y FVC (FEV1/FVC), saturación de oxígeno (Porcentaje de oxígeno unido a hemoglobina). Tiempo de diagnóstico de la diabetes mellitus tipo 1. **TAMAÑO DE MUESTRA:** Pacientes n=13, grupo control n=13. **RESULTADOS:** De los 13 pacientes estudiados el 76,9% pertenecía al sexo femenino, y el 23,1% corresponde al sexo masculino. El 53.8% presentaban patrones normales, el 30.7%, restricción pulmonar ligera y el 15.3%, obstrucción pulmonar ligera. La distribución por patrones. Todos los pacientes que presentaban restricción ligera, padecían Diabetes por más de doce años; en cambio, los que padecían obstrucción ligera el rango era de 7 a 15 años. Se puede demostrar una relación entre el tiempo de padecimiento de la enfermedad y el patrón de restricción ligera, debiéndose este a una duración de más de catorce años de diagnóstico de la Diabetes Mellitus Tipo 1. **CONCLUSIÓN:** El 50% de los pacientes diabéticos incluidos en el presente estudio tienen alteraciones espirométricas, siendo el patrón restrictivo el más frecuente, además de existir una relación entre el tiempo de evolución desde el diagnóstico de la enfermedad hasta la realización de este trabajo. Aunque son resultados preliminares, servirá de base para estudios posteriores.

7.- ESPIROMETRIA EN EL PARAGUAY: CUALES SON LOS VALORES DE REFERENCIA APROPIADOS? (2do Mejor Trabajo Científico)

Fusillo J, Gómez R, Aguayo D, Ojeda M, Palacios Z, Dami G, Pérez D (INERAM)

Cel: 0981503831

INTRODUCCIÓN: La literatura neumológica latinoamericana refiere diferencias sustanciales entre los distintos valores espirometricos de referencia de otras latitudes y los valores medidos en las poblaciones de la región, abogándose por esfuerzos que conduzcan a parámetros apropiados. El objetivo de nuestro trabajo es comparar los valores previstos por ecuaciones de referencia para espirometría a los valores obtenidos a dos muestras poblacionales de nuestro país. **MATERIAL Y METODOS:** Se efectuó espirometría forzada en una muestra poblacional de 17 individuos de raza hispánica previamente sanos y en otra muestra de 29 individuos de la etnia maká y se compararon los valores obtenidos a las ecuaciones de referencia de Hankinson(NHANESIII), Knudson, Morris, Quanjer(ERS/ECCS), Pereira y Pérez-Padilla(PLATINO). Utilizamos el test t de Student para el análisis comparativo de diferencia de las medias. **RESULTADOS:** Existen diferencias significativas y dispares entre los valores de Capacidad Vital Forzada (CVF)y Volumen Espiratorio Forzado en un segundo (VEF1)observados en ambas muestras poblacionales aquí estudiadas y la mayoría de los valores previstos por las ecuaciones seleccionadas. La diferencias fueron mas llamativas al comparar el VEF1 de los individuos de raza hispánica con los previstos. **DISCUSION:** Para una correcta interpretación de las pruebas funcionales de nuestro país y una apropiada estimación de los disturbios respiratorios detectables por espirometría, es imperativo el hallazgo de ecuaciones de predicción acorde a nuestras diferentes poblaciones.

B) TRABAJOS ENVIADOS COMO POSTER

CIERRE DE FÍSTULA BRONCOPLEURAL DE ALTO DEBITO MEDIANTE INYECCIÓN DE TALCO VIA TUBO DE TORACOSTOMIA

Martínez C*, Recalde V, Ayala X, Silvero G, Pérez D

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM)

Introducción: La fistula broncopleurales (FBP) es una rara pero temida complicación de varias condiciones pulmonares (ej:enfisema bulloso) y conlleva a alta tasa de morbimortalidad. Presentamos un caso manejado con éxito con esclerosantes. **Caso Clínico:** Varón(54a), fumador(68p/y), portador de EPOC+Cor pulmonale, con antecedentes de múltiples internaciones previas que es hospitalizado por 48 hs de intensificación de disnea. Signos Vitales: FR35x/min; FC120x/min; PA130/80mmHg; Tura axilar37°C.Con IMC=16 y muy mal estado general al ingreso, edema de mmii, acrocianosis y marcada hipotrofia muscular, además de ingurgitación yugular y tiraje universal sobre tórax en tonel con sibilancias y roncus difusos. Analítica sanguínea: anemia leve, leucocitosis con neutrofilia y leve hiponatremia. Rx torácica PA: patrón de hipertransparencia bilateral y aplanamiento diafragmático. Durante 136 días de internación desarrolló varias complicaciones (Sx Cushing, Gastritis Medicamentosa y Neumonía Nosocomial) resaltando un episodio de neumotórax hipertensivo espontáneo que requirió tubo de toracostomía que adicionada a aspiración continua no consiguió reexpansión pulmonar debido a FBP de alto debito con gran repercusión ventilatoria induciendo intubación orotraqueal. Después de fracasar en el cierre de la fistula con balón de Swan-Ganz guiado por fibrobroncoscopia e inyección de sangre autóloga, se decide instilar talco vía tubo de toracostomía produciéndose a las 72 hs importante disminución del debito, permitiendo la extubación del paciente, cuya mejoría clínica posibilita alta hospitalaria. Una TAC torácica obtenida en controles ambulatoriales permite comparar lo acontecido en el parénquima pulmonar en relación a imágenes antiguas. **Discusión:** La instilación de agentes esclerosantes a través del tubo torácico para producir sínfisis pleural es aceptable para pacientes portadores de FBP que no son buenos candidatos quirúrgicos. En este caso se produjo cierta reducción de volumen secundaria al procedimiento.

INFARTO PULMONAR EN PACIENTE PORTADORA DE FILTRO DE VENA CAVA

Fernández J*, Ebner A, Muñoz D, Armoa A, Pérez D

INERAM(Asunción-Py)/Hosp.Francés(Asunción-Py)/Sanat.Internacional(Luque-Py)

Introducción: Los filtros de vena cava constituyen una alternativa terapéutica en la enfermedad tromboembólica (ETE) cuando la anticoagulación está contraindicada. Estudios observacionales mencionan que estos dispositivos funcionan efectivamente en la prevención de la embolia pulmonar. Describimos un episodio tromboembólico recidivante en una paciente portadora de filtro venoso de larga data. **Caso Clínico:** Mujer de 26 años con antecedentes de accidente cerebrovascular isquémico-hemorrágico temporo-parietal izquierdo (11 meses atrás) con hemiplejía derecha inicial y sin secuelas neurológicas ulteriores, trombosis venosa profunda de ambos sistemas femoropoplíteos que requirió la colocación transyugular y subrenal de filtro de vena cava (Gunther Tulip)de 8,5 F (10 meses atrás), y abdomen agudo quirúrgico por infarto mesentérico (9 meses atrás), es internada por historia de disnea súbita, dolor pleurítico de base derecha y hemoptisis de 36 horas de evolución en vigencia de tratamiento regular con clopidogrel y aas. Signos vitales al ingreso: FR 22x/min; FC 88x/min; PA 110/70mmHg; Tura axilar 37°C, auscultándose crepitantes en base de hemitorax derecho. Analítica inicial denota leucocitosis leve con neutrofilia ligera.ANA y Anti-DNA(IFI)=neg.; Anticardiolipina ac-IgA/ac-IgG/ac-IgM(EIA)=normales;Anticoagulante lúpico (dRVVT)=neg.;Prot.C(IDR)76%act.;Prot.S(IDR)84%act.;AntitrombinaIII(IDR)85%act.; Factor V Leyden (resist Prot.C act.)=normal. La radiografía torácica y el ecocardiograma no muestran datos de interés. Angiotomografía: defectos de relleno intraluminales lobares y segmentares bilaterales de ramos de arteria pulmonar(émbolos)además de imagen triangular segmentar en base derecha (infarto pulmonar).Posterior a anticoagulación plena paciente disminuye sintomatología y lleva buena calidad de vida al mes de seguimiento ambulatorial. **Discusión:** Existen controversias recientes sobre el rol de los filtros de vena cava en la recurrencia de la ETE. Una fuerte presunción de trombofilia en el caso clínico aquí relatado es un factor predisponente y preponderante en el origen del infarto pulmonar.

OBSTRUCCIÓN PRECOZ DE STENT METALICO TRAQUEAL NO REVESTIDO

Gomez R*, Ota L, Pérez D

Hospital Sao Paulo (UNIFESP;Sao Paulo-Brasil)/ INERAM (Asunción-Paraguay)

Introducción: Una complicación de la colocación de las prótesis metálicas endotraqueales no recubiertas comúnmente citada es el crecimiento tumoral a través de la malla, generando recidiva de la obstrucción a lo largo del tiempo. Existen escasísimas referencias sobre complicaciones obstructivas precoces en la terapéutica de casos benignos. **Caso Clínico:** Paciente de sexo femenino (45 a), remitida a la Unidad de Broncoscopía del Hospital Sao Paulo para tratamiento de disnea intensa debida a estenosis de tercio distal traqueal secundaria a intubación orotraqueal prolongada. A la fibrobroncoscopia se observa estenosis de 70% de la luz a la altura del 8vo anillo traqueal. El área estenotica se disminuye mediante secciones laterales con láser Nd-YAG lo cual permite la colocación del stent metalico autoexpandible(Wallstent-norevestido)introducido mediante dispositivo para fibrobroncoscopia (telescope). Al verificar la posición del wallstent se procede a reubicación proximal mediante tracción con pinza-forceps lo cual produce leve hemorragia que cede espontáneamente. Se constatan pequeñas excoriaciones en un área endotraqueal limitada, distal a la prótesis. Paciente va de alta a las 24 horas del procedimiento reingresando al 6to día por disnea marcada de inicio progresivo y con radiografía torácica normal(stent en sitio correcto). El examen endoscópico muestra un coágulo que ocluye casi totalmente el interior del stent. Posterior a la extracción del coágulo, la paciente permanece asintomática durante sus 6 meses de seguimiento. **Discusión:** A mas de la eventual migración del dispositivo como causa de disnea posterior a colocación de prótesis endotraqueales, deben considerarse otras causas obstructivas. En este relato de caso, aspectos concernientes a la técnica de colocación desencadenaron una infrecuente pero reversible causa de morbilidad pos-intervención.

TRATAMIENTO ENDOSCOPICO DE OBSTRUCCIÓN BRONQUIAL MALIGNA.

Elizaur S*, Benítez S, Fusillo J, Aguayo D, Mendoza C, Chaparro G, Pérez D

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM)

Introducción: La muerte por sofocación en pacientes con cáncer de pulmón es un desenlace posible en los casos de tumores vegetantes e infiltrativos que obstruyen la vía aérea. Presentamos un caso de obstrucción de vía aérea central, manejado mediante uso combinado de broncoscopio rígido y flexible.

Caso Clínico: Mujer (38a), consulta por dolor en hemitorax derecho de 12 días de evolución con tos productiva y hemoptisis, 9días de disnea progresiva hasta reposo, sin fiebre. Examen físico: FC=120xmin, FR=30xmin, PA=100/60mmHg. Palidez de piel y mucosas, hemitorax derecho abombado con vibraciones vocales y murmullo vesicular abolidos. Radiografía de tórax: opacificacion subtotal de hemitorax derecho con retracción mediastinal ipsilateral. TAC torácica: derrame pleural y atelectasia a derecha. Analítica: hematocrito 42%; hemoglobina 13,9g/dl; leucocitos 12.600/ul; neutrofilia 72%. Fibrobroncoscopia de urgencia denota tumor vegetante de superficie irregular proyectado hacia traquea distal desde un componente obstructivo total de bronquio fuente derecho, cubriendo 80% de luz traqueal no dejando ver carina. Se logra trasponer la tumoración con el endoscopio y se visualiza bronquio fuente izquierdo en donde se instala tubo orotraqueal nº6 (intubación selectiva). Dos días después se realiza broncoscopia rígida reduciéndose el polo libre del tumor traqueobronquial con pinza sacabocado y remoción mecánica con la punta del broncoscopio("debulking"), permeabilizando casi totalmente el lumen traqueobronquial. Histopatología: carcinoma escamoso de alto grado. La paciente presenta sustancial mejoría clinico-radiológica. **Discusión:** Aún en la carencia de recursos tecnológicos básicos de mucha utilidad para la salud publica (Laser, Stents, Crioterapia, etc) la utilización de la remoción mecánica y el electrocauterio ("el láser de los países en desarrollo") pueden ayudar a las medidas paliativas de algunos casos como el citado aquí.

ASPIRACIÓN TRANSBRONQUIAL CON AGUJA (TBNA) Y EVALUACIÓN CITOLÓGICA IN SITU DE GANGLIO MEDIASTINAL

Aguayo D*, Benitez S, Fusillo J, Mendoza C, Gasparini S, Pérez D.

INERAM(Asunción-Paraguay)/ Servicio Pneumología Interventista Ospedale Riuniti (Ancona-Italia)

Introducción: Pese a que la TBNA junto a la evaluación citológica in situ se han convertido en procedimientos bien establecidos para diagnóstico y estadificación del carcinoma broncogénico en muchas partes del mundo, su uso es aun limitado en nuestras regiones. Presentamos un caso ilustrativo sobre su poder diagnóstico. **Caso Clínico:** Mujer de 70 años, no fumadora y sin comorbilidades previas que consulta por cuadro febril agudo, tos seca y astenia, es tratada como neumonía extrahospitalaria debido a persistencia de opacidad en base derecha en el radiograma torácico de control es internada a un mes de iniciado el cuadro, para mejor estudio con el diagnóstico de neumonía de lenta resolución. Se solicita TAC torácica que denota opacidad de bordes irregulares en segmento posterior de lóbulo inferior derecho y formaciones nodulares precarinales en mediastino. Se decide examen fibrobroncoscópico y TBNA (*Olympus, NA-1C*) de ganglio precarinal. El extendido es inmediatamente fijado y teñido sucesivamente con etanol 95%, metanol, May-Grunwald y Giemsa (*Merck, Hemacolor*). Se observan cúmulos de células atípicas dispuestas en formaciones tubulares y acinares, lo cual sugiere el diagnóstico de adenocarcinoma. **Discusión:** Aunque la mediastinoscopia (en quirófano y anestesia general) es citada como procedimiento de referencia para la evaluación de los ganglios mediastinales, la TBNA (sala de endoscopia y anestesia local) y el estudio citológico in situ pueden ofrecer ayuda diagnóstica bajo ciertas circunstancias topográficas y de infraestructura.

ASOCIACIÓN DE TUBERCULOSIS PULMONAR Y CRIPTOCOSIS CEREBRAL EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.

Ramoa MR*, Hasin G, Colman A

Cátedra de Neumología de la Facultad de Ciencias Médicas Hospital de Clínicas, Asunción-Paraguay.

INTRODUCCIÓN. La criptocosis es una micosis sistémica producida por *Cryptococcus neoformans*, afecta más frecuentemente a individuos inmunodeprimidos, también puede presentarse en inmunocompetentes, aunque son más raros. La vía de contagio es la respiratoria. Su forma más común de presentación es la afectación del SNC. Además puede afectar a pulmón, riñón, próstata, piel, huesos e incluso médula ósea. El diagnóstico se basa en el cultivo, en la observación del hongo con tinciones como tinta china en líquido cefalorraquídeo (LCR) y en tejidos con otras tinciones. Inmunológicamente se puede realizar medición de antígeno criptocócico en diversos fluidos (LCR, sangre, aspirado bronquial, etc.), los cuales tienen sensibilidad de aproximadamente 95% y especificidad de 98%. **CASO CLÍNICO.** Se presenta el caso de un paciente de 57 años, VIH negativo, con tuberculosis pulmonar y antecedente de contacto con palomas desde hacia 3 meses. Consulta por cefalea, mareos, sensación febril y parálisis del 3° par craneal. Análisis de LCR: Lig. turbio, sobrenadante incoloro; Pandy: (-), glucosa: 0.40g/dl, Proteínas: 0.37 g/dl, leucocitos: 20/mm³ (85%MN, 15% PMN). En TAC contrastada y RMN de cráneo se observan lesiones en protuberancia, bulbo y región occipital derecha. Prueba de Látex para *Cryptococcus neoformans* positivo en suero y LCR, cultivo de LCR y tinta china negativos. Fue tratado con Anfotericina B y Fluconazol presentando mejoría clínica. Se dudó de infección criptocócica por no obtener cultivos ni exámenes directos positivos, sin embargo se inició el tratamiento teniendo en cuenta el alto porcentaje de especificidad y sensibilidad de las pruebas serológicas específicas, confirmando el diagnóstico con la obtención de una respuesta favorable al tratamiento antimicótico.

DEFECTOS CONGENITOS DEL DIAFRAGMA: PRESENTACIÓN DE CASOS

Santacruz O., Zelaya N., Rodríguez ML., Alcaraz A.

Sala de pediatría- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM)

INTRODUCCIÓN. Hernia diafragmática se presenta en 1/3000 nacidos vivos y es la penetración de vísceras abdominales en el tórax, a través de un orificio normal o anormal del diafragma. Hasta la 6° semana de la vida intrauterina, el tórax y el abdomen constituyen una sola cavidad, cumplida la 8° semana, se completa la estructura muscular del diafragma, en caso de detención del desarrollo de los brotes que intervienen en su formación, se originan soluciones de continuidad, constituyéndose así las hernias. Existen 4 tipos de hernias: 1. hiatal, 2. paraesofágica, 3. Bochdalek y 4. Morgagni, esta última representa entre el 2 y el 3% de todos los casos, siendo el lado derecho el más afectado. La hernia de Bochdalek tiene una incidencia de 1/5000

nacidos vivos, su localización es izquierda en el 75-80% y bilateral en el 3-5% de los casos. El abombamiento del diafragma hacia el tórax se conoce como eventración diafragmática, es el resultado de atrofia, agenesia o parálisis de las fibras, donde el diafragma mantiene sus inserciones parietales y no presenta soluciones de continuidad, afecta más al lado izquierdo y su incidencia es de 1 en 1000 nacidos vivos.

SERIE DE CASOS: Caso 1: Paciente masculino, de 1 año y 2 meses procedente de Choré remitido al servicio por contacto bacilar y síntomas respiratorios de tos húmeda no productiva, chillido de pecho y disnea progresiva de 48 horas de evolución, con antecedentes de cuadros similares desde los 2 meses de vida y 1 internación por bronquitis obstructiva. Parto domiciliario, aparentemente sin complicaciones. Edad gestacional 40 semanas, peso al nacer 4 k. HMG: HB 11mg, Hto 33%, Blancos 12500, Neutros 50%, Linfos 44%, VSG 49 mm PCR negativo. Rxtx diafragma sobre elevado. Ecografía informa diafragma derecho inmóvil y presencia de hígado en el tórax. Se indica cirugía, constatándose eventración diafragmática y se realiza plicatura. **Caso 2:** Paciente masculino de 48 horas de vida procedente de Asunción, remitido de otro servicio donde nace deprimido con un peso de 2850 g, edad gestacional de 35 semanas, APGAR 2/4/8 requiere intubación inmediata y se conecta a ventilación asistida. A la evaluación se constata hipo ventilación pulmonar izquierda y abdomen excavado. HMG: HB 17mg, Hto 52%, Blancos 10000, Neutros 63%, Linfos 37%. Gasometría con acidosis respiratoria. Rxtx con múltiples imágenes quísticas en el hemitórax izquierdo. Eco cardiografía informa hipertensión pulmonar severa. Una vez estabilizado, va a cirugía con el diagnóstico de hernia de Bochdalek, pero a las 48 horas post operado presenta falla orgánica múltiple y fallece.

Caso 3: Paciente femenino de 9 meses procedente de Asunción, secuelar de infección materna por toxoplasmosis, internada en 5 ocasiones por neumonías aspirativas. Ingresa al servicio con tos húmeda y disnea de 3 días de evolución. A la evaluación eutrófica, hipotónica, polipneica subcrepitantes bilaterales y retraso psicomotor. HMG: HB 10.3mg, Hto 31%, Blancos 8900, Neutros 48%, Linfos 51% VSG 58 mm PCR negativo. Rxtx muestra múltiples imágenes quísticas perihiliares bilaterales. TAC tórax hernia diafragmática anterior tipo Morgagni. Actualmente se encuentra en planes de cirugía. **DISCUSIÓN.** Las eventraciones diafragmáticas suelen ser asintomáticas o acompañarse de síntomas leves, habitualmente de manifiestan con infecciones repetidas como en el caso 1, la RxTx muestra diafragma elevado que debe hacer sospechar esta entidad mientras que el ultrasonido certifica falta de motilidad del mismo, afecta más a varones y su mortalidad es del 18%. Las hernias de Bochdalek son posteriores y presentan síntomas en el primer día de vida afecta más a varones y se manifiestan por distrés respiratorio, peristalsis en el tórax y abdomen excavado, pudiendo acompañarse de hipoplasia pulmonar y otras anomalías congénitas, su mortalidad es de 40-50% aún después de la cirugía correctora. Las hernias de Morgagni son antero mediales afectan más al sexo femenino y son mayormente asintomáticas, se diagnostican por lo general, incidentalmente en la radiografía sistemática de tórax. El tratamiento, es quirúrgico, siendo recomendable realizarla en todos los niños cuando se haya podido llegar al diagnóstico por las probables complicaciones

ENFERMEDAD PULMONAR INTERSTICIAL EN PEDIATRÍA

Santacruz O., Zelaya N., Rodríguez ML., Alcaraz A.

Sala de pediatría- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM)

INTRODUCCIÓN: Representa un grupo de enfermedades pulmonares caracterizada por inflamación de la pared alveolar, intersticio y endotelio vascular conduciendo a una desestructuración de las paredes alveolares y pérdida de las unidades funcionales alveolocapilares, de etiología identificada o no. **OBJETIVO:** Determinar el cuadro clínico presentado por los pacientes con esta afección. **MATERIAL Y METODOS:** Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo, observacional, de corte transversal y se analizaron 6 fichas de pacientes de ambos sexos, en edades comprendidas entre 1 y 15 años, ingresados en el servicio de pediatría del INERAM, desde enero de 2004 a enero de 2008. **RESULTADOS:** De los 6 pacientes 4 fueron de procedencia rural y 2 de procedencia urbana 1 fue lactante menor, 1 lactante mayor y 4 escolares. Sexo, 1 fue niña y 5 fueron varones. En cuanto a las internaciones previas: 2 presentaron 1 sola internaciones y 4 presentaron más de 2 internaciones anteriores. Estado nutricional, según la tabla de percentilos 1 presentó talla baja para la edad, 3 presentaron desnutrición leve, 1 presentó desnutrición moderada, 1 fue eutrófico. Síntomas, 1 de ellos no presentó signos físicos y los 5 restantes presentaron polipnea en reposo, tiraje intercostal, crepitantes bilaterales y 2 presentó además sibilancias deformidades óseas, 3 presentó dedos hipocráticos y 2 tórax en tonel. RX, 3 presentó patrón reticular, 2 reticulonodulillar, 1 reticulogranular. TAC: 2 informó lesiones en vidrio esmerilado, 2 fibrosis y bronquiectasias, 1 fibrosis intersticial, en 1 no se realizó. BAL: en 2 creció pseudomonas, los demás estéril, RGE en 1 de ellos, HIV (-) todos, test del sudor (-) en 5, en 1 no se realizó. En 1 solo paciente se pudo hacer biopsia pulmonar, el cual informó infiltrado inflamatorio

linfoplasmático crónico, éste paciente presentó infección nosocomial y FOM y falleció. De los demás, 2 están actualmente en tto. con corticoides y oxigenoterapia, 1 de ellos recibe sólo corticoides y 2, no volvieron para seguimiento, no habiendo aceptado la medicación. **CONCLUSIONES:** 1) El sexo masculino fue el más frecuente.; 2) La mayoría presentó algún grado de desnutrición.; 3) Solo uno de ellos, no presentó crepitantes bilaterales.; 4) La radiografía presentó patrón intersticial de diferentes grados en todos; 5) La TC fue de gran ayuda; 6) Los padres no aceptaron la biopsia pulmonar con frecuencia, razón por la que no se realizó en todos.

FORMAS GRAVES DE TUBERCULOSIS INFANTIL: PRESENTACIÓN DE CASOS

Santacruz O., Zelaya N., Alcaraz A., Rodríguez ML.

Sala de pediatría- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM)

INTRODUCCIÓN. La tuberculosis es una de las enfermedades infecciosas más importantes de la infancia. La primoinfección tuberculosa no presenta manifestaciones clínicas, radiológicas ni bacteriológicas de enfermedad, en el 90-95% de los casos, la curación se produce en forma espontánea. Las formas moderadas pueden presentar síntomas respiratorios, aunque con frecuencia los pacientes son asintomáticos y se diagnostican al realizar el estudio de contacto. La prueba tuberculínica es positiva y la radiografía de tórax patológica, la lesión parenquimatosa es pequeña y se acompaña de adenopatía hiliares o mediastinales. En las formas graves los pacientes son sintomáticos, la radiografía es patológica y la prueba tuberculínica es positiva, aunque puede ser negativa si el paciente se encuentra en estado de anergia. En pediatría la infección y la enfermedad son difíciles de diferenciar y ambas constituyen una transmisión reciente en la comunidad, convirtiendo a su portador en una fuente de casos futuros de tuberculosis. Presentamos formas graves que han ingresado a nuestro servicio entre enero a abril de 2008. **SERIE DE CASOS: Caso 1.** Niña indígena de 11 años procedente de Canendiyú, presenta fiebre, tos catarral y disnea progresiva de 3 días de evolución. No internaciones antes. Contacto de la comunidad. No cicatriz de BCG. Al ingreso. 29,5 kg. Polipneica, pálida, edematizada con signos inflamatorios en hombro derecho y cadera izquierda. Tiraje y retracción subcostal. Crepitantes en ambas bases a la auscultación. Taquicardia, no soplos ni arritmias. Hígado a 3 cm. del reborde costal. No signos meníngeos. Hb: 10, Hto: 30, Blancos: 9500, Neutros: 74%, Linfos: 15%, VSG 130mm, PCR: +++++, Frotis para BAAR negativo, punción articular negativa. Eco cardiografía hipertensión pulmonar moderada. RxTx infiltrado intersticio alveolar difuso bilateral. Rx de cadera: en lado izquierdo disminución del espacio articular, cabeza femoral deformada y presencia de osteofitos (Fig. 1). Se inició tto con HRZE categoría 1 + corticoides, presentó buena evolución pulmonar quedando con secuela articular: artrodesis. **Caso 2.** Niña indígena de 8 años procedente de Alto Paraguay, conocida portadora de tuberculosis pulmonar primaria negativa recibió tratamiento hace 4 años, por 4 meses: 2HRZ y 2HR, pero abandonó. Al ingreso tos no precisa tiempo de aparición. Niega internaciones. Tiene cicatriz de BCG. Al ingreso 17,5 kg. Pálida, hipotrófica, piel seca y con lesiones pústulosas generalizadas. Subcrepitantes difusos e hipo ventilación en base izquierda. Hb: 13,2, Hto: 40, Blancos: 13200, Neutros: 62%, Linfos: 35%, VSG 43mm, PCR: +, RxTx mediastino desplazado hacia lado izquierdo, atelectasia? (fig. 2). Se realiza broncoscopia con endobronquitis de bronquio fuente izquierdo. Frotis para BAAR negativo en BAL. Se inicia tto HRZE categoría 1 por Abandono recuperado negativo. Presenta buena evolución, sale de alta y referido a su comunidad. **Caso 3.** Niño indígena de 3 años procedente de Boquerón, ingresa con tos, fiebre, sudoración nocturna de 3 meses de evolución. 10,5 kg. No internaciones. No cicatriz de BCG. Contacto intradomiciliario. Pálido, caquéctico, deshidratado, polipneico con tiraje universal y retracción subcostal. Crepitantes bilaterales. Taquicárdico. Hepatoesplenomegalia. No signos meníngeos. Hb: 7, Hto: 21, Blancos: 10200, Neutros: 82%, Linfos: 25%, VSG 75mm, PCR: ++, RxTx patrón micronodulillar bilateral (fig. 3). LCR: normal. Frotis para BAAR en lavado gástrico (++) . Se inicia tto. HRSE categoría 1 + corticoides, presenta buena evolución, sale de alta y remitido a su comunidad. **Caso 4**

Niño indígena de 12 años procedente de Caazapá, con tos seca, dolor torácico, fiebre continua, cefalea, vómitos en proyectil y alteración de la conciencia. Niega internaciones anteriores. No tiene cicatriz de BCG. Contacto de la comunidad. Al ingreso 29 kg. Pálido, polipneico, tiraje universal, fotofobia, desconectado del medio. Glasgow 11/15. Kerning y Brusinsky +. Crepitantes bilaterales, sibilancias escasas. Hepatomegalia. Hb: 10, Hto: 30, Blancos: 7000, Neutros: 54%, Linfos: 20%, VSG 70mm, PCR: +, RxTx patrón micronodulillar bilateral (fig. 4). LCR: límpido, pandy +, glucosa no detectable, proteína: 1500mg/dl, leucocitos 330, neutros 93%. Eco cardiografía hipertensión pulmonar leve. Al mes de iniciarse tto HRZS categoría 1+ corticoides presenta neumotórax espontáneo que se drena. Presenta buena evolución sale de alta y remitido a su comunidad. **DISCUSIÓN.** El diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis en la infancia es difícil por lo que se deben considerar otros criterios. La epidemiología positiva constituye un hito importante

por la sospecha siendo la radiografía imprescindible para iniciar el tratamiento. Finalmente recordemos que la vacuna BCG protege contra las formas graves y diseminadas.

MALFORMACIONES CONGENITAS PULMONARES EN EL NIÑO

Santacruz O., Zelaya N., Alcaraz A., Rodríguez ML.

Sala de pediatría- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM)

Las malformaciones congénitas del pulmón, constituyen una de las patologías menos frecuentes en la infancia, su incidencia es tan solo de 2,2% de todas las patologías pulmonares, se presentan como cuadros de dificultad respiratoria en el recién nacido o bien con complicaciones, otras veces son un hallazgo radiológico casual en el transcurso de la vida. La severidad de los síntomas es variable y el pronóstico depende en gran medida de las anomalías asociadas. **OBJETIVO.** Determinar las características clínicas de los niños menores de 15 años con malformaciones pulmonares congénitas que consultan en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Ambientales desde enero de 1999 a abril de 2008. **MATERIAL Y MÉTODOS.** El presente trabajo es un estudio observacional, descriptivo de corte transversal y retrospectivo, para ello se registraron las historias clínicas de los pacientes menores de 15 años, de ambos sexos, diagnosticados como portadores de malformaciones congénitas, internados en el Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Ambientales (INERAM) en el período comprendido entre enero de 1999 y abril de 2008. Las variables estudiadas fueron edad, sexo, procedencia, estado nutricional, síntomas generales y respiratorios, estudios laboratoriales, radiográficos y tomográficos. Se analizaron también internaciones previas, estadía hospitalaria, complicaciones y mortalidad. **RESULTADOS.** De 4234 pacientes ingresados en el período mencionado. 14 (0,3%) fueron diagnosticados como portadores de malformación pulmonar. La distribución por grupo etario se presentó de la siguiente manera: 5/14(35,7%) pacientes fueron lactantes menores, 1/14(7,1%) pacientes fue preescolar, 5/14 (35,7%) fueron escolares y 3/14(21,4%) pacientes fueron adolescentes. Con respecto al sexo, 7/14(50%) pacientes fueron mujeres y 4/14(28,5%) fueron varones. En cuanto a la procedencia, 11/14(78,5%) niños acudieron al servicio de salud remitidos de zonas rurales. En cuanto al estado nutricional, 9/14(64,2%) pacientes fueron desnutridos, de los cuales 2/9(22,2%) fue desnutrido leve, 4/9(44,4%) fueron desnutridos moderados y 3/9(33,3%) fueron desnutridos graves, 5/14(35,7%) pacientes fueron eutróficos. En cuanto a los síntomas, presentaron fiebre 4/14(28,5%) pacientes y todos negaron otros síntomas generales. En relación a síntomas respiratorios, 9/14(64,2%) presentaron tos húmeda no productiva, 8/14(57,1%) presentaron disnea, 1/14(7,1%) presentó hemoptisis y 2/14(14,2%) dolor en hemitórax del lado de la lesión. La mayoría de los pacientes presentaron antecedentes de internaciones anteriores en 2 ó más oportunidades, tan solo 2/14(14,2%) tuvo el antecedente de una sola internación previa. En cuanto al laboratorio, 10/14(71,4%) acudieron al servicio con datos laboratoriales de leucocitosis y neutro filia y 4/14(28,5%) presentaron leucocitosis y linfocitosis. En 8/14(57,1%) se encontró eritrosedimentación acelerada, en los restantes la eritrosedimentación se encontró dentro de límites normales y 6/14(42,8%) presentaron anemia leve. En la radiografía de tórax se observó velamiento en el lugar de la lesión en 5/14(35,7%) niños, lesiones multiquísticas en 4/14(28,5%) y cavidad quística en 4/14(28,5%) y no se observó parénquima pulmonar en 1/14(7,1%). Se realizó tomografía de tórax en todos los pacientes, en 8/14(57,1%) se informó probable malformación adenomatoidea quística, en 1/14(7,1%) se informó probable agenesia ó aplasia pulmonar, en 3/14(21,4%) informó sobre la presencia de una gran cavidad tipo bullosa, en 1/14(7,1%) informó atelectasia con enfisema compensador y en 1/14(7,1%) imagen compatible con absceso pulmonar. Fueron a cirugía 11/14(78,5%) de los pacientes, 2/13(14,2%) pacientes se trasladaron a otro servicio y 1/14(7,1%) falleció. Los diagnósticos de la anatomía patológica fueron, 9/14(64,2%) malformación adenomatoidea quística, 2/14(14,2%) enfisema lobar, 1/14(7,1%) quiste bronco génico, 1/14(7,1%) hipoplasia pulmonar y 1/14(7,1%) secuestro pulmonar. **DISCUSIÓN.** La mayoría de los pacientes fueron remitidos de los otros centros como neumonías sin resolución ó de difícil manejo y portaban múltiples radiografías. Consideramos que ésta, es de gran valor para la sospecha diagnóstica, especialmente si las imágenes son repetitivas. La ayuda de la tomografía fue de inmenso valor, ya que en el 61% de los casos determinó el diagnóstico definitivo. La resonancia magnética nuclear pudo haber sido de gran ayuda, pero no se realizó en ningún paciente ya que es un estudio muy costoso y casi nunca contamos con los medios económicos suficientes.

SITUACIÓN EPIDEMIOLOGICA DE LA TUBERCULOSIS INFANTIL EN PARAGUAY

Jara JC, Zelaya N*, Martínez C.

Programa Nacional de Lucha contra la Tuberculosis (PNCT-MSPyBS)

En Paraguay, la tuberculosis (TB) sigue siendo un problema de salud pública, la mayor población afectada corresponde a adultos, no obstante en la edad pediátrica se presentan las formas más graves. La tuberculosis infantil es consecuencia de una infección reciente y el número de casos de niños enfermos o infectados constituye un indicador epidemiológico de la patología. Para el análisis epidemiológico se consideran indicadores tales como incidencia de casos y la tasa de incidencia. La incidencia es considerada muy alta cuando la tasa es mayor a 85 casos nuevos por 100.000; alta, entre 50 y 84 por 100.000; moderada, entre 25 y 49 por 100.000 y baja, menos de 25 casos nuevos por 100.000. Otros indicadores son la mortalidad y el número de casos de TB meningea. Debido a esto y por las necesidades de tener los datos de TB en menores de 15 años, el PNCT realizó este estudio observacional, retrospectivo y transversal, donde se describe el comportamiento epidemiológico de la tuberculosis infantil en un periodo de 5 años, comprendido entre el 2002 y 2006.

Se analizaron los datos consolidados del informe de casos de TB enviados mensualmente desde las Regiones Sanitarias (RS) al PNCT. Durante el periodo de estudio fueron notificados 1698 (en promedio: 340/año) de TB todas las formas, representando el 13% del total de casos notificados. La incidencia de todos los casos es de 16,4/100.000. Las tasas de incidencia más elevada se encontraron en la XV RS Pdte. Hayes, 122/100.000 y la XVI Alto Paraguay 90/100000, seguida de una incidencia alta en la XVII RS Boquerón 78/100000, incidencia moderada en la XVIII RS Asunción, 25/100000 y baja incidencia en la XII RS Ñeembucú 2,3/100000. La XI RS Central tiene la mayor incidencia de casos nuevos, no obstante su tasa de incidencia es baja e igual a 20,4/100000, y en los últimos años ha sufrido un progresivo descenso. Durante el periodo de estudio, fallecieron 57 menores de 15 años por TB, donde la media anual fue igual a 11 pacientes y la tasa de mortalidad de 0,5/100.000 habitantes y el total de fallecidos corresponde al 3,3% de todos los casos. Los casos de Tuberculosis en la edad pediátrica estaban distribuidos de la siguiente manera: TB pulmonar 88%, TB extrapulmonar 12% y TB meningea representaron el 3,3%. **CONCLUSIONES.** 1) Los Departamentos Pdte. Hayes, Alto Paraguay y Boquerón, junto con Asunción representan las regiones con mayor incidencias de TB en menores de 15 años. 2) Las formas meningeas han presentado un descenso durante el periodo de estudio. 3) El Departamento Central presenta un descenso progresivo en la incidencia de casos. 4) La mortalidad por TB en pediatría es relativamente baja.

CRIPTOCOCOSIS PULMONAR EN PACIENTES CON SIDA–DESCRIPCIÓN DE CASOS

Isidro I, Benitez G., Taboada A., Kunzle C.

Instituto de Medicina Tropical, Sala de adultos (As.-Py).

INTRODUCCION: Criptococosis es una infección sistémica causada por *Cryptococcus neoformans* (*C. neoformans*), de distribución ambiental indefinida. Crecen en las heces de palomas, tierras o astillas de maderas en descomposición. Se adquieren por inhalación, las infecciones generalmente ocurren en personas con defectos en su inmunidad celular. Afectan principalmente el SNC, aunque la primera infección es pulmonar, puede ser asintomática o sólo producir un esputo escaso y a veces estrías de sangre. La disnea y la tos indican severidad de la afección. **SERIE DE CASOS: Caso 1:** Varón de 29 años con 2 meses de fiebre, sudoración profusa, tos seca luego productiva, astenia. 3 días antes disnea progresiva, náuseas y vómitos frecuentes. Se solicita ELISA para VIH por cuadro crónico. **EF:** caquexia, palidez. Tórax con poca excursión respiratoria, relieves óseos marcados. Pulmones con MV disminuidos y crepitantes en ambas bases, Abdomen: doloroso a la palpación profunda en flanco e hipocondrio derecho, RHA (+). Resto sin datos de interés. **Laboratorio** Hb:10g/dl Urea:67mg/dl VDRL:1:8 **LCR:** T. China: *C. neoformans* sin gemación. Rx tórax: infiltrados intersticiales difusos. **Espuito:** T. China y Cultivo: *C. neoformans*. Recibió tto. con Afotericina B, con mejoría. **Caso 2:** Mujer de 28 años; con enfermedades oportunistas (toxoplasmosis cerebral, diarrea crónica). Con cuadro de tos productiva, fiebre, y pérdida de peso de 10 kg. Internada en servicio de Enfer. Respiratorias, donde por presencia de caverna en Rx tórax le realizan BAL y BPTB aislándose estructuras micóticas tipo *C. neoformans* (T. China y Cultivo). Se realizó tto con Fluconazol 600mg/día por 22 días y en nuestro servicio 14 días con mejoría clínica radiológica. Alta con medicación ambulatoria mejorada. **Caso 3:** Varón de 55 años, con 17 días de cefalea holocraneana, pulsátil, continua; fiebre no graduada; disminución de la sensibilidad del MII. Aprox. 2hs antes de su ingreso presenta diplopía y visión borrosa. **EF:** sin datos patológicos. **Laboratorio:** LCR: lig turbio, T. China: *C. neoformans* 4%

gemación. Rx tórax: infiltrados peri hiliares y bronquiales bilateral. Recibió tto. con Anfotericina B con buena respuesta. Fibrobroncoscopia: Normal. BPTB: sin cambios. Se observan estructuras micóticas tipo *C. neoformans* en parénquima alveolar. **CONCLUSIÓN.** Pese a que la adquisición de la infección es predominante respiratoria, la enfermedad pulmonar constituye una entidad poco frecuente, sigue siendo una afección predominantemente neurológica y los hallazgos pulmonares en 2 de los 3 casos fue casual.

COMPROMISO CUTÁNEO EN TUBERCULOSIS DISEMINADA

Samudio E, Aguayo D, Vera V, Palacios Z, Núñez D, Benítez S, Pérez D

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Ambientales (INERAM)

INTRODUCCIÓN: La tuberculosis cutánea es una entidad rara, se ve en 0,5-2% de los casos de tuberculosis, aunque es mayor la incidencia en áreas de alta prevalencia. Presentamos un caso diagnosticado en el INERAM. **CASO CLINICO:** Varón (30a), tabaquista, usuario de drogas endovenosas, que consulta por tos seca luego productiva con expectoración hemoptoica de 3 meses de evolución, odinofagia y varios nódulos cutáneos en dorso, codos y escroto. Sx poliadenopático. Palidez cutáneo mucosa, muguet oral y subcrepitantes bibasales. Analítica: sin leucocitosis pero desvío leve; anemia y eritrosedimentación elevada. Radiografía torácica: múltiples cavidades en ambos campos pulmonares. Seriado de esputo para BAAR: (+); ELISA y Western Blot p/ HIV(+), CD4 378/mm³; Punción de ganglio: BAAR(+); Punción de tumoración cutánea de dorso: BAAR (+). Se indica tratamiento antibacilar específico. **DISCUSION:** El compromiso cutáneo en las formas diseminadas es infrecuente en los pacientes inmunocomprometidos. Muchas enfermedades infecciosas oportunistas comprometen la piel en el paciente con HIV. Debemos considerar a la tuberculosis como un diagnóstico diferencial en algunos casos.

INFECCIÓN POR *LEGIONELLA PNEUMOPHILA* EN UNA POBLACIÓN CON BAJA DISPONIBILIDAD DE AGUA TRATADA

Cabello MA, Cabral M.B de, Páez M, Samudio M, Jiménez R.

Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud – UNA

La infección por *Legionella* esta muy extendida en todo el mundo. Varios estudios indican que entre 5 y 12% de las neumonías extrahospitalarias están causadas por esta bacteria. En nuestro país son escasos los datos sobre esta enfermedad. **OBJETIVO:** conocer la frecuencia de inmunidad específica frente a este germen en la población de Carmen del Paraná, Itapúa. **METODOLOGIA:** Se incluyeron en el estudio a 349 adultos y niños de ambos sexos. Los jefes de familia dieron el consentimiento por escrito para la toma de muestra de sangre de su familia. Datos de la población se obtuvieron a partir de una encuesta y los datos secundarios fueron proveídos por el centro de Salud. La determinación de anticuerpos fue llevada a cabo por el método ELISA (*Legionella Pneumophila* serogroup 1 ELISA IgG, Vircell-España). **RESULTADOS:** La frecuencia global de *Legionella* fue de 4% (IC 95%:2,4-6,6) siendo el grupo de 16-25 años de edad el de mayor frecuencia (6%) y 2% en el grupo de menores de 15 años. El 73.8% refiere que consume agua de pozo, el 24% tiene servicio higiénico conectado a cloaca y el 12% no tiene ningún sistema de excreta. Los datos obtenidos del centro de salud muestran que la primera causa de morbilidad son las infecciones respiratorias agudas (IRA). **CONCLUSIONES:** Llama la atención la presencia de *Legionella* en la población menor de 5 años debido a la rareza de esta infección en esta franja etaria. La población estudiada vive en viviendas precarias carentes de servicios básicos Estos datos ponen en evidencia la necesidad de pensar en la *legionella* como agente etiológico de IRA en nuestro país y la baja disponibilidad de agua tratada como factor de riesgo asociado a esta bacteria. **Este trabajo fue posible gracias al apoyo de la Entidad Binacional Yacyreta.**

ENFERMEDAD DE CASTLEMAN: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dávalos A, Gonzalez L, Adle E, Lee C.

Servicio Neumología y Alergia-Hospital Central-IPS

INTRODUCCIÓN: La enfermedad de Castleman, también conocida como hipertrofia gigante de ganglio linfático, es un trastorno linfoproliferativo raro. Existen dos variedades clínicas: la forma unicéntrica y la forma multicéntrica. **CASO CLÍNICO.** Varón de 44 años, asmático tratado con salbutamol, no tabaquista. Consulta por historia de 15 días de traumatismo torácico cerrado en accidente automovilístico. Desde entonces, empeoramiento de disnea crónica relacionada a esfuerzos moderados. En radiografía de tórax nódulo pulmonar solitario, región parahiliar izquierda. En angiotomografía helicoidal de tórax, campo pulmonar medio, posterior, izquierdo, masa hiperdensa de 5,4x3.5 cm, densidad de partes blandas, bordes regulares, sin relación con arteria pulmonar izquierda y no registrándose captación de medio de contraste. Se procede a Fibrobroncoscopia hallándose mucosa hiperémica y sangrante en lóbulo inferior izquierdo, donde se realiza cepillado bronquial y lavado broncoalveolar cuyos estudios citológicos no son concluyentes. En biopsia pulmonar a cielo abierto se constata presencia de masa sólida elástica en tercio superior de lóbulo inferior izquierdo, procediéndose a resección completa. Anatomía patológica: ganglio linfático agrandado con proliferación vascular e hialinización en los centros germinales, compatible con enfermedad de Castleman variedad hialino-vascular. El paciente es dado de alta tras mostrar buena evolución post-operatoria. **DISCUSIÓN.** La enfermedad de Castleman es una patología rara. Las formas localizadas son las más comunes, generalmente asintomáticas, con una respuesta excelente a la resección quirúrgica, no precisando tratamiento coadyuvante en la mayoría de los casos. No así los multicéntricos, con un pronóstico menos favorable y que a menudo requieren una combinación de terapias.

LINFANGIOLEIOMIOMATOSIS Y ENFERMEDAD DE BOURNEVILLE: RELATO DE CASO

Leguizamón C, Miranda A, Rolón R, Gaona A, Torres E, Hasin G, Pérez D.

Departamento Medicina Interna Hospital Nacional

INTRODUCCIÓN: El hallazgo de la linfangioleiomiomatosis y de la enfermedad de Bourneville (esclerosis tuberosa) como asociación constituye un evento poco frecuente en la práctica clínica pero que se menciona crecientemente en la literatura médica. El primer reporte de la asociación fue dado en 1918 por Lutembacher y actualmente existe un interesante caudal de reportes referentes. Describimos un caso internado en nuestro hospital. **RELATO DE CASO:** Paciente (25a), sexo femenino, de procedencia rural internada en el Departamento de Medicina Interna del Hospital Nacional (MSPyBS) por cuadro de quilotórax y quíloperitoneo, con antecedente de neumotórax en internaciones previas, presentando manifestaciones cutáneo-neurológicas clásicas (tríada de Vogt: antecedentes de convulsiones, retardo mental y angioliomas faciales) además de compromiso de otros órganos. El diagnóstico se estableció mediante Tomografía computarizada de cortes finos del tórax que denotó múltiples quistes en el parénquima pulmonar.

DISCUSIÓN: Algunas referencias citan que la LAM podría darse hasta en 34% de los casos de esclerosis tuberosa dados los avances en estudios imagenológicos actuales. Debemos buscar alteraciones quísticas pulmonares en pacientes con esclerosis tuberosa. La exuberancia de las manifestaciones clínicas del caso descrito aquí es raramente descrita en la literatura mundial.

AFECCIÓN PULMONAR COMO MANIFESTACIÓN INICIAL DE ARTRITIS REUMATOIDEA

Gaona A, Rolon R, Leguizamón C, Pérez D.

Departamento Medicina Interna Hospital Nacional

INTRODUCCIÓN. La artritis reumatoidea (AR) pertenece al grupo de las enfermedades del colágeno y es frecuente en la práctica clínica. La presentación del compromiso pulmonar previa a las manifestaciones floridas de dicha enfermedad es un evento raro pero que se debe tener en cuenta. Presentamos un caso clínico muy ilustrativo visto en este servicio. **RELATO DE CASO.** Mujer de 62 años, de procedencia rural, no tabaquista, hipertensa tratada con enalapril 20mg/día que consulta por cuadro de disnea progresiva de 1 año de evolución hasta moderados esfuerzos sin otros síntomas. Se auscultan crepitantes meso y teleinspiratorios en ambas bases pulmonares. Rx tórax(PA): infiltrado intersticial bibasal. Gasometría: PaO₂ 62mmHg aire ambiente y Espirometría con CVF 66% del previsto (Morris). Ecocardiografía: Hipertensión pulmonar leve y disfunción diastólica. TAC tórax: panalización periférica bilateral (honeycombing) compatible con patrón de neumonía intersticial usual 8UIP). Durante el seguimiento se piden marcadores serológicos para tipificar neumopatía presentando al año de seguimiento artralgiás mas rigidez matutina de articulaciones metacarpofalángicas además de franca positividad en los niveles de factor reumatoideo quedando tipificada como una alveolitis fibrosante eventual como presentación inicial de la AR. **DISCUSIÓN:** en una serie pequeña de casos se describe este fenómeno en 1,66 de los casos. En el algoritmo diagnóstico de la UIP debe considerarse esta probabilidad.

SÍNDROME DEL PULMON ENCOGIDO (SHRINKING LUNG)

Rolon R, Leguizamon, Gaona A, Pérez D

Departamento Medicina Interna Hospital Nacional

INTRODUCCIÓN: Las manifestaciones pleuropulmonares en los pacientes con Lupus Eritematoso Sistémico (LES) son frecuentes, documentándose asiduamente las pleuritis (cono sin derrame pleural). El síndrome de pulmón encogido o “shrinking lung” es un evento raramente visto en la practica clínica, de hecho se describen menos de 1000 casos en el mundo. Presentamos un interesante caso visto en nuestro servicio. **CASO CLINICO.** Mujer (35a), AHD, procedencia rural, portadora de LES desde hace 1 mes, tratada con prednisona 100mg/día. Consulta por disnea a moderados esfuerzos de 20 días de evolución, acompañado de chillido de pecho y tos húmeda productiva con expectoración blanquecina en moderada cantidad. Niega fiebre, dolor pleurítico y vómitos. Al examen físico: FR=28xmin; FC:126xmin; Tura 38°C; murmullo vesicular audible, crepitantes bilaterales y sibilancias; auscultación cardiaca: ritmo de galope; extremidades con edema bilateral y simétrico. ANA: (+) 1:2560 y patrón homogéneo, AntiDNA (+) 1:10. Gasometría arterial: PaCO₂ 24mmHg. Radiografía torácica: notable disminución de los campos pulmonares. Fluoroscopia: parálisis del hemidiafragma derecho e hipomotilidad del izquierdo . Ecocardiografía: normal. TAC tórax: derrame pleural bilateral y disminución de volúmenes pulmonares sin otras opacidades parenquimatosas. **CONCLUSIÓN:** Aún cuando el shrinking lung es una entidad poco frecuente, se debe sospechar su presencia en pacientes lúpicos con disnea inexplicada por otras causas.

CANCER DE PULMON EN POBLACIONES SELECCIONADAS

Fernández J, Valenzuela P, Ortiz J, Soley Z, Pérez D.

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM)

INTRODUCCIÓN. El considerar al tabaquismo y la edad como variables fundamentales para la hipótesis diagnóstica del carcinoma broncogénico es un aspecto importante, sin embargo, sabemos que en poblaciones especiales acomete con las mismas características de agresividad. Presentamos una casuística de cáncer de pulmón en no fumadores y en individuos menores de 50 años. **MATERIAL Y METODOS:** Mediante la revisión de fichas clínicas de un grupo seleccionado de pacientes con cáncer de pulmón (enero2005-diciembre2007), identificamos 27 casos en no fumadores y 17 casos en individuos menores d 50 años de edad. Describimos las características resaltantes de estas poblaciones. **RESULTADOS:** En ambas poblaciones encontramos que la queja principal fue la disnea, el tipo histológico predominante en los no fumadores fue el adenocarcinoma (40%) y en menores de 50 años fue el epidermoide (35,3%). En este ultimo grupo, 76% de los individuos era tabaquista. **DISCUSIÓN:** Dada la paupérrima cantidad de trabajos sobre cáncer de pulmón en nuestro país se interesante estudiar subgrupos de modo a verificar si el perfil epidemiológico es o no diferenciado en nuestro medio.

CARCINOMA SARCOMATOIDE DEL PULMON: REPORTE DE UN RARO TUMOR

Valenzuela P, Fernández J, Ortiz J, Coronel F, Cubilla A, Pérez D

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y del Ambiente (INERAM)

INTRODUCCIÓN: Los carcinomas sarcomatoides son muy raros representando 0,1 a 1% de las neoplasias epiteliales del pulmón. Este estudio fue realizado con el objetivo de dar a conocer las características clínicas y patológicas de una neoplasia inusual. **MÉTODOS:** Se revisaron datos clínicos patológicos y terapéuticos de un paciente diagnosticado en el INERAM en el año 2006. **RESULTADOS.** Se trata de un varón de 54 años de edad, fumador de 30 paquetes/año que se presentó al servicio con dolor torácico izquierdo. La enfermedad demostró 6 meses de evolución. El examen físico reveló matidez en el campo pulmonar medio izquierdo. La radiografía torácica reveló una opacidad en el campo superior y medio izquierdo. La tomografía axial computarizada mostró una masa sólida en el hemitórax izquierdo que mide 14x13x8cm en su eje craneo-caudal, ap y transverso. La broncoscopia no demostró datos llamativos. Se realizó una toracotomía mínima y se tomó una biopsia de 3 cm de pulmón, incluyendo superficie pleural. El estudio anatomopatológico reveló un tumor maligno extensamente necrótico con las características de un carcinoma sarcomatoide. El paciente fue trasladado al Instituto del Cáncer (MSPyBS) donde se realiza quimioterapia y lobectomía. **CONCLUSIONES:** Se reporta un tumor raro del pulmón diagnosticándose carcinoma sarcomatoide realizándose quimioterapia inicialmente y lobectomía.

RESECCION Y RECONSTRUCCIÓN DE LA PARED TORACICA CON PROTESIS RIGIDA

Lee C, Arce C, Filartiga A.

Primera Cátedra Clínica Quirúrgica-Sala X-Hospital Clínicas

La resección de la pared torácica está asociada a una morbilidad significativa debido al fallo respiratorio que produce. **OBJETIVO:** El uso selectivo de la prótesis rígida para la reconstrucción de la pared torácica disminuye las complicaciones respiratorias. **MÉTODO:** Estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes sometidos a resección de la pared torácica en el servicio de cirugía de la Sala X, Hospital de Clínicas. **RESULTADOS:** Desde febrero 2007 a marzo 2008, cinco pacientes fueron intervenidos para resección de la pared torácica por tumor, el tamaño promedio del defecto fue de 100cm². En 4 casos localizado en pared anterior incluyendo esternón, cartílago y costilla, en 1 caso en pared lateral y posterior, en promedio resección de 4 costillas. No se realizó resección pulmonar. La reconstrucción con prótesis rígida de malla de Marlex compuesta con metilmetacrilato. Inicialmente en 1 paciente se utilizó prótesis no rígida, presentando insuficiencia respiratoria, apoyo ventilatorio mecánico, se reinterviene para sustituir a prótesis rígida siendo extubado al día siguiente. No hubo mortalidad. **CONCLUSIÓN:** El uso de la prótesis rígida para la reconstrucción de la pared torácica permite la resección amplia de segmentos de la pared torácica, disminuyendo significativamente el fallo respiratorio, al evitar probablemente un segmento inestable.

ASPERGILOMA PULMONAR EN PACIENTE CON SIDA: PRESENTACIÓN DE CASO CLINICO

Arredondo R, Alarcón C, Samaniego S, Benítez G, Taboada A.

Instituto de Medicina Tropical, Sala de Adultos Inmunodeprimidos

INTRODUCCIÓN: El *Aspergillus* es un hongo que produce manifestaciones en pacientes sanos o inmunodeprimidos, siendo la especie más frecuente el *fumigatus* (90%). La incidencia de aspergilosis en pacientes con VIH es baja, menos de 1% y frecuentemente es invasiva, sobre todo con cifras de $CD4 < 50$, con alta mortalidad. Se presenta además en neutropenia, corticoterapia o quimioterapia. Coloniza cavidades, quistes pulmonares preexistentes de tuberculosis, sarcoidosis, neumocistosis. El riesgo que se desarrolle un aspergiloma en una cavidad tuberculosa es de 15.25%. **RELATO DE CASO.** Paciente de 33 años, masculino, procedente del departamento central, vendedor ambulante, conocido portador de VIH un mes antes de su ingreso, sin antirretroviral (TARGA) ni conteo de CD4 y CV. Tuberculosis pulmonar en el 2002 con tratamiento completo en forma regular, categoría 1 con recaída año 2005 y año 2007 con tratamiento irregular. En febrero 2008 frotis y cultivo para BAAR negativos. Ingresó con 3 meses de evolución de vómitos, diarrea crónica y pérdida de peso de 20 kg., 2 meses de evolución de tos y expectoración amarillenta con dificultad respiratoria progresiva. Niega fiebre. Al ingreso PA 60/40 mmHg, FC 72 x/min, FR 22 x/min, T^{ax} 36°C, palidez de piel y mucosas, deshidratado al 15%, caquético, placas blanquecinas en paladar duro, resto normal. Laboratorio GB: 6600, N86%, L 8%, E 6% Hgb 9,7, Hto 31,7, Urea 76 Cr 0,8, Na 129, K 2,5; VDRL 1:1, reticulocitos 2%, PCR 48, FMF con 18-20 Lc/c. Espusos seriados p/ BAAR negativos. Placa de tórax fibrosis en vértices, infiltrado intersticial difuso bilateral. Se inició tratamiento con ciprofloxacina 400mg/día por 5 días para cobertura intestinal, profilaxis para pneumocistis y toxoplasmosis con TMP/SMX y azitromicina, TARGA con AZT/3TC/NVP. CD4 22 y CV 21044. TAC torax: múltiples bullas, las de mayor tamaño en ambos vértices con masa vegetante en su interior. Fibrobroncoscopia con BAL cultivo positivo para *Aspergillus fumigatus* iniciándose anfotericina B a 1mg/kg/día. El paciente no completó tratamiento por abandono. **COMENTARIO:** Se describe el caso por la rareza de presentación y a pesar de su grave compromiso inmunodeficiente celular no haber presentado la forma invasiva.

PLECTICATURA DIAFRAGMÁTICA UNILATERAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Dávalos A, González L, Adle E, Lee C.

Servicio de Neumología y Alergia- Hospital Central de IPS

INTRODUCCIÓN: La plecticatura diafragmática ha demostrado el alivio de los síntomas de forma mantenida en casos de parálisis diafragmática unilateral. **CASO CLINICO:** Paciente de 66 años, mujer, hipertensa y cardiopata, tratada con enalapril 40mg/día. Histerectomía por PAP gdo III-IV. Masca tabaco expuesta a humo de leña. Cuadro de 5 meses de disnea relacionada a esfuerzos, inicio insidioso, progresiva. Semiología de derrame en base de hemitórax derecho; soplo sistólico en foco mitral II/IV. Ecocardiograma: FE 75%, presión sistólica pulmonar 43 mmHg, insuficiencia mitral y tricúspide leves, disfunción diastólica. En radiografía torácica: hemidiafragma derecho sobre elevado. Radioscopia: ausencia de motilidad diafragmática derecha. Pulsioximetría: 95% en reposo; 91% en decúbito dorsal. Test de marcha de 6 minutos: desaturación de oxígeno a 89% a los 2 minutos. Espirometría FEV1/FVC 74, FEV1 68%, FVC 75%. Se decide realizar plecticatura diafragmática. En toracotomía se encontró parálisis-relajación del hemidiafragma derecho; se procedió a plecticatura. El postoperatorio fue normal con mejoría importante de la disnea. Control radiológico con descenso importante de hemidiafragma derecho. Pulsioximetría en reposo 97%; en decúbito 97%. No se constató desaturación en prueba de marcha. Espirometría FEV1/FVC 65, FEV1 52, FVC 66%. **DISCUSIÓN.** La plecticatura diafragmática unilateral es sencilla, eficaz y duradera, produciendo mejoría clínica y funcional en la mayoría de los casos. En nuestra paciente, si bien hubo percepción de la mejoría importante por parte de la misma, ni hubo cambios significativos en la espirometría; si los hubo en las pruebas de oximetría de pulso y de la marcha, y en la placa de torax, con descenso de hemidiafragma afecto.

PRESENTACION RADIOLOGICA ATÍPICA DE LA TUBERCULOSIS MILIAR

González L, Dávalos A, Adle E

Servicio de Neumología y Alergia- Hospital Central del IPS

INTRODUCCION: La tuberculosis miliar en su forma radiológica clásica se presenta con imágenes micronodulillares (gránulos menores a 0.5mm), las manifestaciones radiológicas son variables e inespecíficas no existiendo ningún signo exclusivo de la enfermedad, si no patognomónicos si al menos muy sugestivos.

CASO CLINICO: mujer de 36 años de edad, sin patología de base, no tabaquista, vendedora de juguetes, con antecedentes de contacto bacilar familiar, consulta por cuadro de 1 año de evolución de tos persistente, seca que 2 meses antes de la consulta se exacerba y le impide conciliar el sueño e incluso pronunciar palabras, sin síntomas constitucionales en buen estado general. Hemograma: leve anemia sin leucocitosis ni neutrofilia, eritrosedimentacion muy elevada. La radiografía torácica muestra imágenes nodulares bilaterales de 0,5 a 1 cm de diámetro distribuidas de vértice a base. Espujo seriado en 2 ocasiones negativas para BAAR, TAC de tórax se evidencia nódulos bilaterales de distintos tamaños uno de ellos periféricos de 3 cm de diámetro aprox. Por lo que se decide su puncion aspirativa con aguja fina cuyo resultado dio negativo Se ejecuta fibrobroncoscopia mas lavado broncoalveolar obteniéndose resultado positivo para mycobacterium tuberculosis. Posteriormente inicia tratamiento antibacilar y ulterior a un mes del mismo realiza radiografía de tórax de control con mejoría espectacular de las imágenes mas examen directo de espujo que dio negativo para BAAR. **DISCUSIÓN:** La tuberculosis es conocida como la gran simuladora y con ello quiere decirse que puede presentarse tanto con una clínica como con una radiología sugestivas de otras enfermedades. Por lo que debemos estar alerta frente a las presentaciones radiológicas menos clásicas como patrones reticulares nodulares o a granulias de granos gruesos que generalmente corresponden a etapas mas avanzadas de la enfermedad.

TERATOCARCINOMA DEL MEDIASTINO: A PROPÓSITO DE UN CASO

González L, Dávalos A, Adle E, Mura R.

Servicio de Neumología y Alergia-Hospital Central de IPS

INTRODUCCIÓN. El teratocarcinoma es un tumor germinal combinado pues su composición estructural aparecen elementos de teratoma y carcinoma embriogénico. Se considera poco frecuente. El mediastino es el sitio anatómico mas frecuente de los tumores de células germinales extragonadales, en el asientan el 90% de los mismos. A pesar de su similitud histológica con los tumores de localización gonadal, los tumores de células germinales del mediastino han sido reconocidos como un grupo individual de tumores aunque siempre debe descartarse la posibilidad que de trate de muna metástasis de una lesión primaria ovárica o testicular.

CASO CLINICO: Paciente de sexo masculino de 27 años de edad que consulta por cuadro de tos pertinaz con expectoración amarillenta, sensación febril graduada de 38°C. Queda internado con el diagnóstico de neumonía adquirida en la comunidad. Al examen físico presenta semiológica de condensación pulmonar. El la radiografía torácica se visualiza masa mediastinal inhomogénea por claridades y calcificaciones, otra imagen de opacidad inhomogénea por broncograma aéreo en su interior. Recibió tratamiento antibiótico y una vez superado el cuadro infeccioso efectuamos una radiografía de control donde persiste imagen de masa. Tomografía axial computarizada contrastada indica masa mediastinal prevascular y paramediastinal derecha con áreas de baaja densidades confluentes, calcificaciones, y realce heterogéneo, envolviendo el hilio derecho. Punción aspirativa informa acúmulos de células atípicas redondas pobremente diferenciadas. Fibrobroncoscopia informa compresión extrínseca de tercio inferior de traquea y en tronco intermedio derecho dos ulceraciones de mucosas. Se toma muestra para biopsia con lo cual se obtiene el resultado de teratocarcinoma embrionario inmaduro. **DISCUSIÓN:** El teratocarcinoma de mediastino es un tumor poco frecuente generalmente de hallazgo casual con mala respuesta al tratamiento conservador y de mal pronostico.

CONDROSARCOMA MESENQUIMAL TORACICO

González S, Marín P, Morinigo C, Guggiari R, Rojas T, Codos O, Pérez D

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Ambientales (INERAM)

INTRODUCCIÓN. En el contexto diagnóstico de los sarcomas de la pared torácica, el condrosarcoma es una patología infrecuente. Presentamos a continuación un caso extremadamente ilustrativo desde el punto de vista imagenológico. **CASO CLINICO.** Mujer (36a) consulta por cuadro de mes de evolución de tos seca, disnea, sensación febril, edema de miembros inferiores, dolor torácico posterior derecho compresivo. Cuadro similar hace 20 meses con colocación de tubo por una semana drenando 2000 cc de líquido serosanguinolento. Examen físico: FR: 28xmin. Edema leve bipalpebral, venas dilatadas en cuello, abdomen doloroso en hipocondrio derecho y epigastrio, dilatación venosa esternal y murmullo vesicular abolido en hemitorax derecho. Laboratorio: leucocitosis con desvío, eritrosedimentacion elevada, anemia moderada y elevación de fosfatasa alcalina. Cito químico del líquido pleural hemorrágico: ph 7,44, proteínas totales 3.2mg% colesterol 58mg%. Biopsia pleural: infiltrado inespecifico. TAC simple de tórax: gran masa que ocupa casi todo el hemitórax derecho con extensa área de calcificación. Ecografía abdominal: parénquima hepático heterogéneo con múltiples nódulos sugerentes de metástasis. Fibrobroncoscopia: traquea estrechada en toda su extensión por compresión extrínseca. TAC tórax multislice con contraste: gran masa derecha, calcificaciones dispersas, irregularidad de las paredes. Tratamiento paliativo: radioterapia. Biopsia a cielo abierto: reducción del 40% del tumor. Durante cirugía parada cardiorrespiratoria, es reanimada y trasladada en UCIA donde fallece tres días después. Anatomía patológica de la pieza de biopsia: condrosarcoma mesenquimal. **DISCUSIÓN:** Los sarcomas torácicos primarios son raros. El diagnóstico del condrosarcoma se establece una vez que hayan sido excluidas malignidades pulmonares primarias y enfermedades metastásicas.

EMPIEMA POR NECESIDAD????? PIENSE EN NOCARDIA!!!!

Araujo R, Franco R, Olmedo C, Fernández J, Cano E, Pérez D.

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias y Ambientales (INERAM)

INTRODUCCIÓN: La nocardiosis pulmonar es una enfermedad poco frecuente que afecta especialmente a individuos con neoplasias, afectados de inmunosupresion, transplantados o con una enfermedad pulmonar crónica. **CASO CLINICO.** Mujer (52a) sin comorbilidades, consulta por dolor en hemitorax izquierdo y expectoración sanguinolenta además de tumoración de aproximadamente de 3 cm de diámetro con signos de inflamación en región inframamaria izquierda de 3 meses de evolución, la cual drena líquido purulento en escasa cantidad. En los dos meses previos tos y catarro fétido, que posteriormente se vuelve hemoptoico. También fiebre y dificultad respiratoria, exacerbándose además el dolor. Examen físico: palidez cutáneo-mucosa, presencia de múltiples lesiones cutáneas con supuración continua en región inframamaria izquierda. Vibraciones vocales disminuidas en base de dicho hemitorax. Analítica: anemia, sin leucocitosis pero con desvío, eritrosedimentacionelevada. Rx tórax: velamiento den base de hemitorax izquierdo, TAC simple de tórax: derrame pleural izquierdo, delante del borde anterior del lóbulo izquierdo hepático y borde anterior esplénico imagen de colección que produce engrosamiento y abombamiento de los musculos de la pared abdominal anterior izquierda. Dos cavidades, que miden cerca de 1cm en segmento medial del lóbulo medio derecho posterior. Cultivo de esputo: Nocardia sp. Frotis de absceso: bacilos nocardiformes. Cultivo bacilos con bordes espiculados compatibles con Nocardia. ELISA test VIH(-). Tratamiento con betalactamicos y cotrimoxazol. **DISCUSIÓN:** La nocardiosis afecta principalmente a inmunodeprimidos, siendo los órganos diana mas comunes los pulmones.El principal diagnóstico diferencial es la tuberculosis y la asociación de TMP-SMX es la terapia de elección.

ESPIROMETRIA EN UNA MUESTRA DE LA POBLACION PARAGUAY DE ETNIA MAKÁ

(Premio al Mejor Poster)

Gomez R, Fusillo J, Aguayo D, Pérez D. INERAM

Resumen:

Se realizaron maniobras de expiración forzada para medir CVF, y VEF1 en una muestra de individuos de sexo masculino de etnia maka y comparados a un grupo control se plottaron a ecuaciones de referencia de Perez Padilla, Hankinson, Knudson, Quanjer y Pereira, notándose una significativa diferencia entre los parámetros previstos y los obtenidos. Los nativos demuestran una capacidad vital forzada notoriamente superior a parámetros previstos.