
INFECTOLOGÍA

0007 Programa de optimización de uso de antibióticos y apego a una guía antimicrobiana en un hospital de enseñanza

Serna Griselda, Galarza Dionicio Ángel

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, Monterrey, NL

Introducción: la resistencia antimicrobiana se encuentra en incremento y amenaza la seguridad y el cuidado de los pacientes, por lo que surgen los programas de optimización de antibióticos. Material y Métodos Se evaluó a 251 pacientes internados en Medicina Interna del Hospital Universitario, en el periodo de abril a noviembre de 2015. Se analizó el caso clínico, comparando la prescripción inicial de antibióticos del médico tratante con las recomendaciones de la guía antimicrobiana local, evaluando el apego a esta. **Resultados:** el apego global en los 251 pacientes fue de 78.08%. La patología infecciosa más frecuentes es infección de vías urinarias complicada (20.71%). El mejor apego a la guía fue en la peritonitis asociada a catéter de diálisis peritoneal (92.8%) y fiebre y neutropenia (92.8%), y el peor en infección asociada a catéter de hemodiálisis (35.1%). Discusión y análisis Se ha observado en la literatura que hasta el 50% de la prescripción de antibióticos puede ser inadecuada, encontramos que en nuestro hospital hasta el 78% de la prescripción inicial es adecuada

y acorde a las guías locales. **Conclusiones:** es primordial en un hospital de enseñanza fomentar el aprendizaje y el apego a las guías antimicrobianas, con el fin de mejorar la calidad de la atención del paciente.

Palabras clave: antibiótico.

0008 Neumonía asociada a ventilación mecánica por *Acinetobacter baumannii* MDR en una unidad de terapia intensiva de tercer nivel

Rojo Armando¹, Rivera César²

¹ Hospital Ángeles Lomas; ² Hospital General de México

Introducción: *Acinetobacter baumannii* ha emergido como un patógeno nosocomial significativo en pacientes hospitalizados en todo el mundo. Se ha implicado en una variedad de infecciones, pero su papel predominante es como agente causal de neumonía, particularmente en pacientes en unidades de cuidados intensivos (UCI). La neumonía asociada a ventilación mecánica (NAV) producida por *Acinetobacter* spp. tiene una mortalidad atribuible elevada. Los mecanismos de resistencia de *A. baumannii* a los antimicrobianos, adquiridos principalmente por su capacidad para intercambiar material genético, son múltiples e incluyen la presencia de diferentes betalactamasas, cefalosporinasas, enzimas inactivantes de aminoglucósidos, cambios en las porinas de la membrana externa, mutaciones en los genes *gyrA* y *parC*, y alteraciones de las PBP1

y 2. Existen varias definiciones en la literatura para categorizar los patrones de resistencia de *A. baumannii*. MDR se definió como adquisición de no susceptibilidad a por lo menos un agente en tres o más categorías antimicrobianas. El objetivo es conocer la epidemiología de la NAV por *Acinetobacter baumannii* multidrogorresistente (AbMDR), así como los patrones de sensibilidad y resistencia antimicrobiana. **Material y métodos:** estudio observacional, descriptivo, transversal, retrospectivo de los pacientes con NAV por AbMDR en Terapia Intensiva de Neumología del Hospital General de México. **Resultados:** se encontraron 42 casos de NAV por AbMDR, correspondiendo a 1,584 días-ventilador, con una tasa de 26.5 episodios/1,000 días-ventilador. Ocurrieron 27 defunciones (64.3%), relacionadas con la adquisición de NAV por AbMDR. Todos los pacientes recibieron previamente algún antimicrobiano de amplio espectro (media 7 días) y requirieron intubación orotraqueal y ventilación mecánica invasiva durante su estancia en la terapia intensiva (media 12.33 días $\pm$ 6). Las susceptibilidades antimicrobianas fueron principalmente para carbapenémicos con MIC < 4 µg/mL y para β -lactámico con inhibidor de β -lactamasa con MIC < 8/4 µg/mL. **Conclusiones:** se encontró alta tasa de incidencia de NAV por AbMDR. El principal factor de riesgo para NAV fue el requerimiento y tiempo de ven-

tilación mecánica invasiva. La mortalidad fue favorecida por la infección por AbMDR como variable independiente y el factor pronóstico clave fue la terapia empírica inicial empleada

Palabras clave: *Acinetobacter baumannii* MDR, neumonía asociada a ventilación mecánica, multidrogoresistencia, terapia intensiva, neumonía nosocomial, *Cocobacilo* no fermentador.

0009 Complicaciones neurológicas posterior a la suspensión del esteroide en dos pacientes con meningitis por neumococo

Rojo Armando, Videgaray Fernando

Hospital Ángeles Lomas

Introducción: la meningitis por neumococo es potencialmente letal y puede dejar secuelas. El tratamiento debe ser inmediato con antibióticos y se puede utilizar cortisona para prevenir secuelas. Se recomienda administrar dexametasona durante 4 días. Presentamos dos casos de meningitis por neumococo que tuvieron una evolución favorable con el tratamiento, sin embargo, presentaron complicaciones después de suspender la dexametasona. **Casos clínicos:** Caso 1: Paciente masculino de 35 años con linfoma linfoblástico en remisión. Ingresó por fiebre, confusión y signos meníngeos, en el líquido cefalorraquídeo se aisló neumococo. Se trató con antibióticos y dexametasona, presentó mejoría y al cuarto día se suspendió la dexametasona.

Cuatro días después presentó agitación, fiebre persistente y paresia periférica del nervio facial. Se inició 1mg/Kg de prednisona con lo que remitió la fiebre y la paresia. Caso 2: Paciente femenina de 61 años previamente sana. Ingresó por fiebre, confusión y signos meníngeos, en el líquido cefalorraquídeo se aisló neumococo. Se trató con antibióticos y dexametasona. Tuvo mejoría, sin embargo, al suspender el esteroide presentó fiebre persistente, incremento de la rigidez meníngea y deterioro del estado neurológico. Unos días después se documentó una vasculitis del sistema nervioso central y se trató con metilprednisolona, con lo que remitió la fiebre y tuvo mejoría neurológica. **Conclusiones:** los dos casos de meningitis por neumococo desarrollaron complicaciones neurológicas severas al término del tratamiento con esteroide intravenoso. En los dos casos hay evidencia de mejoría clínica posterior al reinicio del esteroide. Lo anterior sugiere que pueden presentarse complicaciones atribuidas a la suspensión del esteroide intravenoso a pesar de completar el tratamiento establecido por cuatro días. De acuerdo a los casos presentados, se podría sugerir la reducción gradual de la dosis de esteroide en forma progresiva, posterior al tratamiento inicial de cuatro días con dexametasona, como tratamiento estándar de meningitis por neumococo. Los pacientes no tuvieron complicaciones sépticas, a pesar del uso prolongado de esteroide.

Palabras clave: meningitis por neumococo, neumococo y esteroide, meningitis y esteroide, dexametasona, neuroinfección, neumococo invasivo.

0016 Esplenitis granulomatosa como parte de cuadro de fiebre de origen desconocido. Reporte de un caso clínico

Aguilar Sandra Haide², Hernández Jaime Enrique², Lara Alejandra¹, Colli Mariana Bernice²

¹ IMSS HGZ núm. 48. Cd. de México; ² Hospital General de México

Objetivo: mostrar la presentación extrapulmonar de tuberculosis (TB) en fiebre origen desconocido y el reto diagnóstico para el internista. **Introducción:** la esplenitis tuberculosa es muy rara, generalmente asociada a TB diseminada, no hay síntomas ni hallazgos radiográficos característicos. **Presentación del caso:** masculino 39 años, sin antecedentes. Acudió por odinofagia, coriza, astenia, adinamia, mialgias, artralgias, fiebre 38. 5° al inicio nocturno, posteriormente sin horario y diaforesis, escalofríos, cefalea punzante, frontotemporal, intensidad 7/10, tratado como faringoamigdalitis con cefalosporinas. Se determinó Hepatitis A por panel viral e hipertransaminasemia, manejado con sintomático, sin mejoría, recibió varios antibióticos sin embargo presentó pérdida 15% del peso. Clínicamente faringe hiperémica, amígdala derecha

placa blanquecina, dolor en ambos hipocondrios. Laboratorios: AST 40 ALT 78, BD 0.4, BT 0.7, FA 186 LDH 136 Hb 9.9 Htc 30.8 HBCM 26.4 VCM 84 Leu 10.3 Neu 7.5 PLAQ 293, Fibrinógeno 849 PCR 1:320. TORCH memoria de rubéola, citomegalovirus y herpes simple. Serología para hepatitis y VIH no reactivas. Memoria para EBS, Anticuerpos antitreponemas negativo (-). Reacciones febriles: Tífico O < 1:20, tífico H 1:40 Brucela < 1:20, rosa de Bengala (-), anti proteus OX19 < 1:20. BAAR (-), urocultivos, mielocultivos y hemocultivos (-). IgG 912, IgA 536, IgM 89. C3 149, C4 35.1 Antimitocondriales 1:160. ENAS no reactivos, ANA 1:80 (moteado fino). USG abdomen colecistitis crónica litiásica. TAC vesícula engrosada pared 6 mm, imagen redondeada de doble contorno en cuello, sector hepático VI probable hemangioma. Por LAPE: bazo de 18x20, lesiones blanquecinas diseminadas, bazo accesorio e hígado con mismas lesiones, vesícula con paredes delgadas, múltiples litos. Histopatología: esplenitis granulomatosa no específica, hígado inflamación crónica granulomatosa inespecífica, granulomas no caseificantes, sin células multinucleadas y linfocitosis sinusoidal leve multifocal. Inmunohistoquímica policlonalidad linfoide, granulomas epiteloideos abscedados sugiriendo infección. **Conclusión:** la esplenitis granulomatosa es una entidad rara < 6%, se presenta con

fiebre y pérdida de peso. Infra-diagnosticada, resulta relevante integrar paraclínicos, revisión macroscópica e histopatología en pacientes con síndrome febril. Se debe iniciar antifímicos oportunamente, en este caso se presentó evolución satisfactoria y remisión de síntomas posterior al tratamiento.

Palabras clave: esplenitis, granulomatosa, fiebre, tuberculosis, extrapulmonar, febril.

0030 Virus de inmunodeficiencia adquirida de reciente diagnóstico en paciente con insuficiencia respiratoria, no olvidar citomegalovirus

Andrade Catalina Janette, Renpenning Erick Willhelm, Cruz Miguel Ángel, Gamboa Rafael Naim

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Femenina de 36 años con antecedentes de toxicomanías, tatuajes, sexoservidora. Ingresó por 3 semanas con tos no productiva y disnea de grandes esfuerzos que progresa hasta presentarse en reposo, saturando al aire ambiente 65%, FC 167 lpm, FR 32 rpm, T 39.4 °C, TA 110/80mmHg, con candidiasis orofaríngea, uso de músculos accesorios, campos pulmonares sin ruidos adventicios audibles, área genital con condilomas, molusco contagioso y herpes genital. Radiografía con infiltrados intersticiales difusos bilaterales, gasometría arterial con mascarilla reservorio 10 lts pH 7.42 pO₂ 96, pCO₂

33, HCO₃ 21.4, SO₂ 98%. Se intubó por insuficiencia respiratoria hipoxémica y se ingresó a terapia intensiva, tomografía de tórax con vidrio despolvoado difuso bilateral sobrepuesto con engrosamiento septal en ambos pulmones (crazy paving), con resultado de panel viral VIH positivo, se inicia tratamiento empírico para *Pneumocystis jirovecii* con TMP/SMZ, esteroide y profilaxis para MAC. Cultivos de aspirados traqueales negativos; Cultivos y citología de lavado bronquioalveolar (LBA) negativos, por persistencia de deterioro clínico se realiza biopsia transbronquial (BTB) con resultados positivos para *Pneumocystis jirovecii* (PCP), cuerpos de inclusión y tinción de inmunohistoquímica a base de citomegalovirus (CMV) positivo y Ziehl-Neelsen positivo para bacilos ácido-alcohol resistentes, se inicia antifímicos, carga viral para CMV con resultado 9,130,000 copias/mL, iniciándose ganciclovir, sin retinitis. Desarrolla neumotórax secundario a procedimiento, con colocación de sonda en tórax y desarrollo de fístula bronquiopleural. Persistiendo con deterioro ventilatorio falleciendo un mes posterior a ingreso. La presencia de CMV en LBA en pacientes con VIH es controversial, sin embargo, la coexistencia de PCP y CMV predispone mal pronóstico. La neumonía por CMV es causa rara de insuficiencia respiratoria con mismo desenlace con o sin tratamiento, asociado con re-

cuento de CD4 bajo, carga viral para VIH elevada y dosis altas de corticosteroides. En la paciente el uso de esteroides pudo asociarse con el empeoramiento del cuadro clínico, así como el mayor riesgo de neumotórax. Debido a las dificultades que existen en el diagnóstico y tiempo de inicio de tratamiento de CMV, es importante evitar dosis altas de esteroides para prevenir la co-infección con CMV.

Palabras clave: VIH, CMV, insuficiencia respiratoria.

0042 Sinergia viral: infección aguda por virus varicela zóster y virus del dengue en presentación hemorrágica fulminante. A propósito de un caso

Morales Andrea Yosajany¹, Hernández Daniel Ramón¹, Castañeda Eduardo², Valencia Raúl¹

¹ Hospital Ángeles Clínica Londres; ² Hospital Regional de Coatzacoalcos

La inmunosupresión, factor de riesgo predisponente de infecciones diversas por lo que el diagnóstico y manejo intrahospitalario anticipado, reduce sus complicaciones. Las formas hemorrágicas de la infección por virus varicela zóster (VVZ) y dengue (VDEN) conducen de forma individual a choque séptico, falla multiorgánica y muerte, por lo que en coinfección aporta mayor morbimortalidad debido a la sinergia viral. Presentamos el caso clínico de un paciente con infección VVZ, en su complicación grave aguda y contagiosa

más infrecuente, con coinfección de VDEN. Masculino, 45 años, alcohólico crónico y fumador de marihuana, diabético de reciente diagnóstico. Inició 7 días previos a su ingreso con aparición rostrocaudal, pústulas, vesículas y costra, edema facial y disfagia visibles al ingreso; a los 5 días, se agregó cefalea frontal, dolor retroocular, gingivorragia, fiebre no cuantificada y lumbalgia EVA 9/10. Negó mioartralgias, y cuadros similares previos. Se recibió febril, taquicárdico, polipneico, con lesiones impetiginizadas. Se manejó con ceftriaxona, clindamicina, aciclovir, cristaloides y oxigenoterapia. Laboratorios y gabinete: Leucocitosis, linfocitosis, falla hepática fulminante, lesión renal aguda AKI III, datos de SIRA y coagulación intravascular diseminada que condicionó a las 8 horas sangrado de tubo digestivo alto. Rx de tórax con infiltrados intersticiales y micronodulares bilaterales diseminados. Se decidió ingreso a UCIR con realización de laringoscopia directa evidenciando laceraciones hemorrágicas en faringe con restos de fibrina; posteriormente, se realizó intubación endotraqueal y transfusión de hemoderivados sin mejoría. Se solicitó panel viral completo, descartando VIH y corroborando por serología infección por VVZ y VDEN serotipo 3. Se interconsultó a Dermatología quien realizó biopsia de piel evidenciando múltiples ampollas intrapidérmicas suprabasales y espinosas,

con células acantolíticas con inclusiones intranucleares. El paciente fallece a las 24 horas de ingreso. La gravedad de ambas infecciones dependió de la viremia, magnitud de respuesta inflamatoria aguda y de la presentación de las complicaciones de cada una de las infecciones virales. Las comorbilidades y estado de inmunodepresión ensombrecieron el pronóstico. La mortalidad para ambas complicaciones sigue siendo elevada a pesar de los recursos terapéuticos. Hasta el momento no se ha documentado sinergia viral de estos dos virus en la literatura.

Palabras clave: sinergia, viral, varicela zóster, dengue, hemorrágico, fulminante.

0067 Incidencia, factores de riesgo y microbiología de las infecciones asociadas a catéter venoso central, un estudio prospectivo en un hospital de tercer nivel

Atilano Alexandro, Sánchez Mónica, Aguilar Patrizia Elva, Sánchez Emmanuel, Galindo Juan O, Baena Irma Laura, Galarza Dionicio Ángel

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González, UANL

Introducción: los catéteres venosos centrales (CVC) son frecuentemente indispensables en el manejo médico intensivo actual, sin embargo también ponen al paciente en riesgo de sufrir una infección asociada a catéter (IAC). Estas se expresan en número de infecciones por 1000 días

catéter tal como lo recomienda la CDC de EUA. **Material y métodos:** estudio prospectivo que fue llevado a cabo durante un periodo de 16 meses (enero 2015-Abril 2016) y con un total de 328 pacientes de la sala de Medicina Interna que les fue colocado un CVC. Los pacientes que presentaban signos clínicos de septicemia tras la colocación del CVC fueron estudiados con toma de hemocultivo central, periférico y de punta de catéter para descartar IAC. **Resultados:** la edad media de los pacientes fue de 49.27 ± 15.13 , 57.4% fueron hombres. Ocurrieron un total de 10 bacteremias de las cuales tuvieron un hemocultivo positivo 7 casos. Con respecto a la microbiología el 57.1% fue por bacterias gram-negativas (*Stenotrophomonas maltophilia*, *Pseudomonas fluorescens*, *Enterobacter cloacae*, *Serratia* spp.) 28.5% por gram-positivos (*Corynebacterium* spp, *Staphylococcus coagulans* negativo) y fúngico 14.2% (*Candida tropicalis*). De manera contrastante la microbiología de las IAC en la UCI de acuerdo a lo reportado por Epidemiología Hospitalaria se compone 90.4% por gramnegativos (*Acinetobacter baumannii*, *Enterobacter cloacae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*), el 4.7% por grampositivas (*Enterococcus faecalis*) y el finalmente el 4.7 fúngicas (*Candida no albicans*). La duración media de colocación del CVC en el grupo de infección fue de (12.2 ± 5.6) vs no-infección

(7.8 ± 6) . La documentación de bacteremia no tuvo una relación estadísticamente significativa con signos locales de infecciones incluyendo eritema o secreción purulenta ($P=.273$). **Discusión y Análisis:** la tasa de bacteremias por 1000 días catéter en el piso de medicina interna durante este periodo fue de 1.58 vs la UCI que es del 7.6 por 1000 días catéter. La estancia prolongada del catéter fue un mayor factor de riesgo en nuestro estudio para desarrollar IAC tal y como esta descrito en la literatura. **Conclusiones:** es importante destacar las diferencias microbiológicas observadas entre las IAC del piso de medicina interna y la UCI, donde predominan los microorganismos resistentes, así como la muy bajas tasa de infecciones esto gracias a un abordaje multidisciplinario que involucra a todo el equipo de salud.

Palabras clave: catéteres venosos centrales, infecciones nosocomiales, bacteremias, infecciones asociadas a catéter.

0069 Comparación de ciertas características de interés, relacionadas con la resistencia contra antibióticos, en pacientes atendidos del 2012 al 2014, en un centro de tercer nivel por colangitis

Carranza Carlos Alberto

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

Introducción: se entiende como colangitis asociada a los cuida-

dos de la salud, a la infección ocurrida en la vía biliar que se presenta en personas expuestas a factores de riesgo que le predisponen al desarrollo de microorganismos resistentes a varios antibióticos como agentes etiológicos. Las infecciones ocasionadas por estas bacterias han incrementado en frecuencia, tienen una mayor mortalidad y el costo de su atención es mayor que las ocasionadas por microorganismos más susceptibles. Las guías de TG13 y de la IDSA/SIS, recomiendan revisar la epidemiología local para adecuar las propuestas de tratamiento a cada centro, logrando disminuir la incidencia de efectos adversos asociados a fármacos y la selección de bacterias resistentes sin aumentar la mortalidad relacionada a una cobertura inadecuada. El INCMNSZ se ha convertido en un centro de referencia para el tratamiento de pacientes con colangitis, sin embargo, desconocemos las diferencias entre nuestros pacientes infectados por microorganismos considerados como resistentes y los no resistentes. **Objetivos:** identificar los factores de riesgo asociados con el desarrollo de infecciones en la vía biliar ocasionadas por bacterias resistentes a antibióticos en pacientes atendidos en el INCMNSZ. **Material y métodos:** se revisaron expedientes de pacientes con diagnóstico de colangitis: 90 infectados por microorganismos resistentes y 90 por no resistentes. Se reali-

zó la búsqueda dirigida de los factores de riesgo seleccionados en ambos grupos. Mediante prueba de X^2 y exacta de Fisher se determinaron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. Finalmente, se realizó un análisis multivariado de regresión logística con las variables con un valor de $p < 0.10$. **Resultados:** los siguientes factores incrementan el riesgo de presentar una infección en la vía biliar por bacterias resistentes: tener como etiología de la colangitis una causa diferente a coledocolitiasis; haber recibido antibióticos parenterales en los 12 meses previos al internamiento; haber presentado una infección ocasionada por este tipo de organismos en el año previo a la hospitalización. La presencia de un dispositivo invasivo resultó ser significativamente más frecuente en los casos. Únicamente 3 de los 61 casos tenía un dispositivo reconocido en las guías IDSA/TG13; el resto se trataba de catéteres percutáneos para drenaje o endoprótesis biliares.

Palabras clave: colangitis, factores de riesgo, resistencia a antibióticos.

0075 Presentación de caso: compromiso vascular de extremidades periféricas secundario a émbolos sépticos en paciente con diagnóstico de choque séptico secundario a pielonefritis derecha complicada

Vázquez María Guadalupe Teresa, Morales Héctor, Infante

Héctor, Hammeken Eduardo Federico

Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez

Se trata de femenino de 59 años ingresada al servicio el 02.12.2015 originaria y residente de Acapulco Guerrero, tuberculosis pulmonar hace 5 años recibiendo tratamiento acordado estrictamente supervisado con adecuada respuesta a isoniazida y rifampicina por tiempo no especificado; diabetes mellitus tipo 2 de 20 años de diagnóstico en tratamiento con hipoglucemiantes orales de tipo y posología desconocida. Resto interrogado y negado para Hipertensión Arterial Sistémica, cirugías previas, traumáticos, transfusionales, toxicomanías y alergias conocidas. Inicia su padecimiento el 18.11.2015 con náuseas llegando a la emesis en 10 ocasiones de aspecto gastroalimentario, dolor en flanco izquierdo de tipo cólico intensidad 8/10 sin irradiaciones, astenia, adinamia e indiferencia al medio siendo trasladada a valoración médica. A su ingreso a urgencias los paraclínicos reportaron leucocitosis, examen general de orina patológico, descontrol metabólico así como desequilibrio hidroelectrolítico y ácido base. Presentó inestabilidad hemodinámica iniciando reanimación hídrica con mala respuesta agregando norepinefrina a dosis: $0.29 \mu\text{g/kg/min}$ - $0.55 \mu\text{g/kg/min}$ y apoyo mecá-

nico ventilatorio. El ultrasonido abdominal mostró líquido libre en cavidad, la tomografía computarizada reportó colección en polo inferior de riñón derecho de $24 \times 15 \times 15 \text{ mm}$ en sus ejes mayores y volumen de 3cc. Inició manejo antibiótico a base de ceftriaxona y clindamicina. Es ingresada a la Unidad de Terapia Intensiva donde se evidenciaron datos de compromiso vascular a nivel distal de las cuatro extremidades refiriendo cambios de coloración; evolucionó tórpida con disfunción orgánica múltiple identificando en cultivos *Staphylococcus haemolyticus* y *Staphylococcus hominis* ssp en sangre, resto negativos realizándose ajuste de antimicrobiano a base de meropenem y vancomicina. Logrando estabilidad sistémica, destetándose de aminas y apoyo ventilatorio se ingresa a Medicina Interna donde se realiza ultrasonido doppler arterial identificando disminución de las velocidades en segmento femoral superficial, poplíteo, tibial anterior y posterior. La evaluación radiográfica resultó negativa a compromiso de los tejidos óseos. Angiología diagnosticó isquemia secundaria a émbolos sépticos sin compromiso de la integridad de los pulsos distales y únicamente con afectación de los tejidos blandos a espera de limitación de las zonas de necrosis para manejo definitivo. Egresó con manejo antitrombótico.

Palabras clave: émbolos sépticos, choque séptico.

0086 Aclaramiento de procalcitonina como predictor pronóstico temprano en el paciente crítico con sepsis severa

Pérez Silvia Esmeralda, Miranda Tomás

Hospital Christus Muguerza Alta Especialidad

Introducción: la evaluación continua de la procalcitonina al ingreso y 72 horas después permite analizar las fluctuaciones y su disminución a niveles basales proporciona información útil en el manejo de los pacientes críticos, permitiendo estratificar el riesgo de complicaciones y mortalidad; mejorar y modificar el tratamiento de manera temprana y así intensificar la toma de decisiones. **Material y métodos:** es un estudio de cohorte, observacional, prospectivo, descriptivo. Se registrará la procalcitonina al ingreso y a las 72 horas, calculando el porcentaje de aclaramiento entre las dos tomas. Se recabaron los datos de abril a octubre del 2015, de los pacientes con sepsis severa que se internen en la terapia intensiva. **Resultados:** se recabaron un total de 61 pacientes, de los cuales el 39% (n= 24) correspondieron al grupo de pacientes que depuraron (GD) y el 61% (n=37) al grupo de los que no depuraron (GND). En los dos grupos los carbapenémicos fueron el grupo de antibióticos más utilizados. No hubo diferencia en el porcentaje de cultivos de ingreso positivos (54% GD vs 65% GND; p=0.5), de los cuales, las

bacterias Gram negativas fueron las más prevalentes en ambos grupos (77% GD vs 88% GND; p= 0.4 de estos, se encontró que no hubo diferencias en cuanto a la sensibilidad de los antibiogramas realizados al ingreso de los pacientes de los dos grupos (77% GD vs 75% GND; p=0.7). Hubo diferencia en el APACHE II entre ambos grupos (16.8±8.9 GD vs 21.5±7.4 GND; p=0.03). No se encontró diferencia en el porcentaje de pacientes que requirieron vasopresores entre ambos grupos (58% GD vs 81% GND; p=0.1 pero si en la cantidad de días de uso de vasopresor (2 (0-4.5) GD vs 4 (2-6,5 p=0.008). En el aspecto de porcentaje de pacientes que necesitaron ventilación mecánica, se encontró que fue superior en el GND (68% vs 33%; p=0.02), así como también de que requirieron más días de ventilación mecánica (5(0-9.5) vs 1(0-6 p=0.01). La mortalidad encontrada entre ambos grupos fue diametralmente opuesta (0% GD vs 32%; p=0.005). Con el análisis de curva de Kaplan-Meier se determinó la sobrevida a 30 días de ambos grupos, siendo superior en los pacientes que depuraron (100% vs 67%; p=0.002). **Conclusión:** el aclaramiento de procalcitonina mayor del 80% a las 72 horas, conlleva a una mayor supervivencia a los 30 días, con menor mortalidad así como el menor requerimiento de ventilación mecánica y menos días de soporte hemodinámico y ventilatorio.

Palabras clave: procalcitonina, aclaramiento procalcitonina, sepsis.

0099 Criptococosis sistémica, reporte de caso en paciente con infección por VIH (virus de inmunodeficiencia humana) estadio C3 de reciente diagnóstico

Zárate Mónica, Vázquez María Guadalupe Teresa, Castro Lizabeth Alejandra, Mouret Ulises Emmanuel Guadalupe, Infante Héctor

Hospital de Especialidades Belisario Domínguez

Se trata de paciente femenino de 34 años de edad ingresada el 07 de enero del 2016 con los siguientes antecedentes de importancia: Niega antecedente de diabetes mellitus e hipertensión arterial sistémica; inicio de vida sexual activa a los 12 años, 5 parejas sexuales, sin métodos de protección; y hospitalización previa hace 3 años por anemia severa siendo hemotransfundida. Inicia padecimiento actual 4 meses previos a su ingreso con cuadro caracterizado por cefalea holocraneana intensidad 5/5, tos seca, rubicundizante, no cianozante ni emetizante. Dos meses después evoluciona con tos productiva con expectoración blanquecina, cianozante y emetizante de predominio postprandial; se agrega fiebre cuantificada en 38° de predominio vespertino, diaforesis nocturna, así como pérdida de peso de 60 kgs, con peso inicial de 110 kgs y registrado

a su ingreso de 53 kgs. Recibió múltiples manejos en diferentes instituciones, no especificados, sin mejoría. Cuatro días previos a su ingreso, inicia con hemoptisis, por lo que acude a esta unidad hospitalaria. Ingresa al servicio de Medicina Interna, donde se le realizó prueba rápida para VIH, la cual se reporta reactiva y se confirma mediante Western Blot. El estudio de tomografía computada de tórax muestra cavitaciones en ambos hemitórax, ocupación alveolar, derrame pleural izquierdo loculado y adenomegalias. Se realizó broncoscopia obteniendo muestra para estudio microbiológico, resultando cultivo para *Mycobacterium tuberculosis* negativo, tinción de Grocott negativo y Gene xpert negativo. Durante su estancia en hospitalización mostró cambios conductuales de hiperactividad, se realizó tomografía computada de cráneo la cual fue no valorable por sus condiciones clínicas y efecto de cinética, se realizó punción lumbar, cuya citología documenta la presencia de *Cryptococcus neoformans* (levaduras encapsuladas). Se recabó reporte de hemocultivo el cual resultó positivo para desarrollo de *Cryptococcus laurenti*. Se le ofreció manejo anti fúngico con anfotericina B liposomal y fluconazol; sin embargo, progresó tórpidamente, cumpliendo con criterios de choque séptico y datos de dificultad respiratoria que requirió

apoyo mecánico ventilatorio, sin mejoría clínica a pesar del manejo ofrecido, y culminando en su defunción.

Palabras clave: *Cryptococcus laurenti*, *Cryptococcus neoformans*, criptococosis sistémica, VIH.

0113 Brucelosis como causa de dolor pleurítico crónico: reporte de caso

Suárez Alberto¹, Faz David Nazaeth¹, Pérez Eduardo¹, Sánchez María Teresa²

¹ Residente Medicina Interna Programa del Multicéntrico ITESM-SSNL; ² Escuela Nacional de Medicina del Tecnológico de Monterrey

Introducción: las manifestaciones pulmonares son complicaciones poco frecuentes de la infección por *Brucella* spp, reportándose en 1-5% de los casos (Erdem, H. et. al. Chest. 2014 Jan). La transmisión es a través del consumo de productos lácteos y carne, así como inhalación o contacto directo con animales infectados (Simsek, F. et. al. Afr Health Sci. 2011 Aug).

Presentación de caso: femenino de 41 años de edad sin antecedentes médicos de importancia, residente de un área rural del norte de México, dedicada al ganado, con consumo de productos lácteos no pasteurizados. Acude por presentar cuadro de 3 meses de evolución con dolor tipo pleurítico izquierdo, de leve intensidad, acompañado de fiebre no cuantificada, diaforesis nocturna, tos productiva y dis-

nea de moderados esfuerzos. Al ingreso se presenta con datos de choque séptico; requiriendo de oxígeno suplementario y aminos. A la exploración física se integra un síndrome de derrame pulmonar izquierdo, confirmado por radiografía de tórax siendo del 90%. Se inicia antibioticoterapia empírica sin mostrar mejoría. Se realiza toracocentesis con datos de exudado y se coloca sonda intrapleural. Estudio de aglutinación para brucelosis con títulos 1: 320; Estudio rosa de bengala: positivo 3+. Se inicia tratamiento con tetraciclina 250 mg cada 6 horas y rifampicina 600 mg al día por 6 semanas, con mejoría clínica, por lo que se egresa para seguimiento en consulta externa. **Discusión:** El caso clínico muestra la importancia de tener una alta sospecha clínica en las pacientes con factores de riesgo para Brucelosis, así como la mayor incidencia y prevalencia de esta etiología en zonas endémicas. El estudio de Rosa de Bengala tiene una sensibilidad >99%, pero con una especificidad muy baja, por lo que es útil como estudio de tamizaje. Sin embargo el diagnóstico definitivo es a través de la visualización directa del microorganismo. También puede realizarse por resultado positivo de la prueba de aglutinación para brucelosis con títulos >1:320 con presentación clínica compatible. **Conclusión:** existen pocos casos reportados en la literatura de empiema secundario a brucelosis, por lo que la sospecha diagnóstica puede

pasar desapercibida si no se conocen las tasas de incidencia y prevalencia de la región.

Palabras clave: dolor, pleurítico, crónico, brucelosis, disnea, infectología.

0116 Neurocisticercosis ventricular: reporte de un caso

Soto Estephany¹, Vicente Berenice², Pacheco Gerónimo³, Méndez Diego⁴, Díaz Enrique²

¹ Hospital Christus Muguerza;

² Hospital Ángeles Pedregal;

³ Hospital Ángeles Pedregal, Departamento Neurología; ⁴ Hospital Ángeles Pedregal, Departamento De Neurocirugía

Femenino 40 años, sin antecedentes. Ingresa por pérdida del estado de alerta. Exploración física: Estupor. Fondo de ojo con borramiento de bordes papila. III, IV, VI: Pupilas 3 mm y normorreactivas. Movimientos oculocefálicos horizontales y verticales presentes. VII: Gesticulación simétrica a la maniobra de Foix. Respuesta plantar extensora bilateral. Resto de la exploración sin alteraciones. Se realiza punción lumbar, el citoquímico se reporta: Agua de roca, ligeramente turbio, leucocitos 0. eritrocitos 470. proteínas 18.62 Glucosa 88.68 Cloruros 127. Tinta china, tinción gram, PCR para micobacterias, desaminasa de adenosina, coagulación, tinción BAAR: Negativo. Se realiza TAC de cráneo con presencia de hidrocefalia importante. Se coloco válvula de derivación ventrículo-peritoneal, sin com-

plicaciones y después se realizó una RM en secuencia FIESTA en donde se observó una imagen de obstrucción a nivel de tercer ventrículo compatible con neurocisticercosis. Se decide realizar neuroendoscopia encontrando cisticercosis en fase vesicular y se logra extraer mediante la realización de fenestración del tercer ventrículo. Se inició manejo con esteroides y albendazol. La paciente presentó buena evolución clínica sin embargo con secuela en la memoria del trabajo. La neurocisticercosis es un problema de salud pública y una enfermedad potencialmente erradicable mediante el control de la infección en cerdos y humanos y la contaminación con huevos en el ambiente, así mismo las opciones terapéuticas actuales nos permiten una curación total con la menor invasión a sistema nervioso central y adecuado control de la respuesta inflamatoria.

Palabras clave: neurocisticercosis, neurocisticercosis ventricular, neuroendoscopia, cisticercosis de sistema nervioso central, tratamiento endoscópico, tratamiento médico.

0120 Infección latente por *Mycobacterium tuberculosis* y adherencia al tratamiento en una cohorte de pacientes pretrasplante renal

Carrasco Lucía, Terrazas José Juan

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: la tuberculosis activa es una infección que se debe principalmente a la reactivación de una infección latente. La detección de infección latente por *M. tuberculosis* se realiza mediante la prueba de tuberculina. Los objetivos fueron determinar mediante PPD el número de casos acumulados de tuberculosis latente entre los pacientes pretrasplante renal en los últimos 5 años y definir el porcentaje de adherencia en los pacientes con tuberculosis latente. **Material y método:** se realizó un estudio de cohorte retrospectivo recopilando información de expediente clínico y electrónico de pacientes en protocolo de trasplante renal. En los pacientes con PPD positivo se descartó la presencia de tuberculosis activa. A los pacientes con tuberculosis latente se les inició tratamiento con isoniazida o rifampicina durante 9 meses y se verificó su adherencia. Análisis estadístico: estadística descriptiva. **Resultados:** el porcentaje de tuberculosis latente fue de 30.2% (33/109). Se encontró desnutrición en el 60% de los pacientes pretrasplante con tuberculosis latente. La adherencia al tratamiento de la infección latente fue de 93%. Se detectaron 4 casos de tuberculosis activa corroborados por estudio microbiológico, uno con PPD positivo y 3 con PPD negativo. **Discusión y análisis:** en el presente estudio se encontró una prevalencia de tuberculosis latente de 30.2% en pacientes pretrasplante renal. La frecuencia

de tuberculosis latente encontrada en este estudio fue menor a la reportada en población general de México (42.7%). Esta diferencia puede ser por factores como anergia o debido a errores en la técnica de tanto de aplicación como de lectura del PPD. El 60% de los pacientes con PPD positivo contaron con algún grado de desnutrición. Esto puede ser atribuido a la enfermedad renal crónica más que al hecho de presentar infección latente por *Mycobacterium tuberculosis*. La adherencia al tratamiento de infección latente fue de 93%, superior a la esperada mayor del 50%. El hecho de que los pacientes necesitan mínimo 2 meses de quimioprofilaxis antes del trasplante renal pudo haber servido de incentivo para lograr este nivel de adherencia. **Conclusiones:** la prevalencia de tuberculosis latente en pacientes pretrasplante fue menor a la reportada en población general. Más de la mitad de los pacientes pretrasplante con PPD positivo presentaron desnutrición. La adherencia al tratamiento de tuberculosis latente fue mayor de lo reportado.

Palabras clave: pretrasplante renal, tuberculosis latente, prueba de tuberculina.

0125 Falla hepática aguda secundaria como primera manifestación de tuberculosis extrapulmonar

Arrieta Magdalena¹, Ogaz Mónica, Durán Cristina¹, Vázquez

Sergio, Cabrera Luis¹, Madrid José Antonio²

¹ Hospital General de Pachuca; ² Hospital del Niño DIF

Mujer de 19 años, ingresó por dolor abdominal, ictericia, fiebre y rectorragia. 2 meses previo presentó dolor abdominal difuso, acolia, coluria e ictericia en palmas y escleras, fiebre no cuantificada, vespertina – nocturna, intermitente por lo que fue hospitalizada durante 7 días recibiendo manejo antimicrobiano no especificado y posterior egreso. Niega consumo de fármacos, hierbas, té u otros; pérdida ponderal no intencionada de 10 kg en 4 meses. Residente de Hidalgo, soltera, estudiante; COMBE negativo, vacunación vigente, alcoholismo, tabaquismo, drogas negativo; núbil; sin antecedentes personales de importancia. Al ingreso se realizó USG hepatoesplénico: incremento de la ecogenicidad hepática, lóbulo derecho 16.3cm, lóbulo izquierdo 15.8cm, v. porta permeable, v. suprahepáticas permeables, vía biliar intra y extrahepática sin dilatación; bazo con volumen (461cc). Hb 11.4g/dL, plaquetas 263,000, leucocitos 2, 79.8% granulocitos, 300 linfocitos totales, BT 10.5 mg/dL, BD 8.1, AST 290 UI/L, ALT 120/L, FA 331 UI/L, DHL 517 UI/L, albúmina 1.8, globulinas 2.4, TP 26.9 seg, INR 1.95, TPT 57.2seg, fibrinógeno 246, glucosa 81, Cr 0.4mg/dL, Na 127mEq/L, K 3.8mEq/L, Cl 102mEq/L, EGO turbio, pH 7.5, densidad 1.010, proteí-

nas 30, bilirrubina +, nitritos -, leucocitos 0-1 p/c, bacterias +; gasometría pH 7.47, pCO₂ 33, pO₂ 57, lactato 0.4, HCO₃ 24, EB 0.6, SatO₂ 91%; panel vira hepatitis A, B y C no reactivo; colonoscopia: úlcera anal secundaria a fisura anal crónica, tele de tórax sin alteraciones. Se realizó AMO y mielocultivo, perfil TORCH negativo; biopsia hepática: inflamación crónica granulomatosa, Z. Neelsen positivo. En exploración paciente somnolienta, ictérica, equimosis en antebrazos, dolor abdominal difuso a la palpación media y profunda, hepatoesplenomegalia; hemorroide centinela, colgajo cutáneo; no adenomegalias. TA 80/50 FC 90 FR 17 T 38.6C Cursó con evolución tórpida, febril, prolongación de tiempos de coagulación, transaminasemia, hiponatremia, hipoglucemia e hipotensión, pancitopenia. Se inició manejo hídrico, glucosa endovenosa, antibiótico de amplio espectro y hemotransfusión; lamentablemente falleció. Debido a la baja tensión de oxígeno hepática la forma local sin manifestaciones extrapulmonares es relativamente rara, puede implicar al hígado difusa o localmente; la forma biliar, como en este caso es la menos frecuente encontrada. Los granulomas hepáticos ocurren hasta en 70% de TB extrapulmonar misma que se encuentra entre 10 al 42%.

Palabras clave: tuberculosis, extrapulmonar, falla, hepática, aguda.

0129 Lesión pulmonar cavitada en el paciente severamente inmunocomprometido: diagnóstico diferencial e importancia de la terapéutica adecuada

Razo Gustavo Eduardo, Ruiz Ana Luisa, Calzada Jade, Melgoza Luis Alberto, Rodríguez María Graciela, Rivera Dante Jesús, Díaz Carlos

Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios (ISSEMYM). Centro Médico Ecatepec

En los pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), la mayoría de las infecciones oportunistas afectan al pulmón como primer órgano diana con una elevada morbimortalidad, sin embargo, la presencia de lesión pulmonar cavitada (LPC) es poco frecuente, dentro de las causas más comúnmente descritas se encuentran las infecciones por micobacterias, las neumonías por *Pneumocystis jirovecii*, *Pseudomonas aeruginosa* y en menor grado por hongos. Describimos la evolución catastrófica de un paciente con LPC y severo inmunocompromiso. Se trata de masculino de 51 años de edad, ganadero, con antecedente de tabaquismo, alcoholismo y prácticas sexuales de riesgo con cuadro de tres meses caracterizado por síndrome consuntivo asociado a diarrea crónica y múltiples infecciones respiratorias altas con mejoría parcial a la administración de antimicrobianos; hace un mes con astenia, adinamia, tos ocasional sin ex-

pectoración, disnea de grandes esfuerzos, diaforesis nocturna y fiebre de predominio vespertino acudiendo por exacerbación de la disnea; A su llegada se encontró con datos de distrés respiratorio agudo y síndrome de condensación pulmonar que requirió ventilación mecánica. La radiografía de tórax mostró radiopacidades bilaterales y LPC en región paracardiaca derecha. La TAC reportó infiltrado reticular bilateral con cavernas bilaterales, prueba rápida VIH positiva. Se inició tratamiento empírico con doTbal, y trimetoprim. Se realizó lavado bronquial para estudios microbiológicos siendo negativos la baciloscopía GeneXpert, tinción Grocott y sin crecimiento bacteriano y micobacterias en policultivos, así como PCR negativos para gérmenes típicos y atípicos. Se reporto galactomano positivo y carga viral de VIH 96,311 copias/ml, con 5 linfocitos CD 4. Se inicio tratamiento con antimicótico sistémico y profilaxis para oportunistas. Por indicación quirúrgica se realizó segmentectomía no anatómica y colocación de sondas endopleurales con resultado histopatológico de piezas quirúrgicas con escasas células de epitelio escamoso y escasos organismos consistentes con hongos. El paciente evoluciona de forma tórpida presentando neumotórax espontáneos en múltiples ocasiones hasta la defunción del paciente. Este caso sirve para sensibilizar el diagnóstico diferencial de cavidades

en pacientes inmunosuprimidos, siendo importante conocer las características clínicas y radiológicas con el fin de establecer un diagnóstico temprano y una terapéutica adecuada.

Palabras clave: cavitario, VIH, SIDA, inmunocompromiso.

0130 Factores de riesgo y metodología diagnóstica en serositis por *M. tuberculosis*

Hernández Alejandro, Landa Pedro Daniel, Sánchez Tania, Reding Arturo, González Heledora, Cícero Raúl

Hospital General de México

Introducción: la tuberculosis es un problema de salud pública, las presentaciones extrapulmonares han aumentado siendo de difícil diagnóstico por su baja carga bacilar. **Objetivo:** identificar factores de riesgo y evaluar la eficacia de los métodos diagnósticos en tuberculosis pleural, meníngea, peritoneal y pericárdica. **Metodología:** estudio prospectivo de casos y controles. Se empleó un modelo de regresión logística condicional múltiple para identificar factores de riesgo. Se realizó biopsia y extrajeron siete ml de líquido presente del sitio afectado realizándose: cultivo Löwestein-Jensen y MGIT960, tinción Ziehl-Neelsen, adenosina deaminasa y PCR en punto final dirigida a la secuencia de inserción IS6110 para *M. tuberculosis*. **Resultados:** se incluyeron 116 pacientes, en 58 se confirmó *M. tuberculosis* por

cultivo positivo (Tb meníngea 34 casos, pleural 14, peritoneal ocho, pericárdica dos casos) y 58 serositis de etiología no tuberculosa. Portadores de VIH y convivir con personas infectadas con tuberculosis son los mayores factores de riesgo OR=3.6 y OR=6.8. La tinción tuvo sensibilidad de 25.9%, PCR de 65.5% y adenosina deaminasa con 82.8%. **Conclusiones:** los métodos diagnósticos convencionales tuvieron baja eficacia, la adenosina deaminasa y las técnicas de biología molecular son los de mayor utilidad, en nuestra medio deben realizarse de inmediato en pacientes con factores de riesgo y sospecha de serositis de origen tuberculoso.

Palabras clave: PCR, *M. tuberculosis*, diagnóstico, serositis.

0131 Identificación de micobacterias no tuberculosas en linfadenopatías cervicales de pacientes adultos VIH positivos y VIH negativos

Hernández Alejandro², Landa Pedro Daniel², González Maribel¹, González Heleodora², Ramírez Ernesto¹, Cícero Raúl²

¹ Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (INDRE); ² Hospital General de México

Introducción: la tuberculosis (Tb) es un problema de salud pública mundial sobre todo en países emergentes, *Mycobacterium tuberculosis* es el principal causante de las adenopatías cervicales, sin embargo las mi-

cobacterias no tuberculosas son relativamente frecuentes en el niño y raras en adultos. El objetivo de este estudio fue identificar y establecer la frecuencia de la etiología infecciosa por micobacterias no tuberculosas en pacientes adultos mexicanos con linfadenopatías cervicales.

Metodología: se estudiaron 40 pacientes mayores de 18 años, con linfadenopatía cervical, 20 VIH positivos y 20 VIH negativos sin antecedentes de tratamiento anti-tuberculoso, seleccionados en un hospital de concentración de especialidad de tercer nivel. Se realizó biopsia de nodo linfático para estudio histopatológico, búsqueda de bacilos ácido-alcohol resistentes, cultivo en el tubo indicador del crecimiento de *Mycobacterium* BACTEC (MGIT-960) y la identificación de cepa micobacteriana por PCR-RFLP (Restriction fragment length polymorphism) de hsp65. **Resultados:** en pacientes VIH positivos 17 (85%) cepas correspondieron al complejo *Mycobacterium tuberculosis*, dos (10%) a *M. intracellulare* y una (5%) a *M. gordonae*; en los pacientes VIH negativos 19 (95%) cepas correspondieron al Complejo *M. tuberculosis* y una (5%) a *M. fortuitum*. **Conclusión:** la presencia de MNT se encontró en 10% de todos los casos. Aun con una baja frecuencia deben ser tomadas en cuenta como posible causa de linfadenopatías, porque su identificación oportuna permite instaurar un tratamiento específico.

Palabras clave: linfadenopatías cervicales, micobacterias no tuberculosas, *Mycobacterium tuberculosis*.

0137 Espondilodiscitis tuberculosa, una manifestación infrecuente de tuberculosis extrapulmonar: reporte de dos casos

Batún José Antonio de Jesús¹, Salas Marisol², García Oscar Alejandro¹, Valencia Nicolás¹, Hernández Éufrates¹

¹ Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Gustavo A. Roviroso Pérez; ² Universidad Juárez Autónoma de Tabasco

Introducción: la espondilodiscitis tuberculosa o enfermedad de Pott es una presentación poco frecuente de *M. tuberculosis*. Con la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) han resurgido las manifestaciones pulmonares y extrapulmonares de la tuberculosis. El diagnóstico se realiza mediante estudios de imagen y la presencia de *Mycobacterium tuberculosis*. **Descripción del caso:** **Caso 1:** masculino de 22 años de edad, inició su padecimiento dos meses previos a su ingreso con dolor en tórax posterior, agregándose parestesias y disestesias en extremidad inferior izquierda. Posteriormente presentó fiebre matutina, diaforesis y calosfríos de una semana de evolución, finalmente presentó paraparesia y nivel sensitivo hasta dermatoma T6 por lo cual acudió a hospitalización. Se le solicitó resonancia

magnética (IRM) de columna torácica encontrándose tumora- ción mediastínica que involucra cuerpos vertebrales de T4-T5. Se realizó biopsia reportando lesión inflamatoria crónica granuloma- tosa con necrosis caseosa. Se realizó tinción de Ziehl-Neelsen encontrando escasos bacilos ácido-alcohol resistentes compa- tibles con *M. tuberculosis*. ELISA para VIH negativo. Se inició manejo con Dotbal, terminando esquema. Actualmente con PCR para *M. tuberculosis* negativa y con recuperación sensitiva y motora de las extremidades.

Caso 2: Masculino 21 años de edad, el cual inició su padeci- miento tres meses previos a su ingreso con dolor en cadera derecha y pérdida de 15 kg de peso, posteriormente se agregó cefalea holocrenea, no pulsá- til, movimientos tónico-clónicos en hemicuerpo izquierdo, por lo cual es llevado a hospitalización. Se realizó tomografía de cráneo reportando lesión parasagital derecha con importante edema perilesional y refuerzo en anillo, iniciando manejo antibiótico, al no presentar mejoría clínica se realizó drenaje de absceso. ELISA para VIH negativo. Du- rante su recuperación presentó dolor coxofemoral por lo que se realizó IRM encontrando co- lección pélvica con extensión intra-raquídea, drenándose y realizándose tinción de Zie- hl-Neelsen donde se observó bacilos ácido-alcohol resistentes compatibles con *M. tuberculosis*. Se inició manejo con Dotbal,

el cual finalizó sin secuelas ni complicaciones.

Conclusiones: la enfermedad de Pott es una forma poco usual de tuberculosis extrapulmonar, en especial en pacientes no portadores de VIH. Reportamos dos casos en los cuales se realizó un diagnóstico y tratamiento oportuno, por lo cual no se presentaron comor- bilidades

Palabras clave: enfermedad de Pott, espondilodiscitis tubercu- losa, tuberculosis extrapulmonar.

0170 Neumonía de focos múltiples en paciente inmuno- comprometido: reporte de caso *Wah Martin, Villarreal Miguel* HU-UANL

Se trata de un paciente femenino de 55 años de edad originario de Saltillo, Coahuila, quien acude a nuestro hospital por disnea. En antecedentes personales patológicos de relevancia se había tenido una historia pre- via de fracturas patológicas en L2, T11 y sacro, evidencia de plasmocitoma en sacro, ade- más de lesiones osteolíticas en cervicales y fractura patológica en húmero izquierdo. Se diag- nostica hace cinco años con mieloma múltiple IgG Kappa ISS II, recibiendo tratamiento con ciclofosfamida, talidomida y dexametasona, estuvo en re- misión completa y se queda con tratamiento de mantenimiento con talidomida. Tiene episodio de recaída cinco años posterior a diagnóstico y recibe ciclos de quimioterapia con melfalán, su

última dosis recibéndola hace 3 semanas. Inicia su padecimiento actual una semana previa a su ingreso con un cuadro de tos sin expectoración. Refiere que el cuadro de disnea en reposo que inicia dos días previos a su ingreso. A su ingreso la pa- ciente presenta signos vitales de TA 120/70, FC 70, FR 20, Temp 36.5°, sat O₂ a 86% al aire ambiente, mejorando a 97% con oxígeno. A la exploración física no se consideró alguna alteración excepto por la aus- cultación, campos pulmonares con sitios de hipoventilación, estertores difusos, además de dolor lumbar importante. Entre el diagnóstico diferencial se consi- deraron diferentes etiologías de neumonía entre los principales se encuentra el espectro de neu- monía bacteriana, virales y por hongos. Entre sus laboratorios de importancia se encuentra anemia normocítica, normocró- mica; reticulocitos en 3.2%, se encuentra con creatinina de 1.5, albúmina 1.3, hiperglobulinemia en 15.2 gr, hiponatremia hipoos- molar con osmolaridad de 270 mmol/L, hipocloremia. Presentó panel viral negativo, prueba de influenza negativa, hemocultivos periféricos (2) negativos. Se le realiza broncoscopia con lavado broncoalveolar con escasos PMN, BAAR y KOH negativo, biopsias negativas para bacilos ácido alcohol-resistente, galac- tomanano en líquido bronquial se encontraba(+) y sérico (-). En los estudios de imagen se en- cuentra en la radiografía de tórax

infiltrado en focos múltiples, se le realiza TAC de tórax donde se encuentra infiltrado pulmonar en focos múltiples con signo del halo invertido positivo. Tras los hallazgos clínicos y el abordaje de la neumonía se diagnostica aspergillosis pulmonar invasiva. Se inicia tratamiento con anfotericina B deoxicolato por 14 días y posteriormente se cambia el esquema a voriconazol VO.

Palabras clave: aspergillosis invasiva, signo halo invertido, inmunosuprimido.

0204 Infección gonocócica diseminada como causa de artritis séptica en hombre de 52 años

Muñoz Gabriela², Flores Lucía², Manrique Alejandro¹, Ávila José Luis², Esquivel Víctor Alejandro², Ramírez Andrés Jesús²

¹ IMSS HGZ 3; ² Hospital General de Tampico

La infección gonocócica diseminada resulta de una bacteremia por un patógeno transmitido por vía sexual; ocurre en sólo un 0.5 a 3% de aquellos pacientes infectados con *Neisseria gonorrhoeae*, afectando a cualquier grupo de edad. La diseminación a articulaciones y tejidos depende de diversos factores tanto del huésped como microbianos y probablemente inmunológicos. Dentro de las manifestaciones clínicas podemos encontrar dos síndromes principales, los cuales pueden superponerse entre sí: 1. Síndrome artritis-dermatitis caracterizado por la tríada de tenosinovitis, poliartalgias (pe-

queñas o grandes articulaciones, su afectación simétrica es rara) y dermatitis (lesiones pustulares o vesiculopustulares no dolorosas en extremidades inferiores generalmente transitorias) sin datos de artritis purulenta, acompañado de fiebre, malestar y escalofrío 2. Artritis purulenta sin datos de lesiones dérmicas, inicio abrupto de mono u oligoartritis con dolor y edema en una o más articulaciones donde son más afectados rodillas, muñecas o tobillos. Nuestro caso trata de paciente de sexo masculino con 52 años de edad, con antecedentes de vida sexual activa, tabaquismo durante 40 años con índice tabáquico de 6 paquetes al año y etilismo a razón de 160 g de alcohol semanales, esplenectomía a los 18 años de edad por traumatismo cerrado de abdomen; padecimiento de una semana de evolución con artralgiás afectando articulación acromioclavicular izquierda, con calor, rubor, hinchazón, así como dolor a la movilización pasiva en abducción, flexión y rotación; además uretritis con secreción purulenta; dentro de los laboratorios leucocitos de 35,880/uL, neutrófilos en banda del 22%, proteína C reactiva de 360 mg/L y un examen general de orina con esterasa leucocitaria de 500 Leu/uL, más de 100 leucocitos por campo, abundantes bacterias y 40 eritrocitos por campo. Realizamos aspiración de líquido sinovial el cual reporto un conteo leucocitario de 50,000cels/mm³ y un 75% de

polimorfonucleares; los cultivos de líquido sinovial y de sangre resultaron positivos para *Neisseria gonorrhoeae*, iniciando manejo establecido a base de ceftriaxona 1 gramo c/24 h con una evolución favorable y siendo egresado con terapia de rehabilitación física. Concluyendo, son pocos casos de infección gonocócica diseminada con cultivos positivos ya que en menos del 50% se logra aislar a *Neisseria gonorrhoeae*.

Palabras clave: *Neisseria gonorrhoeae*, infección gonocócica diseminada, uretritis gonocócica, artritis séptica.

0206 Sarna noruega en un paciente inmunocomprometido, reporte de un caso

Crespo Paulina Berenice¹, Mosqueda Juan Luis²

¹ Hospital General de León, Guanajuato; ² Capasits León, Guanajuato

Introducción: la sarna humana (escabiasis) es una infestación cutánea contagiosa causada por el parásito *Sarcoptes scabiei*. La sarna noruega es la forma altamente contagiosa. Se presenta por una proliferación profusa de los ácaros, debido a una respuesta alterada a la infestación. Los pacientes que presentan una entidad que compromete la inmunidad celular como malnutrición, VIH, lepra y enfermedades neoplásicas malignas. Estos individuos albergan millones de ácaros y por tanto son muy contagiosas al contacto.

Presentamos un caso de sarna noruega en un adulto con VIH, desnutrición que presentó una infección bacteriana agredada.

Reporte de un caso: hombre de 39 años, indigente, malos hábitos higiénico-dietéticos, prácticas sexuales de riesgo, toxicomanías, alcoholismo y tabaquismo positivo, fue ingresado al HGL por fiebre, TA: 110/80mmHg, vómito de contenido alimentario y dolor abdominal. En la exploración física febril, deshidratado, con retraso psicomotriz, con lesiones dérmicas tipo placas hiperqueratósicas con halo eritematoso descamativas y pápulas maculares, en toda la extensión de tronco y extremidades, localizadas predominantemente en pliegues axilares, brazos, parte lateral de tórax e interdigital, y pruriginosas. Estudios laboratorio: leucocitos: 10.9, Hb 11gr/dl, Urea 202mg/dl, Cr 4.4mg/dl, anticuerpos anti-VIH positivo. La prueba de raspado de la piel y la dermatoscopia fueron negativas. Se realizó una TAC simple y contrastada de cráneo por el deterioro cognitivo, en donde se observó atrofia cortical total severa, con amplio espacio ventricular y subaracnoideo. Se decide toma de biopsia de huso de piel región infraclavicular de las placas con escama, y zona maculopapular. La biopsia reportó positivo para escabiasis. Se hizo diagnóstico final de Sarna noruega en un paciente con SIDA estadio 3C, demencia por VIH y una IVU agregadas. El paciente fue tratado con iver-

mectina 200mcg/kg al día, vía oral los días 1, 2, 8, 9, 15, 22 y 29 del diagnóstico, así como permectina crema 5% diariamente en todas las lesiones de piel por 7 días. El paciente recibió tratamiento antiretroviral dos semanas después del inicio del tratamiento, con mejoría clínica.

Conclusiones: en los pacientes inmunodeprimidos, la débil respuesta inmune para contener la enfermedad resulta en una infestación fulminante. El diagnóstico de la sarna a menudo puede pasar desapercibido durante la atención por médicos no especialistas debido a la presentación variable de la enfermedad.

Palabras clave: *Sarcoptes scabiei*, VIH, escabiasis, sarna noruega.

0207 Mucormicosis rinocerebral crónica, reporte de caso

Crespo Paulina Berenice

Hospital General de León, Guanajuato

Introducción: la mucormicosis es una infección invasiva causada por hongos filamentosos de la familia Mucoraceae. La forma rinocerebral de la enfermedad representa la variante más común y tiene dos entidades clínicas distintas. La presentación más frecuente consiste en una infección aguda, rápidamente progresiva con alto índice de mortalidad, mientras que la otra es una infección crónica con menor tasa de mortalidad, pero muy rara y pocos casos reportados en la literatura. Presentamos un caso de Mucormicosis crónica

atendido en nuestro hospital, su diagnóstico clínico e histopatológico. **Descripción del caso:** masculino 57 años, con diabetes mellitus tipo 2, de 16 años de diagnóstico, mal apego al tratamiento con insulina NPH 34UI por la mañana y 22 UI por la noche. Cursó con una historia de 2 meses de evolución con dolor en hemicara derecha, tipo urente, intenso, localizada en zona malar y en paladar duro, valorado por odontólogos, se extrajo molar y se indicó antibióticos sin respuesta, motivo de consulta a nuestro hospital. El desarrollo de lesión ulcerosa de la mucosa del paladar duro con exposición del hueso y áreas necróticas hizo la sospecha de mucormicosis. La biopsia inicial de mucosa fue negativa, se realizaron biopsias profundas y con contenido óseo, confirmando el diagnóstico. El paciente fue sometido a un estricto control glucémico, fue tratado con anfotericina B deoxicolato a dosis de 1mg/kg/día y se realizó hemimaxilectomía total radical. Los resultados de la primera biopsia: Infección por hifas no septadas morfológicamente compatibles con *Mucor*, con necrosis extensa e inflamación aguda y crónica moderadas, con afectación a hueso trabecular (tinciones de Grocott y PAS positivas). La segunda biopsia: Inflamación aguda abscedada y necrótica asociada a infección por hifas no septadas morfológicamente compatibles con *Mucor* con afección al hueso maxilar 70% y presencia de

colonias bacterianas cocoides y bacilares asociadas. El cultivo fue negativo. **Conclusiones:** la mucormicosis rinocerebral crónica puede presentarse con síntomas atípicos. Se requiere un alto grado de sospecha clínica para el diagnóstico correcto e inicio temprano de tratamiento adecuado.

Palabras clave: mucormicosis crónica, *Mucor* rinocerebral, inmunocompromiso.

0216 Tuberculosis intestinal primaria entidad clínica poco frecuente

Millán Hugo Alberto, Román Rodolfo, Rendón Zoemara Naomy, Sánchez María Teresa
Escuela Nacional de Medicina, Tecnológico de Monterrey

Introducción: la tuberculosis intestinal representa 1-3% de los casos de Tuberculosis en el mundo y el 11% de los casos de tuberculosis extrapulmonar. La presentación clínica puede asimilar enfermedad de Chron, sarcoidosis, carcinoma intestinal, actinomicosis o ameboma. **Caso clínico:** masculino de 45 años de edad, originario y residente de MTY, NL, trabaja como obrero de construcción. No convive con animales. No contacto con personas que hayan padecido de tuberculosis. Niega consumo de alimentos no pasteurizados. Niega inmunizaciones recientes. El inicia padecimiento actual 6 meses previos a su ingreso al presentar artralgias simétricas en articulaciones interfalángicas,

codos y rodillas, sin predominio de horario, para lo cual utilizaba diclofenaco sin mostrar mejoría. 4 meses previo a su ingreso se agrega dolor abdominal tipo cólico, pérdida de peso de 6kg aproximadamente, y fiebre >38.3C sin predominio de horario por lo que decide acudir al hospital. A su llegada destacaba la presencia de una masa móvil no dolorosa en fosa iliaca derecha. Signos vitales normales y sin datos de irritación peritoneal. Con leucocitos de 40 mil a expensas de neutrófilos y anemia normocítica-normocrómica. Se decide realizar tomografía simple de abdomen en donde se reporta un plastrón inflamatorio ileo-colónico con abundantes ganglios adyacentes, a considerar como primera posibilidad proceso apendicular agudo. El paciente desarrolla múltiples picos febriles. No datos de falla orgánica. Se inicia tratamiento empírico con metronidazol y ciprofloxacino cubriendo enterobacterias gramnegativas aerobias y anaerobias. Se realiza colonoscopia con toma de biopsia, en donde se realiza una tinción de Ziehl-Neelsen y resulta positiva para micobacterias. Se suspenden antibióticos y se decide iniciar tratamiento con antifímicos, con lo que se logra eliminar la fiebre y los síntomas. Se toman baciloscopias seriadas las cuales resultan negativas, así mismo radiografía de tórax normal. Se egresa al paciente por mejoría. **Conclusión:** la tuberculosis intestinal primaria es una

entidad clínica poco frecuente. El diagnóstico requiere de un examen cuidadoso del tejido afectado, cultivos y pruebas de amplificación de material genético. Es importante realizar un diagnóstico certero ya que el uso de agentes inmunosupresores puede agravar el cuadro, y resultar en perforación intestinal, sepsis y/o muerte

Palabras clave: tuberculosis, dolor abdominal, fiebre, Chron, ameboma, dolor abdominal.

0217 Enfermedad invasiva por *Streptococcus agalactiae* en paciente inmunocompetente, reporte de un caso

Reynaga Cristhian Daniel, Tinoco Maritza, Lozano José Juan
Hospital General Ticomán, Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Introducción: el estreptococo del grupo B de Lancefield, *Streptococcus agalactiae*, es un coco gram positivo, beta hemolítico, anaerobio facultativo, que coloniza el tracto genital de 40%. La meningitis por *Streptococcus agalactiae* ocupa el 1% de las meningitis. **Descripción del caso:** femenino de 64 años de edad, residente de Cd Mx, hogar, casada. Habita en medio urbano, sin condiciones de hacinamiento. Viajes recientes negados. Inmunizaciones recientes: ninguna. Inició una semana antes de su ingreso con astenia, adinamia, fiebre no cuantificada y posteriormente cefalea de inicio súbito, acompañada

de náusea, vómito, seguido de desorientación en persona y espacio así como disartria, por lo que fue llevada nuestra unidad, donde presentó dos episodios de convulsiones generalizadas. EF: TA 179/90, FC 95 x', FR 18x', T 36.5. Glasgow 9, somnolienta, pupilas 2mm, sin respuesta a estímulo fotomotor, con rigidez de nuca, Babinsky derecho presente. Tórax sin alteraciones, abdomen sin datos de irritación peritoneal, extremidades sin edema. Laboratorios: LEU 18900, Hb 13.9, PLT 121000, NEU 16800, LINF 900. GLU 153, CR 0.9, BT 0.45, TGO 48, TGP 45, Na 139, K 3.2. EGO: LEU 40-60 p/c, prot +, Hb +++, bact +++. LCR: Color blanquecino, aspecto turbio, células 5,800/mm³, 80% PMN, glucosa 49 mg/dl, proteínas 225 mg/dl. Tinción de Gram: diplococos gram positivos, coaglutinación: positiva para *Streptococcus* del grupo B, cultivo: *Streptococcus agalactiae*. Hemocultivos sin desarrollo. Urocultivo sin desarrollo. TAC sin alteraciones. Evolución: presentó deterioro neurológico por lo que requirió manejo avanzado de la vía aérea. Inicio tratamiento con ceftriaxona y vancomicina el cual se cambió por penicilina cristalina 4 millones cada 4 horas al tener resultado de cultivo, por 14 días, Se retiró ventilación mecánica una semana después y su evolución fue satisfactoria. **Conclusión:** este caso se consideró como una enfermedad invasiva por *Streptococcus agalactiae* ya

que hasta en el 50% de las meningitis por este microorganismo se encuentra un foco distante. En esta paciente se encontró evidencia de infección del tracto urinario aunque no se aisló el microorganismo debido a que ya estaba con tratamiento antibiótico. Hasta el momento no se han descrito resistencias a penicilina de *Streptococcus agalactiae* por lo que continúa siendo el tratamiento de elección.

Palabras clave: *Streptococcus agalactiae*, meningitis, enfermedad invasiva, ventilación mecánica, adulto mayor, paciente inmunocompetente.

0226 Pseudohemoptisis por *Serratia marcescens* en un paciente con neutropenia febril y leucemia mieloide aguda

Tinoco Maritza, Reynaga Cristhian Daniel

Hospital General Ticomán, Secretaría de Salud de la Ciudad de México

Introducción: *Serratia marcescens* es un bacilo gramnegativo de la familia Enterobacteriaceae, que se asocia principalmente con infecciones nosocomiales principalmente neumonías, infecciones del tracto urinario, bacteriemias e infecciones de heridas. Algunas cepas producen un pigmento rojo llamado prodigiosina que se ha relacionado con casos reportados de neumonía con esputo rojizo, "pseudohemoptisis". **Descripción del caso:** femenino de 76 años de edad, residente de EdoMex, en

zona suburbana, hogar, casa de material de construcción, sin hacinamiento, zoonosis negada, Expuesta a humos y polvo de dos tabiqueras cerca de su casa, viajes recientes negados, Coombe negativo, diagnóstico de LMA M1 un mes previo a su evolución, recibió inducción a la remisión, curso con neutropenia febril y desarrollo aspergilosis pulmonar invasiva, con respuesta al tratamiento, se egresó por mejoría. Reingreso para nuevo ciclo de quimioterapia y desarrolla nuevamente neutropenia febril además de tos productiva, esputo hemoptoico y disnea. Como protocolo de neutropenia febril inicio tratamiento con carbapenémico y voriconazol por sospecha de aspergilosis pulmonar. EF: TA 100/70, FC 88x', FR 22x', T 37°. Palidez de tegumentos, mucosa oral sin lesiones, cuello sin adenopatías, tórax con ruidos respiratorios disminuidos en base derecha integrando síndrome de derrame pleural derecho 30%, precordio rítmico, no soplos, abdomen blando, con hepatomegalia 2cm debajo del reborde costal, no dolor a la palpación peristalsis presente, extremidad superior derecha con eritema, aumento de temperatura y flictenas. Laboratorio: Hb 7.3 mg/dl, LEU 412 / uL, NEU 0/uL, PLT 68,000/uL, Cr 0.65 mg/dl, ALT 13 U/L, FA 123 U/L, DHL 113 U/L, BT 0.57 mg/dl, ALB 2.7 mg/dl, Na 134 mg/dl, K 3.4 mg/dl, Cal 7.7 mg/dl, p 2.0 mg/dl. Hemocultivos, cultivo de expectoración y cultivo de

aspirado de flictena con desarrollo de *Serratia marcescens*. Baciloscopias negativas, TAC de tórax: Derrame pleural derecho, lesión cavitada en lóbulo inferior izquierdo. **Conclusión:** el caso no se presentó como una infección intrahospitalaria, como denotan las bibliografías, ya que es un caso aislado en un paciente inmunocomprometido. Considerando que *Serratia marcescens*, es un bacilo oportunista con una presentación atípica, se debe tener en presente como posible agente etiológico en los pacientes con terapia inmunosupresora prolongada, uso previo de antibióticos lo cual facilitarían su presencia.

Palabras clave: pseudohe-moptisis, *Serratia marcescens*, neutropenia febril, leucemia mieloide aguda, paciente inmunocomprometido, aspergilosis pulmonar.

0230 Mediastinitis aguda secundaria a tuberculosis diagnosticada en hospital de segundo nivel : una presentación clínica infrecuente

Zaldívar Nedele, Duran Miguel Ángel, Márquez Juan Manuel
Instituto Mexicano del Seguro Social, Hospital General de Zona 27

Introducción: la presentación mas frecuente de la tuberculosis es la pulmonar hasta en 84% de casos en México. Existen presentaciones inusuales de la tuberculosis: empiema o mediastinitis tuberculosa, presentándose como opacidades

pleurales lobuladas, linfadenitis o mediastinitis fibrosa. La mediastinitis por tuberculosis es una infección y abscedación del tejido graso mediastinal, a partir de la ruptura de nódulos infectados o de contaminación por órganos adyacentes infectados (pleura mediastinal). El diagnostico suele ser difícil por la presentación clínica insidiosa, con manifestaciones respiratorias o incluso digestivas por compresión; y los estudios de imagen no proporcionan información certera. El diagnóstico se confirma con estudios microbiológicos o patológicos. El tratamiento se dirige a la erradicación de *M. tuberculosis*. Este caso confirma que la tuberculosis puede presentarse de manera excepcional como mediastinitis aguda. **Caso:** masculino 48 años, herrero y albañil, con diabetes mellitus e índice tabáquico tres paquetes/año. Cuadro de dos semanas de evolución de dolor pleurítico derecho, disfagia, disnea progresiva, diaforesis y fiebre de predominio vespertino. Además pérdida de peso 10kg en 2 meses. EF: hipertermia 39°C, taquicárdico, taquipneico, saturación de oxígeno 85%, datos de dificultad respiratoria, síndrome de derrame pleural en zona apical derecha y estertores basales derechos e infraescapulares izquierdos. Laboratorio: leucocitos 12300, neutrófilos 9400, proteína C reactiva 250mg/l. Radiografía tórax: imagen radiopaca en zona apical derecha, infiltrado intersticial en base

pulmonar derecha. TAC tórax: derrame pleural multiloculado en pulmón derecho, de paredes gruesas, con infiltración a mediastino. Punción pleural: 675000 cel/mm³, PMN 72%, DHL 11240, y BAAR positivos, compatible con *Mycobacterium tuberculosis*. Serología negativa VIH. Por clínica, hallazgos radiológicos y bacteriológicos se concluye Mediastinitis secundaria a tuberculosis. Se inicia manejo con antituberculosos.

Conclusión: la tuberculosis sigue siendo prevalente en México, pero su diagnostico es frecuentemente difícil por su variada expresión clínica y presentación insidiosa, por lo tanto se debe sospechar ante cualquier cuadro respiratorio en pacientes con factores de riesgo. En específico, la mediastinitis tuberculosa debe sospecharse ante la presencia de empiema loculado e invasión hacia mediastino. Es una enfermedad tratable si es diagnosticada a tiempo.

Palabras clave: tuberculosis, mediastinitis, empiema, loculado, derrame, pleural.

0247 Hipokalemia secundaria a intoxicación por clembuterol por ingesta de alimentos contaminados

Bueno Guadalupe Margarita, Ramírez Juan Eduardo, Torres Karla Samantha, Ezquerro Alejandro, Maza Miguel
Hospital Ángeles Mocel

Introducción: el clembuterol es un beta agonista con propie-

dades anabólicas, aumenta la síntesis de proteínas y disminuye la acumulación de grasa en los tejidos. En humanos está aprobado su uso como broncodilatador con 20mcg dos veces al día y como tocolítico en el ganado con 0.8mcg/kg. Se ha utilizado como droga de abuso entre los atletas, por sus propiedades anabólicas y lipolíticas. El uso ilegal de clenbuterol en la alimentación de los bovinos ocasiona los brotes de intoxicación por consumo de carne o vísceras. A partir de la modificación en el 2007 de la Ley Federal de Sanidad Animal, el uso de esta sustancia como promotora del crecimiento está tipificado como delito. En México, del 2002 al 2008, se notificaron 2,130 casos. Jalisco (35.25%), Distrito Federal (23.94%), Guanajuato, Zacatecas y Michoacán fueron los más frecuentes (85.35%). En el 2008 disminuyeron debido al fortalecimiento en la búsqueda y notificación de la enfermedad. Las manifestaciones más frecuentes son taquicardia (91%), ansiedad, temblores (88%), vértigo (42%), palpitaciones, debilidad, cefalea (18%), náusea, mialgias, parestesias, hipokalemia e hiperglucemia transitoria; algunos casos con fibrilación auricular, hipertensión arterial, rhabdomiólisis, infarto agudo al miocardio, psicosis y alucinaciones. **Descripción del caso:** femenino de 51 años. 30 minutos posterior a la ingesta de hígado de res, presenta temblor, parestesias en manos y piernas,

mareo, náuseas, cefalea, diaforesis y taquicardia con FC 105 lpm. Ingresó para estudio de hipokalemia y se inicia protocolo. BHC, QS y perfil tiroideo sin alteraciones. K 2.8, con alcalosis respiratoria, electrolitos urinarios con gradiente transtubular de potasio de 4.7 descartando pérdidas renales o gastrointestinales. Ante la sospecha por antecedente se solicitan niveles de clenbuterol en orina, tomadas 24 horas posterior al inicio de los síntomas, obteniendo resultado positivo. **Conclusiones:** el manejo es prevenir las consecuencias cardiovasculares y metabólicas, como reponer las alteraciones electrolíticas y si no hay contraindicación se puede administrar propranolol para revertir la taquicardia sinusal y benzodiacepinas en caso de agitación. Todos los pacientes deben ser monitorizados por 4-8 h después de la exposición. Se requiere mayor colaboración por parte de las autoridades sanitarias para notificar la enfermedad, implementar acciones de mejora y vigilancia sanitaria.

Palabras clave: hipokalemia, intoxicación, clenbuterol, beta agonista, anabólico, lipolítico.

0250 Xpert MTB/RIF en el diagnóstico de tuberculosis extrapulmonar (TBE) en un hospital de tercer nivel

Morado Oscar, Torres Pedro, Sifuentes José

Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán

La enfermedad por tuberculosis es causada por microorganismos del complejo *Mycobacterium tuberculosis*, la cual da lugar a un amplio espectro de manifestaciones clínicas. Es una enfermedad frecuente en México, un 15% se manifiesta de forma extrapulmonar. Ésta se asocia a mayor mortalidad debido a factores del huésped y al retraso en el diagnóstico e inicio del tratamiento, por lo que es necesaria una herramienta con mayor precisión diagnóstica en poco tiempo.

Objetivo: comparar la sensibilidad (Se) y especificidad (Es) de la amplificación de ácidos nucleicos con el sistema Xpert MTB/RIF en el diagnóstico de TBE. **Material y métodos:** estudio de prueba diagnóstica, se calculó la Se y Es del sistema Xpert MTB/RIF considerando el cultivo de micobacterias como método de referencia y de manera exploratoria se utilizó un constructo diagnóstico basado en los datos clínicos (síntomatología, tiempo de evolución, resultados de estudios radiográficos y de laboratorio) recabados de manera retrospectiva de los expedientes a los que se tuvo acceso. **Resultados:** del período entre el año 2012-2016 se incluyeron 1134 muestras, 738 de LCR, 337 tejidos y abscesos, y 59 líquidos corporales. Los datos clínicos se obtuvieron de los expedientes de 452 casos. Se encontró una Se global del sistema Xpert MTB/RIF del 58.57% (IC 46.17-70.23%) y una Es del 96.52 % (IC 95.24-97.54%), un VPP de 52.56%

(IC 40.93-63.99%), y un VPN de 97.25% (IC 96.08-98.15%). Para el diagnóstico de meningitis tuberculosa por LCR mediante el sistema Xpert MTB/RIF se reportó una Se de 52.63% (IC 28.86-75.55%), una Es de 98.33% (97.10-99.13%). En tejidos y abscesos se encontró una Se del 68.89% (IC 53.35-81.83%) y Es 91.78% (IC 88.02-94.66%). En especímenes líquidos una Se 0% (0-45.93%) y una Es 98.11% (IC 89.93-99.95%). De los datos clínicos obtenidos de los 452 expedientes, la mediana de edad fue 41 años (RIC 30-56 de las comorbilidades presentes, 17% padecía DM, el 12% lupus eritematoso generalizado, el 6% artritis reumatoide y otro 6% enfermedad renal crónica KDIGO G5. El 22% presentaban infección por VIH, de los cuales el 80% se encontraba en estadio clínico C, y sólo el 36% recibía tratamiento antirretroviral. El 26% de la población estaba en tratamiento con esteroides de manera crónica por diversos motivos. **Conclusiones:** la Se y Es del sistema Xpert MTB/RIF para el diagnóstico de TBE es similar a la reportada en otros estudios, encontrando una mayor Se en muestras de LCR, tejidos y abscesos.

Palabras clave: Xpert MTB/RIF, tuberculosis, tuberculosis extrapulmonar, infectología, enfermedades infecciosas, TB.

0251 Paracoccidioidomicosis (PCM) diseminada subaguda como causa de fiebre de origen

desconocido, adenopatías y pérdida de peso no intencionada.

Reporte de caso

Mena Blanca Aurora, Sepúlveda Jesús, Valenzuela Xoxhitl, Cruz Mario Adolfo, Hernández Cecilia, Ramírez Juan Carlos, Cetina José Hiram

Hospital Regional de Alta Especialidad Ciudad Salud

Introducción: la PCM es una micosis sistémica granulomatosa crónica o subaguda, causada por la inhalación de conidias de *Paracoccidioides brasiliensis* su prevalencia es alta en países latinoamericanos. La primoinfección ocurre a nivel pulmonar y posteriormente se disemina por vía linfática o sanguínea a otras partes del cuerpo. La forma de presentación juvenil es la menos frecuente (5 a 10%) y ocurre en edad pediátrica. Su presentación y evolución es rápida (4 a 12 semanas). Se caracteriza por adenopatías, alteraciones digestivas, hepatoesplenomegalia, lesiones óseas y cutáneas. Son infrecuentes las manifestaciones pulmonares (10 al 20%). **Caso:** mujer de 23 años de edad sin antecedentes médicos de importancia. Inicio padecimiento 9 semanas previos al ingreso con fiebre de predominio nocturno, pérdida de peso no intencionada de 7 kg, adenopatías y dolor abdominal. Tres semanas después presentó dermatosis caracterizada por pápulas eritematosas en cara y tórax. Como parte del protocolo de estudio se realizó búsqueda intencionada de pro-

cesos infecciosos, neoplásicos e inflamatorios. Por estudios de gabinete se documentó hepatoesplenomegalia, adenopatías cervicales, axilares y mamarias. Ingresó con Hb 7.6 g/dl Leucocitos 21850/mm³ (9395 eosinófilos), plaquetas 397, VSG 111 mm/hr, PCR 2.58 mg/dl, BT 3.27mg/dl, BD 2.69 mg/dl, AST 30 U/L, ALT 58 U/L, FA 1068 U/L, DHL 231 U/L. Se realizó biopsia de linfadenopatía cervical y de lesiones cutáneas con RHP de ambos especímenes compatible con linfadenitis crónica granulomatosa (granulomas secos) y células gigantes multinucleadas de tipo Langhans con estructuras espongiiformes consistentes con infección micótica no determinada. Una revisión ulterior de las laminillas en piel permitió la visualización microscópica de formas levaduriformes en "timón de barco" por lo que se consideró el caso como una PCM y se otorgo tratamiento intrahospitalario a base de anfotericina B con respuesta clínica favorable. Actualmente continua en tratamiento con itraconazol a dosis de 200mg/día, con una resolución completa de todos los síntomas. **Discusión:** la micosis sistémicas son un reto diagnóstico ya que pueden mimetizar múltiples enfermedades. La endemia juega un papel importante en el abordaje diagnóstico. En un estudio mexicano publicado recientemente Veracruz es el estado que más casos a reportado y Chiapas ocupa el tercer lugar. Se cree que la incidencia

es mayor, sin embargo los datos exactos son desconocidos por subregistro.

Palabras clave: paracoccidiodomicosis, fiebre de origen desconocido, hepatoesplenomegalia, linfadenopatía generalizada.

0259 Uso racional de antimicrobianos en el servicio de Medicina Interna Hospital General de Culiacán

De La Torre Jesús Edgar

Hospital General de Culiacán

Objetivos: evaluar el uso de antimicrobianos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General de Culiacán Dr. Bernardo J Gastélum. **Material y métodos:** se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo, se analizaron 89 regímenes de antibióticos prescritos, durante los meses de mayo a septiembre de 2014, con base en la Guía de Sanford de Antibióticos, para evaluar los criterios de prescripción de antimicrobianos y se evaluó la solicitud de pruebas microbiológicas con base en la Directriz de Uso Racional de Antimicrobianos. Para las variables cuantitativas se calculó, como estadístico de tendencia central, la media y como medida de dispersión la desviación estándar. En el caso de variables cualitativas, se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de cada categoría. Se calcularon los intervalos de confianza al 95% para la media y para proporción. El análisis de los datos se realizó

con el programa estadístico Stata. v9. **Resultados:** se incluyeron en el estudio los regímenes de antibióticos de 40 pacientes mayores de 17 años. La media de edad de los pacientes fue de 55.2 ± 5.6 años, 25(63%) de los casos eran del sexo femenino. Las enfermedades infecciosas más prevalentes fueron: neumonía 15 (30%), infección del tracto urinario 12 (24%) y sepsis con 8 (16%). Se prescribieron 89 tratamientos antimicrobianos. Prescritos de manera empírica 71 (79%) y guiados por sensibilidad 18 (21%). Sólo 16 (20%) de los tratamientos empíricos eran adecuados. La tasa de inadecuado uso de los antibióticos fue alta.

Palabras clave: antibióticos, profilaxis, farmacoresistencia, cultivos, infección, sepsis.

0268 SIADH secundario a tuberculosis. reporte de un caso y revisión de literatura

Amaya Edna Lizeth, León Fausto Raymond, Quintero Jaime Antonio, Ramírez Clotilde Guadalupe, Medina Eloy

Hospital Ángeles del Carmen

Antecedentes: el síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIADH) causa más común de hiponatremia, que cursa con normovolemia, hipoosmolaridad plasmática, OsmU elevada (> 100 mosm/kg), natriuresis (> 40 mmol/l). La tuberculosis (TB) induce SIADH por diversos mecanismos como invasión local de glándulas adrenales, a hipotálamo y

glándula pituitaria o secreción ectópica por infección pulmonar. **Justificación:** la incidencia de SIADH en pacientes con TB es del 21.1%. Se trata de un diagnóstico por exclusión y la importancia de el diagnóstico radica en la resolución del mismo posterior al tratamiento.

Descripción: paciente femenino de 71 años de edad que inicia 5 días previos a su ingreso con estado confusional agudo, se solicitan exámenes paraclínicos encontrándose Sodio sérico de 114mEq/L, con 36 horas de estancia intrahospitalaria siendo egresada a domicilio con Sodio de 120 mEq/L, recayendo en sintomatología a las 24 horas. La paciente acude nuevamente a urgencias, reportándose sodio sérico de 114mEq/L, aceptando internamiento para continuar manejo. Se inicia nuevamente reposición de sodio, al mismo tiempo se buscan las causas del SIADH, mediante estudios de imagen se encontró granuloma caseificante en ápice izquierdo, engrosamiento pleural bilateral y PPD de 15 mm con toma de cultivos de expectoración, se inicia tratamiento con antituberculosos, mostrando normalización de los niveles de sodio posterior al inicio de tratamiento y 3 semanas después imágenes con evidencia de remisión.

Discusión: Con mecanismo poco conocido y presencia de hipoxia con producción ectópica de ADH como fenómeno paraneoplásico, otra por activación del Sistema Renina Angiotensina

con liberación de vasopresina y el involucro de receptores J y x-tacapilares como causantes de la secreción de ADH. El SIADH se asocia más a carcinoma de células pequeñas donde existen estudios de demostración *in vitro* de secreción ectópica por células tumorales, sin embargo se ha demostrado la misma producción en condiciones no neoplásicas infecciosas e inflamatorias como TB. **Conclusión:** SIADH es una complicación bien conocida de enfermedades infecciosas pulmonares como TB pulmonar donde se muestra marcada resistencia a la corrección de sodio hasta el inicio de tratamiento con antituberculosos.

Palabras clave: síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética, hiponatremia, natriuresis, hiperosmolaridad urinaria, tuberculosis.

0278 Efecto de la inhalación de cocaína sobre el estado de portador de *S. aureus* meticilino resistente en la población de un hospital de segundo nivel del norte de México

Pérez Eduardo¹, Leos Christian², Llamas Andrea¹, Becerra Amalia², Sánchez María Teresa¹, Cadena Arturo¹, Valdovinos Salvador¹

¹ Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina; ² Hospital Metropolitano Dr. Bernardo Sepúlveda

Introducción: *Staphylococcus aureus* es un patógeno importante en el ámbito hospitalario y extrahospitalario por sus im-

plicaciones sobre la salud y el aumento en su resistencia a antibióticos. Postulamos que el uso de cocaína inhalada representa un factor de riesgo para el desarrollo del estado de portador con *S. aureus* meticilino resistente (SAMR). **Metodología:** el estudio fue realizado con pacientes mayores de 18 años con antecedente de inhalación de cocaína. Los datos sobre los que se interrogó fueron: sexo, edad, estado civil, enfermedades crónico-degenerativas, orientación sexual, hacinamiento, tiempo de uso de cocaína y presencia de uso activo. Se excluyeron pacientes con uso reciente de antibióticos, hospitalización reciente, estancia intrahospitalaria actual mayor a 48 horas, uso de drogas intravenosas, estancia en centros penitenciarios, pacientes con cardiopatías, enfermedad renal crónica, VIH y diabetes. Con lo anterior se descartaron las causas asociadas con el estado de portador de *S. aureus*. Se realizó un cultivo nasal, faríngeo e inguinal en agar manitol-sal 4% y se caracterizaron las cepas aisladas. Aquellos identificados como *S. aureus* fueron sometidos a análisis de susceptibilidad a antibióticos por medio del sistema Vitek 2. Se realizó estadística descriptiva y cálculos del Chi cuadrado para el análisis de los datos. **Resultados:** se identificaron 26 pacientes con antecedente de uso de cocaína sin otros factores de riesgo para *S. aureus*. De los sujetos identificados 24

(92.3%) fueron hombres, con una media de edad de 31 años, solamente 7.7% tenían un nivel educativo superior al básico, y una media de 6 parejas sexuales. El 42% utilizaba cocaína en el momento del muestreo. Se aislaron cepas de *S. aureus* en el 31% de los pacientes, siendo el sitio más común donde se encontraba la bacteria en faringe. El 100% de las muestras fueron sensibles a meticilina, siendo solamente 25% de las muestras sensibles a penicilina. El 100% de las muestras fueron también sensibles a ciprofloxacino, clindamicina, eritromicina, gentamicina, linezolid, moxifloxacino, rifampicina, tetraciclina, tigeciclina, trimetoprim/sulfametoxazol, y vancomicina. **Conclusiones:** en el análisis multivariado ninguna de las características epidemiológicas evaluadas resultó significativa como factor de riesgo independiente para el desarrollo de estado de portador de SAMR. La inhalación de cocaína no resultó un factor de riesgo para el desarrollo de estado de portador de SAMR. **Palabras clave:** *Staphylococcus aureus*, *S. aureus*, meticilina, abuso de sustancias.

0279 Miopericarditis como complicación de infección por dengue: reporte de caso

Pérez Eduardo², Llamas Andrea², Suarez Alberto², Alvarado Alonso¹, Sánchez María Teresa², Meraz Manuel²

¹ Medicina Interna, Hospital ABC; ² Tecnológico de Monterrey, Escuela de Medicina

Introducción: presentamos un paciente con datos de dengue hemorrágico (DH) que desarrolló choque refractario al tratamiento. Presentó estudios electro y ecocardiográficos compatibles con miopericarditis y serología positiva para dengue; así como resolución completa y espontánea de la sintomatología.

Presentación del caso: se ingresa masculino de 24 años con F.C. 135 lpm, T.A. 50/30 mmHg y F.R. 30 rpm sin respuesta a la administración de líquidos. Presentó 5 días previos, dolor abdominal acompañado de hipertermia, mialgias, artralgias y cefalea. A su ingreso con extremidades frías, prolongación del tiempo de llenado capilar y se auscultó S3. Se solicitó EKG que mostró disminución del voltaje en todas las derivaciones; y radiografía de tórax sin anormalidades. Los laboratoriales mostraron hematocrito 44.6%, plaquetas 67 K/ μ L, CPK 1120 U/L, CPKMB 179 UI/L y Proteínas 1.9 mg/dl. Se inició norepinefrina con respuesta parcial. Ecocardiograma transtorácico mostró diámetros parietales normales, FEVI de 25% e hipocinesia severa generalizada. US de abdomen con líquido libre en cavidad. Se realiza intubación y se traslada a Cuidados Intensivos, iniciándose dobutamina. Se solicitó IgG e IgM para dengue que resultó positiva. Dos días posteriores se desteta vasopresor e inotrópico y se efectúa extubación exitosa, alcanzándose resolución completa de los síntomas al cuarto día.

Nuevo ecocardiograma muestra FEVI del 55%. **Discusión:** el dengue es una infección viral considerada endémica en más de 100 países. Actualmente son pocos los reportes de casos por compromiso cardíaco, siendo la mayoría alteraciones en el ritmo. El choque cardiogénico es una complicación excepcionalmente infrecuente. Nuestro paciente presentó compromiso cardíaco evidenciado por la elevación enzimática, la disfunción sistólica severa y la presencia de derrame pericárdico; así como la recuperación espontánea de la función ventricular. La serología positiva establece el diagnóstico probable de dengue con una sensibilidad del 90% y una especificidad del 98%. **Conclusiones:** conforme la infección por dengue adquiere proporciones globales, aparecen cada vez más presentaciones atípicas que pueden pasar desapercibidas. Es importante para el clínico reconocer que la miopericarditis con choque cardiogénico es una forma de presentación rara que requiere de un índice alto de sospecha e inicio de soporte hemodinámico adecuado para modificar el curso potencialmente fatal de la enfermedad.

Palabras clave: dengue, miopericarditis, hemorrágico.

0284 Absceso de psoas, como manifestación inicial de mal de Pott en un paciente con inmunocompromiso

Fonseca Gandhi Thomas¹, Arista Nayeli Xendali¹, Rojas María Isa-

bel¹, Tinoco Maritza¹, Reynaga Cristhian Daniel², Ramírez Leslye

¹ Hospital General Xoco, CDMX;

² Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: descripción de mal de Pott en un hombre con inmunocompromiso HIV negativo, enfermedad de inicio insidioso que retrasa su diagnóstico. *Mycobacterium tuberculosis* alcanza la columna por vía hematogena y linfática, causando destrucción vertebral, deformidad y lesión medular. Complicación presente en el 1% de pacientes con tuberculosis pulmonar. **Descripción**

del caso: varón 51 años, con artritis reumatoide desde hace 7 años, tratado con prednisona 10mg/día, sulfazalasa 1500mg/día, MTX 2.5mg/semana, come negado, sin enfermedades infectocontagiosas. Inicia con dolor toraco-lumbar de 2 meses de evolución, intensidad 9/10 urente y progresivo, sin acompañantes, 15 días previos a su ingreso refiere tos productiva, expectoración amarillenta, fiebre de 38.5°, intermitente y disnea: A su ingreso con signos vitales en rangos normales. Laboratorios iniciales: leucocitos 22.900, Hb 12 g/dL, plaquetas 640,000, electrolitos séricos, química sanguínea y funcionamiento hepático en rangos normales, ELISA para HIV negativo, la radiografía de columna mostro fractura de T6. Ingresos por probable NAC. Se realizan BAARes en expectoración negativos, TAC de columna y tórax; Reportan fractura en T6.

Evoluciona con disminución de fuerza muscular e hipoestesia en miembros inferiores, hasta paraplejia, la RMN contrastada de columna confirma fractura y compresión de T5 y T6, colapso de cuerpo vertebral del 90%, compresión medular, discitis y microabcesos en espacios intervertebrales T12 y L1, L2, absceso en psoas derecho. La muestra obtenida por punción del absceso guiado por tomografía reporto Zielh Nielsen y GeneXpert positivos, cultivo positivo para *M. tuberculosis*, inicia manejo con terapia antituberculosa, se programa para fijación interna de T6. **Conclusión:** la incidencia de mal de Pott en un paciente adulto e inmunocompromiso prolongado es baja, el absceso de psoas es infrecuente, con mortalidad de 18.9-44%. La tríada clásica fiebre, dolor abdominal-lumbar y limitación del movimiento aparecen en 35-87%. La evidencia radiológica de enfermedad pulmonar ocurre en el 30%. La región toracolumbar es la más afectada y en enfermedad avanzada existe destrucción ósea con salida de material caseoso hacia las partes blandas formando abscesos prevertebrales que involucran caudalmente a otros y si se extiende a región lumbar puede llegar a la vaina del psoas. En el 24% de los casos a pesar del tratamiento antifímico, es necesario el manejo quirúrgico. **Palabras clave:** enfermedad de Pott, tuberculosis, absceso del psoas.

0297 Osteoporosis grave con fracturas patológicas asociadas al uso de terapia antiretroviral

Soberanis Pamela Denisse, Valdés Luis Francisco, Flores Ilse Lucero, Sánchez Rebeca, Videgaray Fernando, Díaz Alejandro
Hospital Ángeles Lomas

Introducción: la osteoporosis es común en pacientes con VIH (3-4 veces más riesgo) y supone un riesgo mayor de fracturas. Después de haber iniciado antirretrovirales hay disminución de la densidad mineral ósea en 2-5%. La magnitud de la pérdida ósea se relaciona en parte con los medicamentos usados. El tenofovir es un inhibidor nucleósido de la transcriptasa reversa efectivo en disminuir la viremia de VIH y mejorar el conteo de CD4. Se recomienda actualmente como terapia inicial. Se ha asociado a disminución de la densidad ósea y aumento de los marcadores de metabolismo óseo y produce mayor pérdida ósea en comparación con otros antirretrovirales. Presentamos el caso clínico de un paciente VIH positivo que desarrolló fracturas patológicas importantes a nivel de fémur y peroné por osteoporosis. **Caso clínico:** masculino de 54 años de edad con antecedente de VIH desde 2007 en tratamiento con lopinavir, ritonavir, tenofovir y emtricitabina, con carga viral indetectable y CD4 398. Fue valorado en consulta externa por dolor en región proximal de miembros pélvicos, de inicio súbito, acompañado

de dolor en región lumbar con disminución de arcos de movilidad, de predominio matutino. Negó fiebre, rash, eritema o dolor articular periférico. Al examen físico se presentó dolor en articulaciones costocondrales y sacroiliacas, limitación a la movilidad de columna lumbar, Schober 10-14cm, marcha antálgica, sinovitis tobillos y entesitis aquileana bilateral. Se encontró con HLA B27 positivo. Se dio manejo por consulta externa con anti inflamatorios, sin embargo, persistió con dolor por lo que se ingresó para abordaje. Durante su estancia hospitalaria se evidenciaron fracturas subtrocantéricas a nivel de fémur bilateral y metafisis proximal de peroné. Se corroboró osteoporosis mediante densitometría ósea de columna y cadera. Se realizó reducción quirúrgica sin complicaciones y recibió tratamiento con teriparatide, vitamina D y calcio. Así mismo se reajustó esquema antirretroviral ahora con zidovudina, lamivudina, lopinavir y ritonavir. **Conclusión:** este trabajo muestra una complicación grave de un efecto adverso conocido, como es la pérdida de la densidad ósea. El paciente presenta múltiples factores de riesgo para desarrollar osteoporosis: el virus por sí mismo, antirretrovirales y la alteración del metabolismo de la vitamina D favorecen su desarrollo.

Palabras clave: osteoporosis grave, fracturas patológicas, antirretrovirales.

0301 Tuberculosis pericárdica complicada con taponamiento cardiaco como presentación infrecuente de tuberculosis extrapulmonar en paciente con VIH

Infante Héctor, Monera Fernando, González Jocelyn Raquel, Martínez Sergio, Rivera Cesar, Cortez Estrellita

Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez

La tuberculosis es una causa rara de pericarditis. Sin embargo, ésta es una importante condición a considerar en pacientes con infección por VIH. La pericarditis tuberculosa es una forma de tuberculosis extra-pulmonar que puede conducir a la muerte. La dificultad en su diagnóstico y las serias consecuencias de la infección no tratada hacen de esta condición un importante problema de salud. Masculino de 28 años de edad con diagnóstico de infección por virus de inmunodeficiencia humana desde hace 6 meses (CD4 41 células/mm³, carga viral 271 118 c/ml). Acude a nuestro hospital por cuadro de 2 meses caracterizado por fiebre de 39°C, diaforesis, astenia, y pérdida de peso de 18 kg. 5 días previos a su ingreso se agrega disnea medianos esfuerzos hasta pequeños esfuerzos motivo por el que acude a urgencias. A su ingreso se encuentra paciente con presión arterial 80/50 mmHg, frecuencia cardiaca 128, frecuencia respiratoria 38, temperatura 36.6°C, saturación de oxígeno

de 89%, consciente, orientado, cuello con ingurgitación yugular grado III, tórax con ruidos cardiacos rítmicos, aumentados en frecuencia, disminuidos en intensidad, Se realiza radiografía de tórax: silueta cardiaca aumentada (imagen en garrafa). Ingresa a Medicina Interna donde se realiza electrocardiograma: taquicardia sinusal, complejos con microvoltaje, t invertidas (datos de alternancia eléctrica): se solicita ecocardiograma reportando derrame pericárdico de 890 ml y colapso de cavidades derechas, con compromiso hemodinámico; se realiza pericardiocentesis, drenándose 740 ml de líquido hemático, con mejoría hemodinámica y estabilización de signos vitales. Reporte de citológico y citoquímico de líquido pericárdico: leucocitos 1680 mm³, linfocitos 96%, polimorfonucleares 4%, glucosa 31 mg/dL, proteínas 22 g/dL, tinción de Ziehl-Neelsen positiva, adenosindeaminasa elevada (59 U/ml). Se llega al diagnóstico de tuberculosis pericárdica y se inicia tratamiento con antituberculoso fase intensiva. Es dado de alta por mejoría. Actualmente continúa en seguimiento en la condesa y en la consulta externa de medicina interna. La importancia de este caso radica en que la tuberculosis pericárdica es una manifestación extrapulmonar rara, que coexiste solamente en el 1-2 % de los casos de tuberculosis. Motivo por el cual es imprescindible el diagnóstico

temprano y inicio de tratamiento antituberculoso.

Palabras clave: tuberculosis pericardica, VIH, taponamiento cardiaco.

0313 Tuberculosis: la gran simuladora

Méndez Eugenia, Cruz Rubén Alejandro, De los Santos Julio Alfonso

Hospital Juárez de México

Se trata de paciente masculino de 24 años de edad, sin antecedentes heredofamiliares de importancia. Antecedentes personales no patológicos de tabaquismo positivo, índice tabáquico de 2.2; resto negado. Preso en el penal de Chalco por 3 años, presentando múltiples infecciones de vías respiratorias altas, lo que le condicionó tos continua no productiva, pérdida de peso de alrededor de 5 kg; desconoce prácticas de riesgo durante su estancia. Egresado en 2014, desde entonces con tos no productiva, con múltiples tratamientos antitusígenos con mejoría parcial y cese temporal con recurrencia en los últimos dos años, así como pérdida de peso de 10 kilogramos los últimos dos meses. Antecedentes personales patológicos de Fractura de húmero derecho a los 10 años que requirió tratamiento quirúrgico, RAFI, resto negados. Inicia padecimiento actual el 23 de mayo de 2016, tras presentar cuadro diarreico, náusea y vómito, así como alzas térmicas no cuantificadas,

durante 2 días. Posteriormente se añade cefalea holocraneana de moderada intensidad que evoluciona a intensa en un lapso de horas, somnolencia, indiferente al medio, debilidad generalizada. Se realiza punción lumbar sugerente de infección bacteriana, tomografía de cráneo simple y contrastada: lesión hiperdensa circunscrita sobre ganglios de la base derechos, edema perilesional y realce en anillo. Se realiza diagnóstico de toxoplasmosis vs tuberculoma, se realizan prueba rápida de VIH, ELISA y Western blott, Gene Xpert en LCR, ADA todas negativas. Egresado el día 26 de junio con tratamiento antifímico. Posterior a su egreso presenta nuevamente deterioro neurológico, por lo cual reingresa. A su ingreso se realiza punción lumbar: Citoquímico LCR normal; Cultivo de LCR; PCR para TB; LCR; Panel viral todos negativos. Tomografía simple y contrastada, y resonancia magnética nuclear de cráneo sugerentes de tuberculoma. Durante estancia de inicia tratamiento antifímico DOTBAL; PPD no reactivo, broncoscopía con LBA: cultivo para bacterias, hongos, negativo, citopatológico presencia de células atípicas; dados nuevos resultados se lleva a cabo, tomando lesión cerebral como probable neoplasia primaria, biopsia meníngea normal. Se realiza nuevamente broncoscopía: datos citológicos asociados a la presencia de granulomas con presencia de *Mycobacterium* spp, GeneXpert

positivo. Con diagnóstico de tuberculosis pulmonar confirmada, probable tuberculoma, probable tuberculosis miliar, en espera de mielocultivo.

Palabras clave: tuberculosis, tuberculoma, neuroinfección.

0323 Múltiples tuberculomas pulmonares como imitadores de metástasis pulmonares en un paciente joven

Vásquez Enzo Christopher¹, Olvera Arturo¹, Venegas Ángel Verner¹, Leal Gustavo¹, García Abraham Edgar², Carrillo Ana Laura²

¹ Servicio de Medicina Interna; ² Servicio Admisión Continua
UMAE Dr. Antonio Fraga Mouret, CMN La Raza IMSS, Ciudad de México

Introducción: en el contexto de nódulos pulmonares múltiples, el origen metastásico suele sospecharse como primera causa. Las manifestaciones radiográficas pulmonares usuales de TB son infiltraciones en los segmentos posteriores y apicales del lóbulo superior, pero múltiples nódulos bilaterales son una presentación inusual. **Caso:** masculino de 36 años, sin factores de riesgo para tuberculosis que fue internado por tamponade cardíaco, por realizándole pericardiocentesis y se determinó etiología tuberculosa mediante resultado de ADA: 263 U/L, iniciando tratamiento con DOTBAL y esteroide. Un mes después presenta síncope en cinco ocasiones por lo que acude nuevamente a atención

médica encontrándose datos de choque postobstructivo y tamponade cardíaco corroborado por ecocardiograma, siendo manejado con líquidos, inotrópicos y pericardiocentesis de 1500 cc de líquido hemático, con patrón de exudado, con resultados ADA(-), PCR(-) BAAR(-). Se realizó pericardiectomía y en el postquirúrgico presenta fiebre, disnea y aumento en el requerimiento de oxígeno. En radiografía de tórax se observaron radiopacidades difusas e imagen de probable ensanchamiento mediastinal, por lo que se realizó TC de tórax simple y contrastada, evidenciándose lesiones nodulares múltiples circunscritas de localización difusa con predominio periférico de 2 a 3 cm y derrame pleural de 10%. Se realizan estudios para determinar origen neoplásico descartándose neoplasia germinal por HgGC (-), AFP (-) y USG, otros marcadores tumorales y rastreo tomográfico anodino. Los estudios para descartar etiología fúngica (galactomanano, cultivo de lavado bronquioalveolar y de biopsias) y enfermedades granulomatosas autoinmunes fueron igualmente negativos. Se realizó biopsia pulmonar incisional y excisional: reportando inflamación crónica granulomatosa. **Conclusión:** múltiples lesiones nodulares en los estudios de imagen sugieren en primera instancia etiología metastásica. Otras causas incluyen tumores benignos, granulomas inflamatorios (tuberculosis, nocardiosis e infecciones fúngicas)

o granulomas no infecciosos (sarcoidosis, nódulos reumatoideos, granulomatosis de Wegener). Los tuberculomas pulmonares, son lesiones ovales, usualmente < 3 cm, con bordes definidos. Las tinciones de esputo y el cultivo suelen ser negativos. Podemos concluir que cuando hay múltiples nódulos con márgenes bien definidos densos y homogéneos es necesario considerar el diagnóstico de tuberculosis pulmonar.

Palabras clave: nódulos pulmonares, tuberculosis, tuberculomas, granulomas, pericarditis, metástasis.

0334 Tuberculosis (TB) extrapulmonar en coexistencia con TB pulmonar activa. Presentación de dos casos

Orozco María Elena

Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General de Zona No. 83. Morelia, Michoacán

Introducción: en un 10-20% de los casos de TB existe afectación extrapulmonar como resultado de diseminación por contigüidad, hematógena o linfática del bacilo hacia otros órganos, siendo difícil su diagnóstico definitivo. **Descripción:** caso 1. Mujer 34 años, epiléptica, tratamiento irregular: valproato de magnesio, levetiracetam, fenobarbital. Acude por 15 días con astenia, adinamia, cefalea, convulsiones, disnea, tos y esputo, fiebre. EF: rigidez de nuca, hemiparesia derecha y afección de VI par craneal

izquierdo. Paraclínicos: linfopenia 0.20miles. Citoquímico LCR: glucosa 25mg/dl, proteínas 185mg/dl. TAC cráneo: atrofia cortico subcortical, ventriculomegalia leve y lesión hipodensa parietal izquierda. Tele tórax: normal. IDX: meningitis TB. Se inició cefotaxima-vancomicina sin mejoría agregándose afasia, se cambió a cefepime-vancomicina y por sospecha clínica y paraclínicos se inició esteroide y TAES. Reportes posteriores confirmaron TB meníngea y pulmonar: Baciloscopia: esputo (+), LCR (-). GENE XPERT MTB/RIF esputo: MTB detectado, resistencia RIF no detectado. Cultivo método PETROFF LCR: 1 colonia complejo *Mycobacterium tuberculosis*. TAC tórax: parénquima con infiltración en vidrio despulido y engrosamiento pleural derecho. RMN encéfalo con gadolínico: hiperintensidades en cortical lóbulo parietal y occipital izquierdo y frontal bilateral en T2. Zona de hipointensidad irregular en T1 e hiperintensidad en T2 en lóbulo temporal izquierdo. Hiperintensidades ovoideas en centros semiovais en FLAIR. No reforzamiento con gadolínico. Dilatación leve de astas frontales. Caso 2. Varón 31 años, carpintero, neumonía 7 meses antes. Acude por 8 días con dolor pleurítico izquierdo, tos y esputo, disnea, pérdida de peso. EF: síndrome de derrame pleural izquierdo 40%. Paraclínicos: monocitosis 1.05miles, trombocitosis 491miles. Tele de tórax: radiopacidad izquierda

40%. TAC tórax: derrame pleural izquierdo loculado. Requiere toracotomía y decorticación con toma de biopsia pleural y pulmonar, reportando: inflamación crónica granulomatosa asociada a BAAR Ziehl Neelsen positivos, tuberculoma pleuro-pulmonar. Baciloscopia: esputo (+). Se inició TAES. **Conclusión:** somos aún un país con TB y escasos recursos institucionales. Es preciso un alto índice de sospecha en pacientes con síntomas sugerentes con el fin de realizar diagnóstico e iniciar tratamiento oportuno tomando en cuenta que el tratamiento de estas formas de TB no difiere del tratamiento de las formas pulmonares.

Palabras clave: tuberculosis, extrapulmonar, coexistente, tuberculosis, pulmonar, casos.

0337 Neumonía adquirida en la comunidad como primera manifestación de absceso hepático

Ramírez María Leslye, Villanueva Jonathan, Aranda Izchel Donaji, García Iván Enrique, Sánchez Miriam Marcela, Huerta Saúl
Hospital General Ticomán

Objetivo: describir las características clínicas así como el abordaje diagnóstico del caso clínico de una paciente con absceso hepático amebiano. Femenino de 18 años. Estudiante. Sin antecedentes patológicos de importancia. Reciente viaje a Acapulco, en donde cursó con cuadro de diarrea aguda que se autolimita con tratamiento farmacológico no especificado.

Inicia padecimiento actual hace un mes al acudir a urgencias con cuadro de malestar general, anorexia y expectoración purulenta abundante, coloración café, espumosa y con fetidez importante; por lo que acude a servicio de urgencias, donde se diagnostica neumonía adquirida en la comunidad, se otorga tratamiento antibiótico en base a eritromicina y se decide envío a consulta externa de medicina interna. En la consulta paciente refiere persistir con malestar general, dolor abdominal epigástrico y tos purulenta, pérdida de peso de 10 kg en tres semanas y cuadros febriles de repetición. Exploración física con estertores subcrepitantes basales derechos e hipoventilación y dolor en hipocondrio y flanco derecho, hepatomegalia 1 cm debajo de reborde costal. Analítica: leucocitosis 19 000 y neutrofilia, glucosa 87, TGO 48, TGP 30, GGT 58, FA 132. Se observa en radiografía imagen de consolidación basal derecha con datos de tumoración ocupante. Se realiza tomografía de tórax contrastada en la cual se observa lesión tumoral en región basal derecha, derrame pleural derecho y solución de continuidad en diafragma y lesión hipodensa hepática, por lo que se realiza TAC abdominal contrastada en la que se observa lesión hipodensa en lóbulo hepático izquierdo, de 10.2 cm diámetro, bien delimitada que no realza a la aplicación de contraste en lóbulo hepático derecho. Se realizan anticuerpos

contra *E. histolytica* los cuales resultan positivos. Se inicia antibióticoterapia con metronidazol intravenoso por 14 días y se decide paciente es candidata a manejo quirúrgico percutáneo, el cual se logra satisfactoriamente. Entre el 10-20% de los pacientes con amebiasis presentan complicaciones relacionadas con la extensión a estructuras vecinas, su diagnóstico oportuno disminuye la morbimortalidad de los pacientes.

Palabras clave: absceso hepático, vomica, fiebre, pulmón, *Entamoeba histolytica*, amebiasis.

0342 Mucormicosis cutánea en paciente inmunocompetente: reporte de un caso

González Julio Cesar, Contreras Sarahi, Rodríguez Melissa Guadalupe, De la Torre Jesús Edgar, Dehesa Edgar, Zamora Román
Hospital Civil de Culiacán

Antecedentes: la zigomicosis, llamada también mucormicosis, es una enfermedad causada por un grupo de hongos oportunistas de la clase Zygomycetes, del orden mucoral. Estos microorganismos viven en el ambiente y penetran en el organismo por vía aérea, gastrointestinal o cutánea a través de soluciones de continuidad. Esta patología se presenta principalmente en pacientes inmunocomprometidos y alcanza una mortalidad entre un 50 y 70%. **Objetivo:** dar a conocer una patología asociada generalmente a pacientes

inmunocomprometidos y que presenta una alta mortalidad. **Informe de caso:** femenino de 17 años de edad sin antecedentes personales patológicos de importancia, que ingresa al servicio de urgencias tras sufrir accidente automovilístico. A su ingreso presenta TCE leve, neumotórax bilateral, choque hipovolémico grado II, y por datos de abdomen agudo se pasa a laparotomía exploradora; se encuentra lesión hepática grado III-IV en dos segmentos hepáticos. Aunado a estas complicaciones muestra lesiones dermoabrasivas sobre rostro, tórax posterior, abdomen con extensión xifopúbica, así como ambas extremidades inferiores (regiones de cuádriceps), la mayoría de las lesiones presentaban exposición de tejido celular subcutáneo y exposición de aponeurosis anterior. Durante su evolución la paciente presenta mejoría en su patología pulmonar y hepática. Sin embargo las heridas en piernas y abdomen progresan a lesiones necróticas aunado a un deterioro clínico. Se le efectuó aseo quirúrgico, así como examen directo en fresco que reportó elementos micóticos de tipo hifas no septadas compatibles con *Mucor*. Se inició tratamiento antifúngico y se dio dos aseos quirúrgicos más con pobre respuesta a estos. Falleciendo a los 20 días de su ingreso. **Discusión:** La mucormicosis es una infección oportunista grave, producida por un hongo saprofito aeróbico. Estos microorganismos

son comúnmente aislados de fuentes ambientales y rara vez producen infección en sujetos inmunocompetentes. Se reconocen dos formas de mucormicosis cutánea: primaria y secundaria. La forma cutánea primaria representa alrededor de 10% de los casos y en 70% de los casos existe el antecedente de una lesión cutánea previa como en nuestro caso. El tratamiento de esta patología se base desbridamiento quirúrgico y antifúngicos, sin embargo la mortalidad de esta patología a pesar del tratamiento adecuado es más del 50%.

Conclusiones: la mucormicosis cutánea es una entidad clínico-patológica poco frecuente.

Palabras clave: zigomicosis, mucormicosis cutánea, soluciones de continuidad, lesiones necróticas, examen directo, mortalidad.

0346 Conocimiento sobre mecanismos de transmisión sobre VIH en cuidadores primarios de pacientes con reciente diagnóstico
Mandujano Ilse Irene, Galarza Dionicio Ángel, Camacho Adrián
 Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González UANL

Introducción: el conocimiento sobre el VIH es esencial a la hora de protegerse frente al mismo. Existen herramientas para medir el conocimiento en VIH.

Material y métodos: Diseño de estudio: Estudio transversal, descriptivo, analítico. **Población:** cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico inicial de VIH durante su hospitaliza-

ción Criterios de inclusión: ser cuidador primario de pacientes con diagnóstico inicial de VIH, que el paciente y el cuidador primario den su consentimiento verbal para participar. Leer y escribir idioma español Criterios de Exclusión Incapacidad para comunicarse, Cuidadores primarios de pacientes con diagnóstico antiguo de VIH. Se aplicará un cuestionario validado en una población de clase económica baja, legible para edad escolar de primaria a los cuidadores primarios. El cuestionario consta de 45 reactivos que evalúan conocimiento sobre VIH y las respuestas consisten en Si, No, No sé. **Resultados:** se aplicó el cuestionario a 40 cuidadores de pacientes durante su hospitalización en la sala de Medicina Interna. Se exponen algunos reactivos con las respuestas obtenidas. El VIH y SIDA son lo mismo: el 53% respondió no, 35% si y 12% no sé Las picaduras con mosquitos son fuente de contagio del VIH: 65% respondió no, 23% que sí y el 12% no sé. El uso del condón disminuye el riesgo del contagio con el virus del VIH: 78% respondió sí, 15% respondió no y 7% no sé. Una persona puede infectarse con VIH compartiendo una piscina con una persona infectada con el VIH: 58% respondió no, 33% respondió no sé y 9% sí El toser o estornudar facilita el contagio de VIH: 40% respondió no, 40% respondió sí y 20% no sé. Una persona puede contagiarse con el VIH con una sola relación

sexual sin protección: 68% respondió sí 32% respondió no, y 0% no sé. Una persona puede contagiarse del VIH al compartir un vaso de agua con alguien enfermo con el VIH: 75% respondió que no, 25% respondió no sé, 0% respondió sí. **Conclusiones:** los pacientes con VIH necesitan la ayuda de un cuidador que es supervisor y proporciona un cuidado activo, apoya, participa en la toma de decisiones. Se requiere que el cuidador cuente con conocimiento, y las habilidades para llevar su función a cabo. Este cuestionario demuestra que existen déficits de conocimiento en los mecanismos de transmisión del VIH en los cuidadores de estos pacientes.

Palabras clave: VIH, conocimiento, cuidador, transmisión.

0358 Neumocistosis complicada con neumotórax: reporte de un caso y correlación clínico-radiográfica

Grajales Alfonso, Martínez Carlos, Martínez José Enrique, Mayoral José Manuel, Montaña Nalleli Orquídea
 Centro Médico ISSEMYM Ecatepec

Antecedentes: la neumocistosis es una infección oportunista causada en el humano por *Pneumocystis jirovecii* (PJ), un microorganismo micótico atípico considerado uno de los principales patógenos oportunistas en pacientes con VIH. Es la infección pulmonar más

frecuente en pacientes con SIDA. Radiológicamente se manifiesta por infiltrados pulmonares intersticiales y/o alveolares bilaterales; sin embargo, la frecuencia de alteraciones radiológicas atípicas es elevada. **Descripción del caso:** paciente masculino de 23 años, estudiante, COMBE negativo, tabaquismo pasivo. Inicio de vida sexual a los 20 años, 3 parejas homosexuales, niega uso de drogas. Ingresó por padecimiento de 30 días de evolución, caracterizado por ataque al estado general, disnea progresiva que evolucionó hasta ser de pequeños esfuerzos, acompañado de tos no productiva, en accesos, disneizante, no cianozante y fiebre. Al examen físico con presencia de taquicardia, taquipnea y desaturación (SatO₂ 82%). En la exploración dirigida tórax normolíneo con presencia de enfisema subcutáneo en hemitórax izquierdo y cuello, uso de músculos accesorios de la respiración, campos pulmonares con estertores subcrepitantes generalizados, murmullo vesicular con intensidad disminuida en hemitórax izquierdo. El paciente manifestó neumotórax izquierdo no asociado con traumatismo o esfuerzo físico, por lo que se manejó en conjunto con el servicio de cirugía cardiorácica de la institución dando manejo conservador con altos flujos de oxígeno, antirretrovirales y TMP-SMX; evolucionando de manera favorable y siendo egresado a los 21 días de hospitalización. **Conclusiones:** presentamos el caso

de un paciente con infección por VIH no conocida previamente, debutando con cuadro de neumocistosis, que durante su evolución presentó neumotórax, neumomediastino y enfisema subcutáneo, siendo tratado con manejo conservador. El mecanismo que origina el neumotórax en la infección por PJ no es claro, y parece relacionado con un efecto valvular en la vía aérea periférica, como consecuencia de necrosis parenquimatosa o formación de neumatoceles. Así mismo, tampoco es claro cuál es el tratamiento de elección, ya que puede variar desde la simple observación hasta el tratamiento quirúrgico. En los pacientes con infección por VIH la ocurrencia del neumotórax es infrecuente, aunque se ha observado un incremento los últimos años, teniendo una relación inversamente proporcional al número de linfocitos CD4.

Palabras clave: virus de inmunodeficiencia humana, SIDA, neumocistosis, *Pneumocystis jirovecii*, neumotórax, neumatoceles.

0361 Infección por VIH avirémica: pacientes “controladores de élite”

Martínez Carlos, Grajales Alfonso, Martínez José Enrique, Martínez Karen, Gámez Arturo, Acosta Nayeli

Centro Médico ISSEMYM Ecatepec

Antecedentes: La aparición de la terapia antirretroviral de gran ac-

tividad (TARGA) ha modificado la historia natural de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se han realizado estudios de cohortes de personas con infección en tiempos anteriores a la TARGA, donde se pudo observar que el tiempo en desarrollar SIDA era en promedio 10 años. Pero también se encontró que había un grupo reducido de pacientes (5%), que permanecen asintomáticos y con recuentos de linfocitos CD4 estables durante más de 10 años de observación, denominados “progresores lentos” o “no progresores”. Se ha relacionado la delección del gen CCR5 es más frecuente en pacientes no progresores. De manera sorprendente, aproximadamente un 0,3% de los pacientes con infección mantiene un estado avirémico o con carga viral inferior a 50 copias/ml en ausencia de tratamiento, con infecciones documentadas de más de 12 años de evolución. Estos pacientes, denominados “controladores de élite” o “avirémicos”, constituyen un subgrupo de gran interés. **Descripción del caso:** se trata de una mujer de 70 años, con antecedentes de hipertensión arterial, Bloqueo AV de 3 grado con colocación de marcapasos. Cuenta con pareja varón seropositivo con diagnóstico en el 2006, por lo que se realiza pruebas anuales siendo reactiva en el 2009, por lo que se realiza nueva prueba por método de ELISA en 3 meses con resultado reactivo y estudio

confirmatorio de Western Blot. La paciente se encuentra asintomática desde el diagnóstico, se realiza carga viral por método Abbott real time HIV-1 encontrando: 40 copias/ml, linfocitos totales 1806/ml, CD4 564/ml, CD8 715/ml, cociente 0.78. En posteriores controles realizados semestralmente, con carga viral indetectable y en algunos casos < 50 copias/ml, sin terapia antirretroviral y libre de síntomas. La paciente cuenta con infección por VIH desde hace 7 años con respuesta viral < 50 copias/ml, nunca ha recibido tratamiento antirretroviral. **Conclusiones:** Se ha observado que el desarrollo de la enfermedad no se produce en un grupo reducido de pacientes, denominados "progresores lentos", los cuales permanecen asintomáticos y con recuentos de linfocitos CD4 estables durante más de 10 años. Diversos factores dependientes del virus y del huésped pueden contribuir al mantenimiento de una respuesta inmunitaria protectora; lo cual los ha hecho un grupo de gran interés por las implicaciones terapéuticas en un futuro. **Palabras clave:** virus de la inmunodeficiencia humana, SIDA, progresores lentos, controladores de élite, avirémicos, CCR5.

0369 Síndrome inflamatorio de reconstitución inmune asociado a criptococosis: presentación de un caso

Quintal Ismael Antonio, Malagón José, Barqueño Virgen

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: el síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (IRIS) asociado a criptococosis es una respuesta inflamatoria patológica en presencia de antígeno criptocócico, desencadenada por restauración inmune en pacientes con VIH/SIDA; tiene una mortalidad asociada del 36-50% sin tratamiento. **Descripción del caso:** hombre de 29 años de edad con diagnóstico de infección por VIH-1 en el escrutinio de lesiones tipo pápulas generalizadas y sospecha de molusco contagioso. Se inició tratamiento antirretroviral con emtricitabina/tenofovir/efavirenz teniendo carga viral de 800,000 copias/mm³ y CD4 de 97 cel/mm³. Al mes presentó diseminación de pápulas y cefalea intensa, con evidencia de CD4 de 338 cel/mm³ y carga viral indetectable. En el abordaje diagnóstico concluyendo criptococosis diseminada con afección dérmica y sistema nervioso central (SNC) respuesta clínica adecuada con anfotericina y fluconazol en fase de inducción, continuando con fluconazol a dosis de consolidación. Al mes se presentó con coriorretinitis, neumonitis, afección cutánea, ósea y de SNC; en el abordaje diagnóstico positivo para antígeno criptocócico sérico, tinta China y cultivo negativo en líquido cefaloraquídeo para criptococo; y con negatividad por cultivo y pruebas serológicas para mi-

croorganismos oportunistas; se instauró tratamiento antifúngico en fase de inducción, persistiendo con manifestaciones clínicas en SNC y elevados niveles de VSG/PCR; se administró prednisona (1mg/Kg/día por 6 semanas) presentando respuesta clínica favorable en la primera semana.

Conclusiones: el IRIS asociado a criptococosis es un diagnóstico de exclusión, con factores de riesgo implicados: el conteo CD4 basal bajo y restauración inmune rápida al tratamiento antirretroviral. El diagnóstico temprano y tratamiento oportuno disminuye la morbilidad y mortalidad asociada a criptococosis y VIH.

Palabras clave: síndrome inflamatorio de reconstitución inmune, criptococosis, virus de inmunodeficiencia humana tipo 1, diagnóstico de exclusión, cultivos negativos para criptococo, morbi-mortalidad.

0377 Coinfección por citomegalovirus, *Mycobacterium avium* complex, *Salmonella typhimurium* en paciente con VIH.

Reporte de un caso

Reynaga Cristhian Daniel, Tinoco Maritza, Hernández Genaro, Fonseca Gandhi Thomas
Hospital General Ticomán

Introducción: la diarrea es una presentación común en pacientes con infección por VIH. La frecuencia de la diarrea varía de 30 a 80% habiéndose encontrado causas infecciosas en 30% de los pacientes, dependiendo de la intensidad de la búsqueda

con los diferentes métodos de estudio y las características de los pacientes. **Presentación del caso clínico:** mujer de 32 años de edad originaria de Cd de México, enfermera, habita en medio urbano, viajes recientes: negado. Combe positivo, IVSA a los 16 años, PS 2, sin uso de protección, negó ETS, tabaquismo y toxicomanías negadas. Inicio desde un año y medio con pérdida de 10 kg, seis meses antes de su ingreso se agregó fiebre de predominio nocturno, diaforesis nocturna y además se agregaron evacuaciones diarreicas intermitentes EF: TA 110/70 FC 70 FR 20 T 36.5 palidez de tegumentos, cuello sin adenomegalias, precordio rítmico, tórax no integra síndrome pleuropulmonar, abdomen con hepatomegalia y esplenomegalia 3 cm por debajo de reborde costal, hueco axilar derecho con adenopatía axilar. Laboratorios: Leu 992 /uL, Neu 895 /uL, linf 63 /uL, Hb 5.96 g/dl, VC 82.8 fL, HVM 27.4 pg, PLT 42,700 /uL, Glu 82 mg/dl, Cr 0.68 mg/dl, ALT 153 U/L, AST 314 U/L, BT 2.45 mg/dl, BD 1.72 mg/dl, FA 838 U/L, DHL 686 UI, GGT 509 U/L, Alb 2.0 mg/dl, Na 137 mEq/L, K 3.83 mEq/L, Cl 109 mEq/L. TORCH: Memoria inmunológica para CMV. Anti VHC, VHB AgS, VHB core total: no reactivos. Carga viral para VIH 1,620,000 copias, CD4: 5 células. TAC toracoabdominal: Zonas de consolidación pulmonar de predominio apical derecho así como patrón en vidrio despulido, Hepatoes-

plenomegalia, adenopatías peritoneales, axilares y cervicales. Mielocultivo y hemocultivo positivo para micobacterias a los 10 días, para lo cual inicio tratamiento con rifampicina + etambutol + claritromicina. A las dos semanas con carga viral para CMV 75,100 copias por lo que inicio valganciclovir. Inicio tratamiento TARV, posteriormente presenta fiebre con hemocultivos con crecimiento de *Salmonella typhimurium*. Se egresó con rifampicina + etambutol + claritromicina, ciprofloxacino, TARV. **Conclusión:** en pacientes con CD4 menor de 100, la posibilidad de CMV y MAC va hacer mayor, el aspecto más importante en el manejo de la diarrea es la hidratación, iniciar manejo de acuerdo al cultivo establecido, otro aspecto importante en el manejo es la terapia antirretroviral, lo cual va a tener un impacto en la presentación y evolución de las infecciones oportunistas. **Palabras clave:** coinfección, citomegalovirus, *Mycobacterium avium* complex, *Salmonella typhimurium*, VIH, síndrome diarreico.

0392 Neumonía asociada a infección por virus chikunguña: reporte de caso

Gopar Rodrigo¹, Pliego Carlos Lenin¹, Estrada Luis Adrián², Chávez Nancy Libertad¹, González María Elisa³, García Roberto de Jesús¹, Peña Martín¹

¹ Hospital Regional Licenciado Adolfo López Mateos, ISSSTE; ² Centro Médico Nacional 20 de

Noviembre, ISSSTE; ³ Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán.

El primer caso de infección por virus chikunguña (CHIKV) en México ocurrió en Jalisco en mayo de 2014 y se ha ido disseminando a lo largo de nuestro país por lo que hoy en día se considera una infección emergente transmitida por vectores. Se caracteriza por fiebre de inicio abrupto, astenia intensa, artralgias múltiples, simétricas, bilaterales y debilitantes de predominio en brazos y piernas, mialgias, cefalea y rash maculopapular. Se trata de una mujer originaria del estado de Guerrero quien inició en septiembre de 2015 con cefalea holocraneana de intensidad 8/10 en la escala visual análoga (EVA) de carácter pulsátil, fiebre cuantificada en 39°C sin un patrón de aparición específico, escalofríos, dolor localizado en articulaciones interfalángicas proximales de manos y rodillas, así como dolor en región lumbar, el cual ocasionó incapacidad para realizar actividades de la vida diaria, a la vez se agregó taquipnea, disnea de medianos esfuerzos la cual evolucionó hacia pequeños esfuerzos y tos. En lo respiratorio, saturó al 94% por oximetría de pulso, campos pulmonares con estertores crepitantes en ambas regiones subescapulares. La tomografía axial computada mostró patrón de árbol en gemación, vidrio deslustrado subpleural y bronquiolectasias

en ambas bases pulmonares. Se realizaron cultivos bacterianos los cuales fueron negativos y ante la sospecha epidemiológica se solicitó serología para virus chikunguña (anticuerpos IgM por ELISA) la cual resultó positiva. Se dio tratamiento sintomático, rehabilitación pulmonar y micronebulizaciones con lo que mejoró la sintomatología. A nivel mundial, el número total de casos de neumonía debida a este virus ha sido de 102 con un porcentaje de 17% entre un total de 610 presentaciones atípicas y de éstos, únicamente 2 fallecieron por dicha causa. La enfermedad por CHIKV ha adquirido una gran relevancia debido a que ha demostrado una rápida velocidad de transmisión además de que cuenta con propagación en todos los continentes y sobre todo porque la mortalidad en los distintos brotes que se han reportado ha sido muy elevada. En México se está actuando por medio de la difusión de información para poder evitar, en primer lugar la infección aguda, que en casos extremos puede llevar a la muerte, y en segundo las complicaciones crónicas.

Palabras clave: neumonía, virus Chikungunya, epidemiología, México, infecciones por alphavirus.

0401 Absceso frío tuberculoso asociado con enfermedad de Pott

Jiménez Diego, Niño Sandra Kira, López Alin Cristela, Delon Nahima, Fernández Joaquín, Contreras Candido

Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio

Introducción: la tuberculosis es una entidad que aún con los avances médicos y los tratamientos antituberculosis ha tenido un aumento en el número de casos y de sus complicaciones debido al advenimiento del síndrome de inmunodeficiencia humana. La afección osteoarticular representa del 1 al 3% de casos de tuberculosis. De estos, la enfermedad de Pott representa hasta el 50%. El absceso frío tuberculoso como complicación de la enfermedad de Pott es una entidad rara de la que existen pocos reportes en la literatura.

Descripción del caso: hombre de 45 años con diagnóstico de infección por VIH en tratamiento antirretroviral y tuberculosis ganglionar que había sido tratada por un año. Sintomatología de 3 de evolución con aumento progresivo de volumen en fosa iliaca e inguinal derecha, acompañado de eritema, elevaciones térmicas no cuantificadas de predominio vespertino y dolor. Por ultrasonografía se reportó colección intraabdominal localizada en corredora parietocolica derecha que se extendía hacia fosa iliaca con disección de planos musculares de aproximadamente 600 cc. Evolución: fue intervenido por radiología intervencionista, con abordaje inguinal y colocación de catéter de drenaje, encontrando material purulento. El estudio del líquido drenado fue reportado por PCR

como positivo a *Mycobacterium tuberculosis*. En los estudios de imagen se reportaron múltiples lesiones en cuerpos vertebrales, de mayor tamaño en L1 y L2, compatibles con enfermedad de Pott. El absceso abarcaba desde el origen del musculo psoas, corriendo por todo su trayecto hasta la región inguinal. Se decidió dar retratamiento primario por 8 meses y se concluyó el tratamiento. Actualmente con carga viral indetectable y CD4 de 361 cel. **Conclusión:** Es importante conocer que la asociación con infección por VIH ha cambiado la incidencia y gravedad de la tuberculosis extrapulmonar y dentro de ella, la tuberculosis osteoarticular. Es necesario efectuar un diagnóstico temprano para evitar complicaciones que requieran manejo quirúrgico y recordar que el tratamiento médico permite la curación de la tuberculosis vertebral.

Palabras clave: absceso frío, tuberculosis, mal de Pott, VIH.

0405 R. ornithinolytica nuevo género de Klebsiella en pie diabético

López Karla America¹, Quintero Jaime Antonio², Ramírez Clotilde Guadalupe²

¹ Hospital Civil Fray Antonio Alcalde; ² Hospital Ángeles del Carmen

Objetivo: presentar un caso atípico de afección por *R. ornithinolytica*. Grado 3 (clasificación de Wagner). **Materiales y métodos:** masculino 41 años, diabético 8

años de evolución, con fractura de tibia y peroné derecho en 2012 tratada con osteosíntesis en mayo 2012, reintervenido en Octubre 2014 secundario a rechazo de material de osteosíntesis e infección, amputación de 5to orjejo de pie izquierdo por necrobiosis diabética hace 5 años. Ingres a con edema de pie izquierdo en tercio distal y lateral con eritema, hipertermia y zona fluctuante, drenando material seroso fétido. Pierna derecha con lesión profunda, expuesta con material purulento amarillo verdoso, limitación a deambulación. Leu 20.13, bandas 3, Hb 10.96, hto 35.10, Pla 795, Neu 83.90, Linf 8.90, con IFG 110.4, con cultivo de secreción de ambos pies *S. Aureus*, con manejo inicial meropenem, vancomicina, enoxaparina, paracetamol / tramadol. A las 2 semanas presenta Leu: 6.32, PCT < 0.020, Pla 808, bandas 0. Debido a la persistencia de fiebre, edema en extremidad inferior derecha, fistula y limitación funcional en la herida quirúrgica por osteosíntesis previa con ligero dolor a la palpación se reingresa para exploración quirúrgica y cierre con colgajo y tratamiento de fistula cutánea con hallazgos de hueso normal, tomándose cultivos de ambas heridas reportándose pie derecho con *S. aureus* y pie izquierdo, con *S. marcescens* y *Raoultella ornithinolytica* sensibles a B-lactámicos, carbapenémicos, fluoroquinolonas, con cambio de antibiótico a ciprofloxacino

500mg por 10 días + ertapenem 1gr qd. **Resultados:** al segundo día de tratamiento hemocultivos negativos, y en su séptimo día de ElH, Leuc 4.82, Pla 750, Hb 9.43, Hto: 28.78, Glucosa 113.3, Urea 21.4, Cr: 0.62; evolucionando asintomático, con fistula en remisión y sin material fétido por lo que se decide su alta con PCT 0.15 Y PCR 15. **Conclusiones:** *R. ornithinolytica* es una bacteria *Klebsiella* que expresa la histidina descarboxilasa, que permite toxicidad y liberación de histamina que da lugar a la expresión de citoquinas y responde a aminoglucósidos, cefepima, carbapenem, trimetoprim-sulfametoxazol. Estableciendo tratamiento posterior a cultivo. Pocas veces causa infecciones humanas. Sólo hay quince casos de infección humana reportados en la literatura entre ellos fiebre entérica, exantema maculopapular, IVU en neonatos, fascitis necrotizante, asociado a heterotaxia visceral e intoxicación por pescado contaminado.

Palabras clave: *Raoultella ornithinolytica*, pie diabético, diabetes mellitus, fascitis necrotizante.

0406 Tamponade cardiaco asociado a *Staphylococcus warneri*
Arriaga Anabel, Reyes Araceli, Maldonado Amelia Elizabeth, Lara Ángel Admin, Estrada Emilio
Centro Médico ISSEMYM

Introducción: el tamponade cardiaco de etiología bacteriana

es una importante causa de morbilidad y mortalidad. *Staphylococcus epidermidis* es el agente más frecuente y *S. warneri* el causante solo en 3% de los casos. Se trata de paciente femenino de 49 años de edad con antecedentes heredofamiliares de diabetes mellitus tipo 2 y cáncer cervicouterino. Antecedente patológico de hipotiroidismo secundario a hemitiroidectomía derecha por nódulo hace 13 años e hiperplasia linfocítica folicular de nasofaringe. Inicia padecimiento 8 días previos a su ingreso con disnea progresiva hasta ser de reposo por lo que acudió a urgencias encontrándose afebril, con ingurgitación yugular, nódulo tiroideo izquierdo, disminución de los ruidos cardiacos, derrame pleural bilateral y edema de miembros pélvicos ingresando al servicio de Medicina Interna con diagnóstico de Falla cardiaca descompensada, desarrolló inestabilidad hemodinámica por lo que se realizó Ecocardiograma con derrame pericárdico moderado, colapso sistólico de la aurícula derecha, disfunción sistólica del ventrículo derecho, FEVI 60% y movimiento paradójico del septum compatible con tamponade cardiaco. Se realizó pericardiectomía drenando líquido seropurulento y con hallazgo incidental de quiste mediastinal posteriormente puncionado por radiología intervencionista. Como estudios de extensión en busca de la etiología del derrame pericárdico se realizó PPD, PCR y cultivo para tuber-

culosis con resultado negativo, citopatológico con pericarditis aguda y crónica negativo a malignidad, cultivo positivo para *Staphylococcus warneri* con antibiograma sensible a quinolona con la cual se dio tratamiento por 14 días. Ecocardiograma de control con derrame pericárdico residual escaso sin compromiso hemodinámico. Resultados de quiste mediastinal con infiltrado inflamatorio de polimorfonucleares, cultivo negativo. Se realizó biopsia por aspiración de nódulo tiroideo con patrón folicular. Evolucionó hacia mejoría y se egresó a domicilio. Diez días después reingresa por disnea, radiográficamente con atelectasia basal izquierda, en estudio de fluoroscopia con parálisis diafrágica, se realizó lavado bronquioalveolar por broncoscopia con lo que remitió el padecimiento.

Conclusión: el tamponade cardiaco es una condición que pone en peligro la vida del paciente, la etiología infecciosa es poco común, su diagnóstico temprano es muy importante ya que el tratamiento antibiótico impacta en la supervivencia del paciente

Palabras clave: tamponade, cardiaco, sepsis, *S. warneri*, pericardiectomía, disnea.

0434 Estudio de paciente con ascitis de origen indeterminado y presencia de PET-CT con lesiones hipermetabólicas. A propósito de un caso

Sandoval María Graciela, Hernández Graciela
Hospital Juárez de México

Introducción: la ascitis puede presentarse en una gran variedad de enfermedades, etiologías como malignidad y tuberculosis representan el 10% y 8% de los casos respectivamente. Por lo que es de importancia el abordaje adecuado del paciente con ascitis. **Caso clínico:** reporta el caso de un paciente masculino de 23 años, sin antecedentes de importancia con ascitis progresiva de 5 meses de evolución, dolor abdominal inespecífico y evacuaciones diarreicas, sin sintomatología pulmonar, fiebre, diaforesis y pérdida de peso. Ultrasonido abdominal con ascitis y esplenomegalia, panel viral negativo, con PET-CT con 18 F-FDG que mostro actividad hipermetabólica de origen a determinar en nódulos en cisura mayor y lóbulo superior de pulmón derecho, adenopatías mediastinales, implantes en peritoneo y ascitis, paracentesis con aumento de la celularidad y predominio linfocítico, citopatológico no concluyente, por lo que se inicio estudio en busca de malignidad. Biopsia de lesiones pleurales con inflamación crónica granulomatosa no caseificante, con células gigantes tipo Langhans compatible con tuberculosis pulmonar. Cultivo de liquido peritoneal positivos para *M. tuberculosis*. **Conclusiones:** dentro del estudio del paciente con ascitis el análisis microscópico y la determinación de marcadores como proteínas, DHL, albumina y glucosa son importantes para el diagnós-

tico etiológico. El PET-CT con 18F-FDG se ha utilizado ampliamente para la diferenciación de las lesiones malignas de las benignas. Sin embargo, 18F-FDG también se acumula en las células inflamatorias como neutrófilos, macrófagos activados y linfocitos en el sitio de inflamación o infección por lo que puede haber falsos negativos en pacientes con tuberculosis y causar confusión con etiología maligna. La presencia de falsos positivos, es decir, el incremento de la captación de 18 F-FDG simulando origen maligno, se puede ver en sitios de infección, inflamación, y enfermedades granulomatosas como tuberculosis peritoneal. De acuerdo a lo anterior los niveles SUV max de nuestro paciente fueron altas por lo que aumentaba la sospecha de etiología maligna, sin embargo mediante la biopsia de la lesión pulmonar se encontró el diagnóstico de tuberculosis.

Palabras clave: tuberculosis, PET-CT, ascitis.

0437 Aspergilosis pulmonar invasora en paciente con leucemia linfoblástica aguda tipo B reporte de caso

Hernández Adrián, Santillán Wendy Josefina, Paz Alan, Sánchez Eduardo, Segura Patricia, Terán José Oscar
Hospital Central Norte Petróleos Mexicanos

Introducción: la aspergilosis pulmonar invasiva es una infección en personas inmu-

nocomprometidas asociado a neutropenia prolongada, como VIH e inmunodeficiencia hereditaria, padecimientos hematológicos y trasplantes. La aspergilosis broncopulmonar alérgica (ABPA), la sinusitis alérgica y la infección saprofita son causas de morbilidad, siendo rara vez mortales. Sin embargo la aspergilosis pulmonar invasiva suele ser mortal en un gran porcentaje de los casos. **Caso clínico:** hombre de 78 años de edad diabético con Leucemia linfoblástica aguda tipo B. Inicia ciclo subsecuente de quimioterapia con asparaginasa, suspensión por presencia de colestasis hepática e infección concomitante por *Pseudomonas aeruginosa* en catéter puerto. Dos días posteriores se presenta con astenia y adinamia, asociado a accesos de tos productiva de predominio nocturno con esputo blanquecino. Exploración física con estertores medios y bibasales bilaterales. Leucocitos 8,300 neutrófilos 7,900 linfocitos 300 hemoglobina 8.3gr/dl plaquetas 41,000 glucosa 190mg/dl, función renal normal, TGO: 44 TGP: 66 DHL: 549 FA: 278 bilirrubina total: 2.3 bilirrubina directa 1.78, electrolitos séricos normales, tiempos coagulación normales. TAC de tórax con cuatro imágenes redondeadas bien definidas sobre periferia de ambos lóbulos superiores la mayor de 30.5mm x 28.6mm compatibles con cavitaciones y reacción inflamatoria central, con infiltrados pericavitarios. Cultivo de expectoración

con *Aspergillus terreus*. Antígeno galactomanano de *Aspergillus* sérico de 4.6, Antígeno galactomanano en lavado bronquial con 7.81. Se inicia tratamiento con voriconazol con respuesta inicial favorable, sin embargo con desenlace fatal por deterioro en sus condiciones generales. **Conclusión:** la aspergilosis invasora ha incrementado en los últimos años paralelos a la sobrevida de pacientes inmunocomprometidos. En nuestro paciente con leucemia linfocítica en quimioterapia, tras síntomas respiratorios y hallazgos radiológicos, se sospecho en esta patología, solicitándose estudios dirigidos donde se aisló *A. terreus*. La detección precoz aunada al manejo antimicótico mejora el pronóstico de estos pacientes, sin embargo, conlleva un alto riesgo de mortalidad como en este caso.

Palabras clave: aspergilosis invasora, galactomanano, *Aspergillus*, leucemia linfoblástica aguda, inmunocomprometido.

0444 Valor pronóstico de los niveles séricos de DHL para predecir mortalidad temprana en pacientes portadores de influenza H1N1

Ramos Christian¹, García Adriana², Rosas Margarita², Salcedo Mario², Galván Francisco²

¹ Hospital General de México; ² Hospital General de Cuautitlán

Diseño del estudio: estudio de casos y controles anidado en una cohorte en pacientes con-

firmados con neumonía H1N1 posterior a la pandemia del 2009 y se compararon con pacientes portadores de neumonía bacteriana atendidos en el Hospital General de Cuautitlán del Instituto de Salud del Estado de México desde diciembre del 2013 a julio del 2014. Todos los casos de sospecha a su ingreso recibieron terapia con inhibidores de neuroaminidasa. Clasificación de la severidad. Para la identificación de la severidad se utilizó el PSI score (referencia) estratificando a todos los pacientes en 4 grupos.

Resultados: de los 73 casos, 31 pacientes cumplieron con criterios de inclusión. Todos los casos fueron registrados entre diciembre del 2013 a Julio del 2014. La media de edad para toda la cohorte fue de 38 años (rango 16-62 años), predominando el género masculino (61.3%, n=19). Del total de los 31 casos, el 45.2% (n=14) contaban con el diagnóstico de neumonía por A(H1N1), el restante (n=17, 54.8%) se consideró con un proceso infeccioso de tipo bacteriano. Diferencia de medias entre los valores bioquímicos y DHL al momento del diagnóstico. Los niveles de (DHL) al momento del diagnóstico fueron de 578.77 UI/L (rango de 191- 1096 UI/L), al evaluar la diferencia entre los dos grupos se detectó una media de DHL en el grupo de neumonía no H1N1 de 575.3 UI/L a diferencia de la condicionada por A(H1N1) la cual fue de 624.7 UI/L. En base a los resultados no se logró establecer una diferen-

cia de medias de los valores al momento del diagnóstico entre los dos grupos. Asociación entre los niveles séricos de lactato deshidrogenasa y mortalidad. Se realizó una prueba de contraste de hipótesis mediante la prueba ji cuadrada entre los niveles de DHL (punto de corte 350 U/L) y la mortalidad temprana. La mayoría de las defunciones se registraron entre los pacientes que contaban con cifras séricas > 350 U/L (90.9% y 100%), encontrándose una asociación directa con los niveles de DHL > 350 U/L y la mortalidad solo en todo el grupo de casos analizados ($p=0.050$, 95% IC), pero al dividirse entre los pacientes portadores de H1N1 y neumonía bacteriana no se apreciaron diferencias ($p=0.330$ y $p=0.099$, 95% IC). **Conclusión:** los niveles séricos de DHL son de utilidad para identificar pacientes con riesgo de muerte temprana en especial si se realiza muestras seriadas.

Palabras clave: H1N1, neumonía, lactato deshidrogenasa, PSI score.

0445 Linfohistiocitosis hemofagocítica secundaria a tuberculosis diseminada en paciente inmunocompetente como diagnóstico diferencial de fiebre de origen desconocido

Moreno Stephanie Zenaida, Giraldo Diego Alejandro, Mayoral Héctor Antonio, Ayala Ivonne Alexandra, Sánchez Virginia Hipólita

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

La linfohistiocitosis hemofagocítica es poco común, caracterizada por la desregulación en la activación y proliferación de los macrófagos, desarrollando fagocitosis descontrolada de plaquetas, eritrocitos, linfocitos y sus precursores, a través del sistema reticuloendotelial en la médula ósea. La variedad secundaria se ha asociado infecciones, malignidad y autoinmunidad. Se presenta el caso de un hombre de 35 años con antecedente de toxicomanías y tatuajes sin otras conductas de riesgo, que inicia padecimiento de cuatro meses de fiebre intermitente de predominio vespertino que se acompaña de diaforesis nocturna, mialgias y artralgias así como pérdida de peso de 15 kg en 2 meses. A la exploración destacan múltiples adenopatías cervicales e inframandibulares derechas de 1 cm, hepatomegalia y edema en miembros pélvicos con lesiones eritematovioláceas en región tibial bilateral. Laboratorios: leucocitos de $2440 \times 10^3/\mu\text{L}$, neutrófilos $1140 \times 10^3/\mu\text{L}$, linfocitos $400 \times 10^3/\mu\text{L}$, hemoglobina 9.27 g/dL, VCM y HCM normales, plaquetas $36.30 \times 10^3/\mu\text{L}$, creatinina 0.8 mg/dL, sodio 122 mmol/L, potasio 3.6 mmol/L, uroanálisis normal. VDRL (-), triglicéridos 201 mg/dL, proteínas totales 5.3 g/dL, Albumina 2.32 g/dL, pruebas hepáticas normales, DHL 928 U/L, sin coagulopatía, PCR 34.20 mg/L VSG 44 mm/hr. Ferritina 1909 ng/mL. Tele de tórax normal. Ultrasonido abdominal hepa-

toesplenomegalia. Policultivos (mielocultivos, hemocultivo urocultivo coprocultivo) seriados sin crecimiento, panel viral con VIH, hepatitis y TORCH (-), Lavado broncoalveolar con BAAR (-), cultivo de hongos y micobacterias (-). Durante internamiento con persistencia de fiebre hasta 39.3°C , aumento de azoados, disminución de agudeza visual y fotopsias con evidencia vasculitis periretiniana y manchas de Roth, Ecocardiograma con derrame pericardico de 350 ml sin compromiso hemodinámico ni vegetaciones. Aspirado de médula ósea con celularidad disminuida, megacariocitos ausentes y presencia de histiocitos. Se inicia esquema etopósido, ciclosporina, dexametasona, con mejoría hematológica, pero con desarrollo de tuberculosis meníngea confirmada por ADA de 11.2 u/L y PCR positivo para *M. tuberculosis*, se inicia anti-tuberculosos con remisión. Hay muy pocos casos reportados de este síndrome asociado a tuberculosis en pacientes inmunocompetentes, se debe sospechar en tuberculosis como causa de linfohistiocitosis hemofagocítica en países con alta incidencia de esta infección.

Palabras clave: linfohistiocitosis hemofagocítica, tuberculosis diseminada, síndrome hemofagocítico, fiebre de origen desconocido, tuberculosis meníngea.

0448 Prueba de detección ácidos nucleicos Gene Xpert tuber-

culosis (MTB/RIF) en muestras respiratorias y no respiratorias de hospital de referencia. Estudio prueba diagnóstica, tiempos-movimientos y costos

Borraz Darío, Robledo Julio, Flores Oscar, Tandazo Sandra, Cadena María Teresa, Torres Jorge

Hospital Regional de Alta Especialidad Juan Graham Casasus

La incidencia de casos de tuberculosis en México fue de 608 casos/año en 2014, Gene Xpert MTB/RIF fue autorizada por la FDA 2013 para detección de TB y mutación, OMS la incluye dentro de su guía para abordaje diagnóstico. **Objetivo:** evaluar la sensibilidad y VPP de la baciloscopia y Gene Xpert para muestras respiratorias y no respiratorias en pacientes VIH-SIDA. 2. Conocer la proporción de los tiempos y movimientos del proceso de diagnóstico de los pacientes con sospecha de TB. 3. Evaluar los costos promedios dentro del proceso diagnóstico. **Material y métodos:** estudio transversal. Time and motions. Estudio de carga económica utilizando costos promedios. Criterios de inclusión: pacientes con datos clínicos epidemiológicos radiológicos que sugieran TB dentro de la evaluación diagnóstica, con sospecha de TB resistente. Toma simultánea expectoración o muestra extrapulmonar para determinación de Ziehl-Neelsen y Gene Xpert y cultivo para Lowenstein Jensen, se completaron 3 Z-N, crecimiento de

complejo *M. tuberculosis* se evaluó resistencia a fármacos primarios. Análisis estadístico: sensibilidad, VPP, VPN, especificidad, momios pre y post-prueba. Evaluación de proporción de tiempos y movimientos dentro del proceso diagnóstico hasta la toma de decisión en relación con tiempo de estancia hospitalaria. Cálculo de costos promedios directos, indirectos, overhead dentro del proceso diagnóstico.

Resultados: se incluyeron 70 pacientes diciembre 2015-julio 2016, masculino 56(80%), enfermedad grave 32 (45.7%). VIH-SIDA 33 (47%), DM18 (40%). Edad 40.7 ± 13.5 años, muestra de expectoración 43 (61.4%), muestras extrapulmonares (LCR 24.3%, pleural 8.6%, pericardio 2.9%, ganglio y ascitis 1.4%). Gene Xpert positivo 47 (67.1%), mutación presente 9 (12.9%), Z-N negativo 52 (74.3%), toma de decisión con el resultado de Gene Xpert: inicio tratamiento 64.3%, suspensión del tratamiento 1.4%. Tiempo de solicitud de la prueba diagnóstica $X=2.75$ días (23%), T. entrega resultado 1.41 (12.2%) días de estancia hospitalaria 11.53 ± 8 , tiempo toma decisión. Gene Xpert S=100%, VPP 100%, VPN 100%, E=100%, exactitud 100%. Z-N S=30%, VPN 40%, VPP 100%, E=100%. Gene Xpert pacientes VIH/SIDA, sensibilidad=100%, E=100%, VPP=100%, VPN=100%, Z-N S=70%, E=100%, VPP=100%, VPN=50%. Muestras extrapulmonares: Gene

Xpert S=100%, E=100%, VPP100%, VPN100%; Z-N S=10%, VPN=70%, VPP=100%, E=100%. **Conclusión:** los indicadores estables evaluados del Gene Xpert muestran una prueba útil sobretodo en muestras extrapulmonares, pacientes VIH/SIDA y casos graves, además de disminución de costos (día/cama). **Palabras clave:** Gene Xpert, VIH, MDR, extrapulmonar, BAAR.

0454 Lepra multibacilar en adulto: reporte de primer caso en el estado de Tabasco

Barrientos Moisés, Robledo Julio César

Hospital General de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús

Presentamos el caso de un paciente del género masculino de 46 años de edad, originario del estado Michoacán y residente en Tabasco desde los 14 años de edad. Refiere iniciar desde el mes de noviembre del 2015 con alzas térmicas no cuantificadas durante 2 días misma que se atribuyó a fiebre por "Chikungunya"; sin embargo 15 días posteriores desarrolla lesiones de aspecto nodular, no pruriginosas ni eritematosas en extremidades inferiores respetando la totalidad del pie; menciona se agrega sensación de parestesias únicamente, y 3 meses después con diseminación de las lesiones en sentido centrípeto involucrando incluso a nivel facial. A su ingreso al departamento de Medicina Interna contó con los siguientes

laboratorios de ingreso: hb: 16 vgm: 93.1 hcm: 31.8 leu: 6.3 plq: 332 tp: 13.8 ttp: 33.6 gluc: 88 bun: 11 na: 136 k: 4.4 cl: 96 bt: 0.6 alb: 4.1 alt:20 Ast: 22 fa: 65 dhl: 315 ELISA para HIV: no reactivo. Se realiza biopsia de piel con trucut 0.5mm , obteniendo 6 muestras que son transportadas al departamento de histopatología. Se realiza tinción Ziehl-Neelsen y Fite Faraco de las cuales, la segunda mostró positividad en todas las muestras confirmando diagnóstico. De acuerdo a la clasificación de Ridley-Jopling se catalogó como lepra lepromatosa y de acuerdo a la OMS como lepra lepromatosa multibacilar. se realiza el reporte a CENAPRECE y de acuerdo a la NOM-027-SSA2-2007 el tratamiento regular de la lepra para los casos multibacilares comprende como mínimo 12 dosis mensuales supervisadas de rifampicina, clofazimina y dapsona y 324 dosis autoadministradas una cada día de clofazimina y dapsona; en base a esta norma se normo conducta terapéutica. recibió valoración por parte del servicio de neurología descartando polineuropatía de forma clínica.

Palabras clave: lepra, Fite-Faraco, Ziehl-Neelsen.

0460 Absceso hepático por *M. tuberculosis* en un paciente con VIH: reporte de un caso

Carrizales Edgar Francisco, Vera Raymundo, Wah Martín Iván, Galarza Dionicio A, Villarreal Miguel A

Departamento de Medicina Interna, Hospital Universitario José E González

Presentación de caso: se trata de un paciente masculino de 36 años de edad con diagnóstico reciente de infección por VIH, acude con nosotros por una historia de 3 meses de evolución con dolor abdominal localizado en hipocondrio derecho, acompañado de episodios de diarrea acuosa, fiebre y pérdida de peso de aproximadamente 15 kg. A la exploración física se observaba emaciado , a la exploración abdominal se encontró el hígado 4 cm por debajo del reborde costal con dolor a la palpación media y profunda con signo de Murphy positivo, además se encontraron ganglios inguinales móviles, no dolorosos a la palpación, el resto de la exploración se encontraba sin alteraciones. Se realizó un ultrasonido de abdomen superior el cual mostró a nivel del segmento III la presencia de una imagen anecoica, redondeada, de bordes mal definidos con material ecogénico en su interior compatible con un absceso hepático. Se decidió realizar un Tac de abdomen contrastado el cual mostró la lesión antes descrita así como múltiples imágenes sugestivas de adenopatía retroperitoneal necrosada. Se inició cobertura con metronidazol y ceftriaxona para tratamiento empírico de absceso hepático. Se realizó aspiración del absceso guiada por ultrasonido y se enviaron muestras para su

análisis, los resultados resultaron positivos para bacilos ácido-alcohol resistente (++++). Se decidió iniciar terapia a base de isoniazida/rifampicina/etambutol/pirazinamida con lo que el cuadro del paciente mejoró.

Revisión: el involucro hepático en la infección por tuberculosis puede verse en forma de afección aislada, o secundario a una infección diseminada. Mientras que la afección hepática se puede ver en un número importante de paciente que mueren por Tb pulmonar, solo se han reportado cerca de 100 casos de absceso tuberculoso con infección confinada al hígado. Suele presentarse con síntomas no específicos como fiebre, dolor abdominal, pérdida de peso y masa abdominal. El ultrasonido suele describir una lesión redondeada, heterogénea, anecoica de bordes irregulares. El diagnóstico definitivo requiere la identificación de los bacilos de *M. tuberculosis* en un aspirado o biopsia de tejido y el tratamiento es a base de antitubercóticos y de drenaje de la lesión guiada por imagen.

Palabras clave: absceso hepático, virus de inmunodeficiencia humana, *M. tuberculosis*, masa hepática, bacilo ácido alcohol resistente, inmunosupresión.

0470 Bacteriemia por *Ralstonia pickettii* secundaria a cambio de unidad de hemodiálisis

Navarrete Rafael Hernán¹, Ramírez Jorge Antonio¹, Segura Víctor Iván², Andrade Verónica²

¹ Hospital General de Cuernavaca José G Parres; ² Hospital Regional Tipo B Centenario de la Revolución Mexicana

Introducción: *Ralstonia* spp. es un género de bacilos no fermentadores recuperados de especímenes clínicos y fuentes de agua, *R. pickettii* es la más importante clínicamente. Población en riesgo incluye pacientes inmunocomprometidos, con dispositivos invasivos. Muchos casos son debidos soluciones contaminadas, ya que puede pasar por los filtros de 0.2 µm usados para esterilización final de productos medicinales. **Caso:** hombre de 68 años de edad con diabetes mellitus tipo 2, enfermedad renal crónica estadio V en tratamiento sustitutivo de la función renal mediante hemodiálisis, alérgico a sulfas y metronidazol; realizó viaje a otro estado de la república recibiendo una sesión de hemodiálisis en otro hospital. Al retornar a su unidad habitual presenta escalofríos, febrícula y disnea de reposo, se toma hemocultivo de catéter de hemodiálisis y vena periférica, se inicia tratamiento empírico con vancomicina y ceftazidima. Se encuentra leucocitosis de 18500. Ecocardiograma transtorácico sin evidencia de endocarditis. Hemocultivos reportando desarrollo de *R. pickettii* con sensibilidad a ceftazidima, se suspende vancomicina. Se toman nuevos hemocultivos 7 días después,

sin reportar desarrollo bacteriano. **Discusión y Conclusiones:** *Ralstonia* spp. es una bacteria con aumento en los casos de infección: por aumento de la población en riesgo, uso indiscriminado de antibióticos y prácticas médicas más invasivas. Sus patrones de resistencia son mayores que las Pseudomonadaceae, siendo más nocivas que otros patógenos transmitidos por agua. Su tratamiento y manejo es complejo debido a la multiresistencia (meropenem y ceftriaxona) y a la dificultad para su identificación microbiológica. Este caso reporta un paciente con bacteriemia por *Ralstonia pickettii* asociada a la exposición a una fuente de agua para hemodiálisis contaminada, distinta a su unidad habitual, que fue tratada exitosamente con ceftazidima. **Bibliografía:** 1. Ryan MP, Pembroke JT, Adley CC. *Ralstonia pickettii*: a persistent Gram-negative nosocomial infectious organism. J Hosp Infect 2006;62:278-824. 2. Ryan MP, Adley CC. The antibiotic susceptibility of water-based bacteria *Ralstonia pickettii* and *Ralstonia insidiosa*. J Med Microbiol 2013;62:1025-1031. 3. Strateva T, Kostyanov T, Setchanova L. *Ralstonia pickettii* sepsis in a hemodialysis patient from Bulgaria. Braz J Infect Dis 2012;16(4):400-401. **Palabras clave:** *Ralstonia*, bacteriemia, multiresistente, hemodiálisis, filtros agua, ceftazidima.

0477 Absceso cerebral por *Listeria monocytogenes* en un paciente con cirrosis hepática: reporte de caso

Cárdenas Jesús Alberto, Galarza Dionicio Ángel, Flores Rómulo, Vera Raymundo, Villarreal César Daniel

Hospital Universitario Dr. José E González, UANL

Introducción: los abscesos cerebrales macroscópicos por listeria son una infección infrecuente. El reconocimiento temprano de los abscesos cerebrales por listeria representan un reto diagnóstico. La mortalidad de estos es mayor al 50% es alta. Se han descrito como factores de riesgo para presentar listeriosis invasiva y afección del sistema nervioso central diabetes mellitus, cáncer, inmunosupresión, enfermedad renal, alcoholismo y cirrosis. **Descripción del caso:** un paciente masculino de 48 años de edad del noreste de México acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital posterior a una convulsión de 40 segundos de duración. Tenía como antecedente alcoholismo crónico. Su familia refirió una historia de 4 días con cefalea holocraneal y trastorno de la marcha con una convulsión tónico-clónica subsecuente de 40 segundos de duración. Una tomografía de cerebro sin contraste fue reportada normal. Los resultados de laboratorio y el ultrasonido abdominal tenían datos compatibles con hepatopatía crónica. Se realizó una punción lumbar y el

citoquímico de líquido cefalorraquídeo resultó xantocrómico con un recuento de celular de 765 (75% de neutrófilos), glucosa 16 mg/dL y proteínas 466 mg/dL. Se inició tratamiento antibiótico empírico de amplio espectro con ceftriaxona, vancomicina y ampicilina. Se realizó una resonancia magnética de cerebro que reportó una masa intraaxial y supratentorial en el lóbulo temporal derecho que medía 3,9 x 1,7 x 1 cm. Posterior a 48 horas de incubación, el cultivo de líquido cefalorraquídeo creció *Listeria monocytogenes* (Lm). La familia del paciente rechazó intervención neuroquirúrgica. Después de 21 días de terapia antibiótica y 36 días de hospitalización, el paciente fue dado de alta sin secuelas o síntomas neurológicos. **Conclusiones:** el tratamiento de esta infección debe ser individualizado tomando en cuenta comorbilidades, tamaño y localización de la lesión, resistencia bacteriana, y la respuesta clínica y radiológica. **Palabras clave:** absceso cerebral, *Listeria monocytogenes*, neuroinfección.

0493 Peritonitis por *Mycobacterium intracellulare*

Sánchez María del Carmen¹, Azuara Antonio¹, Hernández Rigoberto², Vázquez Víctor Alfonso²

¹ Hospital Ángeles Metropolitano; ² Departamento de Ecología de Agentes Patógenos. Hospital General Dr. Manuel Gea González

Las peritonitis por micobacterias no tuberculosas son una infección emergente con alta mortalidad y manifestaciones clínicas inespecíficas. La mejora en las técnicas de aislamiento e identificación de micobacterias ha permitido progresos en el diagnóstico y tratamiento de estas infecciones. **Objetivo:** describir la utilidad de la reacción en cadena de la polimerasa (PCR) y de la secuenciación como pruebas diagnósticas para la identificación de *M. intracellulare*. **Caso clínico:** hombre de 45 años, con antecedente de enfermedad renal crónica en tratamiento con hemodiálisis por fístula arterio-venosa en los últimos 5 años, previamente durante 1 año con diálisis peritoneal, hipertensión arterial crónica, hemorragia de tubo digestivo bajo con hallazgo colonoscópico de úlcera de íleon terminal con fístula hacia colon, con reporte patológico de ileítis crónica y aguda ulcerada, y coloproctitis crónica leve inespecífica. Presenta durante 2 semanas malestar general, fiebre, tos, disnea, dolor abdominal generalizado y ascitis, manejado con trimetoprim/sulfametoxazol y ciprofloxacino sin mejoría clínica, durante su internamiento presenta neumonía y persiste con fiebre y dolor abdominal a pesar de tratamiento con ertapenem, linezolid y caspofungina. Se realizó tomografía abdominal encontrando ganglios mesentéricos calcificados, engrosamiento de la mucosa del colon ascendente y probable

apendicitis retrocecal; por lo que se realizó laparotomía exploradora realizando apendicectomía incidental, con hallazgos de peritonitis e inflamación granulomatosa sugestiva de tuberculosis, se cultivó el líquido peritoneal para micobacterias y hongos, con resultados negativos. **Resultados:** de acuerdo a los hallazgos histopatológicos y a la ausencia de aislamiento microbiológico, se realizó PCR de punto final de un segmento de la subunidad 16S ribosomal, a partir de tejido de apéndice cecal y mesoapéndice, obteniendo un producto de amplificación de 1200 pares de bases, el cual fue secuenciado y comparado con la base de datos de secuencias genéticas de referencia, identificando *M. intracellulare*. **Conclusiones:** la peritonitis por micobacterias es de diagnóstico difícil y mortalidad alta, sus manifestaciones son indistinguibles de las causadas por *M. tuberculosis* o por otras bacterias. Debe considerarse en pacientes con cultivos negativos y refractariedad al tratamiento antibiótico. Las pruebas moleculares permiten diagnósticos precisos e instaurar medidas terapéuticas más tempranas y efectivas.

Palabras clave: *Mycobacterium intracellulare*, peritonitis, diagnóstico molecular, PCR, secuenciación.

0497 Enfermedad de Lyme con afección a sistema nervioso central. Reporte de un caso y revisión bibliográfica

Morales-Mendoza DA, Amador-García G, Bernés-Torres DA
Departamento de Medicina Interna, Hospital de Especialidades Bernardo Sepúlveda, Centro Médico Nacional Siglo XXI

Introducción: la enfermedad de Lyme es una enfermedad causada por el género *Borrelia*, transmitida al humano a través de la mordedura de garrapatas infectadas. Las manifestaciones son diversas, desde locales, hasta sistémicas. **Objetivo:** se presenta el caso de una paciente con neuroborreliosis y manifestaciones sistémicas. **Presentación del caso:** mujer de 68 años de edad, con cuadro de 4 años de evolución, con debilidad muscular, artralgias, lesiones dérmicas eritematovioláceas, fiebre y diarrea intermitente y posterior cuadro de deterioro neurológico, durante su abordaje diagnóstico se evidenció la presencia de aracnoiditis basal en RMN, con sospecha diagnóstica de tuberculosis meníngea, por lo que se inició manejo empírico con anti-tíficos durante 18 meses con mejoría de la sintomatología; al finalizar el tratamiento presentó prurito generalizado con lesiones dérmicas diseminadas eritematosas, fiebre de predominio vespertino, intolerancia a la vía oral, artralgias y mialgias de predominio en miembros torácicos, debilidad generalizada de las 4 extremidades, con imposibilidad a la marcha y cefalea. Durante su abordaje se descartaron enfermedades reumatológicas, se

descartaron procesos neoplásicos y linfoproliferativos, se descartó tuberculosis meníngea mediante ADA y PCR para *M. tuberculosis* en LCR, documentándose Western-Blot en suero positivo para *Borrelia burgdorferi* sensu lato en suero. **Discusión:** dentro de las principales manifestaciones de la enfermedad de Lyme predominan las manifestaciones cutáneas, y las neurológicas. Debido a la gran variedad clínica, su diagnóstico puede ser un gran reto. El diagnóstico se realiza con base en el cuadro clínico, serología mediante la realización de ELISA y Western Blot. El manejo se realiza con base de antimicrobianos, se ha evidenciado una respuesta de aproximadamente el 90% con doxiciclina, amoxicilina y cefuroxima. **Conclusión:** la enfermedad de Lyme es una enfermedad de afectación multisistémica, difícil de diagnosticar, por lo que es de suma relevancia el conocimiento de dicha patología, así como un alto índice de sospecha, en nuestro país, el diagnóstico no se realiza con tanta frecuencia por lo que se requieren más estudios para conocer la epidemiología y los mecanismos de transmisión de esta entidad.

Palabras clave: Lyme, neuroborreliosis, *Borrelia*.

0503 Diverticulitis silente complicada por pileflebitis. Reporte de un caso

Sánchez Dora Alejandra, Galván Alejandra, Pech Laura Olivia,

Moreno Francisco, Peña Danna María
Hospital General de México

Introducción: pileflebitis, condición caracterizada por trombosis supurativa de vena porta, complicación rara con alta mortalidad en infecciones intra-abdominales. El retraso en el diagnóstico y tratamiento conlleva a una tasa de mortalidad de hasta el 25% a pesar del uso de imagen moderna como ecografía y tomografía computarizada. **Caso clínico:** hombre de 39 años de edad con antecedente de obesidad, inicia 8 días previo a su ingreso con dolor abdominal en cuadrante superior derecho, ictericia, coluria, acolia y fiebre de 38.5°C. A la exploración física con obesidad mórbida, ictericia generalizada, cardiorrespiratorio sin compromiso, abdomen con leve dolor a la palpación en cuadrante superior derecho, murphy dudoso y sin datos de irritación peritoneal. Paraclínicos: urea 226, creatinina 5.3, albúmina 1.55, leucocitos 30.4, Hb 13.09, plaquetas 23mil, BT 22.7, BD 14.2, FA 196. USG hígado y vías biliares: esteatosis hepática difusa, vesícula y vías biliares sin alteraciones, colangiopancreatografía retrograda endoscópica sin evidencia de obstrucción. Recibiendo carbapenémico con mejoría, en el día 10 de tratamiento presenta deterioro clínico con choque séptico, permaneciendo asintomático y sin foco infeccioso evidente

por lo que se realiza TAC de abdomen identificándose aire en el trayecto de las venas sigmoideas, vena mesentérica inferior, hasta la unión con el tronco esplénico, defecto de llenado parcial hipodensidad en el interior de la vena porta a este mismo nivel, en relación con pileflebitis de la vena mesentérica inferior y colección adyacente al sigmoides (HINCHEY grado II). Debido a alta mortalidad por comorbilidades asociadas a obesidad mórbida, se decide manejo conservador, con adecuada respuesta a tratamiento antimicrobiano, lográndose alta por mejoría. **Conclusión:** la pileflebitis se presenta con síntomas inespecíficos por lo que representa un reto diagnóstico para el médico internista. No existe un consenso para el tratamiento y seguimiento, sin embargo debido a su alta morbilidad y mortalidad es de relevancia clínica dar a conocer este tipo de complicaciones y determinar el mejor tratamiento de acuerdo a las características y comorbilidades de cada uno de los pacientes. **Palabras clave:** pileflebitis, diverticulitis, reporte, caso.

0505 Infección por *Kluyvera ascorbata* en paciente no inmunocomprometido. Reporte de caso

Rodríguez Melissa Guadalupe, González Julio Cesar, Dehesa Edgar, Kawano Carlos Alberto, De la Torre Jesús Edgar, López Marisol
Hospital Civil de Culiacán

Antecedentes: *Kluyvera* spp. comprende un conjunto de bacilos gramnegativos, anaerobios facultativos y fermentadores de la glucosa, de distribución ubicua, que fueron aislados inicialmente del suelo, alimentos y agua de las alcantarillas. En muestras humanas, la especie aislada con más frecuencia ha sido *K. ascorbata*, y tradicionalmente ha sido considerado como un microorganismo comensal de las vías respiratorias altas y del tubo digestivo. En ocasiones, puede tener un papel oportunista y, aunque su relevancia clínica es escasa, se han descrito algunos casos de infecciones urinarias y del líquido ascítico en pacientes en diálisis peritoneal. **Presentación de caso:** femenina de 50 años de edad con antecedente de crisis convulsivas que ingresa episodio de crisis convulsivas. A su ingreso con datos de SIRS, hemodinámicamente inestable, la cual se maneja reposición hídrica y manejo de aminas vasoactivas se documenta foco infeccioso se recaba urocultivo el cual reporta *K. ascorbata*, el cual fue sensible a fluroquinolona paciente con evolución clínica favorable **Discusión:** *K. ascorbata* es la especie aislada con mayor frecuencia en muestras humanas; sin embargo, en pocas ocasiones se ha podido demostrar su implicación como patógeno causal. *Kluyvera* spp. Ha sido descrita como causa de bacteriemia en 10 ocasiones, *K. cryocrescens* fue la responsable de una bacteriemia nosocomial

en un niño operado de una tetralogía de Fallot, bacteriemia asociada a infección del tracto urinario en una niña de 11 meses con reflujo vesicoureteral bilateral, mediastinitis en un paciente de 74 años con insuficiencia renal crónica, colecistitis por *K. ascorbata* en un paciente portador de una cirrosis hepática secundaria. **Conclusiones:** debido a la reducida casuística de infecciones causadas por el género *Kluyvera* spp., no debe ser considerado un microorganismo preocupante en la práctica clínica diaria. No obstante, en determinadas ocasiones, como sucedió en este caso, puede tener implicaciones patológicas significativas, y aunque generalmente se ha asociado a condiciones de inmunodepresión en este caso ocurrió en paciente sin inmunocompromiso con presentación de choque séptico por urosepsis **Palabras clave:** infección, *Kluyvera ascorbata*, en huésped, inmunocompetente.

0510 Hipereosinofilia secundaria a infección por *Mycobacterium tuberculosis*

Nicolás Edith Lizeth, Peralta Ana Lilia, Bahena Josué

Hospital de Especialidades Centro Médico Nacional La Raza, IMSS

Introducción: La elevación discreta del número de eosinófilos en sangre periférica es algo relativamente frecuente en la práctica clínica. Se reserva el término hipereosinofilia o síndrome hipe-

reosinofílico para aquellos casos con más de 1500 eosinófilos; sin embargo, para éste último existen criterios como persistencia de dicho conteo eosinófilo durante más de 6 meses, evidencia de afectación de órganos con exclusión de otras causas capaces de ocasionar eosinofilia. En este caso, se trata de un paciente masculino con hiperesosinofilia, donde el cuadro sugería síndrome hipereosinofílico dado la afección pulmonar; sin embargo, se evidenció tuberculosis como etiología infecciosa de dicha alteración hematológica. **Caso:** masculino de 49 años de edad portador de trombocitopenia e hipereosinofilia desde hace un año, evidenciado durante protocolo por dolor abdominal a nivel de hipocondrio izquierdo, aún en seguimiento y bajo tratamiento con prednisona 25 mg cada 24 hrs; no obstante, se agrega pérdida de peso no cuantificada, diaforesis nocturna, así como tos productiva, disneizante, no cianozante ni emetizante. A su ingreso, clínicamente con adenopatías a nivel axilar de forma bilateral, disminución del ruido respiratorio de manera generalizada, sin llegar a integrar algún síndrome pleuropulmonar, a la palpación abdominal denotando esplenomegalia y, a nivel de extremidades hipocratismo digital. Teniendo como principales sospechas diagnósticas variantes neoplásicas del síndrome hiperesonifólico se procedió a realización de AMO y biopsia de hueso, teniendo como resultado

únicamente hiperplasia eosinofílica, BCR-ABL1 sin detección. No obstante, no se descartó otra causa secundaria principalmente de aspecto infeccioso, dado los hallazgos radiográficos y tomográficos compatibles con patrón miliar en la primera y datos de neumonitis intersticial aguda en la segunda, procediendo a realización de cultivo de expectoración y broncoscopia, obteniendo del primero BAAR +, y cultivo positivo para micobacterias del lavado bronquial, por lo que se procedió a inicio de terapia antifímica. **Conclusión:** las causas de eosinofilia pueden dividirse en aquellos trastornos que causan signos y síntomas en múltiples órganos, acompañado de eosinofilia periférica, y aquellos trastornos que afectan predominantemente a un sistema orgánico, con eosinofilia periférica variables, tal como la infección por tuberculosis en donde es poco frecuente pero puede estar presente.

Palabras clave: hipereosinofilia, miliar, *Mycobacterium*, tuberculosis, síndrome, hipereosinofílico.

0515 Miocardiopatía dilatada con trombo intracavitario como manifestación inicial de infección por VIH. Reporte de caso

Hernández Luis Ángel, Niño Sandra Kira, López Alin Cristela, Domínguez Roberto, Bulle Goyri Rafael, Patricio Jaime, Castro Josuani Natalie

Centro de Alta Especialidad Dr. Rafael Lucio

Introducción: el VIH se puede considerar como una infección viral capaz de generar riesgo de afecciones cardíacas a nivel de endocardio y miocardio, una de ellas es la miocardiopatía, la cual se puede presentar entre un 10 a 30% de los pacientes con VIH. **Descripción del caso:** masculino de 23 años, con prácticas homosexuales de riesgo con 4 parejas, con protección en 80% de los casos. Inició dos meses previos con disnea progresiva hasta la ortopnea. A las dos semanas presentó edema de miembros pélvicos hasta tercio medio de ambos muslos. TA: 100/70mmHg, FC 102 x min, FR: 22 x min Temp: 36.7°C. Peso 75 kg. Precordio con choque de punta en el sexto espacio intercostal, 2 cm por fuera de la línea media clavicular, taquicardia con galope por presencia de S3. Segmentos pulmonares con crepitantes en región subescapular derecha. Extremidades pélvicas edema ++. Leucocitosis 13,300, neutrofilia 9,170, linfocitos 3,020 Hemoglobina 16.2 gr/dl, hematocrito 49.8%. Glucosa 95 mg/dl, BUN 47 mg/dl, creatinina 1.10mg/dl. BT: 3.41 mg/dl, BI 1.34 mg/dl, BD 2.07 mg/dl, AST 178 U/L, ALT 203 U/L, FA: 112 U/L. ELISA para VIH (muestra 1 y 2) reactivas con titulación 229 y 232 s/c0. Hepatitis B y C No reactivos. Ac IgM para Epstein Barr, citomegalovirus y toxoplasmosis negativos. VDRL negativo. Radiografía de tórax: cardiomegalia grado III. TAC simple y contrastada de tórax:

cardiomegalia global, imagen hipodensa en punta de ventrículo izquierdo, ovoide, dimensiones 28x27mm. Ecocardiograma: dilatación de las cuatro cavidades. FEVI 23%. Insuficiencia mitral y tricuspídea. Masa hiperecoica móvil en porción anterolateral del segmento apical, de 30 x 17 mm sugestiva de trombo. Se manejó con enalapril, metoprolol, ivabradina, diurético de asa y anticoagulación. Con mejoría de la insuficiencia cardíaca y disminución del tamaño del trombo. **Conclusión:** dentro de las afecciones miocárdicas en pacientes con VIH las principales son las miocardiopatías agudas y las miocardiopatías dilatadas, ésta última puede ser subclínica y solo del 1 al 4% presentará síntomas de insuficiencia cardíaca congestiva. La lesión del músculo cardíaco en estos pacientes puede ser multifactorial, desde la afección directa producida por el VIH, las infecciones oportunistas propiciadas por la inmunosupresión, la respuesta autoinmune sobre el músculo cardíaco al VIH y a otras infecciones oportunistas, las deficiencias nutricionales y la cardiotoxicidad del tratamiento antirretroviral.

Palabras clave: miocardiopatía, VIH, insuficiencia cardíaca, trombo intracavitario.

0517 Aspergiloma pulmonar en un paciente geriátrico: reporte de caso

Belmonte Freddy, Treviño Eduardo, García Luis C, Rivero Miguel Ángel, Martínez Aníbal, Esquivel Janet

Centro Médico ISSEMYM Toluca

Antecedentes: una cavitación pulmonar se define, cualquier opacidad radiológica con superficie interna de radiolucidez, independientemente del grosor de su pared. Se pueden formar por necrosis supurativa, caseosa o isquémica. Su etiología en más del 50% de los casos es por infección bacteriana, micobacterias, micóticas, virales o etiología maligna. Dentro de su abordaje diagnóstico la radiografía de tórax es útil, sin embargo puede ser normal en un 20-40%; la tomografía de tórax cuenta con mayor sensibilidad y especificidad, ya que además determinando el grosor de su pared se puede sospechar su etiología. La fibrobroncoscopia es un complemento para diagnóstico, nos sirve para envío de cultivos y estudio histopatológico. **Presentación:** femenino de 73 años con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial. Ingresó al servicio de Medicina Interna por deterioro neurológico con indiferencia al medio y desorientación. A su ingreso con datos de respuesta inflamatoria sistémica; se inicia protocolo de estudio, con radiografía de tórax con datos sugestivos de neumonía parahiliar derecha; iniciando antibioticoterapia empírica durante 5 días; al persistir con datos de respuesta inflamatoria sistémica y mal estado general, se realiza nuevo control radiográfico de tórax encontrando imagen radiolúcida en región parahiliar derecha,

complementando con tomografía de tórax simple reportando cavitación pulmonar derecha; se solicita broncoscopia, reportando múltiples secreciones mucopurulentas en bronquio derecho y cepillado broncoalveolar con hifas de *Aspergillus* sp. Como protocolo integral se realizó determinación de antígeno aspergillus galactomannano resultando positivo (2.26). Concluyendo como diagnóstico final aspergiloma pulmonar. **Discusión:** la aspergilosis representa un reto diagnóstico y terapéutico para el clínico, existen diferentes formas: broncopulmonar alérgica, pulmonar crónica, cutánea y extrapulmonar; con más de 180 especies de aspergillus, siendo las más frecuentes *fumigatus*, *flavus* y *niger*. El aspergiloma, forma más común de afección pulmonar; la mayoría de los pacientes se encuentran asintomáticos, siendo más frecuentes hemoptisis, disnea y tos crónica. La visualización de hifas de aspergillus y determinación de antígeno aspergillus galactomannano establecen el diagnóstico. En el tratamiento farmacológico se encuentra indicado voriconazol así como tratamiento quirúrgico en caso necesario.

Palabras clave: cavitación, aspergiloma, galactomanano, *Aspergillus*.

0519 Mediastinitis ascendente secundaria a pielonefritis enfisematosa. Reporte de caso

Amaro Néstor, Moreno Joaquín,
Córdoba Ángela María, Lugo
Flavio Arturo, Zapata Rogelio
Hospital General de México Dr.
Eduardo Liceaga

La mediastinitis aguda es una infección que afecta el tejido conectivo del mediastino, enfermedad potencialmente mortal; sus principales etiologías son, ruptura esofágica, infección de faringe, cuello o manipulación postquirúrgica. Este caso se trata de una mediastinitis necrotizante ascendente secundaria a pielonefritis enfisematosa, la cual se ha reportado solamente un caso. Se presenta caso de mujer de 48 años, con diagnóstico de diabetes mellitus 2 de 15 años sin tratamiento. Acude por presentar sintomatología urinaria y datos de respuesta inflamatoria, tratada con antibioterapia ambulatoria sin respuesta, posteriormente en pierna derecha se agrega edema, hipertermia, eritema y limitación del movimiento, así como somnolencia. Se hospitaliza en estado de choque séptico documentándose celulitis en miembro pélvico derecho y enfisema subcutáneo con extensión desde cuello hasta la pierna. En su hospitalización presenta acidosis metabólica, descontrol glucémico, leucocitosis y neutrofilia, se inicia tratamiento a base de carbapenémico y glucopéptido. Se realiza tomografía que evidencia pielonefritis enfisematosa, absceso retroperitoneal enfisematoso que diseca retroperitoneo, enfisema desde pierna

derecha hasta región occipital y neumomediastino. Presenta evolución tórpida por deterioro neurológico y respiratorio, requiriendo apoyo ventilatorio y vasopresor. Se aisló *Klebsiella pneumoniae* Blee + , y se continuó esquema antimicrobiano. Se interviene quirúrgicamente con fasciotomía y toracotomía posterolateral, e instala drenaje endopleural. Se ingresa a terapia intensiva cursando con nula respuesta a tratamiento, falleciendo a los dos días de su intervención. **Discusión:** la mediastinitis aguda, es un padecimiento potencialmente mortal, en este caso desencadenada por una pielonefritis enfisematosa, cuyo principal factor de riesgo fue la diabetes mal controlada. El mejor tratamiento en estos casos es la exploración quirúrgica con drenaje pleural de mediastino, al igual que la pielonefritis enfisematosa y antimicrobiano de amplio espectro. Este caso de mediastinitis ascendente es una enfermedad muy rara, encontrando solo un reporte previo, secundario a pielonefritis enfisematosa.

Palabras clave: infectología, mediastinitis aguda, pielonefritis enfisematosa, diabetes mellitus.

0528 Trasplante de microbiota fecal en paciente con infección por *C. difficile* refractaria a antibiótico. Reporte de caso

Valencia Jessrel Sharon, Vázquez Elizabeth Nancy, Gordo Edgar
Hospital General Dr. Manuel Gea González

Clostridium difficile es la principal causa de diarrea infecciosa asociada a cuidados de la salud. Los factores de riesgo incluyen uso de antibióticos, edad avanzada, severidad de enfermedades de base, hospitalizaciones previas, empleo de sondas enterales, cirugía gastrointestinal y uso de inhibidores de bomba de protones. El diagnóstico de requiere: presencia de diarrea (> 3 evacuaciones líquidas en 24 horas), evidencia radiográfica de megacolon tóxico, resultados positivos en heces para *C. difficile* o sus toxinas o hallazgo por colonoscopia o histopatología que demuestre colitis pseudomembranosa. De acuerdo a datos clínicos y bioquímicos, se puede clasificar en leve, moderada, severa-complicada y recurrente. Masculino de 68 años de edad con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial sistémica. Inició con presencia de 5 evacuaciones melénicas, dolor abdominal y tenesmo, así como úlcera en dorso de pie derecho. Se encontró con Leu 59 mil, Neu 54, Hb 9.3, Hto 29.4, Glu 244, BUN 43, Urea 95, Creat 1.8, Na 129, K 5.7, Cl 98, Ca 8, P 5.39. Se inició omeprazol, metronidazol y ceftriaxona. Debido a aislamiento de *E. coli* BLEE, se inició ertapenem. Se encontró cultivo de herida con *Enterococcus* spp. por lo que se inició ampicilina. 19 días posteriores a su ingreso hospitalario, presentó evacuaciones líquidas, 7 al día, en abundante cantidad por lo que, ante la sospecha de

infección por *C. difficile* con datos de severidad, se inició vancomicina VO y metronidazol IV. Se documentó PCR positiva para *Clostridium difficile*. 15 días después persistió con diarrea y presentó datos de abdomen agudo, sin presencia de megacolon tóxico. Se iniciaron enemas con vancomicina sin presentar respuesta por lo que, tras 12 días, se agregó tigeciclina a esquema. Ante refractariedad de infección por *C. difficile* se realizó trasplante de microbiota fecal, sin complicaciones. 72 horas posteriores a dicho evento, se reportó con evacuaciones sólidas y disminución de datos de respuesta sistémica inflamatoria. La disbiosis juega un rol fundamental en la patogénesis de la infección por *C. difficile* por lo que, recientemente se ha asociado el trasplante de microbiota fecal al esquema terapéutico de infección refractaria o recurrente, con una elevada tasa de éxito. Nuestro paciente se encontraba con múltiples factores de riesgo para presentar infección por *C. difficile*, sin embargo mostró refractariedad a estrategias terapéuticas llegando al empleo de trasplante fecal exitoso.

Palabras clave: *Clostridium difficile*, trasplante de microbiota fecal.

0535 Hialohifomicosis diseminada en paciente inmunocompetente. Presentación de un caso

Ordóñez Tatiana, Ordóñez Tamara

Instituto Mexicano del Seguro Social UMAE 189

La aspergilosis y fusariosis, se agrupan bajo el término hialohifomicosis, (hifas filamentosas hialinas y septadas) del cual también forman parte los *Penicillium* spp, *Scedosporium* spp, *Paecilomyces* spp, entre otros. Como micosis invasivas son causa de morbilidad y mortalidad en inmunosuprimidos. Se presenta en caso de femenino de 17 años de edad, procedente de Cardel, Veracruz, estudiante, núbil, sin antecedentes mórbidos de interés, se inició protocolo de estudio por fiebre de hasta 40°C, con 3 semanas de evolución, acompañada de dolor torácico de tipo opresivo, al examen físico con síndrome de derrame pleural bilateral. Los estudios iniciales con anemia por enfermedades crónicas, leucocitosis a expensas de neutrófilos, y trombocitosis, reticulocitos 9% ELISA para VIH negativo, panel viral de hepatitis B y C negativo, VSG 62 mm/h, PCR 19.5 mg/dl, inmunológicos negativos, procalcitonina 15.7 ng/ml, urocultivo y hemocultivo negativo, Tomografía de tórax y abdomen con derrame pericárdico, derrame pleural bilateral, hepatomegalia, adenopatías mesentéricas, líquido libre en cavidad abdominal. Estudio de líquido pleural: exudado, leucocitos > 100, polimorfonucleares 71%, citología: alteraciones inflamatorias inespecíficas, BAAR negativo, cultivo negativo, ADA y PCR para tuberculosis negativo.

Recibió tratamiento empírico con meropenem y levofloxacino. ECOTT imagen en panal de abeja que involucra la totalidad del espacio pericárdico, compatible con pericarditis constrictiva, FEVI 45%. Ante dichos hallazgos se realiza pericardiectomía parcial anterior y comunicación a peritoneo anterior, con hallazgo de pericardio engrosado 4 mm, abundante material fibrino-hemático; el examen directo de biopsia de pericardio con hallazgo de hifas hialinas septadas y reporte histopatológico inflamación crónica. Se concluye hialohifomicosis diseminada, se inicia tratamiento con anfotericina B con lo cual cede la fiebre y sintomatología. se realizó protocolo de estudio en búsqueda de inmunodeficiencias primarias. La alta sospecha y el reconocimiento microbiológico preciso son esenciales para un tratamiento óptimo, el diagnóstico definitivo requiere de la visualización del hongo de especímenes clínicos y adicionalmente la identificación por cultivo debido a la similitud microscópica que presentan las diferentes hialohifomicosis, hay pocos casos reportados de pericarditis por aspergillus, y el resto de las especies no han sido reportadas como etiología de dicha entidad.

Palabras clave: hialohifomicosis, *Fusarium*, aspergillus, pericarditis, inmunocompetente, hifas septadas.

0536 Leucoencefalopatía multifocal progresiva causada por

virus JC, asociada a síndrome de reconstitución inmune. Reporte de un caso

Amaro Néstor, Córdoba Ángela María, Lugo Flavio Arturo, Zapata Rogelio, Montero Héctor, Rivera Esteban Josué

Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

En pacientes con SIDA, una rápida recuperación del sistema inmunológico, al iniciar la terapia HAART puede generar un deterioro clínico conocido como síndrome de reconstitución inmune, pudiendo desencadenar leucoencefalopatía multifocal progresiva secundaria al virus JC. La cual se ha reportado pocos casos. Hombre de 36 años, homosexual con 5 parejas, presenta cuadro de 5 meses con deterioro neurológico; alteración del estado de ánimo, movimientos incordiosos y paresias de miembro torácico izquierdo, al mes se agrega alteración de la marcha y disminución de la fuerza en miembros pélvicos. Previo a su hospitalización presenta parestesias en hemicara izquierda y lesiones violáceas en labio superior. Se protocoliza por déficit neurológico, con tomografía de cráneo, sin lesiones aparentes y se realiza prueba de VIH positiva, carga viral, 15720 copias/mL y 54 células CD4. Se analiza LCR, con las siguientes características, turbio, 0 células, glucosa 50, microproteínas 64; GeneXpert no detectado, anticuerpos anti *Treponema pallidum* no reactivo, cultivo para

bacterias sin desarrollo, ADA 7, BAAR negativo, PCR para virus JC positivo, y para los siguientes virus BK, Ebstein Bar, herpes simple 1 y 2, VHH 8, VVZ, enterovirus negativos, toxoplasma negativo. Perfil TORCH IgG anti CMV reactivo, y se documenta retinitis por CMV. Se realiza resonancia magnética de cráneo: hiperintensidad subcortical occipito-parietal derecha, en T2 y en secuencia FLAIR. Se documenta sarcoma de Kaposi en biopsia de labio. Se inicia manejo con Valganciclovir, antirretrovirales y DOTBAL de manera empírica, cursa con mala evolución clínica por estatus epiléptico, tratado con sedoanalgesia y ventilación mecánica, por 10 días. Adquiere neumonía nosocomial tardía por p. aeruginosa multidrogorresistente, resuelta con colestimetato y meropenem. Se coloca sonda de gastrostomía por endoscopia, se observan lesiones en mucosa gástrica sugerentes con Sarcoma de Kaposi. Presenta cuadros convulsivos aislados y se realiza resonancia magnética que reporta leucoencefalopatía multifocal progresiva severa derecha. Se comenta gravedad con familiar y se decide alta por máximo beneficio. **Discusión:** la asociación de leucoencefalopatía multifocal progresiva con el síndrome de reconstitución inmune, es una entidad poco descrita, en nuestro paciente debutó con estatus epiléptico tras iniciar la terapia antirretroviral. Enfermedad de mal pronóstico, cuyo tratamiento no se encuentra bien establecido.

Palabras clave: infectología, síndrome reconstitución inmune, VIH, leucoencefalopatía multifocal progresiva, virus JC.

0547 Síndrome diarreico agudo como manifestación inicial de meningitis tuberculosa

López Rogelio², Ramírez Leticia¹, Hernández Ulises¹, Cruz Martha Gloria¹, Santos Glenda Adriana¹, Copca Dulce Valeria², Martínez Manuel², Sánchez Eduardo², Castillo Atla²

¹ Hospital Regional Poza Rica de Petróleos Mexicanos; ² Hospital Central Norte de Petróleos Mexicanos

Introducción: la meningitis tuberculosa representa el 1% de los casos de tuberculosis y el 5% de la presentación extrapulmonar en pacientes inmunocompetentes. La tasa de mortalidad reportada varía entre el 15 y el 40% a pesar del tratamiento efectivo. El síndrome diarreico es un motivo de consulta frecuente, en México en el año 2011 se reportaron 6,030,193 casos de diarrea aguda con una tasa de incidencia de 5,521 casos por 100,000 habitantes. Las principales causas asociadas a diarrea aguda son: rotavirus, *Shigella*, *Salmonella* y cólera. La enfermedad diarreica aguda no es una manifestación que se reporte asociada al diagnóstico de meningitis tuberculosa. **Caso clínico:** paciente femenino de 73 años de edad, sólo con antecedente de alergia a betalactámicos, tabaquismo intenso.

Ingresa por síndrome diarreico agudo con pobre respuesta al tratamiento antimicrobiano con ciprofloxacino y amikacina. Tras 4 días de hospitalización presentó fiebre y posteriormente agresividad, agitación e ideas delirantes y deterioro del estado de alerta por lo que se sospechó encefalitis. Se realizó punción lumbar y se completó estrategia diagnóstica de fiebre en estudio con cultivos sin desarrollo. Se reportó líquido cefalorraquídeo con hiperproteíorraquia e hipoglucorraquia. Bacilos ácido-alcohol resistentes en tinción de Ziehl-Nielsen y se reportó PCR para *M. tuberculosis* con gen katG causante de resistencia a Isoniazida por lo que se inició tratamiento ampliado con rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol, levofloxacino y claritromicina. Presentó respuesta favorable en las primeras 48 horas de iniciado tratamiento, con remisión de la diarrea, fiebre y de las alteraciones conductuales. Continúa seguimiento y tratamiento en fase de sostén de manera satisfactoria al día en que se elabora el presente resumen.

Revisión: los pacientes con meningitis tuberculosa presentan tres fases: prodrómica, menigítica y paralítica, se divide también en etapas de acuerdo al estado mental y la exploración neurológica. Esta paciente se diagnosticó en la fase prodrómica y en etapa II, lo que factiblemente contribuyó a la buena respuesta mostrada al tratamiento. **Conclusiones:** en la revisión realizada, no existen

reportes de síndrome diarreico como manifestación inicial de tuberculosis meníngea.

Palabras clave: tuberculosa, meningitis, diarrea, aguda.

0549 Anemia hemolítica autoinmune con posterior presentación de tuberculosis miliar

Guevara Ana Patricia Georgina¹, Osorio Alma Laura¹, Álvarez Joaquín Ramón², Reyes Alexis³, Flores Ernesto Enrique³, Colmenero Ana Elisa⁴, Olaya Enrique Eduardo³

¹ Centro Médico ISSEMYM; ² Centro Oncológico Estatal ISSEMYM; ³ Hospital Regional de Toluca ISSEMYM; ⁴ Privada

Introducción: la anemia hemolítica autoinmune (AHAI) se caracteriza por la destrucción de eritrocitos mediada por anticuerpos, puede ser clasificada como idiopática o causada por una condición subyacente como enfermedades autoinmunes, medicamentos, infecciones y neoplasias. La tuberculosis (TBC) miliar es la complicación mas grave de la diseminación hematológica. Se estima que anualmente ocurren 10 millones de casos nuevos causando 6% de la mortalidad mundial. La TBC miliar aguda es la mas común y clínicamente se caracteriza por fiebre que puede durar semanas, malestar y pérdida de peso, puede presentar tubérculos coroidales en el 30% y meningitis en el 0,1% de los casos. En la radiografías de tórax se observan múltiples opacidades microno-

dulares diseminadas que dan el patrón característico miliar, así como anemia y desequilibrio.

Caso: mujer de 53 años que inicia 11 meses previos con pérdida de peso, astenia y adinamia con diagnóstico inicial de anemia hemolítica tratada con rituximab. El último mes con deterioro de su clase funcional acompañado de fiebre, tos seca, hiponatremia, anemia, deshidrogenasa láctica (DHL) y bilirrubina directa (BD) normal. Ingresa con neumonía por agentes atípicos se realiza TC de tórax con patrón micronodular de distribución periseptal y engrosamiento nodular de los septos interlobulares, se toman cultivos y lavado bronquioalveolar por broncoscopia ya con tratamiento antibiótico presentando evolución tórpida, manteniéndose afebril por 8 días. Posteriormente presenta cefalea súbita e intensa realizándose punción lumbar con líquido compatible para infección por tuberculosis. Realizamos resonancia magnética de cráneo con imágenes sugerentes de tuberculomas. **Conclusiones:** la TBC es una causa importante de morbimortalidad en nuestro medio, aumentando la incidencia en pacientes inmunocomprometidos, debido a los antecedentes de la paciente es prudente pensar que la causa principal de la TBC miliar sea secundaria al tratamiento inmunodepresor por la AHAI y menos probable pensar que esta se una manifestación propia de la TBC. La AHAI mas frecuente es por anticuerpos ca-

lientes presente en mujeres de la tercera y cuarta década de la vida encontrando elevación de BD y DHL, datos que presentó parcialmente la paciente. Al contrario la AHAI por anticuerpos fríos que es menos frecuente, con un pico de incidencia en ancianos y con una asociación elevada a infecciones (*Mycoplasma pneumoniae*) presenta poca elevación de DHL con BD norma.

Palabras clave: anemia, hemolítica, autoinmune, tuberculosis, miliar, meningitis.

0551 Linfoma anaplásico de células B y neumonitis por citomegalovirus como manifestación del síndrome inflamatorio de reconstitución inmune en paciente con VIH a propósito de un caso y revisión de la literatura

Zárate Gerardo, Pérez Salvador, Medrano Arnoldo, Regalado Alejandra del Rocío

Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: desde el inicio de la terapia antirretroviral (TAR) ha mejorado la mortalidad por infecciones oportunistas en pacientes con VIH/SIDA pero hay un subgrupo con deterioro clínico consecuencia de una respuesta inflamatoria inmune específica y no controlada una vez iniciada la TAR conocido como síndrome inflamatorio de reconstitución inmune (SIRI). Las causas más comunes de SIRI son infecciones oportunistas aunque hay causas no infecciosas de tipo

autoinmunes o neoplásicos. La presencia de linfoma y neumonitis por citomegalovirus (CMV) por SIRI es infrecuente; por eso se realiza la descripción de un caso clínico en nuestro hospital. **Descripción:** masculino de 30 años con infección por VIH y progresión a SIDA C3 en tratamiento con TAR, a base de tenofovir/emtricitabina/efavirenz y que tras 2 meses de uso presenta astenia, adinamia y debilidad generalizada secundaria a anemia severa, la que a pesar de transfusión de concentrados eritrocitarios en varias ocasiones seguía con expresión clínica y sérica de anemia y que posteriormente se agregó fiebre intermitente de 38 a 39°C y aparición de adenopatías axilares bilaterales junto con clínica de infección de vías respiratorias bajas y ante el contexto de inmunosupresión se solicita estudios complementarios con presencia de HB 4.9 g/dl, DHL 903 mg/dl, cuenta de CD4+ 45 cel/mm³, carga viral de VIH con 157 copias/ml y carga viral para CMV con 751,000 copias/ml. A pesar del inicio oportuno de antimicrobiano, esteroide, valganciclovir y TAR continua con evolución tórpida llevando al paciente a insuficiencia respiratoria hipoxémica que culminó con el paciente. Mediante autopsia hubo presencia de linfoma anaplásico CD30 nodal y extranodal en serosas pleuroepicárdicas, bazo y ganglios profundos. También hubo presencia de neumonitis intersticial linfocítica por CMV.

Discusión: hasta 25% de los pacientes con TAR manifiestan SIRI, paciente con características de SIRI; a pesar de contar con disminución de las copias de VIH, aumento paulatino de CD4+, TAR y tratamiento para CMV, tuvo evolución tórpida, desencadenada por el SIRI y que la concomitancia del linfoma, actuó como factor coadyuvante para el desenlace fatal del paciente. **Conclusión:** considerar un SIRI en pacientes con TAR y evolución tórpida a pesar de tratamiento implementado, debemos tomar en cuenta manifestaciones no infecciosas del SIRI que pueden contribuir a la evolución del SIRI.

Palabras clave: reconstitución inmune, VIH, linfoma, CMV, neumonitis, SIDA.

0598 Derrame pericárdico como presentación de tuberculosis pericárdica en paciente inmunocompetente

Peña Danna María, Sánchez Dora Alejandra, Mena Guadalupe de Lourdes, Moreno Fernando
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

Introducción: el derrame pericárdico es una manifestación de cualquier trastorno pericárdico, dentro de las principales causas se destacan neoplasias, enfermedades autoinmunes e infecciones, de ésta última, la tuberculosis es la principal causa en países de alta incidencia, después de las etiologías virales. La tuberculosis es una de las

principales causas de mortalidad a nivel mundial, se estima una incidencia anual de 9.6 millones y 1,5 millones de muertes. En México, se reportan 18000 casos nuevos y 2225 muertes cada año, la presentación más frecuente es la pulmonar con 81,6%. El compromiso pericárdico es raro, representa el 1-2% de todos los casos, siendo mayor en los países de alta incidencia, con mortalidad de 26%. **Caso:** mujer, 43 años, previamente sana, cuadro clínico de 6 meses de evolución de pérdida de 18 kg de peso, astenia, adinamia, 3 meses después inicia dolor torácico pleurítico, asociado a disnea, tos seca y en la última semana presenta fiebre, a la exploración física inicial, taquipnea, taquicardia, afebril, frote pericárdico, síndrome de consolidación pulmonar en región infraescapular izquierda, hepatoesplenomegalia y edema de miembros inferiores. Laboratorios al ingreso: leucocitosis y neutrofilia, anemia microcítica hipocrómica, trombocitosis, EKG: taquicardia sinusal, complejos de bajo voltaje, Rx de tórax: aumento de silueta cardíaca, doble contorno e imagen en garrafa. Se inicia protocolo diagnóstico para derrame pericárdico: marcadores tumorales, anticuerpos anti-DNA y antinucleares negativos, TAC reportó derrame pericárdico y pleural bilateral, neumonía basal izquierda y hepatoesplenomegalia, ecocardiograma transtorácico reportó derrame pericárdico de 500 ml,

sin signos de taponamiento cardíaco, se realiza ventana pericárdica drenando 500 ml de líquido sanguinolento, estudio citoquímico: eritrocitos, 330 células, 40% neutrófilos, 40% linfocitos, criterios de Light para exudado, gram y tinción Ziehl-Neelsen negativos, ADA:64 UI y cultivo para *M. tuberculosis* positivo, concluyendo diagnóstico de pericarditis tuberculosa, se inicia manejo anti-tuberculoso y corticoide sistémico. Actualmente paciente en tratamiento anti-tuberculoso con evolución satisfactoria. **Conclusión:** la pericarditis tuberculosa es una forma de presentación poco frecuente que requiere de alta sospecha diagnóstica en países de baja incidencia, ya que el diagnóstico y tratamiento temprano son cruciales para reducir la morbilidad y mortalidad asociadas.

Palabras clave: derrame pericárdico, tuberculosis, pericarditis.

0607 Tuberculosis diseminada por *Mycobacterium bovis*

Arteaga Mayra, Ovando Daniel
Fernando, Martínez Mayte
Hospital Juárez de México

Femenino de 25 años de edad, originaria de Tlahuapan Puebla, residente de Cuajimalpa Distrito Federal, unión libre, bachillerato incompleto, estilista, católica AHF: Abuelo paterno Diabetes mellitus tipo 2. APNP: Hacinamiento negativo, combe negativo, último viaje 26 de octubre de 2014 a Tijuana, tabaquismo positivo con un índice

tabáquico de 1.5 cajetillas año, consumo de bebidas alcohólicas de tipo social. Niega consumo de otras drogas cuenta con tatuajes en tórax. APP Quirúrgicos OTB, traumáticos fractura de muñeca izquierda a los 6 años con tratamiento conservador. AG-O menarca a los 14 años, ritmo regular OTB hace 6 años, desconoce número de parejas sexuales, gestas 2 partos 2 abortos 0, FUM 20 de octubre 2014. PA: inicia 20 días previos a su ingreso con cefalea intensa pulsátil EVA 9/10 holocraneana náuseas hasta llegar a la emesis en múltiples ocasiones fiebre hasta de 38.4°C, recibe tratamiento para gastroenteritis infecciosa sin mejoría deterioro neurológico con punción lumbar con pleocitosis de 1050, predominio PMN 70%, e hipoglucorraquia 10 mg/dl tinción de gram negativa inician manejo con ceftriaxona y vancomicina a dosis subóptimas, y esteroide. A su ingreso signos somnolienta, desorientada en tiempo y espacio, orientada en persona, con Glasgow de 14 apertura ocular espontánea, cuello con presencia de edemogalias cervicales pétreas, tórax con entrada y salida de aire sin agregados no se integra síndrome pleuropulmonar ruidos cardíacos rítmicos no soplos, abdomen normal extremidades hiporreflexicas. LCR glucosa 8 mg/dl sérica 114, proteínas 97, incoloro, celularidad 8, gram negativo. Panel Viral Negativo. Se inicia manejo con ceftriaxona 2 gramos cada 12 horas,

vancomicina 1 gramos cada 8 horas y dexametasona 0.15 mg/kg/dosis. Rifampicina, isoniacida, pirazinamida y etambutol cada 24 horas. Se envía cultivo de líquido cefalorraquídeo para hongos bacterias y micobacterias resultando negativos con reporte de PCR para *Mycobacteria* positivo biopsia, linfadenitis con necrosis caseosa consistente con tuberculosis mielocultivo negativo, cultivo para micobacterias de ganglio cervical positivo *Mycobacterium bovis*, durante su evolución presenta como complicación de tuberculosis meníngea hidrocefalo tratada por neurocirugía con colocación de válvula derivación ventrículo peritoneal así como insuficiencia suprarrenal.

Palabras clave: *Mycobacterium bovis*, tuberculosis.

0615 Brucelosis como causa de fiebre de origen desconocido, reto diagnóstico

Díaz Cinthya Isabel, Herrera Gisela, Martínez Julio Cesar, Ortiz Adriana

Hospital Universitario de Saltillo
Dr. Gonzalo Valdés Valdés

Introducción/antecedentes: descrita desde 1961 por Petersdorf y Beeson como temperatura mayor a 38.3°C en múltiples ocasiones durante un periodo de 3 o más semanas sin obtener diagnóstico preciso posterior a 1 semana de estudio durante hospitalización. También llamada fiebre de origen oscuro o fiebre de origen a determinar. **Objetivo:** mostrar

el abordaje de fiebre de origen desconocido, ya que identificar la etiología suele ser difícil y conlleva un estudio prolongado, siendo hasta un 24% idiopática o de casusa no identificada, por lo que requiere un abordaje con evaluación intensiva y procedimientos diagnósticos adecuados.

Descripción/informe del caso: masculino de 19 años de edad con antecedente de IVSA a los 15 años de edad con 1 PS, niega crónico degenerativas o carga genética para las mismas; como antecedentes adicionales refiere 2 perros dentro de casa con los cuales compartía habitación, uno de los cuales fallece 1 semana previa al inicio del cuadro. Ingresa por cuadro de fiebre de 1 mes de evolución con tratamiento antipirético sin mejoría; agregándose una semana previa pérdida de peso de 5 kgs en 1 semana. A su ingreso con tensión arterial de 100/70, frecuencia cardiaca en 100, frecuencia respiratoria en 18 y temperatura de 38.9°. Se realizan estudios de laboratorio evidenciando bicitopenia a expensas de leucopenia y trombocitopenia e hipertransaminasemia. TAC toracoabdominal reportando hepato y esplenomegalia. A la exploración física destaca adenomegalia inguinal derecha y en días posteriores se agrega adenomegalia inguinal contralateral. Ante el diagnóstico de fiebre de origen a determinar, se solicitan: panel viral, reacciones febriles, policul-tivos y reactantes de fase aguda, obteniendo resultados alterados

solamente en estos últimos con PCR y VSG elevadas. Ante la persistencia de la fiebre y el antecedente agregado al reinterrrogatorio de consumo de quesos no pasteurizados, se decide repetir prueba de reacciones febriles, resultando positivas para la aglutinación de rosa de bengala, con test de aglutinación estándar y 2 mercaptoetanol positivos.

Comentarios/conclusiones: la fiebre de origen desconocido es un diagnóstico que conlleva un estudio exhaustivo del paciente y un interrogatorio dirigido. Dentro de las causas de FOD encontramos las infecciosas en el 32%, en este caso siendo brucelosis la etiología. El diagnóstico de brucelosis requiere alta sospecha clínica, ya que tiene diversas complicaciones y requiere tratamiento oportuno.

Palabras clave: fiebre, origen, desconocido, brucelosis.

0618 Asociación de tuberculoma en lóbulo frontal con tuberculosis miliar y sarcoma de Kaposi: reporte de caso

Campos Hugo César, Chong Blanca Alicia, Rodríguez José Rafael, Ramírez Ricardo, Albaracín José Luis

Instituto Mexicano del Seguro Social

Masculino con prácticas sexuales de riesgo con cuadro crónico caracterizado por síndrome febril, síndrome diarreico, pérdida de peso, infecciones respiratorias bajas recurrentes y lesión exofítica en muslo derecho de 2 meses

de evolución, fue hospitalizado para protocolo de estudio por cefalea intermitente, resultado de panel viral positivo para HIV, cuenta de CD4: 28 células/mm³, TORCH negativo a toxoplasma, se identificó por IRM lesión redondeada en parénquima cerebral con reforzamiento en anillo al medio de contraste, no candidato a biopsia por esterotaxia por sus dimensiones, estudio citológico y citoquímico de LCR negativo para bacterias, hongos y micobacterias. Con ayuda de técnicas de medicina nuclear con ²⁰¹Talio y exploración complementaria con citrato de ⁶⁷Galio se descartó naturaleza neoplásica primaria en SNC, comportamiento molecular sospechoso de etiología infecciosa. En TAC tórax con infiltrado miliar pulmonar con PCR positiva para complejo *Mycobacterium tuberculosis*. Con base en dicho resultado, características de la lesión cerebral y comportamiento clínico, la sospecha de etiología tuberculosa se consideró como primera posibilidad, por lo que se instauró tratamiento antifímico y esteroide como prueba terapéutica, con lo cual se logró remisión completa de sintomatología y desaparición de la lesión en imagen de resonancia magnética en el seguimiento a tres meses. El abordaje diagnóstico de lesión única intraparenquimatosa de pequeñas dimensiones en paciente inmunocomprometido no candidato a biopsia por esterotaxia, con estudio microbiológico en LCR negativo, debe

de contemplar las técnicas de medicina nuclear que permitan el diagnóstico diferencial de etiología neoplásica vs infecciosa, así como la búsqueda de la etiología en otros sitios del cuerpo con datos de patología como fue el aparato respiratorio en éste paciente; la aplicación de estudios moleculares en líquidos corporales permiten establecer un diagnóstico temprano y tratamiento oportuno sin la necesidad de esperar el reporte de métodos convencionales como los cultivos. Para el tratamiento de éste caso se realizó revisión de la indicación de esteroide en pacientes con tuberculomas. El paciente fue exitosamente tratado con antifímicos de primera línea y esteroide con resolución completa del cuadro clínico y desaparición del 90% de la lesión en estudio de resonancia magnética de control. El presente caso es muestra del éxito terapéutico de la administración conjunta de esteroide.

Palabras clave: SIDA, tuberculoma, tuberculosis miliar, sarcoma de Kaposi, PCR, toxoplasmosis cerebral.

0619 Virus VIH con tropismo CXCR4 con polimorfismo de tropismo tropico (CCR5) posterior al recibir tratamiento antirretroviral de gran actividad sin exposición a maraviroc: reporte de un caso

Diestel Jarumi C, Trejo Nancy
Instituto Mexicano del Seguro Social

Introducción: el éxito del tratamiento antirretroviral a largo plazo se ve afectado por diversos factores, como la toxicidad, incumplimiento terapéutico, las diferencias en cuanto a eficacia y la aparición de resistencias. La principal causa de fracaso terapéutico es la falta de apego al tratamiento, un porcentaje de cumplimiento terapéutico inferior al 95% se asocia a fracaso virológico, toxicidad por abandono del tratamiento, farmacocinética el fármaco y aparición de resistencias. Las tasas de fracaso virológico alcanzan el 44% a los dos años de haberse iniciado la terapia antirretroviral con IP. Los pacientes con menor riesgo de fracasar son los que presentaban inicialmente una mayor cifra de linfocitos CD4 y una menor carga viral. **Caso:** masculino de 66 años con VIH diagnosticado en 1997 en tratamiento con ritonavir, lopinavir emtricitabina y tenofovir, hepatitis B en 1986, Hipertensión arterial sistémica en tratamiento con losartan, polineuropatía sensorial desmielinizante en extremidades, índice tabáquico de 7.25. Asegura buen apego al tratamiento. Cuadro de 1 año de evolución con pérdida involuntaria de peso de 5 kg, pérdida de la masa muscular, predominio en región malar y extremidades, refiere infecciones de repetición en los últimos meses. EF: consciente, orientado, hábito asténico, hipotrofia malar bilateral, sin placas blanquecinas blandas en lengua. Adenopatía

supraclavicular de 2 cm, duro, desplazable no doloroso. Extremidades hipotróficas, sin edema. Paraclínicos: Rx de tórax normal, Gluc:109 mg/dL, U:47 mg/dL, Creat: 0.9 mg/dL, BT: 0.30 mg/dL, BD:0.10mg/dL, BI: 0. 2mg/dL, Albumina: 4.1g/dL, TGO: 37 U/L, ALT:37 U/L, FA: 82 U/L, DHL: 176U/L Leu: 4.4x10³, Hb:13.0g/dL,Pla: 418x10³. Toxoplasma IgG (-)IgM: (-), rubeola IgM: (-), citomegalovirus IgG:(+), IgM:(-), Ag HBs: (-) , HCV3: (-), Biopsia de ganglio sin datos patológicos. Carga viral: 1017 CP,CD4: 227. **Conclusión:** el valor y el momento de medición de la carga viral con los que se define falla virológica varían entre 48-400 copias/mL tras 24 ó 48 semanas respectivamente, la frecuencia de su recuento depende del estadio clínico, estabilidad del paciente y restricciones del servicio de salud,entre 2 y 6 meses. La elección adecuada del esquema ARV tiene estrecha relación el éxito terapéutico y la reducción de fracaso con el empleo de esquemas subsecuentes. **Palabras clave:** VIH, antiretrovirales.

0626 Polineuropatía desmielinizante inflamatoria subaguda asociada a tuberculosis meníngea
Arteaga Mayra, Ovando Daniel Fernando, Martínez Mayte, Zúñiga José Mauricio
 Hospital Juárez de México

Paciente masculino de 43 años de edad, originario del distrito federal y residente del Estado

de México, habita en centro de rehabilitación para alcohólicos y drogadictos desde hace 3 años y medio, convivencia con 30 personas en promedio tabaquismo positivo desde los 18 años, alcoholismo positivo desde los 17 años, toxicomanías positivas con ingesta de marihuana y cocaína hace 8 años durante 2 años cada semana. Combe negativo. Ocupación vendedor ambulante en camiones, previamente mesero. Divorciado, con tatuajes con diagnóstico de VIH desde hace 6 meses, sin tratamiento. Inicia su padecimiento hace 1 mes y medio, con dolor a nivel ardoroso de plantas, disestesias de intensidad 5/10, ascendente hasta muslos, inicialmente en miembros pélvicos en forma simétrica, fatiga. Y hace 15 días aproximadamente con evacuaciones diarreicas, en un periodo de 15 días aproximadamente, de características líquidas, sin moco ni sangre, posteriormente con astenia y adinamia y dolor en muslo de ambas extremidades, posteriormente con debilidad de miembros torácicos, incluso con caída de su propia altura, sin pérdida del estado de alerta, o alteración en los esfínteres. A su ingreso valorado por neurología con dx de PB Sx de Guillain Barre LCR glucosa 47, proteínas 64, incoloro traslucido, con 10 cls con 60% de mononucleares y 40% de polimorfonucleares. Bilirrubina total .59, creatinina .59, glucosa 90, urea 28, tgo 51, tgp 430, amilasa 33, lipasa 22, leucocitos 7580 hb 17.5 y

plaquetas 184mil con neutrófilos 5510 y linfocitos 1220. Torch con memoria para CMV, rubeola, toxoplasma negativo. Estudio de neurofisiología: severo compromiso polineuropático motor/sensitivo de carácter axonal y desmielinizante que involucra a los nervios motores de las cuatro extremidades. Compromiso mononeuropático sensitivo múltiple que involucra al nervio cubital bilateral de carácter axonal y al nervio peroneo superficial izquierdo de carácter desmielinizante/axonal. Compromiso mononeuropático de carácter desmielinizante que involucra al nervio facial izquierdo. LCR negativo para herpes virus, varicela, CMV, Epstein Baar, y enterovirus, positivo para Epstein Baar. Y PCR positivo para TB. RNM encéfalo sin evidencia de patología estructural demostrable por este método manejo con inmunoglobulina por 5 días, se iniciara manejo antituberculoso y esteroideo, con mejoría completa del cuadro neuropatía desmielinizante y egresando por mejoría continua con manejo ambulatorio para TB y VIH.

Palabras clave: polineuropatía desmielinizante, tuberculosis, meningitis.

0632 Actinomicosis torácica como diagnóstico diferencial de tumoración pulmonar: reporte de un caso
Sánchez Reyna Elizabeth¹, Lima Olga Patricia¹, Miyagui Sayako Mariana¹, Calderón Hermenegildo²

¹ Departamento de Medicina Interna; ² Departamento de Neumología
UMAE Dr. Antonio Fraga Mouret, HG La Raza IMSS, Ciudad de México

Introducción: la actinomicosis es una infección infrecuente, causada por bacterias filamentosas Gram positivas del género *Actinomyces*. Suelen tener una evolución subaguda o crónica que se caracteriza por una respuesta inflamatoria tanto supurativa como granulomatosa, siendo afección más común la región oral y la cervicofacial, aunque cualquier sitio poder ser infectado. La presentación pulmonar es rara abarcando el 15% de los casos, siendo más frecuente en paciente con desordenes pulmonares de base como bronquiectasias o enfisema y aquellos con abuso de sustancias alcohólicas, como mecanismo más usual de infección la aspiración de secreciones orofaríngeas. **Caso:** masculino de 78 años de edad, que inicia con tos humedada con expectoración blanquecina, fiebre y pérdida de peso no documentadas de seis meses de evolución. Se inicia protocolo de estudio realizándose TAC de tórax donde se observa tumoración hipodensa que envuelve bronquio principal derecho de 96x46mm con contornos lobulados y reforzamiento leve a la administración de contraste intravenoso, así como grandes crecimientos ganglionares para-

traqueales y subcarinales. En los estudios de laboratorio iniciales con leucocitos de 6 460K/uL, neutrófilos 4,450K/uL, hemoglobina 15.9g/dl, plaquetas 197 000K/uL. Ante la sospecha de carcinoma broncogénico se realiza toracocentesis y biopsia percutánea con resultados no concluyentes. Se decide realización de biopsia a cielo abierto en la cual se reporta colonia de *Actinomyces* rodeada por infiltrado inflamatorio a expensas de polimorfonucleares. Se inició tratamiento con penicilina presentando mejoría clínica, sin embargo con cambios inflamatorios crónicos a nivel pleural y parenquimatoso. **Conclusión:** tanto la presentación clínica como radiológica de esta entidad es inespecífica, lo que obliga a descartar otros diagnósticos diferenciales de tumoración pulmonar más frecuentes como son tuberculosis y cáncer de pulmón, requiriendo la mayoría de las veces biopsia para diagnóstico definitivo. El pronóstico en estos pacientes depende del diagnóstico y tratamiento oportuno.

Palabras clave: *Actinomyces*, actinomicosis torácica, tumoración pulmonar.

0634 Neuropatía por virus neurotrópico en pacientes diabético
Cerda Fidel¹, Lozada Carlos Alberto², Dávila David³

¹ Centro Médico Nacional 20 de Noviembre ISSSTE; Hospital General Xoco; ² Instituto Nacional de Rehabilitación Luis Guillermo Ibarra Ibarra; Hospital

General Xoco; ³ Hospital General Ticomán

Masculino de 59 años, con carga genética para cáncer de páncreas (madre) y diabetes mellitus tipo 2 (DM2), tabaquismo + por 12 años con un IT de 3 paquetes/año, padece DM2 desde hace 4 años en manejo con metformina, antecedente traumático en accidente automovilístico con traumatismo craneoencefálico con fractura hundimiento parietal derecho sin tratamiento quirúrgico. Ingresa por cuadro de mes y medio de evolución con dolor tipo urente en miembros torácicos y pélvicos con un EVA 8/10, pérdida de peso de 3 Kg y presencia de orquiepididimitis, sin fiebre; en su estancia hospitalaria presenta un solo pico febril, glucemias entre 120 y 150 mg/dl, leucocitosis hasta 13000/m³, con una PCR inicial de 459.8 mg/l (al egreso muestra una PCR 0.7 mg/l sin uso de esteroide), Hba1c 8%, ANAs moteado fina 1+, anticuerpos anti RNP, SM, DNA DS negativos, C3 y C4 normales, perfil para vasculitis y antifosfolípidos negativos, inmunoglobulinas sin alteraciones, marcadores tumorales (antígeno prostático, carcinoembrionario, alfa-fetoproteína) negativos, beta 2 microglobulina discretamente positiva 0.28 mg/dl (0.07-0.18), TORCH con reactividad policlonal, perfil tiroideo sin alteraciones, endoscopia con esofagitis, pólipo sésil 5 mm gastritis folicular de cuerpo y antro, sin hallazgo de *H. pylori*. TAC

de tórax y rastreo abdominal sin alteraciones. Electromiografía que reporta neuropatía sensitivo motora del nervio mediano izquierdo y motora axonal de nervio peroneo izquierdo, sin datos de degeneración activa de músculos estudiados, panel viral para hepatitis B, C y VIH negativos, gammagrafía con Galio 67 sin datos de actividad tumoral en cuello, tórax, axilas e ingles. Se solicitan anticuerpos onconeurales clásicos (Anti-Hu y Anti-CV2) los cuales son negativos. Se concluye que este cuadro de neuropatía ha sido causado por un virus neurotrópico, en este caso asociado al antecedente de la orquiepididimitis y cuyas causa pueden ser por Coxsackie y citomegalovirus.

Palabras clave: neuropatía, virus neurotrópico.

0654 Síndrome de Hamman como hallazgo clínico inicial en neumonía atípica de un paciente inmunosuprimido. A propósito de un caso

Flores Perla Esmeralda, Lugo Andrés Roberto, Rivera Dante
Centro Médico del Instituto de Seguridad Social del Estado de México y Municipios Ecatepec

El síndrome de Hamman es la presencia de aire libre en el mediastino siendo descrito por Louis Hamman en 1939. La incidencia es variable, 1/800-1/42000 pacientes. Dentro de la fisiopatología interviene la diferencia de presión entre el mediastino y las estructuras

adyacentes (efecto Macklin). Al romperse la continuidad de dichas estructuras el aire se desplaza al mediastino por las vainas vasculares, disecando estructuras y viajando por fascias musculares. La diferencia de presión favorecida por los movimientos respiratorios exacerba el movimiento del gas. Clínicamente se presenta dolor pleurítico, disnea y en algunos casos crepitación. Paciente masculino de 23 años con antecedentes de importancia: alcoholismo ocasional, 3 parejas (homosexuales) sin uso de preservativo. Inicio padecimiento actual en septiembre 2015 con infecciones de vías respiratorias altas de repetición, en manejo con múltiples esquemas de tratamiento, solo presenta mejoría sintomática. Evolucionó con pérdida de peso no intencionada, astenia, adinamia e hiporexia. En diciembre se agrega fiebre intermitente de hasta 42°C, tos productiva con expectoración hialina, dentro del protocolo de estudio se documenta prueba de ELISA positiva en 2 ocasiones. Presenta disnea súbita y progresiva hasta ser de reposo, por lo que acude a valoración. A su ingreso presenta enfisema subcutáneo en cuello extendiéndose a región axilar, con presencia de estertores crepitantes y sibilancias bilaterales de predominio izquierdo, pulsooximetría con SO₂ 92%. Se ingresa a Medicina Interna e inicia tratamiento empírico con trimetropim-sulfametoxazol y esteroide, en la

TAC de tórax: imágenes compatibles con neumonía intersticial, neumomediastino, neumotórax izquierdo < 20%, enfisema subcutáneo en cuello y región torácica superior. Broncoscopia con lavado broncoalveolar: tinción de Grocott y blanco calcoflour positivos para quistes de *Pneumocystis jirovecii*. Se descartó coinfección por tuberculosis pulmonar. Presenta mejoría por lo que se mantiene en vigilancia. El síndrome de Hamman en el cuadro clínico inicial de neumonía atípica no está descrita en la biografía, ya que este se asocia frecuentemente a asma, síndrome de Marfan, apnea obstructiva del sueño, intoxicación por etanol, uso de drogas, enfermedad pulmonar intersticial y los desencadenantes frecuentes: vómito, tos, valsalva y ejercicio. En este caso la neumonía por *P. jirovecii* y tos contribuyeron al desarrollo del síndrome de Hamman.

Palabras clave: síndrome, Hamman, neumonía, *Pneumocystis*, paciente, inmunosuprimido.

0681 Hialohifomicosis esplénica compatible con aspergilosis diseminada asociada a candidiasis invasiva en un paciente con leucemia linfoblástica aguda

Villalobos Montserrat, Arce César Alejandro, Bahena María Magdalena, Domínguez Freddy Rafael
Hospital Central Sur de Alta Especialidad

Las infecciones fúngicas invasivas durante el tratamiento de

la leucemia linfoblástica aguda son de gran importancia debido a que presentan altas tasas de mortalidad. Es poco frecuente asociar dos patógenos fúngicos invasivos simultáneamente, representando un reto diagnóstico dada la generalidad de sus síntomas y la vulnerabilidad del sistema inmunológico en el nadir de la quimioterapia. Se presenta el caso de un paciente masculino de 19 años de edad con leucemia linfoblástica aguda de reciente diagnóstico, alto riesgo por edad y cuenta leucocitaria con cromosoma Philadelphia negativo, en quien se inició quimioterapia de inducción a la remisión con esquema Larson. Durante el nadir de quimioterapia, presentó infección bacteriana sistémica por *Klebsiella pneumoniae* que remitió con antibióticos sistémicos; posteriormente se documentó en hemocultivos centrales y periféricos, sepsis por *Candida tropicalis* en el día +17 de quimioterapia y se inició tratamiento con caspofungina. Aparecieron lesiones cutáneas de candidiasis sistémica en región de tórax y extremidades superiores. Persistió febril, por lo que se realizaron dos aspirados de médula ósea con remisión y todos los cultivos sin crecimiento bacteriano. Presentó dolor abdominal, identificando en tomografía axial simple y contrastada de abdomen hepatoesplenomegalia y lesiones sugerentes de abscesos esplénicos. Se realizó esplenectomía terapéutica con hallazgos transquirúrgicos de esplenomegalia con microabscesos en todo su parénquima, abscesos en curvatura mayor de estómago, diafragma y peritoneo parietal. El reporte histopatológico con hialohifomicosis esplénica y microabscesos esplénicos compatibles con *Aspergillus sp.* Cumplió esquema de 21 días con caspofungina y se cambió a anfotericina B por falta de respuesta, esta última se administró durante 19 días, sin resolución completa del cuadro. Se decidió manejo con posaconazol, con lo que presentó franca mejoría, por lo que se egresó al paciente para terminar esquema ambulatorio con vigilancia estrecha. El principal patógeno en las infecciones fúngicas en este grupo de pacientes es *C. albicans*, seguido por *Aspergillus*. En nuestro caso, se obtuvo la asociación de *Candida tropicalis* y *Aspergillus sp.*, siendo un hallazgo considerablemente raro; sin embargo, debe contemplarse entre los diagnósticos diferenciales de los pacientes de estas características para optimizar el tratamiento adecuado y oportuno y, así, evitar la mortalidad secundaria a las complicaciones.

Palabras clave: aspergilosis invasiva, candidiasis invasiva, leucemia linfoblástica aguda.

0683 Sarcoma de Kaposi conjuntival en paciente con infección por VIH

Ovando Daniel Fernando, Arteaga Mayra
Hospital Juárez de México

Masculino de 37 años, con antecedente de prácticas sexuales de riesgo. El padecimiento por el cual consultó lo inició 3 meses previos a su ingreso con sensación de cuerpo extraño, inyección conjuntival y eritema en ojo izquierdo en manejo conservador por facultativo sin mejoría. Dos meses previos a su ingreso refiere presentar crisis convulsivas en 5 ocasiones, sin mayor abordaje. Un mes previo se agrega astenia, adinamia, pérdida no intencionada de peso de 6 kg y amaurosis fugas bilateral, con paresia de hemicuerpo derecho; estas 2 últimas con remisión completa en 24 horas previas al ingreso. En la exploración física es de relevancia en ojo izquierdo la hiperemia conjuntival con hemorragia subconjuntival y presencia de neoformación adyacente vascularizada, elevada, lobulada y dolorosa a la movilización. Se realiza protocolo por antecedentes de riesgo, documentándose una infección por VIH. Se realizó toma de biopsia por el servicio de oftalmología, la cual reportó sarcoma de Kaposi en conjuntiva. Se realizó búsqueda intencionada a nivel mucocutáneo de otras lesiones sugerentes de sarcoma de Kaposi, sin evidenciarse. Del abordaje de las crisis convulsivas, se buscó de forma intencionada oportunistas, sin evidencia alguna. Por otra parte, no se documentó ninguna alteración en electroencefalograma y a nivel estructural. Recibió tratamiento con terapia antirretroviral e interferón. Ac-

tualmente en seguimiento por consulta externa de infectología y oncología. El sarcoma de Kaposi es una tumoración vascular asociada con la infección por el herpesvirus-8 humano, que se caracteriza por angiogénesis, inflamación y proliferación celular. Las localizaciones que se describen con más frecuencia son en la piel de la cara y en miembros inferiores, así como mucosas de la cavidad oral y genital, la afección visceral es poco frecuente. Después de la retinitis por citomegalovirus y los exudados algodonosos, el sarcoma de Kaposi es la tercera manifestación oftalmológica en frecuencia en pacientes con VIH. El compromiso ocular es una alternativa que debe considerarse en sujetos con infección por VIH, con compromiso previo de piel y otras mucosas. En el presente caso, no se asoció a otras lesiones mucocutáneas que normalmente preceden a la afección ocular.

Palabras clave: sarcoma de Kaposi, VIH.

0685 Reporte de un caso de neuroinfección en adulto joven sin meningismo ni manifestaciones motoras

Solís Felipe de Jesús, Barco Yolanda, Castellanos Enrique
Hospital General Gaudencio González Garza La Raza, IMSS

Introducción: la tuberculosis es la segunda causa de muerte por enfermedades infecciosas a nivel mundial; la afección meníngea

ocupa el 1% de los casos en individuos inmunocompetentes, con un índice de fatalidad del 15 al 40% a pesar del tratamiento. Éste es un caso de tuberculosis meníngea en paciente que tiene como único factor de riesgo el previo uso indiscriminado de esteroides para control de dolor. Con inicio insidioso y lento, con cambios de la personalidad, alucinaciones, cefalea, delirium e hipertermia. **Descripción del caso:** hombre de 39 años de edad con hipertensión arterial sistémica de 3 años. Con marcha claudicante desde la infancia por trauma en miembro pélvico derecho. Últimos 6 años con dolor y edema de rodilla derecha. Hace 9 meses manejado con esteroide intramuscular por 4 meses, primero cada 21 días, después automedicándose hasta su uso diario. En abril es sometido a lavado articular por artritis séptica; se agrega episodios de desorientación, alucinaciones e irritabilidad, todo atribuido a cuadro articular. Se inició tratamiento antipsicótico, antibiótico y se egresa con prednisona 25 mg VO diaria. A las 72 horas presenta fiebre de 39.5°C y cefalea. Por reacciones febriles diagnostican brucelosis e inician rifampicina por 6 semanas. VIH y panel viral de hepatitis negativos. Sin mejoría, decide acudir a esta unidad. Punción lumbar por sospecha de neuroinfección, con hipogluorraquia, hiperproteorraquia y pleocitosis. Tomografía de cráneo con edema cerebral. Resonancia magnética con 2 le-

siones con reforzamiento anular en cerebelo. Se inicia tratamiento empírico para tuberculosis fase intensiva. Nueva punción lumbar: tinta china, gram, aglutinación, cultivo para bacterias y hongos, PCR para tuberculosis, hemocultivo y urocultivo todos negativos. Mielocultivo para *Brucella* en proceso. Cursa con evolución tórpida, afección a tercer, cuarto y sexto nervios craneales derechos, insuficiencia respiratoria aguda y paro cardiorrespiratorio. Necropsia en proceso. **Conclusiones:** se trata de un reto diagnóstico por la presentación atípica, por contar con estudios microbiológicos y PCR negativos. Sin embargo, el análisis del líquido cefalorraquídeo y los hallazgos de imagen sugieren tuberculosis, siendo el índice de fatalidad de 15 a 40%, a pesar del tratamiento.

Palabras clave: meningismo, tuberculosis, reto diagnóstico, atípico, inmunosupresión.

0689 Cistitis enfisematosa reporte de un caso

Aguilar Sandra, Romero Javier Alonso, Medveczky Nikolett, Sánchez Martín de Jesús
Hospital General de México

Introducción: la cistitis enfisematosa es una entidad clínica rara, existen reportados alrededor de 136 casos en la literatura. Más del 90% de los casos ocurren en pacientes diabéticos e inmunodeprimidos, predominando en el sexo femenino. Los microorganismos más fre-

cuentemente involucrados son *Escherichia coli* en el 60% de los casos y *Klebsiella pneumoniae* en el 10-20%. Se reporta un caso de paciente con cistitis enfisematosa identificada, siendo ésta una causa rara de infección de vías urinarias complicada en el paciente diabético. **Presentación del caso:** femenino de 47 años, con diabetes mellitus tipo 2. Ingresa por manifestaciones clínicas de tres días de evolución, astenia, adinamia, polaquiuria y disuria acompañados de escalofríos y fiebre. A la exploración física se confirma fiebre, hipotensión, taquicardia, y dolor a la palpación en hipogastrio, puntos ureterales medios y Giordano derecho positivos. Los exámenes de laboratorio mostraron hiperglucemia, hiponatremia, lesión renal aguda AKIN I, biometría hemática que mostró cuenta leucocitaria normal con neutrofilia y linfopenia, uroanálisis con proteinuria, glucosuria, en sedimento se encontraron bacterias abundantes, leucocitos abundantes, eritrocitos presentes sin reporte de dismorfia. Procalcitonina sérica elevada; en hemocultivo se aisló *Klebsiella pneumoniae*. Radiografía abdomen: imágenes de burbujas pequeñas en contorno de vejiga urinaria, sugerentes de enfisema de pared. USG abdomen: vejiga distendida con imágenes ecogénicas puntiformes en la periferia, con reverberancia sugerente de gas. Tomografía de abdomen y pelvis: vejiga con reforzamiento de la mucosa e

imágenes hipodensas en rango de aire en el espesor de la mucosa. Se dio tratamiento empírico para cobertura de grampositivos y negativos obteniendo mejoría clínica del cuadro. **Conclusión:** la cistitis enfisematosa es una entidad progresiva y fatal que sin tratamiento conlleva una mortalidad de hasta el 12%. En diabéticos la producción de CO₂ por el microorganismo se da por la fermentación de glucosa, que ocurre cuando la concentración de ésta es alta. El diagnóstico se realiza con radiografía simple o tomografía computarizada de abdomen. El tratamiento antibiótico y la cateterización de la vejiga son exitosos en 90% de los casos.

Palabras clave: infección de vías urinarias complicada, cistitis enfisematosa, diabetes mellitus tipo 2.

0699 Absceso en cuello secundario a *Histoplasma capsulatum*, presentación poco común. Reporte de un caso

Rojas Flor Elena, Cortez Estrellita, Domínguez Sandra, Villalobos Fernando, Mouret Ulises Emanuel Guadalupe, Cajina Daniela, Infante Héctor

Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez

La histoplasmosis clásica es una micosis sistémica, producida por el hongo dimorfo *Histoplasma capsulatum*. El agente causal vive en las tierras ricas en sustancias orgánicas, con

deyecciones de aves y murciélagos, los microconidios de la forma micelial infectan al hombre y a otras especies. La vía principal de entrada es la inhalada y muy infrecuente la vía cutánea. Los pacientes inmunocomprometidos, como los que padecen SIDA, linfomas, infecciones por CMV, los receptores de trasplantes de órganos y los que están bajo tratamiento con altas dosis de corticosteroides u otras drogas inmunosupresoras, presentan formas progresivas y diseminadas de esta infección que suelen tener un curso fatal cuando no son tratadas. Paciente masculino de 33 años de edad, comerciante de verduras, último viaje en el 2015 a Guanajuato, donde entró a minas, con diagnóstico de VIH en 2005; ha recibido tratamiento con diferentes esquemas por efectos secundarios de antirretrovirales, actualmente en tratamiento con truvada + kaletra; enero 2016, última carga viral indetectable CD4 651. Inicia su padecimiento actual en julio del 2015 con presencia de adenopatías cervicales que desaparecen en una semana; en noviembre del 2015 con presencia nuevamente de adenopatía cervical que aumenta de tamaño y posteriormente presencia de ruptura con salida de líquido, acudiendo con facultativo que indica clindamicina sin mejoría clínica y aumento de tamaño, por lo que decide acudir a nuestra institución en enero 2016, donde se decide su hospitalización para estudio

de tumoración supraclavicular derecha, se toma tomografía de cuello con reporte de probable absceso de cuello, ganglios supraclaviculares; se toma GeneXpert en orina (se envía a clínica Condesa), reportándose como negativo. Se solicita interconsulta al servicio de cirugía general para drenaje de absceso, toma de biopsia de adenopatía para envío de muestras a cultivo y patología (se solicita apoyo a clínica Condesa para cultivo de hongos y micobacterias). Se entrega resultados de cultivo con reporte de *Histoplasma capsulatum*, iniciándose tratamiento a base de anfotericina B y posterior cambio a itraconazol. La presentación de absceso secundario a histoplasmosis es infrecuente, existen pocos reportes de casos, debido a que la vía de entrada cutánea es poco común, por lo que no es frecuente sospecharlo en la práctica clínica, por lo que el diagnóstico de esta entidad se efectúa por el hallazgo del agente causal.

Palabras clave: absceso, cuello, *histoplasma*, inmunocomprometido, viaje, anfotericina B.

0701 Linfoma difuso de células grandes B en sistema nervioso central en paciente con infección por VIH

Ovando Daniel Fernando, Arteaga Mayra
Hospital Juárez de México

Paciente masculino de 39 años de edad, quien tiene como antecedente diagnóstico de infección

por VIH desde hace 3 meses. El tratamiento actual es a base de atripla 1 tableta cada 24 horas, el cual inició 15 días previos a su ingreso. Acudió por un padecimiento que inicia 4 días previos a su ingreso caracterizado por presencia de crisis convulsivas tónico clónicas. Acudió con facultativo quien sólo dio manejo con fenitoína. A su ingreso sin hallazgos relevantes en la exploración física. Se realizó estudio tomográfico de cráneo el cual evidencia imagen hipodensa que refuerza en anillo con el contraste, en región frontal derecha de aproximadamente 2.8x3.6 cm, con edema perilesional que desvía levemente línea media. Dado el antecedente del paciente, y siendo la infección de SNC más común en pacientes con VIH, se inicia antibioticoterapia para toxoplasma. Dentro del protocolo se realiza resonancia magnética, la cual reporta lesión hiperintensa redondeada que refuerza con el contraste en localización previamente comentado. El servicio de neurocirugía realiza escisión de lesión con toma de biopsia, la cual reporta linfoma difuso de células B. Recibió manejo con radioterapia y quimioterapia intratecal con metotrexate. Actualmente en seguimiento por consulta externa y hematología, por el momento sin datos de actividad tumoral. El linfoma primario de sistema nervioso central es una variante poco común del linfoma no Hodgkin extranodal que involucra al cerebro, leptomeninges, retina o

médula espinal, sin evidencia de afección sistémica. El principal factor de riesgo para su desarrollo es la inmunodeficiencia. En pacientes con infección por VIH se debe hacer diagnóstico diferencial con otras causas ocupativas del SNC, como encefalitis por toxoplasma y leucoencefalopatía multifocal progresiva. El pronóstico es peor comparado con el de los linfomas sistémicos. La supervivencia media sin tratamiento es de 2-4 meses tras el diagnóstico. Con radioterapia, la supervivencia es de 10 meses y con la adición de quimioterapia y metotrexate intratecal se consiguen tasas de respuesta inicial del 85% y las recurrencias suelen aparecer entre los 15 y 45 meses del tratamiento.

Palabras clave: linfoma primario de sistema nervioso central, infección por VIH.

0704 Abscesos pulmonares piógenos por enterobacterias por probable diseminación hematológica de foco urinario en una paciente diabética. Reporte de un caso

Meneses Ericka, Mayoral Héctor Antonio, González César Leonardo, Giraldo Diego Alejandro, Arcos José Humberto, León Ángel Ignacio, Sánchez Virginia Hipólita
Hospital General de México Dr. Eduardo Liceaga

El absceso pulmonar es un área de pus o restos necróticos en el parénquima pulmonar, la primera causa es infección por

M. tuberculosis, sin embargo puede ser causado por bacterias anaerobias, y con menor frecuencia por otras bacterias. Se presenta el caso de una mujer de 56 años con diabetes mellitus tipo 2 desde hace 10 años e hipertensión arterial sistémica desde hace 8 años, quien acude por padecimiento de 2 meses de evolución caracterizado por pérdida de peso de 10 kg, hiporexia, tos en accesos de predominio nocturno, seca, no emetizante, no cianozante, no disneizante; acompañado de diaforesis nocturna y disnea que progresa a pequeños esfuerzos, por lo que se decide ingreso hospitalario. A la exploración con estertores crepitantes interescapulovertebrales derechos, sin integrar síndrome pleuropulmonar; se toman laboratorios que reportan lesión renal aguda, leucocitosis con neutrofilia e infección de vías urinarias; en ultrasonido datos de pielonefritis derecha. Se toma radiografía de tórax donde se observan opacidades de bordes definidos con nivel hidroaéreo en regiones intercleidohiliar externa izquierda y parahiliar derecha; se complementa con tomografía de tórax que reporta múltiples lesiones redondeadas con niveles hidroaéreos, la mayor de 6.6x5.4x3.7 cm en lóbulo medio con broncograma aéreo periférico, dos lesiones de lado izquierdo en lóbulo superior en segmentos anterior y apico-posterior de 2.5 cm y de 5.1 cm, así como consolidación en segmento medial basal derecho.

Se inició manejo antimicrobiano empírico, se envían muestras de expectoración seriadas para BAAR con reporte negativo, en cultivo de expectoración se aísla *E. coli* productora de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) urocultivo con *E. coli* BLEE, por lo que se inicia manejo con imipenem. Debido a evolución estacionaria se realiza drenaje percutáneo de abscesos, se envían muestras para cultivo, hongos negativo, BAAR, GeneXpert MTB/RIF siendo negativos; en cultivo se aísla *E. coli* BLEE y *Enterococcus faecalis*, por lo que se agrega vancomicina. La paciente presenta mejoría clínica, se retira drenaje percutáneo sin complicaciones, y se egresa por mejoría. Las enterobacterias son agentes infrecuentes en abscesos pulmonares, se asocian a diseminación hematógena, cuando no hay respuesta terapéutica en abscesos mayores de 6 cm se puede optar por drenaje quirúrgico, aunque el drenaje percutáneo es una opción menos invasiva y con similar eficacia.

Palabras clave: absceso pulmonar, enterobacterias, diabetes mellitus tipo 2, drenaje percutáneo, *E. coli* BLEE, *Enterococcus faecalis*.

0711 Choque hipovolémico secundario a hemorragia de tubo digestivo alto asociada a sarcoma de Kaposi gastrointestinal a propósito de un caso en un paciente con VIH-SIDA en tratamiento con antirretrovirales
Pérez Karla Isabel

Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado

Introducción: el sarcoma de Kaposi es una neoplasia vascular asociada a infección por virus herpes humano 8, la variante clínica más prevalente es la asociación con el VIH; fue descrito en 1872 por Moritz Kaposi, con afección gastrointestinal en 40% de los pacientes. Estudios postmortem sugieren afección visceral en 75%. El SK gastrointestinal tiene un curso clínico silente con evolución a hemorragia de tubo digestivo en 70% y choque hipovolémico en 20% de los casos. **Descripción del caso:** masculino de 48 años, infección por VIH de 20 años, seguimiento por infectología en tratamiento con lopinavir/ritonavir 200/50 mg 4 tab/día y tenofovir/emtricitabina 200 mg 4 tab/día, antes sin tratamiento, actualmente con mal apego. Inicia padecimiento 4 meses previos con fiebre sin predominio de horario, diarrea en número de 7 evacuaciones al día con moco, sangre y proctalgia. Durante hospitalización tuvo 4 hematemesis de 250 cc cada una; tras conseguir estabilidad hemodinámica por cursar con choque hipovolémico se realiza endoscopia, donde se objetivan lesiones compatibles con SK con toma de biopsia; se establece el diagnóstico mediante detección por PCR-ADN del HHV8. El paciente continuó con terapia antirretroviral, así como con quimioterapia y radioterapia.

Exploración física: TA 100/70 mmHg, FR 30 rpm, FC 110 lpm, T 37°C. Neurológicamente íntegro, palidez generalizada, pupilas isocóricas, normorreflécticas, cavidad oral mucosa seca, cuello cilíndrico, con adenopatías bilaterales con tráquea central, campos pulmonares sin alteraciones, ruidos cardiacos aumentados en frecuencia, abdomen blando, depresible, no doloroso, peristalsis presente, extremidades íntegras simétricas, presencia de lesiones cutáneas violáceas. Estudios de laboratorio: leucocitos 2.1, linfocitos 4.0, hb 7.3, htc 25%, plaquetas 178,000, glucosa 80 mg/dL, urea 40, creatinina 1.0, carga viral VIH por PCR 10,000 c/mL, LTCD 4 120 células/mL; biopsia gástrica compatible con VHH-8, PCR-ADN de VHH-8 8+. TAC abdomen: evidencia imagen aspecto vegetante a nivel de curvatura mayor gástrica. Endoscopia: lesiones elevadas gástricas, irregulares, uniformes, estigmas de sangrado. **Conclusiones:** el SK es la neoplasia maligna intraabdominal más frecuente en pacientes con VIH, el tercer sitio más frecuente de afección es gastrointestinal, con inicio asintomático y progresión lenta hacia la presencia de sangrado, siendo ésta una presentación poco frecuente con riesgo de evolucionar a choque hipovolémico. Resulta necesario considerar el diagnóstico en pacientes VIH (+) con síntomas gastrointestinales aunque sin lesiones en la piel.

Palabras clave: choque hipovolémico, hemorragia digestiva alta, sarcoma de Kaposi, gastrointestinal, VIH-SIDA, antirretrovirales.

0712 Identificación de micobacterias no tuberculosas en adultos HIV negativos en un hospital de referencia de la Ciudad de México

Cícero Raúl¹, Landa Pedro Daniel¹, Hernández Alejandro¹, Martínez I², Mandujano AP², Torres BP²

¹ Hospital General de México; ² Instituto de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos (Indre)

Introducción: la tuberculosis es un problema de salud pública global; actualmente existe un aumento progresivo de micobacterias no tuberculosas (MNT) en casos pulmonares y extrapulmonares. Generalmente son de difícil manejo y clínicamente pueden confundirse con infecciones pertenecientes al complejo *M. tuberculosis*. **Objetivo:** conocer la frecuencia de micobacterias no tuberculosas aisladas de muestras clínicas de pacientes inmunocompetentes sospechosos de tuberculosis, en un hospital de alta especialidad de la Ciudad de México (Hospital General de México). **Metodología:** estudio prospectivo, descriptivo; se estudiaron cepas aisladas de material biológico en cultivos Löwestein-Jensen y MGIT1960. Se realizó PCR en punto final, se amplificó un producto de 440 pb del gen *hsp65* y se efectuó secuenciación

para identificar las especies de micobacterias. **Resultados:** se estudiaron un total de 121 muestras clínicas de pacientes HIV negativos: 99 (82%) fueron muestras pulmonares y 22 (18%) de formas extrapulmonares; 83 (68%) fueron positivos para el complejo *M. tuberculosis*. En 38 (31%) se identificaron cepas de MNT, correspondieron a 16 pulmonares, 14 de orina, tres de aspirado de médula ósea, una cepa de lavado gástrico, ascitis, líquido cefalorraquídeo, nodo linfático y líquido pleural. Las especies que predominaron fueron: *M. avium* con 21 aislamientos y *M. intracellulare* con siete. **Discusión:** las MNT se consideran como causa de infección cada vez más frecuente en sujetos inmunocompetentes. La información sobre incidencia y prevalencia es limitada en México. La infección se sospecha cuando hay factores de riesgo, como edad avanzada, bronquiectasias y mala respuesta al TAES. La frecuencia de MNT encontrada en este estudio, en casos, fue de 31%, cifra relativamente alta coincidente con otros autores que mencionan 81% en patología pulmonar y 18% en extrapulmonar, lo que indica que es esencial la detección sistemática de las MNT en muestras clínicas de sospechosos de tuberculosis. **Conclusiones:** se señala la importancia de identificar la presencia de MNT en las muestras clínicas de los casos sospechosos de tuberculosis

que no responden al tratamiento farmacológico.

Palabras clave: *M. tuberculosis*, diagnóstico, PCR.

0719 Incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica en el servicio de Medicina Interna del Hospital de Especialidades de la Ciudad de México
Dr. Belisario Domínguez

Mendoza Rocío

Hospital de Especialidades de la Ciudad de México Dr. Belisario Domínguez

La neumonía es una infección muy común, adquirida durante la hospitalización en pacientes con ventilación mecánica. En los pacientes que aparece neumonía asociada a la ventilación mecánica tienen una mortalidad de 20 a 25%; por cada día de asistencia mecánica ventilatoria, la mortalidad se incrementa en 1%. En los sobrevivientes se prolonga la estancia hospitalaria entre 19 a 44 días, lo que incrementa su mortalidad en 76%; además aumenta el riesgo de ser generada por microorganismos multirresistentes. En pacientes con infecciones nosocomiales, aproximadamente 60% de las muertes se asocia con NAVM; la tasa promedio de incidencia es de 7 casos por 1000 días de asistencia mecánica ventilatoria.

Objetivo: determinar la incidencia de neumonía asociada a ventilación mecánica en los pacientes, en relación con persona/días-ventilador hospitalizados en el servicio de Medicina Interna.

Material y método: estudio clínico prospectivo y observacional. **Resultados:** muestra total de 111 pacientes en el periodo comprendido desde el 1 de noviembre de 2015 al 31 de mayo de 2016. La estancia hospitalaria total fue de 963 días, cuya media global fue de siete días. El total de días de apoyo mecánico ventilatorio fue de 595, con mediana de tres días. Se reportaron 15 patologías más frecuentes que requirieron AMV; la más común fue ERC, en 37% de los casos; la menos común fue HSA y procesos infecciosos, en 1.8% de los casos. La estancia hospitalaria total fue de 963 días, cuya media global fue de siete días. El total de días de AMV fue de 595, con mediana de tres días. Se reportó un total de 24 casos de NAVM, por lo que la incidencia fue de 5.9 casosx100 días ventilador. De los 111 pacientes se encontró incidencia acumulada de 21.6% en la población estudiada. De los 111 pacientes que requirieron AMV, fallecieron 64 durante el periodo de estudio; la tasa de mortalidad fue de 57.7%.

Discusión: se reportó un total de 24 casos de NAVM, por lo que la incidencia fue de 5.9 casosx100 días ventilador. El análisis bivariado reflejó mayor manifestación de casos en pacientes con más días de requerimiento mecánico ventilatorio y más días de estancia intrahospitalaria. **Conclusiones:** no se encontró asociación directa entre NAVM y defunción.

Palabras clave: neumonía, ventilación mecánica.

0731 Enteropatía por *Mycobacterium avium complex* (MAC) como presentación inicial de enfermedad diseminada en paciente con síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Maza Miguel, Vázquez Adriana, Bueno Guadalupe Margarita, Barriga Bernardo

Hospital Ángeles Mocol

En pacientes infectados con VIH, la diseminación por *Mycobacterium avium complex* (MAC) suele observarse en pacientes con CD4 <50 células/mm³. El riesgo de diseminación es aproximadamente de 20 a 40% para pacientes colonizados por MAC. Las principales manifestaciones clínicas son fiebre, diaforesis, pérdida de peso y diarrea. La transmisión se adquiere por inhalación, ingestión o inoculación a través del aparato respiratorio o gastrointestinal; eventualmente esta infección produce bacteriemia y se disemina a otros órganos, como el bazo y la médula ósea. Nuestro caso es un paciente masculino de 29 años, diagnosticado desde hace tres años con VIH-1 subtipo B, con mal apego al primer tratamiento antirretroviral, suspendido por decisión propia por ocho meses. Actualmente está en tratamiento con etravirina+lopinavir/ritonavir, así como profilaxis con TMP/SMX y fluconazol (último conteo CD4 <20, carga viral indetectable). Internamiento previo, donde se diagnosticó encefalopatía por VIH (anti-VIH positivo en LCR).

Se realizó TAC toracoabdominal con adenomegalias retroperitoneales múltiples. Se realizó AMO y biopsia, mismos que no reportaron datos de infiltración neoplásica o infecciosa. Acudió tres meses después al hospital por tener cuadro de tres semanas con náusea, hiporéxia, fiebre y diarrea no disintérica. Ingresó a UTI por tener inestabilidad hemodinámica, requiriendo apoyo de vasopresores. Con evolución tórpida y persistencia de la diarrea se realizó colonoscopia y toma de biopsia de íleon terminal, revelando la existencia de *Mycobacterium avium* intracelular. Se realizó un nuevo AMO y biopsia de hueso, que reportó granulomas epitelioides, así como *Mycobacterium avium*. Se inició tratamiento con claritromicina, etambutol y rifampicina, con adecuada respuesta. Existen estudios con reportes de incidencia a un año de bacteriemia por MAC de 24.6%, siendo mayor con cuentas de CD4 <75 células/mm³. La infección diseminada es la infección bacteriana más frecuente en pacientes con SIDA avanzado. El factor de riesgo más importante para el desarrollo de la enfermedad es el número de CD4. La infección gastrointestinal puede ser la manifestación inicial de SIDA, asociada con infección oportunista, pero la incidencia ha disminuido debido a la introducción de la terapia profiláctica; por lo que es de suma importancia el seguimiento y adecuado control de la terapia para prevenir la evolución de la

enfermedad, así como el buen apego a la terapia antirretroviral y profiláctica; que no sucedió en este caso.

Palabras clave: SIDA, *Mycobacterium avium*, diseminado, enteropatía, manifestación, profilaxis.

0735 Hipercalcemia grave ocasionada por histoplasmosis diseminada: presentación de caso

Sosa Jéssica Guadalupe, Causor Abel, Ontiveros Patricia Guadalupe, Hernández Marisol, Flores Baldomero, Alarcón Pedro
Hospital General de Cuernavaca

Se informa de un paciente de sexo femenino de 88 años de edad con hipercalcemia severa asociada a infección diseminada por histoplasma. La paciente clínicamente evoluciona con astenia, adinamia, somnolencia, hiporexia, deterioro cognitivo; posteriormente cursando con síndrome febril. La importancia diagnóstica de este caso está relacionada con el abordaje diagnóstico a partir de la hipercalcemia, reportándose en la literatura sólo seis casos asociados a histoplasmosis diseminada. La paciente cuenta con los siguientes antecedentes de importancia: hipertensión arterial sistémica en tratamiento, hipotiroidismo así como fibrilación auricular paroxística. A la exploración física, paciente pálida, con pápulas en la región frontal. Oídos: a la otoscopia, membranas timpánicas sin alte-

raciones, cavidad oral mucosa deshidratada, con lengua de aspecto de "frambuesa", cuello sin adenomegalias, no hay rigidez ni datos de meningismo, tórax simétrico, mamas normales, campos pulmonares con ligeras sibilancias inspiratorias, ruidos cardíacos rítmicos, sin agregados, abdomen blando y depresible sin hepatoesplenomegalia, extremidades edema grado II. Se inició protocolo de estudio en busca de causas metabólicas relacionadas al padecimiento actual, encontrando de acuerdo a laboratorios, hipercalcemia severa, sodio 135 meq/L, potasio 4.1 meq/L, cloro 99.4 meq/L, fósforo sérico 4.2 mg/dL calcio sérico 13.5mg/dL, calcio corregido 16.5 mg/dL, albúmina sérica 3.2 g/dL, paratohormona intacta 28 pg/mL calcitriol 115 mg/dL. Se continuó protocolo de estudio, tomando en cuenta como diagnóstico diferencial, mieloma múltiple, realizándose serie ósea metastásica, reportada sin alteraciones, electroforesis de proteínas, sin evidencia de pico monoclonal, además de aspirado de médula ósea la cual se reporta hipocelular, con reacción granulomatosa y células gigantes multinucleadas con microorganismos intracelulares de 4 a 6 micras, cultivo de *Mycobacterium tuberculosis* negativo, antígeno urinario para histoplasma positivo 13.5ng/dL, integrándose diagnóstico de histoplasmosis diseminada. La paciente recibió inicialmente tratamiento con anfotericina B

liposomal durante 7 días, posteriormente con itraconazol, se llevó seguimiento con determinación de niveles de itraconazol en sangre con mejoría clínica, así como remisión de la hipercalcemia severa; al término del tratamiento se solicitó nuevamente antígeno urinario para histoplasma, el cual se reportó 0ng/, así como biopsia de médula ósea.

Palabras clave: histoplasmosis diseminada, hipercalcemia.

0738 Enfermedad de Addison y VIH-SIDA, a propósito de un caso y revisión de la literatura

Villarreal Eduardo, Díaz Ricardo, Campos Alberto, Enríquez Guadalupe, Garduño Alejandra, Pérez Valeria, Marez Martín
Facultad de Medicina e Ingeniería en Sistemas Computacionales de Matamoros.

Introducción: descrita en 1855 por Thomas Addison, se presenta por una atrofia y la pérdida de la mayoría de las células corticales sin afección a la médula de la glándula suprarrenal, la insuficiencia suprarrenal (Addison) en el SIDA por lo general se debe a infección oportunista, como citomegalovirus, infección fúngicas, como histoplasmosis y criptococosis. Sus manifestaciones clínicas son: aumento en el potasio, baja en el sodio y el cortisol, presenta hiperpigmentación de tegumento, deshidratación, fatiga extrema, movimientos lentos y vehemente deseo por consumo de sal. **Caso:**

masculino, 37 años, refiere síndrome febril, náusea, diarrea, anorexia, hipotensión arterial, vómito, deshidratación, taquicardia y ataque al estado general, el cual se mostraba decaído en el estado de ánimo, falta de apetito, hipotenso con lesiones sugestivas para sarcoma de Kaposi y una prueba rápida de VIH, que fue positiva; por las manifestaciones clínicas y los laboratorios se llegó a sospechar altamente la presencia de la enfermedad de Addison por toda la clínica que el paciente presenta, así como la relación que presenta con los resultados clínicos. Los resultados de laboratorios coinciden con signos clínicos de la enfermedad Na: 135, nitrógeno ureico: 24.77 mg/dL, K: 5 mEq/L, la prueba de cortisol está pendiente. **Discusión:** se concluye que tiene criterios clínicos y de laboratorio para Addison, se carece de un diagnóstico confirmatorio dado el hecho de pruebas faltantes para el mismo, como lo son de imagen, cortisol y ACTH, pero el paciente clínicamente concuerda con todos los criterios de enfermedad de Addison; revisando también la bibliografía hay un vínculo muy alto de Addison y VIH (+) sin llegar a encontrar una estadística certera de su relación, pero sin ser eso impedimento para mantener como posible diagnóstico de Addison.

Palabras clave: VIH, Addison, cortisol, ACTH.

0741 Inmunodeficiencia común variable con debut como sepsis

de partida abdominal y respiratorio

Bravo Verónica, Peralta Ana Lilia, Galindo Roberto

Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional La Raza

Antecedentes: la inmunodeficiencia común variable (IDCV) es una inmunodeficiencia primaria, que puede presentarse con múltiples fenotipos clínicos, se caracteriza por una falla en la producción de anticuerpos. La incidencia de la IDCV se ha calculado en alrededor de 1:25,000 a 1:75,000 nacidos vivos en las diferentes series de pacientes publicadas. Informe de caso: masculino de 48 años de edad con enfermedad renal crónica diagnosticada un año previo a su padecimiento, de etiología no determinada, en manejo sustitutivo con hemodiálisis. Negó algún otro antecedente de importancia. Ingresó al servicio de Medicina Interna con un cuadro de sepsis de origen abdominal con sospecha de infección por *Clostridium difficile* con múltiples esquemas antibióticos empíricos sin mejoría del cuadro. También presentaba sintomatología respiratoria con tos sin expectoración disnea y datos de ocupación alveolar basal derecho en radiografía de tórax. Se reinterrogó al paciente refiriendo cuadro de diarrea crónica. Presentó unos paraclínicos previos, donde se observa disminución de inmunoglobulinas, desde un año previo valores IgG 230, IgA 25, IgM

17, por lo que se justifica una nueva determinación de inmunoglobulinas, y ante el cuadro clínico de sepsis se decide iniciar primera dosis de inmunoglobulina (400 mg/kg/dosis, 24 g en total). Durante su curso clínico ameritó uso de aminos presoras, manejo de antimicrobiano de amplio espectro y desarrolló un cuadro de megacolon tóxico; se realiza colectomía total con mejoría franca del cuadro. Niveles de inmunoglobulina: IgG 203, IgA 29, IgM <17.3, IgE 04.95, subpoblaciones de linfocitos disminuidas, CD3 13.3, CD4 6.7, CD8 6.9, CD 56 0.09, CD 1.90. **Comentario:** las infecciones recurrentes se presentan hasta en un 86% de los pacientes con esta patología. Las más frecuentes son a nivel respiratorio y gastrointestinal. Su presentación como sepsis llega hasta el 2-16%, siendo los agentes patógenos aislados en mayor frecuencia bacterias encapsuladas como *Streptococcus pneumoniae* (30%) y *Hemophilus influenzae*. Las infecciones del tubo digestivo ocupan el segundo lugar. Aunque el compromiso renal en IDCV es raro, existen reportes de nefropatía membranosa, membranoproliferativa y NTI.

Palabras clave: sepsis grave, inmunodeficiencia común variable, nefropatía crónica.

0754 Complejo de demencia por SIDA (CDS), un reto diagnóstico para el médico internista cuando presenta una amplia afección

del tallo cerebral. Presentación de un caso

Jiménez Jesús, Pérez Alejandra, Martínez Aníbal, Villanueva Araceli, Aldana Oswaldo
Centro Médico ISSEMYM Toluca

Introducción: la evaluación y manejo de los pacientes infectados con virus de inmunodeficiencia humana (VIH), quienes se presentan con deterioro en el examen neurológico, son un reto diagnóstico. El inicio de la terapia antirretroviral altamente efectiva se ha asociado a disminución en la incidencia de afecciones del sistema nervioso central. Dentro de éstas, las lesiones sin efecto de masas son de baja incidencia.

Caso: masculino de 53 años de edad, soltero. Múltiples parejas homosexuales sin protección. Diagnóstico de SIDA C3 en 2003, por abdomen agudo secundario a perforación intestinal por citomegalovirus, requiriendo colostomía y apendicectomía incidental. Abandonó el tratamiento para VIH los últimos 6 años. Inicia su padecimiento un mes y medio previo con astenia, adinamia y hemiparesia derecha, progresiva a la hemiplejía con intolerancia a la vía oral. A esto se agrega fiebre no cuantificada, por lo que es trasladado a esta unidad para su atención. A la exploración física con estado vegetativo crónico persistente y se corrobora la hemiplejía derecha. Paraclínicos con conteo de CD4 60 células/ μ L, carga viral por PCR 85800 copias/ml. Se

realiza resonancia magnética (RMN) de cráneo con imágenes de atrofia cerebral y cerebelosa con lesiones hiperintensas en T2 y flair e hipointensas en T1, corticales, subcorticales, periventrículares predominantes izquierdas y en tallo cerebral notables, sin reforzar con medio de contraste. Serología múltiple, cultivo, tinta china, citológico y citoquímico, así como histopatológico negativo. Reinicia manejo con antirretrovirales, además de profilaxis para microorganismos oportunistas. Durante su estancia sin mejoría en el estado clínico neurológico, pero sí imagenológica de las descripciones realizadas, con disminución en la extensión por RMN de control.

Conclusión: las lesiones del SNC asociadas a VIH sin efecto de masa tiene múltiples diagnósticos diferenciales que hacen difícil el abordaje por la necesidad de una vasta cantidad de estudios, incluso biopsia (considerado el procedimiento ideal). El complejo de demencia por SIDA típicamente se presenta con la triada de demencia, alteraciones psicomotoras y síntomas depresivos. La afección con extensión a nivel de mesencéfalo y puente bilaterales son raras y obliga a descartar enfermedades desmielinizantes, virales agregadas e inmunológicas. Todo con resultados negativos, excepto PCR en títulos altos en el líquido cefalorraquídeo para VIH positivo.

Palabras clave: sida, demencia, complejo, nervioso, VIH, mesencéfalo.

0765 ¿Pacientes de UCI en hospital de segundo nivel, reto de sobrevivencia?

Garduño Alejandra, Carreón Jesús, Campos Alberto, Félix Lesly, López Daniela, Enríquez Guadalupe, Mares Martín

Facultad de Medicina e Ingeniería en Sistemas Computacionales de Matamoros, Tamaulipas

Introducción: tradicionalmente, la UCI alberga pacientes graves, siendo las afecciones cardíacas la principal causa de ingreso, observando en los últimos años el incremento de las afecciones vasculares cerebrales, siendo las hemorrágicas las de peor pronóstico. **Objetivo:** identificar las principales causas de ingreso a la UCI y la mortalidad en pacientes en hospital de segundo nivel, con las principales patologías asociadas. **Material y método:** se realizó un estudio retrospectivo, observacional y descriptivo, del 3 de marzo de 2016 al 28 de agosto de 2016, con pacientes que ingresaron a la UCI, se identificó a los pacientes mayores de 16 años de edad, tomando en cuenta el motivo de ingreso y la edad, así como su desenlace. **Resultados:** fueron 66 pacientes, el 56% femenino y el 44% masculino, la edad promedio fue de 45 LSR 86 años y el LIR 16 años; solo 18% fue menor de 30 años: las principales patologías fueron 15% para enfermedades vascular cerebral y 13.5% correspondió a pacientes obstétricas e igual 13% para DM y complicaciones sólo 10%

fueron por causas cardiovasculares, el restante incluyó causas como traumatismos por arma de fuego, neumonía y lupus, entre otras. El índice de mortalidad fue de 28% en general, pero de 66% para los ingresados por EVC.

Conclusión: la UCI en adultos tiene mortalidad muy similar a la reportada por la literatura. Pudimos observar que el EVC se ha ido desplazando, convirtiéndose en una de las principales patologías de ingreso y mortalidad de la UCI en hospitales de segundo nivel debido al abordaje de los pacientes.

Palabras clave: UCI, EVC, mortalidad, obstétricos.

0767 Valor pronóstico de CO2 venoso y arterial en el paciente con sepsis, en un servicio de Medicina Interna

Camacho Jovanni, Tapia Nadia Guadalupe, Suárez Pablo, Reynoso Marco Tulio

Hospital General Dr. Darío Fernández Fierro. ISSSTE

Introducción: la sepsis es la principal causa de muerte por infección a nivel mundial, las estrategias para su detección oportuna, así como monitoreo durante la reanimación hídrica y tratamiento antibiótico requiere de variables clínicas, laboratorio y gabinete. En un servicio con cierta limitación para poder acceder a dichas formas de monitoreo ya sea invasivo o no, resulta de gran importancia la utilidad de los valores gaseométricos, de los cuales los más

tradicionales son los parámetros hemodinámicos por método de Fick. Resaltando también en relación con este último la diferencia veno-arterial de CO₂ ($\Delta VA-CO_2$) en correlación al gasto cardíaco y del cociente veno/arterial de CO₂/O₂ ($\Delta v-A PCO_2$)/($\Delta a-V Ca O_2$) como marcador de ane-robiosis. **Material y método:** trabajo retrospectivo, descriptivo, transversal, en donde se analiza la relación de $\Delta VA-CO_2$ y del ($\Delta v-A PCO_2$)/($\Delta a-V Ca O_2$), ambos como marcadores de mortalidad, en pacientes atendidos en el Servicio de Medicina Interna del Hospital General Darío Fernández, ISSSTE, entre mayo-julio 2016, con diagnóstico de sepsis o choque séptico.

Resultados: se revisaron expedientes de 17 pacientes con los siguientes diagnósticos: 11 neumonía, 1 IVU, 1 inf. piel y tejidos blandos, 1 sepsis abdominal. Con desenlace: muerte 83% y mejoría y alta del 17%. Encontrándose con OR en relación a mortalidad y siguientes valores de corte: lactato mayor 2=2, $\Delta VA-CO_2$ mayor a 6=1.33, ($\Delta v-A PCO_2$)/($\Delta a-V Ca O_2$) mayor a 1=0.93, Sat. venosa O₂ 0.34; todos los valores anteriores con intervalo de confianza de 95%. Encontrándose que el 70% de los pacientes que tuvieron un desenlace de muerte se encontraban normotensos, a pesar de que la mayoría contaba con más de 6 horas con sepsis. **Discusión:** del total de pacientes, la mejor correlación con mortalidad se encontró con lactato, seguido de

Δ VA-CO₂, llamando la atención que el cociente (Δ v-A PCO₂)/(Δ a-V Ca O₂) no se encontró asociación al evento de muerte. Sin embargo, debe comentarse que el estudio fue transversal y con muestra pequeña. **Conclusiones:** a pesar de ser un estudio pequeño y retrospectivo, correlaciona con la mayoría de estudios previos. Concluimos que existe un valor aditivo pronóstico entre las determinaciones gasométricas ya comentadas y a nuestro respecto abre la idea de realizar estudios prospectivos en pacientes mexicanos para buscar relación de los valores ya citados de Δ VA-CO₂ y el cociente (Δ v-A PCO₂)/(Δ a-V Ca O₂), relacionados con la supervivencia del paciente séptico. **Palabras clave:** gasometría arterial y venosa, cociente veno/arterial de CO₂/O₂, diferencia veno/arterial de CO₂, lactato, sepsis, choque séptico.

0783 Relación de lactato y proteína C reactiva en pacientes con sepsis grave

Hawing José Ángel, Serna Griselda, Ilizaliturri Octavio, Medina Tania Annel

Hospital Universitario Dr. José Eleuterio González

Introducción: el uso del lactato como marcador de peligro en los pacientes con sepsis data desde

hace más de 30 años, pero podemos decir que desde 2001 con la llamada *Early Goal Directed Therapy* en las guías clínicas de Surviving Sepsis se señaló a la hiperlactatemia como factor a mejorar en las primeras 3-6 hrs de la llegada de un paciente séptico a la sala de urgencias. El principio estriba en que la presencia de hiperlactatemia sostenida en estos pacientes se asocia a un mal pronóstico. Se ha visto que los pacientes con niveles de proteína C reactiva elevada e hiperlactatemia pudieran tener un pronóstico peor. **Material y método:** en la unidad de shock-trauma del Hospital Universitario en el periodo abril-agosto 2016, a aquellos pacientes que cuenten con criterios de sepsis grave se les tomaron muestras de sangre seriadas a las 0, 4 y 8 hrs de su ingreso al hospital. Se medirá proteína C reactiva, así como lactato. **Objetivo:** mortalidad, morbilidad y estancia intrahospitalaria. **Resultados:** al momento se han capturado 24 pacientes con sepsis grave, 13 masculinos + 11 femeninos con una edad media de 58 años. La entidad patológica más importante NAC/NACS (89%), seguida de infección asociada a catéter (12%). 20 pacientes ingresaron con lactato normal (menos de 2.0 mmol/L), de los

cuales 5 desarrollaron hiperlactatemia a pesar de tratamiento antibiótico de amplio espectro. La media de proteína C reactiva en nuestra cohorte fue de 2.7 mg/L (+1.4). Los pacientes que desarrollaron hiperlactatemia mostraron una media mayor de PCR marginalmente significativa en comparación con aquellos pacientes cuyo lactato nunca se elevó 5.6 vs 1.7 (p=0.071). En nuestra cohorte, sólo reportamos 3 defunciones; todos ingresaron con hiperlactatemia y PCR mayor a 4.0, obteniendo una media de PCR de 4.3 mg/L, siendo progresivamente mayor en cada evento. Todos los pacientes que desarrollaron hiperlactatemia tuvieron una hospitalización francamente prolongada en comparación con el resto: 13.1 días vs 6.5 días (p=0.023). **Conclusiones:** en los pacientes con sepsis grave, que algún punto de su internamiento inicial presenta elevación de lactato + proteína C reactiva progresivamente en aumento a pesar de tratamiento médico agresivo, se confiere una alta mortalidad comparable a choque séptico. Se necesitan más estudios para intentar precisar los mecanismos de hiperlactatemia sin choque en los pacientes con sepsis grave. **Palabras clave:** sepsis, proteína C reactiva, lactato, mortalidad.