

Infectología

Infectology

I-1

RESPUESTA PARADOJICA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN UN PACIENTE CON TUBERCULOSIS MENINGEA Y ESPINAL, A PROPOSITO DE UN CASO

RESTREPO ANDREA, CLAVIJO ABSALÓN, GÓMEZ DIANA, AGUDELO CARLOS ANDRÉS.

Facultad de Medicina, Clínica Universitaria Bolivariana, Universidad Pontificia Bolivariana, Medellín, Colombia.

Introducción. El deterioro paradójico durante el tratamiento antituberculoso consiste en exacerbación de los síntomas clínicos, empeoramiento de las lesiones tuberculosas preexistentes o aparición de nuevas lesiones por una respuesta inmune anormal y excesiva en contra de las micobacterias. Este fenómeno puede generar confusión en el paciente y el equipo de salud, quienes pueden atribuir el cuadro a una falla del tratamiento, desencadenando conductas terapéuticas erradas con consecuencias serias sobre la salud.

Resumen. Masculino de 20 años, antecedente de VIH sin tratamiento antirretroviral actual, en tratamiento antituberculoso tetra-conjugado por tuberculosis diseminada, con compromiso meníngeo, presentó mejoría del cuadro clínico y se dio continuidad ambulatoria, planeando iniciar antirretrovirales al completar la primera fase de antituberculosos. Sin embargo, al mes reingresa al servicio de urgencias por empeoramiento de los síntomas neurológicos, sin haber suspendido el tratamiento antituberculoso y sin iniciar antirretrovirales. La resonancia magnética nuclear de sistema nervioso central y médula espinal mostró compromiso infratentorial de tipo miliar, engrosamiento de raíces de la cauda equina con micronódulos. Las pruebas de sensibilidad a antituberculosos descartaron resistencia. Se consideró una respuesta paradójica al tratamiento antituberculoso, iniciando dexametasona con mejoría progresiva de los síntomas y adecuada respuesta clínica.

Discusión. La respuesta paradójica al tratamiento antituberculoso consiste en el empeoramiento clínico y/o radiológico luego de una mejoría inicial del cuadro inducida por el inicio del tratamiento tuberculostático, en un paciente que ha sido adherente al tratamiento y no exhibe resistencia a los fármacos administrados. Su frecuencia oscila entre el 6 y el 30% y es poco reconocido por los médicos, siendo común conductas erradas ante su aparición, como el refuerzo o cambio de tratamiento antituberculoso y omisión del uso de esteroides cuando están indicados. Puesto que no existe una prueba diagnóstica definitiva, este fenómeno constituye un reto clínico difícil de identificar.

I-2

TRATAMIENTO EXITOSO CON FOSCARNET EN LESIONES ATÍPICAS DE VIRUS HERPES SIMPLE EN COINFECCIÓN CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

RODRIGUEZ HERRERA DANIELA, PATIÑO GIRALDO SANTIAGO.

Universidad de Antioquia-Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia.

Introducción. Se han identificado lesiones hipertróficas como presentaciones atípicas del virus herpes simple (VHS), especialmente en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana (VIH) estadio 3, que desarrollan resistencia a antivirales de primera línea (5%). En Colombia, encontramos altas tasas de coinfección VIH/SIDA-VHS en ausencia de disponibilidad de pruebas para resistencia a análogos de nucleósidos. Nuestro caso ilustra la importancia de identificar y manejar estas lesiones de manera oportuna.

Diseño. Reporte de caso

Métodos. Revisión de historia clínica completa de un paciente masculino de 38 años, VIH/SIDA, antecedente de carcinoma escamocelular infiltrante de canal anal tratado, con lesiones múltiples hipertróficas anogenitales y exudativas; adicionalmente bibliografía disponible hasta 2017 sobre infecciones atípicas del VHS en pacientes VIH positivo y su tratamiento.

Resultados. Confirmación por biopsia e inmunohistoquímica de VHS-1 y ausencia de lesiones tumorales con cuatro meses de evolución. Inicialmente se administraron aciclovir y valaciclovir sin respuesta. Se sospechó resistencia y se administró foscarnet intravenoso 21 días, previa hidratación a cada dosis, con resolución completa y ausencia de efectos adversos. Por persistente estadio 3, se realizó seguimiento ambulatorio. Cuatro semanas después aparecieron nuevas lesiones vesiculares, se inició nuevo esquema de foscarnet con respuesta completa. Vigilancia 2 meses posteriores sin recaídas.

Conclusiones. Identificar y manejar presentaciones atípicas causadas por VHS en pacientes VIH/SIDA, es un reto necesario en nuestro medio, donde resulta de gran utilidad: historia clínica completa; uso de biopsia e inmunohistoquímica para confirmar presencia del VHS y descartar la presencia de neoplasia; y la sospecha de resistencia a análogos de nucleósidos para iniciar tratamiento de forma oportuna con foscarnet, teniendo en cuenta métodos para prevención de efectos adversos.

I-3

LESIÓN RENAL AGUDA SECUNDARIO A TOXINA DE LONOMIA OBLIQUA

ARSANIOS DANIEL, QUINTERO ELIAS, SANTOYO NICOLÁS, MUÑOZ CARLOS.

Universidad de la Sabana-Chía, Colombia. Centro de Atención Médica Colsubsidio, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La lesión renal aguda (LRA) por contacto con la toxina de lonomia obliqua es infrecuente y se presenta en menos del 2% de las intoxicaciones por esta oruga. Se reporta el caso de un paciente masculino de 80 años en el departamento Meta, Colombia, sin antecedentes de importancia, con hematuria macroscópica y dolor abdominal posterior al contacto con oruga, curso con síndrome hemorrágico, LRA y edema pulmonar. Se administró suero antinómico con mejoría de la falla renal en 48 horas. Presentamos este interesante caso y revisión de la literatura sobre LRA y accidente lonómico.

Metodología y diseño. Se realiza el reporte de un paciente con lesión renal aguda secundario la intoxicación por el contacto con Lonomia obliqua (LO). Se realizó una búsqueda y revisión completa de la literatura usando términos MESH y no MESH en MEDLINE, EMBASE, OVID, Lilacs y literatura gris que relacionaran LRA y accidente lonómico.

Resultados. La LRA por la inoculación de la toxina de la LO, genera citotoxicidad directa y produce respuesta inflamatoria secundario a lesión vascular; generando hipotensión e hipoperfusión tisular, disminuyendo así la perfusión renal. Además, esta produce fibrinólisis y consumo de factores de coagulación llevando a una coagulación vascular diseminada (CID) la cual se relaciona directamente con LRA. El tratamiento con suero antinómico y el diagnóstico oportuno se relacionan con una menor mortalidad y morbilidad.

Conclusiones. La LRA por contacto con la toxina de la LO es rara, sin embargo, presenta una alta morbilidad y mortalidad. Nuestra población es muy susceptible al contacto con estos animales por tal razón conocer los mecanismos fisiopatológicos, presentación clínica y tratamiento es de gran importancia.

I-4

PIOMIOSITIS EN MUSLO POR *PSEUDOMONAS*

COGOLLO MARYSABEL, BORRÉ DIANA.

Universidad de Cartagena, Hospital Universitario del Caribe, Cartagena, Colombia.

Introducción. La piomiositis, es una infección aguda del musculo esquelético, que suele acompañarse de formación de abscesos. La incidencia es baja (0,03%), más frecuente en países tropicales. *Staphylococcus aureus* es el agente principal. Los factores predisponentes son: la inmunodepresión, traumatismos, ejercicio intenso y miositis viral. El objetivo de este trabajo, es describir un caso de piomiositis por *Pseudomonas*, con adecuada respuesta al manejo.

Diseño. Informe de Caso.

Método y resultados. Femenina de 23 años, antecedente de dermatitis atópica, en terapia crónica con corticoides, ingresa por 5 días de fiebre, vómitos, mialgias de predominio en muslo derecho, manejada con antiinflamatorios no esteroideos, con respuesta parcial. Examen físico, revela mucosas secas, taquicardia, sin hipotensión, ni signos inflamatorios en extremidades, uroanálisis patológico. Se inicia antimicrobiano con espectro para foco urinario. Seis días después, presenta tumefacción, eritema en muslo derecho, con dolor intenso y limitación funcional, encontrándose hipotensa, taquicárdica, febril con leucocitosis, siendo trasladada a cuidados intermedios por sepsis de piel y tejidos blandos, iniciando manejo con vancomicina y meropenem por factores de riesgo para gram positivos y gram negativos multiresistentes. Los hemocultivos fueron negativos. Se realiza resonancia magnética contrastada, revelando señales hiperintensas en T-2, por proceso inflamatorio, determinado por múltiples colecciones hasta el tercio inferior del muslo derecho, a favor de piomiositis, llevada a drenaje quirúrgico. Cultivo de secreción, reportó *Pseudomonas aeruginosa*, suspendiendo vancomicina, y completando esquema con carbapenemico por tres semanas, curaciones diarias y rehabilitación física, obteniendo resolución completa, sin secuelas.

Conclusiones. El diagnóstico de piomiositis, no es fácil, por su baja frecuencia y la ausencia de signos inflamatorios en etapas iniciales. Es importante, la alta sospecha clínica, reconociendo los factores de riesgo del paciente, e iniciar tratamiento antimicrobiano con o sin drenaje quirúrgico.

I-5

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO COMO MANIFESTACIÓN DE SÍNDROME DE WEIL

ARAGÓN DIANA, GUTIÉRREZ MARGARITA, CONCHA DIANA, OSPINA MARÍA, SÁNCHEZ ALEXANDER, ENCISO LEONARDO.

Hospital Universitario de La Samaritana, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. El síndrome hemofagocítico es una condición hiperinflamatoria potencialmente fatal causada por una estimulación exagerada pero inefectiva de la respuesta inmune. Caracterizado por fiebre, hepatoesplenomegalia y citopenia. La incidencia global estimada es aproximadamente 1.2 por millón de individuos al año. Puede clasificarse como primaria (genética) o secundaria (adquirida). Dentro de las secundarias se han descrito en asociación a infecciones, malignidad, trasplante y enfermedades autoinmunes. En asociación a infección puede asociarse a Leptospirosis, especialmente en su presentación severa (síndrome de Weil).

Diseño. Estudio descriptivo de tipo reporte de caso.

Métodos. Informe de caso.

Resultados. Paciente masculino de 24 años de edad con clínica de una semana de evolución de dolor osteomuscular y abdominal difuso, fiebre, ictericia y diarrea. Como antecedente relevante, un viaje reciente a lugar de clima cálido. Ingresó febril, icterico, con dolor abdominal y hepatomegalia. Los paraclínicos evidenciaron leucocitosis, hiperbilirrubinemia directa y elevación de azoados. Se consideró un síndrome febril icterohemorrágico a estudio y se inició tratamiento empírico con penicilina cristalina y doxiciclina.

En la evolución presentó disfunción multiorgánica requiriendo manejo en Unidad de Cuidado Intensivo e inicio de hemodiálisis. El perfil infeccioso viral inicial fue negativo. Cursó con fiebre, citopenias (anemia y trombocitopenia), hipertrigliceridemia, ferritina >500g/L, con hallazgo en aspirado de médula ósea de hemofagocitos, estos hallazgos según la Sociedad Internacional del Histiocito son compatibles con síndrome hemofagocítico. Además, IgM para leptospira positiva, considerándose síndrome hemofagocítico secundario a síndrome de Weil. Recibió manejo con esteroide sistémico y antimicrobiano con adecuada resolución clínica.

Conclusión. El síndrome hemofagocítico secundario a leptospirosis es una entidad rara pero potencialmente fatal, su reconocimiento y tratamiento oportuno permite impactar positivamente en los desenlaces clínicos de estos pacientes.

I-6

DISFUNCION MULTIORGANICA POR ABSCESO PERINEFITICO BILATERAL MAS ABSCESO HEPATICO

COGOLLO GONZÁLEZ MARYSABEL, ALVARADO CUETO DANIEL, JULIO NARVAEZ LUIS CARLOS.

Universidad de Cartagena. ESE-Hospital Universitario del Caribe, Cartagena, Colombia.

Introducción. El absceso perinefrítico, es una patología infrecuente, sobre todo si es bilateral y/o asociado absceso hepático. La incidencia es de 1-10 casos por 10.000 ingresos hospitalarios, relacionado con una alta mortalidad. Surge por vía ascendente, diseminación hematogena o por contigüidad. Los principales factores predisponentes son: diabetes mellitus, enfermedades hepáticas, uropatía obstructiva, reflujo vesicoureteral, trauma y neoplasias.

Objetivo. Describir un caso, de un paciente diabético, con absceso perinefrítico bilateral más absceso hepático, quien desarrolló disfunción multiorgánica, requiriendo drenaje más antibioticoterapia, con adecuada respuesta.

Diseño. Informe de Caso.

Método y resultados. Masculino de 50 años, diabético tipo 2 e hipertenso, mal controlado. Acude por 6 días de fiebre y síntomas urinarios. Examen físico, con signos vitales normales y signo Giordano bilateral positivo, reactantes de fase aguda elevados, glicemia en 300 mg/dl, gasometría sin acidosis, uroanálisis patológico. Se indicó piperacilina tazobactam. Ecografía renal mostraba colección perirrenal derecha. Tomografía axial computarizada (TAC) simple y contrastada abdominal, evidenció colecciones perinefríticas bilaterales, mayor del lado derecho, además de una imagen hipodensa a favor de absceso hepático en lóbulo izquierdo. Cuatro días después, presenta choque séptico y lesión renal aguda, cambiando a meropenem e ingresando a cuidados intensivos, donde requirió hemodiálisis y vasoactivos. Realizan drenaje quirúrgico del absceso renal derecho y hepático, con cultivos, que reportaron, junto con los hemocultivos, *Klebsiella pneumoniae* productora de betalactamasas. Se resolvió la disfunción multiorgánica, suspendiendo la hemodiálisis y completando antibióticos por 6 semanas, con evolución satisfactoria.

Conclusiones. El absceso perinefrítico, requiere un diagnóstico y manejo temprano, para impactar en el pronóstico. Es importante, conocer los factores de riesgo y completar la evaluación con TAC, para precisar las lesiones y descartar otros abscesos.

I-7

ANGINA DE LUDWIG CON COMPROMISO DE VÍA AÉREA EN PACIENTE AÑOSA

ORDOÑEZ KARINA, ARTETA SHEILA.

Fundación Hospital Universitario Metropolitano Universidad Metropolitana, Barranquilla, Colombia.

Introducción. La angina de Ludwig es una celulitis bilateral rápidamente progresiva del espacio submandibular. La causa es a menudo una infección odontogénica bacteriana polimicrobiana. Consiste en edema de la lengua y elevación del suelo de la misma, asociado a edema cervical, disfonía, disfagia y obstrucción inminente de la vía aérea.

Métodos. Femenina 81 años, cuadro de 2 horas dado por edema en lengua rápidamente progresivo, con protrusión e induración de está llevando a limitación de la apertura bucal seguido de edema submentoniano y cervical, asociado a molares en mal estado, con impresión diagnóstica inicial de angioedema: recibiendo tratamiento con antihistamínicos y corticoides sin mejoría clínica y riesgo de compromiso de vía aérea motivo por el cual se realiza diagnóstico de angina de Ludwig y se inicia tratamiento antibiótico con penicilina cristalina y metronidazol importante para detener la extensión local de la infección y prevenir la diseminación hematológica con mejoría clínica y resolución de la patología .

Resultados. TAC cuello: alteración morfológica y densitométrica de aspecto inflamatorio loco regional, Hemograma: leucocitosis (22.200) y neutrofilia (91.6%).

Conclusiones. Patología potencialmente mortal, con una presentación aguda rápidamente progresiva, requiere intervenciones inmediatas, para asegurar la vía aérea y el inicio temprano de antibiótico; realizar diagnósticos diferenciales en cuadros de edema cervical progresivo ante la sospecha de compromiso cuello y cavidad bucal.

I-8

TUBERCULOSIS MENINGEA Y OTRAS MANIFESTACIONES INFRECUINTES DE TUBERCULOSIS DISEMINADA EN HUÉSPED INMUNOCOMPETENTE

DE LA VEGA FERNANDO, VARGAS-HERNÁNDEZ MARÍA, PACHECO-CUMPLIDO ARNULFO, BLANCO-REYES SILVIA, RODRIGUEZ-YANEZ TOMÁS.

ESE-Hospital Universitario de Cartagena, Cartagena, Colombia.

Introducción. La tuberculosis (TB) es una enfermedad infecciosa crónica causada por *Mycobacterium tuberculosis*, el compromiso extrapulmonar corresponde al 19.6% de casos en Colombia. Siendo la TB del SNC sintomática un evento raro que ocurre en el 1-2% de casos, los inmunocompetentes corresponden al 8% de estos.

Diseño. Reporte de caso.

Métodos. Se presente el caso de un paciente inmunocompetente quien curso con TB meníngea, otomastoiditis crónica por TB, tuberculomas del SNC y TB pulmonar para destacar las estrategias diagnosticas e importancia de sospecha clínica para el diagnóstico de TB diseminada.

Caso clínico. masculino de 41 años con clínica de 15 días de evolución dada por fiebre, escalofríos, malestar general y pérdida de peso, además, desde hace 1 año otorrea purulenta izquierda. Habitante de calle, sin otros antecedentes médicos relevantes.

Resultados. Se realiza radiografía de tórax la cual evidencia opacidades retículo nodulares bilaterales con áreas de cavitación, corroboradas con TACAR de tórax; la baciloscopia seriada fue positiva para bacilos acido-alcohol resistentes (BAAR). VIH negativo. Presenta tendencia a la somnolencia, se realiza TC de cráneo simple e IRM cerebral simple y con gadolinio informando lesiones focales frontal, parietal y occipital izquierda compatibles con granulomas, adicionalmente, otomastoiditis crónica izquierda. La baciloscopia de secreción de oído fue positiva para BAAR. Se complementa con estudio de LCR mostrando linfocitosis, hiperproteíorraquia, hipogluorraquia y ADA 36 U/L considerándose TB meníngea. Iniciamos terapia tetraconjugada según protocolo del ministerio de salud, con resolución de la clínica del paciente.

Conclusión. El diagnóstico de TB extapulmonar es complejo dadas las dificultades para aislar el patógeno. En el caso de TB del SNC requiere una elevada sospecha y gestión de recursos diagnósticos.

I-9

ESPONDILODISCITIS INFECCIOSA SECUNDARIO A CUSHING FARMACOLOGICO

KARINA ORDOÑEZ, ALAN SEPÚLVEDA, GERMAN VICIOSO.

Fundación Hospital universitario metropolitano, Universidad metropolitana, Barranquilla, Colombia.

Introducción. Las infecciones espinales se presentan con baja incidencia, se estima en aproximadamente el 5% de todas las osteomielitis. La espondilodiscitis es la más frecuente entre las infecciones espinales, los pacientes que cursan con dicha patología, pueden tener un estado de inmunocompromiso, o estar asociado a una infección subyacente.

Métodos. Paciente femenina de 33 años de edad, auxiliar de enfermería, con antecedentes de adicción crónica a opioides y corticoesteroides inyectados. Quien cursó con cuadro clínico de 2 meses de evolución caracterizado por dolor lumbar irradiado a miembros inferiores, asociado a hiperalgesia de predominio derecho, mejoría de la misma con la administración IM de diclofenaco y dexametasona, llevándola a un Cushing farmacológico y posteriormente limitación de movilización de miembros inferiores e imposibilidad para la marcha, por lo que es llevada a cirugía para drenaje más desbridamiento quirúrgico abierto, osteosíntesis y estabilización espinal, con posterior control de foco infeccioso.

Resultados. Rx de columna lumbosacra: Se observa una desviación sinistroconvexa de la columna lumbar en el plano coronal, discopatía L1-L2, L2-L3, Discopatía L5-S1, Retrolistesis grado I y espondilólisis L2-L3. Resonancia magnética de columna lumbosacra: Loculaciones de intensidad líquida intradurales hacia la región anterior del cono medular y central agrupando periféricamente las raíces de la cauda equina, esta última con nivel líquido-líquido en región sacra que restringe difusión.

Conclusiones. Patología de baja incidencia, la cual se presentó en este caso, por estado basal de inmunocompromiso, que requirió de intervención farmacológica y quirúrgica, para control de la enfermedad, y mejoría de la calidad de vida y movilización de la paciente.

I-10

ANAPLASMOSIS GRANULOCITOTRÓPICA HUMANA: ZONOSIS EMERGENTE EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO POR VIH

DE LA VEGA FERNANDO, GUTIÉRREZ-CUESTA JORGE, MARTÍNEZ-PINTO JUAN, PACHECO-CUPLIDO ARNULFO, BLANCO-REYES SILVIA, RODRIGUEZ-YANEZ TOMÁS.

ESE-Hospital Universitario de Cartagena, Cartagena, Colombia.

Introducción. La anaplasmosis granulocitotrópica humana (AGH), es una zoonosis emergente transmitida por garrapatas. Identificándose como agente causal a la especie *Anaplasma phagocytophilum*, bacteria intracelular obligada cuya célula diana es el neutrófilo. Tiene un curso clínico agudo e inespecífico acompañado de leucopenia, anemia y trombocitopenia, requiriendo una elevada sospecha para su diagnóstico.

Diseño. Reporte de caso.

Métodos. Se presente un caso clínico de una paciente inmunosuprimido por VIH, quien curso con AGH para resaltar su presentación clínico y hallazgos de laboratorios, especialmente la microscopia electrónica como elementos fundamentales para su diagnóstico durante la fase aguda de la enfermedad.

Caso clínico. Sujeto masculino de 39 años, quien ingresa con fiebre, mialgias, cefalea y malestar general. Sin antecedentes médicos importantes, conviviente con mascotas (perro y gato), consumo ocasional de sustancia psicoactivas. Su examen físico no mostro datos relevantes.

Resultados. Se realizan laboratorios iniciales evidenciado leucopenia, anemia moderada, trombocitopenia, discreta elevación de transaminasas, se decide solicitar extendido de sangre periférica y ELISA VIH, esta última positiva. El extendido de sangre periférica evidencio neutrófilos con inclusiones intracitoplasmáticas compatibles con mórulas de *Anaplasma sp.* En consecuencia, complementamos estudios de VIH e iniciamos tratamiento con doxiciclina, alcanzándose resolución de fiebre a las 48 horas y recuperación parcial de líneas celulares a las 72 horas, dándose egreso para cumplir tratamiento ambulatorio y control de serología para anaplasma.

Conclusión. En Colombia se han descrito casos aislado de AGH empleando distintas estrategias diagnósticas en fase aguda, sin embargo, en nuestro medio predomina la baja disponibilidad de herramientas diagnósticas precisas y confiables, haciendo de la sospecha clínica y hallazgos básicos de microscopia elementos esenciales para un diagnóstico durante esta fase.

I-11

VENTRICULITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO

AFRICANO LOPEZ FERNEY ALBEIRO, AFRICANO LOPEZ HOLMAN LEONARDO.

UNAB, Bucaramanga, Colombia.

Universidad de Los Andes Venezuela, San Cristobal, Venezuela.

Introducción. La afectación del SNC por VIH/SIDA, presenta manifestaciones neurológicas como: demencia relacionada con VIH, neuropatía periférica, meningitis aguda, viral, crónica, entre otras afectaciones. La infección por CMV en su mayoría es reactivación del virus latente desencadenando síndromes clínicos que pueden afectar diversos órganos y sistemas.

Diseño y metodología. Estudio observacional tipo reporte de caso.

Caso clínico. Paciente masculino de 26 años de Barrancabermeja, con antecedentes de VIH diagnosticado dos años atrás, tuberculosis pulmonar (TBC), síndrome constitucional secundario, esquizofrenia y asma. El paciente ingresó a urgencias del Hospital Universitario los Comuneros de Bucaramanga el día 06 de diciembre de 2015, por cuadro clínico de aproximadamente 15 días de evolución, consistente en deterioro de su estado general. Con 8 días de postración en cama, somnolencia marcada, persistencia de vómito, diplopía, parestesia, cefalea en región frontal, sensación de vértigo, pérdida de fuerza en las cuatro extremidades, disartria, taquicardia y febrículas.

Se consideró neuroinfección se inició tratamiento antibiótico con ceftriaxona 2g cada 12 horas, vancomicina 1g cada 8 horas endovenoso, ganciclovir. El paciente presentó deterioro neurológico, se realizó TAC cerebral simple sin hidrocefalia ni hipertensión endocraneana, sin lesión ocupante de espacio. Cuatro días después de su ingreso al hospital se trasladado a UCI, para ventilación mecánica, soporte vasoactivo, y antibioticoterapia. Se valora por neurología confirma ventriculitis por citomegalovirus, continúa tratamiento con ganciclovir 5g/Kg cada 12 horas, paciente fallece.

Conclusión. La evolución y mejoría de las afectaciones del SNC por CMV en pacientes con VIH es baja, donde la respuesta está relacionada con el tratamiento antiviral específico para suprimir la replicación del virus, el estado de inmunodepresión del paciente al momento de iniciar el tratamiento y un diagnóstico temprano.

I-12

ELEVACIÓN TRANSAMINASAS E INFECCIÓN POR EPSTEIN-BARR, UNA ENTIDAD PARA NO OLVIDAR

GARCÍA DIANA, ALZA JHONGERT, POVEDA GUSTAVO, ALZA LYZINHAWER.

Departamento Medicina interna, Hospital Universitario Mayor – Méderi, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La primoinfección por el virus de Epstein-Barr genera una variedad de manifestaciones clínicas, entre ellas hepatitis aguda.

Reporte de caso. Hombre de 37 años, sin antecedentes, con 20 días de astenia, adinamia, fiebre, artralgias, dolor abdominal y tos. Examen físico normal. Paraclínicos: Linfocitosis (63.1%), linfocitos atípicos (10%); Aspartato aminotransferasa (269UI/L), alanina aminotransferasa (238UI/L), bilirrubinas y fosfatasa normales, serologías negativas para hepatitis A, B, C, E, VIH y citomegalovirus; Tomografía con esplenomegalia; Por síntomas persistentes se solicita serología de Epstein-Barr con aumento IgG de capsido (641 U/mL) e IgM de capsido (50 U/mL). Posteriormente con manejo sintomático presenta resolución completa de síntomas.

Discusión. La presencia de elevación de transaminasas con patrón hepatocelular precisa descartar etiología tóxica por fármacos (acetaminofén) y alcohol, además solicitar pruebas para virus hepatotrofos (A, B, C, E, Epstein-Barr, citomegalovirus, herpes), hepatitis autoinmune, enfermedad de Wilson y hemocromatosis. Este enfoque inicial permitirá determinar causas y orientar tratamiento. En caso de estudios negativos se puede considerar biopsia hepática. La hepatitis por Epstein-Barr debe sospecharse ante resultados negativos de virus hepatotrofos, otros hallazgos clínicos que pueden orientar el diagnóstico son: Fiebre, faringitis, adenopatías, hepato- esplenomegalia, linfocitosis con más del 10% de linfocitos atípicos, asimismo cerca del 90% de los pacientes presentan elevación de transaminasas. Los anticuerpos de capsido viral IgM e IgG se elevan en el 90% de pacientes, la presencia de títulos elevados de anticuerpos IgM son suficientes para establecer el diagnóstico dado su sensibilidad: 94% y Especificidad: 97.1%. El pronóstico de la enfermedad es bueno, los síntomas resuelven en un rango de 3-54 días, con una frecuencia baja de complicaciones menor del 1%.

Conclusión. La infección aguda por Epstein-Barr a menudo es una entidad olvidada en pacientes con elevación de transaminasas, por lo cual debe sospecharse ante serologías negativas para virus hepatotrofos y cuadro clínico sugestivo.

I-13

TUBERCULOSIS HEPÁTICA AISLADA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO

OCAMPO MARIA ISABEL, ARENAS MAYRA, FONSECA JUAN FERNANDO, RUMBO JOSÉ ALEJANDRO, DAVID DAVID, SALAZAR LUKAS, BUSTOS MARLON.

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

Introducción. La tuberculosis hepática corresponde a una manifestación extrapulmonar poco frecuente de la enfermedad. Puede presentarse de forma miliar o local; sin embargo, en la mayoría de los casos suele afectar a pacientes inmunosuprimidos. La presentación local aislada es poco frecuente e implica retos diagnósticos. Por ello, se discutirá un caso atípico en un paciente inmunocompetente.

Presentación del caso. Hombre de 26 años, sin antecedentes relevantes, consultó por cuadro de 5 días de fiebre y escalofríos de predominio nocturno, asociados a dolor en hipocondrio derecho y emesis. Reporte de ecografía abdominal total con lesiones focales sugestivas de abscesos hepáticos, posteriormente confirmados por tomografía axial computarizada.

Por aislamiento de cocos gram positivos en hemocultivo y ante la probabilidad de infección polimicrobiana se dio manejo antibiótico con Ampicilina/Sulbactam más Metronidazol, se trasladó a hospitalización domiciliar para completar 21 días de tratamiento. Durante esta, presentó picos febriles, persistencia de dolor en hipocondrio derecho y signos de respuesta inflamatoria; en ecografía abdominal de control se evidenció aumento en el tamaño de los abscesos hepáticos, por lo que se solicitó biopsia y cultivos hepáticos para esclarecer la etiología. Tras la biopsia, el paciente presenta disnea, dolor pleurítico y estertores en base pulmonar derecha; radiografía de tórax con consolidación pulmonar y derrame pleural, que genera sospecha de fístula diafragmática. Reporte de biopsia hepática con PCR positiva para *Mycobacterium tuberculosis* y cultivo negativo, se hizo diagnóstico de tuberculosis hepática en paciente inmunocompetente y se inició manejo con tetraconjugado. Presentó toxicidad hepática por lo que se suspendió; posteriormente se reinició el tratamiento, sin presentar complicaciones adicionales.

Conclusión. En un país endémico para tuberculosis como Colombia, es importante tener en cuenta la tuberculosis hepática como diagnóstico diferencial en pacientes con masas hepáticas; aún si son inmunocompetentes. Una adecuada sospecha, permite realizar un diagnóstico temprano e instaurar un manejo oportuno.

I-14

LOXOCELISMO CUTÁNEO NECRÓTICO

MARÍA ÁNGELA CASTELLANOS-GUTIÉRREZ, DEISY RODRIGUEZ-BERDUGO.

Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Libre Seccional, Clínica General del Norte, Barranquilla, Colombia.

Introducción. Las arañas *Loxoceles* spp. producen por inoculación del veneno, a través de mordeduras, con afectaciones cutáneas o sistémicas, con dolor intenso a la penetración dérmica con evolución edematosa o necrótica, es imprescindible el conocimiento y examen físico adecuado para el diagnóstico clínico

Diseño y metodología. Estudio observacional tipo reporte de caso.

Caso clínico. Mujer, 57 años, antecedente de cirrosis e hipertensión arterial, con cuadro de 1 mes de evolución de calor, dolor, rubor en pierna derecha, con hospitalización reciente recibiendo ureidopenicilina, presenta reagudización del cuadro con lesiones múltiples, algunas ampolladas, con presencia de tejido fibrinoide y secreción amarillenta abundante, compromiso $\frac{1}{2}$ de extensión del miembro, extremidad distal fría con disminución del llenado capilar, en muslo evidencia de lesiones descamativas, pruriginosas de tamaño variable. Paraclínicos dentro de límites de normalidad sin alteración arteriovenosa en dopplers de extremidad con aislamiento de *Serratia marcescens*. Se interroga paciente, quien refiere picadura de araña reciente se valora en conjunto con Toxicología y se indica posición threndelembur, manejo diurético e inicio meropenem y doxiciclina, adicionando dexametasona e hidratación con vaselina con mejoría completa de clínica.

Conclusiones. Los arácnidos *Loxosceles* spp. pueden producir la muerte, como consecuencia de la inoculación del veneno, desde eritema en sitio de la lesión, úlceras cutáneas necróticas e infección piogénea hasta coagulación intravascular diseminada, falla multiorgano y muerte. La historia clínica completa es la herramienta indispensable para establecer el diagnóstico, el tratamiento dependerá del grado del compromiso sistémico, el área cutánea afectada y el tiempo de presentación. En Colombia no se cuenta con suero arácnido por lo que las medidas de soporte son indispensables para la recuperación clínica y funcional.

I-15

BACTEREMIA POR *ACINETOBACTER URSINGII* EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

MARTÍN DANIEL, BARRAGÁN ANDRÉS, GARZÓN DIANA

Universidad de La Sabana, Chía, Colombia.

Introducción. El género *Acinetobacter* comprende un grupo de bacilos aerobios oportunistas, oxidasa negativos, no fermentadores, encontrándose el *A. ursingii*; Existe un bajo aislamiento en Bacteriemia, sin embargo en las últimas 2 décadas este género se ha convertido en uno de los patógenos más problemáticos, dado su creciente prevalencia y rápido desarrollo de resistencia medicamentosa(1)*performance of the identification system, and antimicrobial susceptibility of the isolates. Acinetobacter ursingii bacteremia patients were compared with A. baumannii bacteremia patients. METHODS In this 9-year retrospective study, A. ursingii was identified using 16S rRNA and 16S-23S rRNA internal transcribed spacer sequence analysis. The performances of the Vitek 2, Phoenix, and matrix-assisted laser desorption ionization time-of-flight (MALDI-TOF.*

Diseño: Reporte de Caso.

Descripción del caso. Adulto de 78 años, con antecedente de tabaquismo e hipertensión arterial, quien presentó trauma cerrado de tórax, con posterior falla multiorgánica (compromiso ventilatorio, Hepático, Renal y Miocárdico) APACHE de 16 y SOFA de 11, requiriendo ventilación mecánica invasiva y hemodiálisis, cinco días posteriores, presenta deterioro clínico con incremento del soporte vasopresor, leucocitosis y acidosis láctica, iniciándose manejo con Meropenem y Colistimetato empíricamente; Se tomaron hemocultivos y cultivo de punta de catéter Mahurka, aislándose: *A. ursingii* multisensible, modificando la antibioticoterapia a Meropenem y Tigeciclina, dada la alta sospecha de neumonía por *Staphylococcus aureus* dados los hallazgos tomográficos (consolidación multilobar derecha y hemonuemotorax bilateral). Tras el inicio de manejo antibiótico se suspendió el vasopresor, disminuyeron los reactantes de fase aguda y la leucocitosis, sin embargo, después de 8 días, súbitamente presenta hipotensión refractaria, bradicardia y asistolia, el paciente fallece.

Discusión. El *A. ursingii* bacilo gram negativo, de ambientes húmedo, descrito en 1989 por Jan Ursing(2), es poco común, con bajas tasas de prevalencia en bacteriemia y de mortalidad, con factores de riesgo descritos como inmunosupresión severa, neoplasias hematológicas y pocos procedimientos invasivos (1,3)*performance of the identification system, and antimicrobial susceptibility of the isolates. Acinetobacter ursingii bacteremia patients were compared with A. baumannii bacteremia patients. METHODS In this 9-year retrospective study, A. ursingii was identified using 16S rRNA and 16S-23S rRNA internal transcribed spacer sequence analysis. The performances of the Vitek 2, Phoenix, and matrix-assisted laser desorption ionization time-of-flight (MALDI-TOF. Sin embargo se han descrito aislamiento de *A. ursingii* en pacientes con estancias prolongadas en UCI, múltiples procedimientos invasivos, inmunocomprometidos y con accesos venosos(4)except for the *Acinetobacter calcoaceticus*-*Acinetobacter baumannii* complex, the identification of other species is frequently unreliable, especially for *Acinetobacter ursingii* and *Acinetobacter schindleri*, newly described in 2001. Thus, the clinical significance, phenotypic features, and antimicrobial susceptibilities of these two misidentified species remain unclear. Of 456 *Acinetobacter* sp. clinical strains isolated from 2002 to 2005 in Henri Mondor Hospital, 15 isolates (10 *A. ursingii* and 5 *A. schindleri* isolates.*

La bacteriemia por *A. ursingii* en pacientes inmunocompetentes y diálisis es una causa rara de mortalidad, se desconocen los factores de riesgo en este grupo de pacientes, dificultado así el diagnóstico y manejo.

I-16

GLUCANTIME Y PROLONGACIÓN DEL QTc: UNA COMBINACIÓN FATAL

DUQUE LAURA, LÓPEZ HELBER, NARANJO SEBASTIÁN, ARISTIZÁBAL JULIÁN, DUQUE MAURICIO.

Universidad CES y CES Cardiología, Medellín, Colombia.

Introducción. La leishmaniasis cutánea es una enfermedad causada por un parásito protozoo intracelular; el glucantime es una opción terapéutica, el cual está asociado con alteraciones cardiovasculares, la más frecuente es la prolongación del intervalo QTc, presentada entre el 17.8% y 19% de los pacientes, si este efecto no es detectado a tiempo, puede causar una arritmia por “torsade de pointes” fatal.

Diseño y métodos (Caso clínico). Paciente femenina, 77 años, quien se encontraba en tratamiento con glucantime intramuscular como tratamiento de leishmaniasis cutánea, ingresa remitida por cuadro clínico de hipocalcemia severa refractaria y episodios de “torsade de pointes”, electrocardiograma del ingreso con QTc mayor a 500 milisegundos, con extrasístoles ventriculares.

Se inició manejo médico, pero presentó episodio de “torsade de pointes” y posteriormente fibrilación ventricular que a pesar de desfibrilación y reanimación la paciente no sobrevive.

Resultados (Discusión). El glucantime produce alteraciones en la repolarización cardíaca, las cuales se consideran secundarias a la acumulación miocárdica de compuestos pentavalentes y trivalentes; no existe tratamiento específico para esta situación, pero siempre se debe realizar manejo de soporte, evitar fármacos que prolonguen el QT, normalizar niveles de potasio y magnesio, elevar la frecuencia cardíaca con isoproterenol y marcapaso transvenoso para lograr sobre-estimulación y reducción de periodos refractarios.

Conclusiones. La leishmaniasis es una enfermedad endémica y frecuente en Colombia, su tratamiento con glucantime tiene efectos adversos que comprometen desde el tracto gastrointestinal, hasta la función cardiovascular, por esto se debe solicitar función renal, electrolitos y electrocardiograma a todos los pacientes, previo al inicio del manejo médico con glucantime.

I-17

ASPERIGILOSIS INVASIVA INTESTINAL, UN GERMEN UBICUO EN UNA LOCALIZACIÓN INUSUAL

NARANJO JULIÁN, ACOSTA MARÍA FERNANDA, ARAGÓN DIANA, GUERRA JOAQUÍN, NOREÑA IVÁN.

Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La aspergilosis invasiva es considerada una infección oportunista que se presenta en inmunocomprometidos, principalmente en pacientes con neoplasias hematológicas. Entre los factores de riesgo están la neutropenia y el uso de fármacos que inducen inmunodeficiencia celular. Usualmente el compromiso es pulmonar; sin embargo, se han reportado casos con invasión del sistema nervioso central, piel y el tracto gastrointestinal. Tanto la sintomatología como los hallazgos imagenológicos del compromiso gastrointestinal son poco específicos, lo cual representa un reto diagnóstico.

Diseño. Estudio descriptivo de tipo reporte de caso.

Métodos. Informe de caso.

Resultados. Paciente masculino de 55 años con leucemia mieloide aguda, quien durante manejo con Citarabina e Idarrubicina presentó neutropenia febril. Se realizó tomografía pulmonar que mostró vidrio esmerilado bilateral difuso; es llevado a fibrobroncoscopia sin aislamientos microbiológicos, galactomanano sérico y de lavado bronquial negativos.

Durante el tratamiento refiere dolor abdominal y deposiciones melénicas presentando irritación peritoneal; en tomografía abdominal se evidenció engrosamiento y realce de la pared del colon compatible con colitis neutropénica. Es llevado a laparoscopia con hallazgos de necrosis del sigmoide, el cual fue resecado. El resultado histopatológico reportó abundantes hifas septadas en ángulo agudo sugestivas de aspergilosis; se instauró manejo con Voriconazol con adecuada respuesta clínica.

Conclusión. La aspergilosis extrapulmonar es una entidad rara asociada generalmente a diseminación hematógena de un foco pulmonar. Las esporas de aspergillus usualmente son inhaladas, sin embargo, pueden ser ingeridas y causar compromiso localizado gastrointestinal. Se han reportado pocos casos de aspergilosis gastrointestinal localizada, secundarios a manejo con Citarabina, en relación con mucositis; tales casos son similares al anteriormente expuesto, y resaltan la importancia de sospechar esta micosis invasora en neutropenia febril con compromiso gastrointestinal.

I-18

ENDOCARDITIS INFECCIOSA POR GEMELLA SANGUINIS: PRIMER REPORTE DE CASO EN COLOMBIA

ESPINOSA-SERNA JUAN SEBASTIÁN, DUARTE LUISA, NOREÑA IVÁN.

Universidad del Rosario, Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. *Gemella sp.* es un coco Gram variable, catalasa negativo, anaerobio facultativo de la familia *Staphylococcaceae*, del género *Streptococcus*, alfa-hemolítico parcial y con disposición en tétradas o dupletas, que hace parte de la microbiota de las mucosas de diversos mamíferos, dentro de estos los humanos. Una de sus especies, la *Gemella sanguinis* se ha encontrado relacionada a infecciones en humanos con solo algunos casos reportados en la literatura, en su mayoría endocarditis infecciosa.

Presentación de caso. Paciente hombre de 31 años sin antecedentes remarcables quien ingresa a urgencias por cuadro de síntomas congestivos de insuficiencia cardíaca, anemia y diaforesis de curso crónico sin la presencia de fiebre, en quien se encuentra vegetación de la válvula mitral y se obtiene tardíamente crecimiento microbiológico en hemocultivos de *Gemella sanguinis*, configurando el diagnóstico de endocarditis infecciosa de válvula nativa por este germen. El paciente muestra una evolución clínica satisfactoria con el recambio valvular y la terapia antimicrobiana dirigida.

Discusión. Este es el primer caso de endocarditis infecciosa por *Gemella sanguinis* reportado en Colombia, el cual se suma a los ocho casos previamente reportados en la literatura a nivel mundial. Llama la atención en nuestro caso la ausencia de clínica infecciosa franca, así como la ausencia de factores predisponentes (patología dental o valvular) al compararlo con la mayoría de casos descritos.

Conclusión. La *Gemella sanguinis* es un microorganismo de difícil crecimiento, que debe considerarse en endocarditis infecciosa con hemocultivos inicialmente negativos, principalmente en personas con ciertos factores predisponentes, sin embargo puede presentarse en personas sin factores de riesgo identificados.

I-19

MENINGOENCEFALITIS AGUDA POR STREPTOCOCCUS AGALACTIAE EN ADULTO JOVEN

ÁLVAREZ CAMILO, RESTREPO CARLOS, NAVARRETE LINDA, PRIETO JAVIER, CUERVO JESSICA, MÉNDEZ JUAN.

Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La meningitis aguda bacteriana es considerada una emergencia médica dada su alta tasa de complicaciones y mortalidad. La infección por *Streptococcus agalactiae* es infrecuente en el sistema nervioso central y mucho menos en adultos. En este reporte se presenta el caso de un paciente masculino con diagnóstico de meningoencefalitis aguda por *Streptococcus agalactiae*.

Reporte de caso. Paciente de 42 años, procedente de zona rural de Tolima, con antecedente de diabetes mellitus y consumo de alcohol, con 1 día de cefalea que alcanza intensidad 10/10 en horas, emesis, alteración del estado de conciencia, hemiparesia izquierda, fiebre de 39°C, se sospecha meningoencefalitis de evolución hiperaguda, bacteriana vs herpética, iniciando antibiótico empírico con ceftriaxona, ampicilina, vancomicina y aciclovir, reporte de líquidos ceforraquídeo evidencia pleocitosis neutrofílica, hipogluorraquia e hiperproteorraquia, hemocultivos aislamiento de *Streptococcus agalactiae*, posterior evolución tórpida documentándose cerebritis secundaria fronto-mesial derecha no susceptible a drenaje, por lo que se da cubrimiento antibiótico finalmente con ceftriaxona más metronidazol durante 8 semanas, con mejoría clínica del paciente.

Discusión y conclusiones. La meningoencefalitis aguda por *Streptococcus agalactiae* representa una patología, que, por su muy baja incidencia puede conllevar a un retraso en el tratamiento. El *Streptococcus agalactiae* implicado en procesos infecciosos a nivel de sistema nervioso central, se ha descrito como causa de meningitis bacteriana en adultos en las últimas décadas. La frecuencia actual de meningitis por este germen es de aproximadamente el 0,3% de los casos. En nuestro caso la clínica y hallazgos paraclínicos fueron suficientes para iniciar tratamiento en donde se ha visto una adecuada respuesta al manejo. Un retraso en el tratamiento, con serias complicaciones incapacitantes para el paciente e incluso la muerte.

I-20

CANDIDIASIS ESOFAGICA EN PACIENTE CON INMUNODEFICIENCIA STAT-1

CÁRDENAS LAURA, DONOSO LAURA, GÓMEZ PAULA, JOHNSON NATALIA, NOVA DORA, TORRALBA FELIPE.

Universidad del Rosario, Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. Las inmunodeficiencias primarias son enfermedades hereditarias heterogéneas, producidas por defectos genéticos que condicionan la alteración del sistema inmune y por consiguiente elevan el riesgo de infección, autoinmunidad y neoplasia. Se clasifican en 9 grupos dentro de los cuales se encuentran los genes relacionados con defectos leucocitarios micobactericidas, donde tiene lugar la mutación del gen STAT-1, predisponiendo a los pacientes principalmente a infecciones fúngicas.

Caso clínico. Paciente masculino de 36 años con antecedente de inmunodeficiencia primaria STAT-1 asociada a candidiasis mucocutánea crónica (CMC). Con historial de múltiples hospitalizaciones previas por complicaciones infecciosas. Durante su última hospitalización cursó con neumonía multilobar y gastroenteritis. Adicionalmente presentó exacerbación de candidiasis mucocutánea, reportándose en esofagogastro-duodenoscopia candidiasis esofágica KODSI 3.

Discusión. La mutación STAT-1 es una inmunodeficiencia primaria rara y severa, caracterizada por disminución en la síntesis de IL-17 e IL-22, generando una respuesta inmune deficitaria ante infecciones por *Cándida Albicans* y *Micobacterium tuberculosis*. Se ha encontrado que alrededor del 60% de los pacientes que presentan CMC son portadores de la mutación STAT-1, los cuales requieren tratamiento profiláctico antifúngico de por vida.

Conclusiones. Las inmunodeficiencias primarias son enfermedades hereditarias poco prevalentes y subdiagnosticadas, que durante los últimos años han venido en aumento, dado el desarrollo de nuevas herramientas que facilitan el diagnóstico temprano y oportuno. El diagnóstico temprano de pacientes portadores de la mutación STAT-1, cobra gran importancia teniendo en cuenta la asociación que se ha encontrado entre la candidiasis mucocutánea crónica y el desarrollo de cáncer orofaríngeo y esofágico.

I-21

MASA OVÁRICA, ASCITIS Y CA 125 ELEVADO, TAMBIÉN PUEDE SER TUBERCULOSIS

NARANJO JULIO, MORALES XIMENA, CORTES CAMILO.

Hospital Universitario Mayor - Méderi, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La tuberculosis peritoneal es la sexta forma de presentación extra pulmonar, representando el 6.1% de los casos de TB extra pulmonar en EE.UU. Su forma de diseminación más frecuente es hematológica secundaria a TB miliar o pulmonar activa. La tuberculosis genital es una forma mucho más rara (2,5 – 0,005%), siendo asintomática o con mínimos síntomas de alteración menstrual

Reporte de Caso. Mujer de 36 años, sin antecedentes relevantes, con cuadro de dolor abdominal en hipogastrio de 1 semana de evolución, con documentación de masa ovárica y Ca 125 elevado, asociado a síndrome constitucional. Llevada a laparoscopia diagnóstica bajo sospecha de Ca de ovario, documentándose signos de carcinomatosis peritoneal (“omental-cake”), líquido ascítico y engrosamiento anexial derecho, por lo que se realiza salpingo-oforectomía derecha. Gradiente de albumina no hipertensivo portal con LDH elevada y ADA en 76U/l. Tomografía de tórax con enfermedad de vía área pequeña en lóbulo superior derecho. Llevada a fibrobroncoscopia con presencia de *Mycobacterium tuberculosis* por GenXpert sin resistencia a rifampicina. Biopsias peritoneal y tubo-ovarica con inflamación granulomatosa, sin micobacterias. Se inicia tratamiento tetraconjugado y se indica seguimiento con Ca 125 con disminución y posterior elevación, documentándose nueva lesión anexial izquierda. Llevada a laparoscopia diagnóstica donde se documenta compromiso granulomatoso de ovario izquierdo.

Conclusión. La tuberculosis peritoneal y genital son formas poco frecuente de presentación de enfermedad por micobacterias. El principal diagnóstico diferencial lo constituyen las neoplasias ováricas. El CA-125 ha mostrado utilidad en el diagnóstico y seguimiento del compromiso intraabdominal e incluso pulmonar de la tuberculosis, elevándose durante la infección y disminuyendo en respuesta al tratamiento, con negativización de los valores cerca del cuarto mes de tratamiento exitoso

I-22

CRIPTOCOCOSIS DISEMINADA POR *CRYPTOCOCCUS GATTII*

MÉNDEZ JORGE, RINCÓN SONIA, TOLE CAMILA, SANDOVAL LINA, BUSTOS MARLON.

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

Introducción. La criptococosis por *Cryptococcus gattii* cobra importancia en el área tropical y subtropical, sin embargo, el conocimiento sobre la epidemiología y tratamiento en Colombia es limitado, generalmente extrapolado de las variantes neoformans. El objetivo del presente reporte de caso es aportar conocimiento acerca de la manifestación clínica de la enfermedad, limitantes para el diagnóstico, perfil de susceptibilidad antimicótica y desenlaces a mediano y largo plazo.

Presentación del caso clínico. Paciente masculino de 50 años de edad con antecedente de melanoma de piel estadio IIB (T3BN0M0) manejado con resección local ampliada y terapia adyuvante con interferón-alfa a altas dosis en remisión. Consulta por múltiples episodios de cefalea con signos de alarma. Al interrogatorio manifiesta concomitantemente cuadro de tos persistente con hemoptisis, asociado a pérdida de peso y diaforesis nocturna. Dentro del estudio se solicita resonancia magnética cerebral la cual evidencia múltiples lesiones con realce al contraste; TAC de tórax con presencia de opacidad en cuña y múltiples lesiones nodulares. Inicialmente se sospecha recaída tumoral y se descarta inmunosupresión asociada, sin embargo, estudio de líquido cefalorraquídeo reporta látex positivo para criptococo y lavado broncoalveolar con aislamiento en cultivos de *Cryptococcus gattii* confirmado con MALDI-TOF. Se realiza diagnóstico de criptococosis diseminada, inició inducción con Anfotericina-B deoxicolato y Fluconazol por no disponibilidad de Flucitosina, con falla terapéutica posterior y hallazgo de resistencia a Fluconazol. Se re-induce con Anfotericina-B liposomal y Flucitosina. Durante un año continua manejo con voriconazol, durante el cual evidenciamos secuelas neurológicas.

Conclusiones. El hallazgo de criptococosis en un paciente sin factores claros de inmunosupresión puede ser un reto diagnóstico, especialmente cuando existen variables de confusión como antecedentes de patología oncológica. Así mismo, se plantea la importancia de considerar el estudio del perfil de resistencia del *Cryptococcus gattii* a nivel nacional, para asegurar un tratamiento oportuno y efectivo de esta condición.

I-23

HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE DIABÉTICO

CONTRERAS ALEJANDRA, CORTÉS CAMILO.

Hospital Universitario Méderi, Bogotá D.C., Colombia.

Introducción. La histoplasmosis es una micosis endémica causada por el hongo dimórfico *Histoplasma capsulatum*. Se presenta en una variedad de formas clínicas, desde individuos asintomáticos hasta la infección diseminada, siendo los principales determinantes de su expresión el estado inmunológico del huésped, su arquitectura pulmonar y la intensidad de la exposición.

Reporte de caso. Masculino de 54 años, cultivador de flores, con cuadro de 1 mes de fiebre intermitente, tos con expectoración y pérdida de peso. Antecedente de diabetes mellitus tipo 2 en manejo con metformina controlada, sin otras comorbilidades. Recibió antibiótico por 10 días sospechando neumonía. Al ingreso febril, taquicárdico, hipoxémico, ruidos cardíacos de bajo tono, roce pericárdico, roncus y esplenomegalia. Paraclínicos con pancitopenia, en tomografía de tórax adenopatías mediastinales con patrón de vidrio esmerilado multilobar bilateral con engrosamiento de septos interlobulillares y derrame pericárdico en ecocardiograma transtorácico, negatividad para virus de inmunodeficiencia humana (VIH), hemocultivos y baciloscopias. Se inicia antibiótico sin mejoría con deterioro ventilatorio y necesidad de vigilancia en unidad de cuidado intensivo. Se realiza fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar neutrofílico y positividad para *Histoplasma* en coloración Gomori, confirmación diagnóstica con fijación de complemento título 1:256 para forma levaduriforme. Recibe manejo con anfotericina B liposomal con mejoría clínica.

Discusión. La histoplasmosis diseminada suele observarse en infección por VIH, extremos de la vida y uso de fármacos inmunosupresores, sin embargo, se han descrito casos en pacientes con diabetes como factor predisponente. Su patrón radiológico usual es alveolar focal o miliar, siendo inusual el compromiso linfangítico y la descripción de vidrio esmerilado. Debe sospecharse este agente etiológico en individuos provenientes de zonas endémicas y antecedente de contacto con suelos potencialmente contaminados que presenten infecciones respiratorias de curso atípico.

I-24

HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN INMUNOCOMPETENTES

TRUJILLO DANIELA, RUIZ LUIS MIGUEL, RESTREPO RICARDO, VEGA JULIANA.

Hospital Pablo Tobon Uribe, Medellín, Colombia.

Introducción. La Histoplasmosis es una micosis endémica con alta prevalencia a nivel mundial, siendo *Histoplasma capsulatum* el principal patógeno. En pacientes inmunocompetentes las infecciones suelen ser asintomáticas o autolimitadas; solo el 0.05% presenta una infección diseminada (aquella que compromete más de un órgano). Se define como inmunocompetente ausencia de los siguientes factores de riesgo: infección por VIH, malignidades hematológicas, uso de medicamentos inmunosupresores, EPOC, diabetes mellitus y desnutrición. En ese contexto la enfermedad es usual en hombres en edad media probablemente asociado a factores epidemiológicos y ocupacionales de este grupo poblacional.

Diseño. Estudio descriptivo retrospectivo. Serie de casos

Métodos. Se realizó una serie de casos de tres pacientes inmunocompetentes con diagnóstico de Histoplasmosis diseminada en hospital de cuarto nivel de complejidad.

Resultados. Se describen tres pacientes de 32, 40 y 52 años, todos provenientes del Sur Oeste Antioqueño, sin antecedentes patológicos previos; dos de ellos tuvieron contacto cercano con deyecciones de aves. Un paciente presentó hemoptisis asociada a un nódulo pulmonar, el segundo con síndrome hemofagocítico y el tercero presentó diarrea crónica con múltiples lesiones ulceradas en colon. Los tres pacientes tuvieron fiebre, síntomas constitucionales y fueron tratados con anfotericina deoxicolato e itraconazol.

Conclusiones. La Histoplasmosis diseminada puede presentarse en pacientes inmunocompetentes simulando neoplasias pulmonares, adrenales, enfermedad inflamatoria intestinal y patologías autoinmunes entre otros.

I-25

ABSCESO ESPLÉNICO DEBIDO A ENTEROBACTER AEROGENES

MAYORGA CAROL, CHAAR ALDAIR, CALDERÓN MAURICIO, VERA JUAN, MARTIN DANIEL, VESGA DANIEL.

Universidad de La Sabana. Chía, Colombia.

Introducción. El absceso esplénico es una entidad clínica poco frecuente, su incidencia se ha incrementado debido al aumento en condiciones de inmunosupresión y de patologías como endocarditis infecciosa. Su presentación clínica es inespecífica, siendo común encontrar fiebre, dolor abdominal de predominio en cuadrante superior izquierdo y leucocitosis. Se trata de una condición con una elevada mortalidad haciendo necesario realizar un diagnóstico y tratamiento oportuno. Presentamos el caso de un hombre de 27 años de edad con antecedente de Síndrome de Evans que acudió a urgencias por cuadro subagudo de fiebre, cefalea y síntomas constitucionales. Paraclínicos de ingreso con leucocitosis, anemia y trombocitopenia severa, con hallazgo imagenológico sugestivo de múltiples abscesos esplénicos que requirieron de esplenectomía. Hemocultivos y cultivos de drenaje de absceso con aislamiento microbiológico de *Enterobacter aerogenes*, germen causal inusual ya que la mayoría de casos reportados en la literatura son generados por gérmenes aerobios tales como *Streptococcus*, *Staphylococcus*, *Escherichiacoli* y *Salmonella*.

Diseño. Reporte de caso.

Métodos. Búsqueda de literatura en bases de datos electrónicas Pubmed, Embase, y Cochrane, palabras clave: Absceso esplénico, Cultivo. Aislamiento. Microbiología.

Resultados. Se encontró una revisión que involucro 27 pacientes con abscesos esplénicos e inmunodeficiencia asociada, y 2 casos en pacientes inmunocompetentes. Se obtuvieron cultivos positivos únicamente en 7 pacientes, ninguno de ellos generado por *Enterobacter aerogenes*. De igual manera, en otro estudio con 28 pacientes, en la mayoría de casos se aislaron cocos gram positivos y en un 9% no se identificaron gérmenes.

Conclusión. Existe una variedad de casos reportados en la literatura de absceso esplénico, en los cuales independientemente del estado inmunológico, es extremadamente infrecuente encontrar gérmenes anaerobios como agentes causales, los cuales suelen estar relacionados con otros focos intraabdominales.

I-26

SÍNDROME DEL ABSCESO HEPÁTICO POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE INVASORA

TORRES BUSTAMANTE ÁNGELA MARÍA, CASTAÑEDA CAMACHO HÉCTOR ANDRÉS.

Universidad Autónoma de Bucaramanga - UNAB, Santander, Colombia.

Introducción. La endoftalmitis es un proceso inflamatorio e infeccioso de los tejidos intraoculares. Cuando es endógena representa entre 2-5 % del total y es secundaria a una bacteriemia con desenlaces visuales pobres. Su etiología difiere según la ubicación geográfica, siendo más frecuente por especies Gram-positivas en las naciones occidentales y por especies Gram-negativas en países de Asia oriental.

Diseño. Reporte de caso. Adulta media con pérdida rápida y progresiva de la agudeza visual bilateral persistente asociada a síndrome febril.

Caso clínico. Mujer de 62 años, clínica de 4 días de fiebre hasta 40 °c, emesis y malestar general, 48 horas previas a consultar, presenta pérdida progresiva de la agudeza visual bilateral persistente, somnolencia y dolor ocular. Al examen físico signos vitales normales, inyección conjuntival bilateral, hipopión de 1 mm y membrana inflamatoria sobre área pupilar. Se inició antibiótico empírico. Los hemocultivos fueron positivos para *Klebsiella pneumoniae spp*, la tomografía cerebral, el ecocardiograma transtorácico y la punción lumbar fueron normales. La paciente evolucionó con dolor abdominal persistente. Se realizó tomografía abdominal con evidencia de lesión única hipodensa hepática y múltiples lesiones nodulares en bases pulmonares. Las lesiones oculares progresaron hacia una panoftalmitis endógena bilateral con perforación ocular, por lo que fue llevada a enucleación bilateral con reporte de cultivos de globos oculares positivos para *Klebsiella pneumoniae spp*.

Discusión. El síndrome del absceso hepático por *Klebsiella pneumoniae* invasora consiste en la presencia de un absceso hepático primario con siembras infecciosas secundarias. Se presenta con mayor frecuencia en personas diabéticas. Su característica de “invasora” se lo proporciona un fenotipo hiper mucoviscoso de la *Klebsiella* asociado con serotipos K1 y K2. En nuestro caso la endoftalmitis fue complicación de un absceso hepático (asociación frecuente hasta en 60 % de los casos), su diagnóstico suele ser posterior al compromiso ocular. La mortalidad llega a ser del 11 %. Suele confundirse en fases iniciales con una panuveítis, por lo que el diagnóstico suele ser difícil y tardío.

Conclusión. Para pacientes con este síndrome invasivo, la elección de un antibiótico apropiado, asociado a un drenaje percutáneo del absceso aumenta sus posibilidades de supervivencia y disminuye el riesgo de embolismo séptico. En el caso de presentar endoftalmitis endógena como complicación, el tratamiento se fundamenta en antibioticoterapia sistémica e intravítrea, seleccionando los antibióticos con mayor penetrancia al globo ocular.

I-27

TUBERCULOSIS HEPATICA AISLADA: UNA CAUSA RARA DE TUMORES HEPATICOS

DE LA VEGA FERNANDO, CÓRDOBA-CABALLERO ANGIE, RODRIGUEZ-YANEZ TOMÁS, GARCÍA-PRADA CAMILO.

ESE-Hospital Universitario de Cartagena, Cartagena, Colombia.

Introducción. En la presentación extrapulmonar de la tuberculosis (TB), la TB hepática se considera rara, se informa una prevalencia del 0,0015%. El diagnóstico de estas formas extrapulmonares resulta complejo ameritando una elevada sospecha clínica.

Diseño. Reporte de caso.

Métodos. Se presente el caso de un paciente con enfermedad renal crónica (ERC) en hemodiálisis, estado asociado a inmunosupresión y presentaciones atípicas de enfermedades infecciosas.

Caso clínico. Masculino de 65 años, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, hipertensión arterial y ERC en hemodiálisis. Clínica de 3 días de evolución de dolor abdominal, malestar general, anorexia y episodios eméticos. El examen físico evidencio dolor abdominal difuso, no se palpan masas, resto sin alteraciones.

Resultados. Laboratorios iniciales muestran leucocitosis con desviación a la izquierda (17.240 cel/mm³), anemia moderada, radiografía de tórax dentro de parámetros normales. Ecografía abdominal y posterior tomografía de abdomen simple y contraste los cuales evidencian formación hipodensa, sólida, localizada en el lóbulo izquierdo del hígado segmento II de bordes mal definidos de probable etiología neoplásica, pequeños ganglios en el retroperitoneo a la altura de la mesentérica superior y tronco celiaco, así como adenomegalias latero aorticas. Con estos hallazgos se lleva a biopsia hepática con informe de patología evidenciando parénquima hepático comprometido por proceso inflamatorio crónico granulomatoso necrotizante, se realiza coloración de Ziehl-Neelsen, con evidencia de BAAR, configurando el diagnostico de TB hepática, por lo cual se inicia tratamiento antituberculoso según recomendaciones del ministerio de salud, con evolución favorable tras 9 meses de tratamiento.

Conclusión. La ERC es una condición asociada a inmunosupresión, haciendo de esta población un grupo susceptible de presentar infecciones oportunistas como la TB, incluidas las formas extrapulmonares infrecuentes.

I-28

HISTOPLASMOSIS PERITONEAL EN UN PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO

SIERRA UMAÑA SEBASTIÁN FELIPE, ROSERO PAREDES SILVIO JAVIER, URRUTIA CORREDOR LAURA CAMILA, BARRIOS VILLEGAS JUAN ESTEBAN, ARCE CUERVO JULIANA.

Hospital Universitario Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La histoplasmosis es una infección micótica oportunista granulomatosa ocasionada por inhalación de microconidias de *Histoplasma capsulatum var capsulatum*. La peritonitis como presentación de su forma diseminada es extremadamente rara, con escasos casos reportados en la literatura.

Diseño. Descripción y análisis de caso clínico.

Método. Se toman datos de historia clínica. Paciente masculino de 44 años de edad con antecedentes de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH), lupus eritematoso sistémico con nefropatía lúpica, y enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal, quien presenta ascitis recurrente sin etiología clara en el estudio seriado de líquido ascítico convencional, por lo cual se indica laparoscopia diagnóstica con toma de biopsia de peritoneo, cuya evaluación histopatológica describe formas compatibles con infección por *Histoplasma capsulatum*, indicándose 15 días de tratamiento intrahospitalario con anfotericina B deoxicolato con evolución clínica satisfactoria, no recurrencia de ascitis y decisión por servicio de infectología de manejo ambulatorio indefinido con itraconazol.

Resultados. En pacientes inmunocomprometidos la histoplasmosis se considera un germen oportunista. La manifestación peritoneal hace parte del espectro de presentación de la histoplasmosis diseminada (HD). El primer caso de histoplasmosis peritoneal (HP) fue descrito en 1970, el primero en Sudamérica en 1989 en Venezuela, y el primero en Colombia el aquí descrito. La mayoría de casos de HP se han asociado a diálisis peritoneal, como ocurrió en el presente caso. Su diagnóstico se basa en el estudio de líquido ascítico, y su tratamiento, según los lineamientos de otras formas de HD.

Conclusiones. La HP es una rara entidad que hace parte del espectro de manifestaciones clínicas de la HD y la cual requiere una alta sospecha clínica, principalmente en pacientes con inmunocompromiso.

I-29

PRESENTACIÓN INUSUAL DE CRIPTOCOCOSIS CEREBRAL COMO LESIÓN TUMORAL INTRACRANEAL EN PACIENTE CON ANTECEDENTE DE GLIOBLASTOMA CEREBRAL

REYES TOLEDO RAÚL, MESA ZULUAGA MARIA, GÓMEZ QUINTERO CARLOS, RIVAS PILAR.

Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada. Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La criptococosis es una infección fúngica invasiva causada por una levadura, con predilección por el sistema nervioso central, poco común en pacientes con antecedente de malignidad. Está asociado fundamentalmente con estados de inmunosupresión.

Diseño. Reporte de caso.

Métodos. Paciente femenina 51 años con antecedente de Glioblastoma Multiforme resecado (Marzo, 2013) con clínica de cefalea frontal sin otros síntomas asociados. Se encuentra lesión de aspecto tumoral intracraneal en estudio de resonancia magnética cerebral de control. Antecedente de síndrome convulsivo secundario a lesión. No otros antecedentes

Resultados. Paciente fue hospitalizada para realizar resección volumétrica guiada por estereotaxia (Marzo, 2018) por presencia de lesión tumoral intracraneal fronto-temporal derecha de 7 mm con lesiones satélites con alta sospecha de recaída de enfermedad tumoral. Se realizó escisión completa de lesión, sin complicaciones. Reporte de patología evidencia abundantes blastoconidias, sin observar hallazgos compatibles con enfermedad tumoral. Segunda revisión de histopatología por parte de grupo especializado de Micología Médica de Universidad Nacional reporta abundantes blastoconidias en gemación unipolar en apariencia de lágrima, con conformación encapsulada compatible con levaduras de *Cryptococcus spp.* Recibió tratamiento con Flucitosina y Anfotericina B por 14 días y continuó con Fluconazol de forma ambulatoria con orden de seguimiento multidisciplinario.

Conclusiones. La presentación clínica y la progresión a enfermedad de la criptococosis dependen del estado inmune del hospedador. El criptococoma cerebral debe ser considerado dentro del diagnóstico diferencial de lesión tumoral intracraneal en pacientes con historia de malignidad.

I-30

EMPIEMA PLEURAL POR *SALMONELLA* EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

CONTRERAS ALEJANDRA, NOVOA DANNY.

Fundación Cardioinfantil, Instituto de Cardiología, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La *Salmonella* es un bacilo gramnegativo anaerobio perteneciente a la familia Enterobacteriaceae. Las infecciones por este microorganismo se manifiestan como síndromes clínicos característicos: gastroenteritis, bacteriemia, infección vascular, infección focal y estado de portador crónico asintomático. El compromiso focal se presenta aproximadamente en el 5-10% de los pacientes con bacteriemia por *Salmonella*, siendo excepcionales las complicaciones pleuropulmonares.

Resultados. Mujer de 35 años con cuadro de 5 días de evolución de dolor en región dorsal derecha irradiado a hipocondrio ipsilateral, exacerbado por los movimientos y la inspiración. Antecedente de lupus eritematoso sistémico (LES) con glomerulonefritis membranosa secundaria, manejo crónico con hidroxiclороquina, prednisolona a dosis baja y azatioprina. Al ingreso taquicárdica y con ruidos respiratorios disminuidos en los dos tercios inferiores del hemitórax derecho como únicos hallazgos positivos. Estudios iniciales con evidencia de leucocitosis con neutrofilia y derrame pleural derecho en radiografía de tórax, se descartó presencia de consolidación por tomografía. Fue llevada a toracentesis con drenaje de líquido seroso con características de exudado y cultivo con crecimiento de *Salmonella spp.* Se realizó ecografía abdominal total y coprocultivo que descartaron focos adyacentes como causa de diseminación y estado de portador crónico. Recibió tratamiento con ampicilina/ sulbactam por 14 días, requirió decorticación pulmonar y pleurectomía parietal derecha con resolución del cuadro.

Conclusiones. Aunque la gastroenteritis es la forma clínica más común en la infección por *Salmonella*, el compromiso focal puede afectar virtualmente cualquier órgano o tejido por diferentes mecanismos de diseminación, especialmente en individuos con factores predisponentes como el LES. Dentro de este grupo de complicaciones, el empiema pleural es una entidad rara de la que se reportan pocos casos en la literatura.

I-31

RECIDIVA DE LEPRO, EN PACIENTE INICIALMENTE DIAGNOSTICADO CON DERMATITIS EXFOLIATIVA ASOCIADA A MEDICACIÓN ANTITUBERCULOSA

MESA ZULUAGA MARÍA ALEJANDRA, MEDINA AHUMADA PATRICIA.

Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La lepra producida por *Mycobacterium tuberculosis* es una patología con baja prevalencia actual, la terapia es altamente efectiva para prevenir discapacidad y evitar recaídas.

Diseño: Reporte de caso.

Métodos. Paciente masculino 81 años con antecedente de lepra (hace 40 años), consulta por síntomas respiratorios y pérdida de peso, se hace diagnóstico de tuberculosis pulmonar por baciloscopias positivas, con inicio de tetraconjugado, 20 días después presenta lesiones descamativas en palmas de manos, tórax y piernas, se considera diagnóstico de dermatitis exfoliativa asociada a medicación antituberculosa.

Resultados. Paciente fue hospitalizado, se suspende medicación antituberculosa, se realiza biopsia de piel, con mejoría clínica inicial por lo que se reinicia tratamiento antituberculoso con nuevo empeoramiento de las lesiones lo que apoyó diagnóstico de reacción medicamentosa, sustentado en biopsia con hallazgos compatibles con toxicodermia. Cultivo para mycobacterias negativos, gen Xpert en lavado broncoalveolar negativo, tomografía de tórax sin alteraciones por lo que se plantearon diagnósticos diferenciales: estudio de linfa positiva para mycobacterias con índice bacilar +1. Se realiza una nueva biopsia de piel de lesión en pierna derecha, con resultado positivo para presencia de *Mycobacterium Leprae*. Se configura diagnóstico de recidiva de Lepra multibacilar confirmado por laboratorio. Se ordena tratamiento con rifampicina, dapsona y clofazimina por un año.

Conclusiones. La recidiva en Lepra en seguimiento mayor a 40 años es una presentación exótica, en Colombia no hay estimaciones ni seguimientos mayores a 11 años, lo que evidencia importancia de continuar un seguimiento integral como parámetro para evaluar la eficacia del tratamiento.

I-32

MICOBACTERIA DE CRECIMIENTO RÁPIDO EN UN PACIENTE CON USO DE ANTI-TNF

GUTIÉRREZ-BOLAÑOS JOHANN, VARELA DIANA-CRISTINA, GARCÍA-RINCÓN CRISTIAN-IVÁN.

Universidad Pontificia Bolivariana, Clínica Universitaria Bolivariana, Medellín, Colombia.

Introducción. Las micobacterias no tuberculosas (MNT) son organismos extensamente distribuidos en el ambiente. La infección pulmonar por MNT se reportó inicialmente en pacientes con enfermedad pulmonar preexistente, pero en los últimos 20 años ha incrementado en prevalencia e incidencia a nivel mundial en pacientes inmunosuprimidos, como diagnóstico diferencial de infección granulomatosa por *M. tuberculosis*.

Resumen del caso. Paciente masculino de 53 años, fumador activo, con diagnóstico de Artritis reumatoidea recibiendo terapia inmunosupresora (tocilizumab, etenercept y en manejo actual con adalimumab), quien presentó síntomas respiratorios superiores, pérdida de peso y BK positivo, se realizó diagnóstico de TB pulmonar, recibiendo 9 meses de tratamiento por persistencia de BK+ en esputo con cultivos negativos al terminar tratamiento y se asumió curación.

Ingresó por presencia de derrame pleural izquierdo complicado, de tipo neutrofílico, requirió decorticación pulmonar más pleurectomía parietal y resección pulmonar en cuña (lobectomía segmentaria) por paquipleuritis crónica y atrapamiento pulmonar.

En los estudios de histopatología de pleura y pulmón no encontraron granulomas ni presencia de caseificación, presentaban presencia de inflamación crónica.

Los estudios microbiológicos presentaban BAAR+ en las tres muestras, la PCR para micobacteria tuberculosa fue negativa en esputo, lavado broncoalveolar y tejidos (pleura y pulmón), presentó detección temprana de crecimiento en MGIT, con crecimiento final fue de *micobacterium avium*.

Discusión. La infección por MNT constituye un gran reto diagnóstico por la no identificación en los medios usuales de cultivo y similitud clínica con M tuberculosis. Debe tenerse en cuenta el diagnóstico diferencial ante la presencia de BAAR + persistente a pesar de tratamiento antituberculoso, con empeoramiento clínico, compromiso pulmonar e inmunosupresión.

I-33

PARACOCCIDIOIDOMICOSIS COMO CAUSA DE INSUFICIENCIA SUPRARRENAL, UN RETO DIAGNOSTICO PARA UNA CAUSA INSOSPECHADA

SANTACRUZ DEVIA JUAN CAMILO, PARAMO DÍAZ LAURA ISABEL, NARANJO JULIÁN, ARAGÓN DIANA MARCELA.

Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La insuficiencia suprarrenal tiene una presentación clínica variable (dependiendo si el inicio es agudo o crónico), dentro de las etiologías más frecuentes se describen causas autoinmunes, infecciosas y neoplásicas. La causa infecciosa más frecuentemente documentada es la tuberculosis, sin embargo la prevalencia y la caracterización de infecciones por bacterias, virus y hongos no se ha establecido claramente.

Presentación del caso. Presentamos el caso de un paciente masculino de 69 años quien ingresa por clínica de 6 meses de evolución consistente en pérdida no objetiva de peso asociado a náusea y múltiples episodios eméticos de contenido alimentario, dolor abdominal difuso, astenia, adinamia y malestar general. Ingresó con lesión renal aguda y trastorno hidroelectrolítico dado por hiponatremia, hipercaliemia, hipercalcemia e hipocloremia. Tenía reporte extrahospitalario de una colangiografía magnética con hallazgos de una masa suprarrenal bilateral. Por la contraindicación de realizar una tomografía axial computarizada de abdomen, se realizó una resonancia magnética de abdomen simple que mostró una lesión focal suprarrenal derecha de 33 mm de diámetro en el plano axial, se confirmó el diagnóstico de insuficiencia suprarrenal primaria con la toma de cortisol y ACTH, se indicó la realización de adrenalectomía ante la sospecha de neoplasia primaria de la glándula suprarrenal o tuberculosis, el resultado de patología con tinciones especiales mostro hallazgos correspondientes con paracoccidioidomycosis.

I-34

HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN PACIENTE CON LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (VISUALIZACIÓN DIRECTA EN MEDULA ÓSEA)

GRANELA KATYA, BROCHADO LEONARDO.

Clínica General del Norte, Barranquilla, Colombia.

Introducción. Histoplasmosis diseminada es una infección micotica oportunista. Son pocos los reportes de casos en pacientes inmunosuprimidos por lupus eritematoso sistémico, se reportan más casos en pacientes con infección por VIH/SIDA. Es de gran impacto epidemiológico por su alta tasa de mortalidad; el diagnóstico se realiza por estudios microbiológicos directos y biopsias, por aspirado de medula ósea con visión directa es una forma poco frecuente de realizar.

Diseño. Diagnóstico de Histoplasmosis diseminada por aspirado de medula ósea con **visión directa en Paciente con Lupus eritematoso Sistémico**

Método. Paciente ingresa al servicio de urgencias por presentar cuadro de 3 meses de evolución, agudizado en las 2 últimas semanas por artralgias generalizadas, odinofagia, lesiones blanquecinas en cavidad oral, adenopatías en cuello, cuero cabelludo y región inguinal, lesiones en piel (rash cutáneo) astenia, adinamia, cambios en el comportamiento y malestar general. Durante su hospitalización se le realiza diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, persistencia de fiebre y pancitopenia por lo que se inicia investigación de otros gérmenes. Dentro de los paraclínicos además se diagnostica viremia por citomegalovirus

Resultado. Plaquetas: 50.000, linfocitos: 32%, ANTI DNA positivo, C3: 21, C4: 1.0 (bajos), ANTI SM: 47.6 (positivo), ANTI RNP: 40.20 (positivo), PCR CMG >9999 (0-200 copias/m), se le realiza aspirado de medula ósea que muestra celularidad disminuida, datos de hemolisis severa y en casi todos los macrófagos observando Histoplasma capsulatum.

Conclusión. Caso de Histoplasmosis diseminada en un paciente inmunosuprimida por lupus eritematoso sistémico, que además se documentó viremia por citomegalovirus, que a pesar de tratamiento con anfotericina B, y esfuerzo terapéutico paciente con evolución tórpida presenta insuficiencia respiratoria requiriendo asistencia ventilatoria invasiva no mejoría y fallece.

I-35

PAPEL DEL VIRUS EPSTEIN BARR EN LA PATOGENIA DE LA ENCEFALOMIELITIS AGUDA DISEMINADA

LUIS DULCEY, JONATHAN PINEDA, WILLIAM GONZÁLEZ, RODOLFO MARTHEYN, RAIMONDO CALTAGIRONE, BELKIS MENONI, PEDRO QUIJADA.

Medicina Interna ULA.

La encefalomiелitis aguda diseminada (EMAD) es un trastorno neurológico caracterizado por inflamación del cerebro y médula espinal causada por un daño a la mielina, afectando al sistema nervioso central de manera difusa. Esta afección puede manifestarse de manera espontánea o secundaria a infecciones o a vacunación. La mayoría de las veces evoluciona de manera monofásica con manifestaciones clínicas inespecíficas, por lo que la sospecha diagnóstica es fundamental. La EMAD es la causa más frecuente de afectación de sustancia blanca. La incidencia es mayor en la edad prepuberal con una incidencia de aproximadamente 0,2-0,4 casos/100000 habitantes año. Tiene predominio estacional, siendo más frecuente en los meses de invierno y primavera. Afecta más a varones. A continuación presentaremos nuestra experiencia con un caso sin diagnóstico previo de esta excepcional y poco frecuente patología el cual se convirtió en un reto diagnóstico.

Palabras clave. Encefalomiелitis, Autoinmunidad, Virus Epstein Barr, Proteína básica de la Mielina.

I-36

INFECCIÓN FÚNGICA INVASORA EN PACIENTE NO NEUTROPÉNICO

GÓMEZ PACHÓN CAMILO ANDRÉS, BRAVO OJEDA JUAN SEBASTIÁN, GONZÁLEZ SALEBE VÍCTOR MANUEL, RAMOS CUELLAR GINA ALEXANDRA, PÉREZ FRANCO JAIRO ENRIQUE.

Universidad Militar Nueva Granada, Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La enfermedad fúngica invasora (EFI) causa una gran morbi-mortalidad en los pacientes, su desarrollo es multifactorial y depende de la colonización o la capacidad del huésped de una óptima respuesta inmunitaria. El sistema inmunológico tiene respuestas innatas y adaptativas, dentro de las primeras se destaca el papel del sistema monocito-macrófago y neutrófilos; en cualquier escenario en donde estos se afecten el huésped tendrá mayor susceptibilidad de desarrollar una infección fúngica invasora. Se presenta un paciente con EPOC en terapia con esteroide inhalado de larga data con tuberculosis cavitaria y micetoma con posterior aspergilosis invasiva fatal.

Paciente policonsultante con antecedente de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) en terapia combinada b2-corticoide inhalado de larga data. Presenta cuadro de 3 semanas de disnea y tos con expectoración hemoptoica y dolor pleurítico izquierdo tratado extra institucionalmente por neumonía de lenta resolución quien consulta por persistencia de síntomas. Al examen físico taquicardico normotenso desaturado y taquipneico con evidencia de roncus y sibilancias además de pectoriloquia áfona en región superior de hemitórax izquierdo. Tras evaluación imagenológica se considera cursa con tuberculosis (TBC) cavitaria sobreinfectada y se indica tetraconjugado y piperacilina tazobactam. Valorado por cirugía de tórax quienes consideran imagen intracavitaria sugestiva de aspergiloma por riesgo quirúrgico prohibitivo deciden manejo conservador. Tras 15 días de terapia presenta nuevamente fiebre más hipotensión, choque distributivo refractario, paro cardiorrespiratorio y posterior deceso, indicándose autopsia clínica.

Conclusiones. EFI se da más frecuentemente por *Aspergillus spp.* en pacientes inmunocomprometidos. Sin embargo se ha descrito en pacientes no neutropénicos con factores de riesgo como uso de esteroides, desnutrición y EPOC. Es conocida la presencia de aspergilomas en cavidades previamente formadas por otras patologías como TBC. En el caso, se considera neutropenia funcional dado patología de base y uso crónico con esteroides, condicionando la respuesta inmune frente a *Aspergillus spp* confiriéndole riesgo de enfermedad invasiva.

I-37

PROFILAXIS ANTIBIÓTICA EN PROCEDIMIENTOS ODONTOLÓGICOS PARA PREVENIR ENDOCARDITIS BACTERIANA: UNA REVISIÓN BIBLIOMÉTRICA

MUÑOZ LOMBO JENNY PATRICIA, GIL GUTIÉRREZ CARLOS ENRIQUE, GIL RODRÍGUEZ KARLA JOHANNA, GONZÁLEZ AROSEMENA JULIANA, GUERRERO REYNA FELIPE.

Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Medicina, Postgrado de Medicina Interna, Universidad Libre, Cali, Colombia.

Introducción. La Endocarditis Infecciosa es una enfermedad que afecta principalmente las válvulas cardíacas, por adhesión de microorganismos circulantes en sangre. Existen asociaciones entre los procedimientos odontológicos y la bacteriemia, que conlleva a esta entidad, pero no consenso sobre dar o no profilaxis antibiótica para la realización de estos procedimientos; este artículo tiene como objetivo realizar una revisión bibliométrica que informe sobre los estudios realizados en los últimos años para la prevención de la Endocarditis Bacteriana asociada a procedimientos dentales.

Diseño. Análisis bibliométrico retrospectivo de tipo descriptivo

Metodología. Se utilizó la base de datos de Medline a través de PubMed para la búsqueda. La estrategia fue: “Endocarditis, Bacterial”[Mesh] AND “Dental Care”[Mesh] AND “antibiotic prophylaxis”[Title/abstract] AND (“2000/10/25”[PDAT]: “2017/10/21”[PDAT]) AND Journal Article[ptyp] obteniendo: total de publicaciones por año, revistas y origen, idioma y origen del documento.

Resultados. La búsqueda encontró 70 publicaciones, registradas en 35 revistas, siendo British Dental Journal la más frecuente y The Lancet Infectious Diseases la de mayor factor de impacto; el 64,3% se realizaron en los últimos 10 años, siendo el 2008 el año de mayor publicación. Estados Unidos (27,14%) y Reino Unido (21,42%) encabezan los países de mayor publicación; para América latina, Brasil fue el único que proporcionó publicaciones (4,28%), el idioma más utilizado es el inglés (87%) y 58,6% de las revistas son de temas odontológicos.

Conclusión. Esta temática preocupa tanto a médicos como odontólogos, encontrando discrepancias entre la información suministrada por la búsqueda, es escasa la literatura disponible a nivel latinoamericano y mucho más en nuestro país, en donde se debería promover la investigación, dadas las diferencias en el comportamiento de las infecciones bucales comparados con los países desarrollados.

Palabras claves. Endocarditis Bacteriana, Cuidado Dental y Profilaxis Antibiótica.

I-38

EMPIEMA NECESSITATIS POR SALMONELLA CON COMPLICACION CON QUILOTORAX

PUENTES CASTRILLON MARIA ELCY, CORREA ALDANA JOHN JAIRO, DOMINGUEZ RUIZ JUAN DIEGO, PUENTES CASTRILLON JOSE JOVANY, SALINAS CORTES DIEGO, ZULUAGA BEDOYA MAURICIO.

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia.

Introducción. La salmonelosis es una enfermedad infecciosa producida por el bacilo gram negativo *Salmonella* spp. Clásicamente se ha descrito un compromiso intestinal de fiebre entérica, extraintestinal como infecciones focalizadas asociadas o no a bacteriemia y portador crónico. Las infecciones focalizadas corresponden al 5% con presentación pleuropulmonar que oscila entre el 10 y el 35% en pacientes con inmunocompromiso y patología pulmonar previa.

Presentación del caso. Mujer de 25 años con cuadro clínico de 6 meses de tos que progresa en el último mes con expectoración mucopurulenta, asociado dolor pleurítico, disnea mMRC 3 y pérdida de peso 10kg. Hallazgo imagenológico de gran derrame pleural izquierdo que se extiende de forma anterior hacia tejidos blandos de pared torácica asociado a engrosamiento, calcificación pleural y colapso total de pulmón ipsilateral. Estudio de líquido pleural exudado neutrofilico con criterios de empiema complicado, se realiza toracotomía izquierda con drenaje y decorticación. Se confirma microbiológicamente en cultivo de líquido pleural *salmonella* spp, coloraciones de ziehl-neelsen negativo, PCR micobacterias negativo y estudio histopatológico negativo para malignidad. Serología VIH negativo. Se completa manejo antibiótico con ceftriaxona y se da manejo médico del quilotorax posquirúrgico con adecuada respuesta clínica y egreso hospitalario.

Discusión. La incidencia de salmonelosis en Colombia es 10 a 100 casos por 100 mil personas año, así como se describe que el empiema necessitatis es una entidad poco frecuente con etiologías no infecciosas como carcinomas, mesoteliomas y linfomas, sin embargo la etiología infecciosa es la más importante como la tuberculosis pleural, actinomycosis.

Reportamos el primer caso de una paciente joven, sin inmunocompromiso o de afectación pulmonar previa, con serología para VIH negativa, sin antecedente de etilismo, saliéndose de los clásicos reportes en la literatura de factores de riesgo o comorbilidades en un paciente con infección extraintestinal y especialmente con afección focal pleuropulmonar como empiema necessitatis.

I-39

INFECCIÓN DE INJERTO VASCULAR AÓRTICO POR CÁNDIDA

AMAYA NICOLÁS, JARAMILLO PABLO, RUIZ PAULA.

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

Introducción. La infección del injerto vascular aórtico es poco frecuente y se presenta como una complicación seria postquirúrgica. La mayoría de casos son por infecciones bacterianas y las infecciones micóticas son aún más infrecuentes. La terapia estándar es manejo quirúrgico y antimicrobiano. Presentamos un caso en el que se decidió manejo médico conservador y seguimiento clínico e imagenológico con buena respuesta.

Presentación. Paciente masculino de 70 años con antecedente reemplazo valvular e injerto aórtico 8 meses previo a ingreso. Ingresa con choque séptico, evidencia en hemocultivos de hifas y blastoconidias. Por evidencia de hongos pleomórficos se sospechó infección por *Candida sp* y se decidió manejo con caspofungina. En búsqueda de foco se realizó angioTAC de aorta torácica con reporte de hematoma peri-injerto con gas en su interior. Posterior al tratamiento tiene modulación de la respuesta inflamatoria sistémica y descenso progresivo de los reactantes de fase aguda. El PET scan confirmó la presencia de infección del injerto vascular y se decidió en junta multidisciplinaria, dado alto riesgo quirúrgico y adecuada evolución del paciente, continuar manejo médico con caspofungina por 8 semanas y posteriormente fluconazol oral de forma indefinida. La evolución fue favorable, resolución de la fiebre y negativización de reactantes de fase aguda, se planteó seguimiento en un año con nuevo PET scan para definir continuidad de fluconazol.

Conclusión. Las infecciones micóticas de injertos vasculares son raras, con alta morbimortalidad, generalmente el retiro del material es el estándar de tratamiento. La evolución fue satisfactoria con el manejo médico, en la revisión de la literatura encontramos pocos casos reportados y uno de ellos con un manejo similar al nuestro y con resultado exitoso por lo que esta alternativa de tratamiento puede ser una opción en casos futuros que se presenten.

I-40

SÍNDROME INVASIVO POR KLEBSIELLA PNEUMONIAE HIPERMUCOVISCOSA. UNA VARIANTE CLINICA AGRESIVA

PUENTES CASTRILLON MARIA ELCY, TINJACA MONTAÑO KARENT MARGARITA, DOMINGUEZ RUIZ JUAN DIEGO, PUENTES CASTRILLON JOSE JOVANY, SALINAS CORTES DIEGO FERNANDO.

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Universidad Surcolombiana, Neiva, Colombia.

Introducción. El síndrome invasivo por *Klebsiella pneumoniae* definido como la presencia de absceso hepático con complicaciones extrahepáticas como bacteriemia y complicaciones sépticas metastásicas es una forma emergente y rara en nuestro medio, manifestado como una enfermedad sistémica con un potencial de mortalidad descrita hasta del 42% que se ha relacionado con el fenotipo hipermucoviscoso que permite la virulencia del microorganismo.

Presentación del caso. Hombre de 43 años diabético sin adherencia a manejo farmacológico con cuadro clínico de 2 días de fiebre, acompañado de dolor abdominal epigástrico, escalofríos y emesis incoercible. Al ingreso con estado de choque con rápida progresión a falla multiorgánica requiriendo soporte vasopresor además de apoyo ventilatorio. Se documenta presencia de múltiples abscesos hepáticos con drenaje al espacio perihepático y aislamiento microbiológico en hemocultivos de *Klebsiella pneumoniae* con perfil de resistencia antimicrobiana usual, así como opacidades alveolares de distribución multilobar sugestivos de siembras sépticas. Se considero síndrome invasivo por *klebsiella pneumoniae* con indicación de drenaje percutáneo de colecciones hepáticas y manejo combinado ceftriaxona y ciprofloxacina, con evolución clínica favorable hasta el momento.

Discusión. La *Klebsiella pneumoniae* comprende en general el 50% de los aislamientos de pacientes con infecciones hospitalarias y 80% de todos los aislamientos de gérmenes gram negativos. El síndrome de absceso hepático secundario a *Klebsiella pneumoniae* hipermucoviscosa que produce antígenos capsulares denominados K1 y K2, como factor determinante de la virulencia formadora de biopelícula con identificación de gen magA. Presentamos un caso de síndrome invasivo por *klebsiella pneumoniae* con manifestaciones clínicas descritas en la literatura hasta en un 10-13% que se relacionan con la virulencia del microorganismo, comorbilidades del paciente especialmente su diabetes no controlada como principal factor de riesgo. Su identificación aun es baja en nuestro medio por lo que conocerla es un avance importante para llegar a un diagnóstico y tratamiento más asertivo.

I-41

FIEBRE DE ORIGEN DESCONOCIDO COMO MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD DE CASTLEMAN Y SARCOMA DE KAPOSI EN PACIENTE CON VIH

AMAYA NICOLÁS, RUIZ PAULA, RUMBO JOSÉ.

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

Introducción. La fiebre de origen desconocido en pacientes con VIH representa un reto diagnóstico para el internista. Adicionalmente, la enfermedad de Castleman es una patología infrecuente, relativamente nueva y en conjunto con sarcoma de Kaposi involucra un reto terapéutico. No se ha estudiado de forma extensa este escenario dada su baja frecuencia.

Presentación. Paciente masculino de 34 años con antecedente de VIH con CD4 de 164 células/mm³, sarcoma de Kaposi cutáneo y gastrointestinal. Consulta por síndrome febril de 15 días de evolución asociado a hipotensión, taquicardia, con múltiples adenopatías cervicales, axilares, infra y supraclaviculares, en quien se descartó patología infecciosa. Se realizó biopsia de ganglio cervical con resultado que reporta ausencia de granulomas, con enfermedad de Castleman multicéntrica variante de células plasmáticas y herpes virus tipo 8 positivo en múltiples linfocitos que rodean el centro. Se decidió en junta multidisciplinaria manejo con terapia antirretroviral y rituximab 4 dosis. Una vez se inició el manejo mejoró la hipotensión, recuentos celulares y estado general del paciente. Posterior a tercera dosis presenta disnea, aumento en requerimientos de oxígeno suplementario y tos sin expectoración. Se realizó TACAR con evidencia de nódulo de contornos irregulares en segmento anterior del lóbulo superior izquierdo de 9mm y nódulos en segmentos basales de lóbulos inferiores con tendencia a la consolidación. Se realizó biopsia en cuña pulmonar con reporte de sarcoma de Kaposi. Se decidió manejo con rituximab cuarta dosis y paclitaxel. Evoluciona favorablemente, con mejoría de recuentos celulares, síntomas respiratorios, mejoría de síntomas generales y resolución de síndrome febril.

Conclusión. La enfermedad de Castleman es una patología rara, sin claridad en su frecuencia entre los pacientes con VIH. Adicionalmente, los pocos estudios disponibles en asociación con sarcoma de Kaposi dificultan el abordaje terapéutico, dada la posibilidad de empeorar el curso de comorbilidades con el tratamiento de esta patología.

I-42

CROMOMICOSIS

PRETTEL JOSÉ, CAMACHO FRANCISCO, COGOLLO MARYSABEL, RAMÍREZ DIANA, BOLAÑO LUIS, BAZA LISBETH, DOMÍNGUEZ FABIÁN, RODRÍGUEZ REINHARD.

Universidad de Cartagena, ESE-Hospital Universitario del Caribe, Cartagena-Colombia.

Introducción. La cromomicosis, es una infección granulomatosa, crónica de la piel y el tejido subcutáneo, causado por hongos melanizados, principalmente de la familia *Herpotrichiellaceae*, posterior a la implantación traumática transcutánea. Predomina en regiones tropicales y es considerada una enfermedad ocupacional, que afecta a trabajadores agrícolas. La localización más frecuente son las extremidades inferiores. Inicia como una pápula eritematosa-violácea, que evoluciona a nódulos, masas tumorales o placas verrugosas hiperqueratósica; en la biopsia, las lesiones patognomónicas, son los cuerpos de Medlar. El polimorfismo clínico de la enfermedad, puede causar retraso en el diagnóstico y discapacidad, por complicaciones, como linfedema, anquilosis crónica y carcinoma escamoso.

Objetivo. Describir un caso de cromomicosis en un adulto con lesiones cutáneas de 15 años de evolución.

Diseño. Informe de caso.

Métodos y resultados. Masculino de 73 años, agricultor, sin antecedentes médicos. Acude por cuadro que inició hace 15 años, consistente en la aparición de una pápula, en el muslo izquierdo, posterior a traumatismo mientras trabajaba, con progresión en forma de placas eritematosas, descamativas, de bordes irregulares, tratada con corticoides tópicos y antibióticos orales, sin respuesta. Biopsia de piel reportó infiltrado inflamatorio crónico, localizado en dermis, de tipo linfocitario con formación de granulomas no caseificantes y presencia de células de Langhans, conteniendo en su interior cuerpos de Medlar, considerándose cromomicosis. Se indicó tratamiento con itraconazol y cauterización, con posterior mejoría de las lesiones.

Conclusión El diagnóstico de cromomicosis, no siempre es fácil, se debe considerar en pacientes trabajadores al aire libre, que presentan lesiones crónicas en piel y tejidos blandos, posterior a traumatismos. En nuestro caso, el uso de itraconazol, combinado con la cauterización, se asoció a buenos resultados.

I-43

MAL DE POTT EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

BUSTOS MARLON, GARCÍA JUAN DAVID, SANCHEZ PAULA MARÍA, AGREDA DIANA.

Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La tuberculosis vertebral representa el 20% de las formas extrapulmonares, la localización más frecuente es torácica. Presenta diseminación hematógena, iniciando el foco a nivel anterior e inferior del cuerpo vertebral.

Las manifestaciones clínicas son dolor dorso-lumbar, rigidez, espasmo muscular, absceso frío, gibbus y deformidad espinal. Con curso lento e insidioso, los síntomas neurológicos se presentan en 23 - 76% de los casos. El diagnóstico se realiza con neuroimagen y la demostración de BAAR o cultivo.

Objetivo. Describir el caso de un paciente con Mal de Pott.

Método. Estudio descriptivo, reporte de caso.

Resultados. Paciente masculino de 71 años; único antecedente conocido de HTA; consultando por dolor lumbar crónico, asociado a hipoestesia en bota larga y paresia de miembros inferiores. Posteriormente con imposibilidad para la marcha, incapacidad para la erección y pérdida de 5Kg. Examen físico con fuerza 2/3 en miembros inferiores, hiperreflexia, Babinsky negativo e hipoestesia desde T5.

RM de columna con alteración en intensidad de señal de cuerpos T4 y T5, fractura de T4; y colección multiloculada perivertebral. Por sospecha de espondilodiscitis se inicia cubrimiento antibiótico con cefazolina, clindamicina. Se realiza drenaje de la colección, coloraciones BAAR, KOH, Gram y PCR para TB negativos. El estudio patológico evidenció inflamación granulomatosa crónica necrotizante. Con estos hallazgos se consideró TB vertebral, iniciando manejo Tetraconjugado. El cultivo de la secreción confirma *Mycobacterium tuberculosis*. El paciente presenta daño neurológico incapacitante, paraplejía, lo que conceptúa Mal de Pott.

Conclusiones. Colombia tiene una alta prevalencia de Tuberculosis, siendo las presentaciones extrapulmonares de difícil diagnóstico. Se debe reconocer como un diagnóstico diferencial, teniendo en cuenta los factores de riesgo, curso y respuesta al tratamiento. En este caso, un paciente sin factores de riesgo, con una evolución insatisfactoria con tratamiento para espondilodiscitis, obligó a la continuación del estudio que confirmó el diagnóstico definitivo.

I-44

VASCULITIS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

ALZATE JOHN ALEXANDER, ARIAS DANIEL RICARDO, LÓPEZ JESSICA ANDREA.

Hospital Universitario San Jorge (HUSJ), Pereira, Colombia.

Introducción. Las infecciones por algunos virus han sido asociadas a eventos cerebrovasculares isquémicos y hemorrágicos. El compromiso del Sistema Nervioso Central (SNC) por Citomegalovirus (CMV) es frecuente en pacientes inmunocomprometidos sin embargo es poco común en inmunocompetentes. El diagnóstico requiere una sospecha clínica y la detección del ADN viral por reacción en cadena de la polimerasa en líquido cefalorraquídeo (LCR). La técnica por FilmArray-Panel Meníngeo® tiene una sensibilidad y especificidad del 100% y 99.8% respectivamente para CMV.

Método. Reportar el caso de una mujer atendida en el HUSJ en el año 2018. Previa firma de consentimiento informado.

Resultados. Se describe el cuadro clínico de una mujer de 46 años quien consulta por 1 semana de desorientación espacial y confusión de inicio agudo asociado a cefalea occipital y trastornos de la memoria. Durante los días siguientes se torna somnolienta y un día previo a la consulta presenta una crisis convulsiva de inicio focal. Sin fiebre, exantema u otros síntomas. Al ingreso presentaba hemiparesia derecha. Antecedente de consumo de marihuana ocasional y tabaquismo. Se realizaron paraclínicos básicos sin anormalidades, se descartó infección por VIH. Neuroimágenes compatibles con lesiones isquémicas multiterritorio con algunos focos hemorrágicos y muestra de LCR con 6 leucocitos/mm³, sin otros hallazgos relevantes. Con FilmArray-Panel Meníngeo® se confirma infección por CMV. Recibió tratamiento con Dexametasona por 3 días y Ganciclovir durante 21 días. La paciente evolucionó de forma favorable. Al mes de seguimiento se encuentra déficit neurocognitivo leve por Minimental 21/30.

Conclusión: Se presenta un caso de vasculitis de SNC por CMV en paciente inmunocompetente, con manifestaciones clínicas y hallazgos imagenológicos inespecíficos que no orientan hacia una etiología clara infecciosa. Sin una prueba molecular disponible el diagnóstico hubiera sido equívoco, con consecuencias desfavorables para la paciente.

I-45

CRIPTOCOCOSIS CEREBELOSA: UNA FORMA INUSUAL DE PRESENTACION

BRAVO PADILLA VÍCTOR, OCAMPO JOSÉ MAURICIO, CASANOVA MARÍA EUGENIA, OSORIO CINDY VERÓNICA.

Universidad Libre, Clínica Rafael Uribe Uribe, Cali, Colombia.

Introducción. El síndrome cerebeloso obedece al conjunto de síntomas que incluyen incoordinación motora, movimientos poco armónicos, deterioro cognitivo y ataxia, lo que condiciona lentitud de los mismos, tono muscular disminuido, marcha inestable con exagerada elevación de los pies y correcciones constantes de la postura.

Diseño. Estudio descriptivo de caso.

Métodos. Se revisó retrospectivamente historia clínica de una paciente hospitalizada en sala de Geriatría. Se analizó la literatura y se realizó la comparación con el caso.

Resultados. Mujer de 79 años con cuadro clínico de un mes de evolución consistente en astenia, adinamia, somnolencia y deterioro cognitivo. Ocho días previo al inicio de los síntomas presentó caída desde bipedestación. Consulta a urgencias donde descartan fractura de cadera y hematoma subdural. Familiares manifiestan que la paciente presenta deterioro de la funcionalidad con dificultad para la marcha, y disartria en los últimos tres días. Como antecedentes epidemiológicos importantes: historia de convivencia con aves. Resonancia mostró fosa posterior con múltiples lesiones se tornan hiperintensas, algunas redondeadas, sin efecto de masa de IV ventrículo ni signos de hidrocefalia, se puede evidenciar múltiples lesiones en forma de quistes de gelatina. Finalmente cultivo y tinta china en LCR positivo para *C. Neoformans*.

Conclusión. La Criptococosis es una micosis sistémica, oportunista, producida por *Cryptococcus Neoformans* o *Cryptococcus Gatti*. La fuente de infección es Exógena. *C. Neoformans* no forma parte de la flora normal de los humanos. Se ha aislado en frutas, leche, estiércol de paloma y no se ha documentado transmisión animal-persona ni persona-persona. Penetra habitualmente por vía inhalatoria y produce infecciones respiratorias asintomáticas o leves. Las formas clínicas graves se vinculan con infecciones masivas o déficit de los mecanismos locales o generales de inmunidad.

I-46

CARACTERIZACIÓN DEL PERFIL INFECCIOSO DE PACIENTES CON ENFERMEDADES AUTOINMUNES ATENDIDOS EN CENTRO ESPECIALIZADO

DÍAZ-CORONADO JUAN C, ROJAS-VILLARRAGA ADRIANA, HERNANDEZ-PARRA DEICY, PEREZ-ESTRADA PAULA, BETANCUR-VÁSQUEZ LAURA, LACOUTURE-FIERRO JORGE, GONZALEZ-HURTADO DANIEL, GONZALEZ- ARANGO JUANITA, URIBE- ARANGO LAURA, GAVIRIA-AGUILAR MARIA C, PINEDA-TAMAYO RICARDO A.

Grupo de Información Clínica, ARTMEDICA IPS, Universidad CES, Medellín, Colombia.

Introducción. Las enfermedades autoinmunes pueden llevar a discapacidad por daño de órgano blanco. La introducción de terapias inmunosupresoras sintéticas y biológicas ha traído beneficios en el control y enlentecimiento de la progresión de la enfermedad. Existen recomendaciones de tamización infecciosa previa al uso de terapias biológicas. En Colombia no existen datos que permitan caracterizar el perfil infeccioso de los pacientes con autoinmunidad ni estimar la adherencia a las recomendaciones al respecto.

Objetivo: determinar la prevalencia de enfermedades infecciosas en pacientes con enfermedades autoinmunes en un centro especializado de reumatología.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo de corte transversal en el cual se evaluaron 1631 registros de pacientes con diagnóstico de autoinmunidad y solicitud de perfil infeccioso, atendidos en 6 ciudades de Colombia (Bogotá, Medellín, Armenia, Pereira, Manizales y Montería) en IPS especializada en reumatología.

Resultados. La solicitud de AgSVHB (antígeno de superficie de hepatitis B) fue del 96% y los ACVHC (anticuerpos contra hepatitis C) del 94%. La prevalencia de positividad para el AgSVHB y ACVHC fue del 1.8% y 0.9% respectivamente. El 2,4% de la población con autoinmunidad tenía anticuerpos protectores para hepatitis B, siendo significativamente menor en los pacientes con biológicos ($p=0,01$). La prevalencia de tuberculosis latente fue de 20.1% en la población general y 34% en los pacientes usuarios de biológico.

Conclusiones. En nuestra población con autoinmunidad la prevalencia de positividad para AgSVHB es mayor que lo reportado en Colombia, mientras que para ACVHC es similar. Los pacientes en terapia biológica tienen menor prevalencia de anticuerpos protectores tal vez por el estado anérgico por el inmunosupresor, alteraciones humorales y ausencia de vacunación. La prevalencia de tuberculosis latente aumenta en la población con terapia biológica por lo cual es necesario plantear la medición seriada de PPD o IGRAS a lo largo del tiempo.

I-47

SÍNDROME DE WEIL: A PROPÓSITO DE UN CASO DE LEPTOSPIROSIS

PATIÑO LUISA, BUSTOS MARLON, BUSTAMANTE ÁLVARO, RODRIGUEZ MARTHA PATRICIA.

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

Introducción. La leptospirosis es la zoonosis más frecuente en nuestro medio, su espectro clínico varía desde la presentación asintomática hasta su forma más fatal denominada Síndrome de Weil. Existen reservorios tales como cerdos, ganado bovino y ratas. El mecanismo infectante se debe a que ésta bacteria puede permanecer años en los túbulos renales de animales, una vez excretada la orina; en condiciones de humedad y alcalinidad del medio ambiente puede transmitirse a seres humanos.

Presentación del caso clínico. Hombre de 38 años procedente de Bogotá, distribuidor de gaseosas, con cuadro de 7 días de mialgias incapacitantes en miembros superiores, dolor abdominal cólico generalizado, asociado a emesis y fiebre alta no cuantificada. Sin antecedentes de ingesta de alcohol pesado, o viajes recientes. Ingresa hipotenso, con inyección conjuntival, escleras ictericas, petequias en tórax y hepatomegalia. Ante choque, requiere reanimación con cristaloides y noradrenalina. Paraclínicos de ingreso muestran Leucocitosis: 11.232 y linfopenia: 300, Hb: 13g/dL, plaquetas: 10.500. Función renal con aumento de creatinina: 5,45mg/dL, hiponatremia (133mmol/L), hipocalcemia (3.3mmol/L) e hipomagnesemia (1,3mmol/L), función hepática TGP: 129U/L, TGO: 139U/L e hiperbilirrubinemia de predominio directo. (BT: 12mg/dL, BD: 9mg/dL, Fosfatasa Alcalina: normal). La ecografía hepatobiliar reportó discreto aumento hepático. Se amplió el diagnóstico diferencial con la realización de hemoparásitos, IgM dengue y hemocultivos, siendo negativos; se descartó VIH. La lesión renal aguda progresó (creatinina: 6,03 mg/dl) hacia oligoanuria, con glucosuria y proteinuria sin requerir diálisis. Se recibieron reportes de leptospira IgM positiva en 2.09 y serotipificación positiva mayor a 4 diluciones, con estos resultados se confirma el diagnóstico de síndrome de Weil. Se completaron 14 días de Ceftriaxona, presentando mejoría completa de los síntomas y del recuento plaquetario.

Conclusión. Este caso resalta la importancia de la clínica y ante todo la necesidad de una alta sospecha diagnóstica, así como el factor ocupacional; formando parte de la fuente de transmisión de la enfermedad, siendo en este caso el consumo directo de uno de los productos de gaseosas que el paciente distribuía.

I-48

ENDOCARDITIS FUNGICA DE VÁLVULA TRICUSPIDEA PROTÉSICA EN PACIENTE INMUNOSUPRIMIDO NO USUARIO DE DROGAS ENDOVENOSAS

PLATA JUAN, ARAGÓN DIANA, NARANJO JULIÁN, NOREÑA IVAN.

Fundación Cardioinfantil, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La endocarditis derecha en paciente no portador de marcapasos ni usuario de drogas endovenosas es inusual y subdiagnosticada. La endocarditis fúngica es aún más infrecuente, con pocos casos reportados a nivel mundial, representando un reto diagnóstico. Su incidencia es incierta, con una mortalidad que puede ascender al 50%. La combinación de endocarditis derecha fúngica en este grupo de pacientes es anecdótica en la literatura.

Diseño. Estudio descriptivo de tipo reporte de caso.

Métodos. Informe de caso.

Resultados. Paciente femenina de 18 años, sin antecedentes ni factores de riesgo, con antecedente de Lupus Eritematoso Sistémico y endocarditis tricuspídea con reemplazo valvular biológico (bacteriemia de origen desconocido) sin claridad sobre su tratamiento en esa ocasión ; 7 meses después cursa con fiebre, absceso glúteo y bacteriemia por *Staphylococcus aureus* meticilino sensible, con vegetación de 10 mm sobre bioprótesis con estenosis moderada, recibiendo tratamiento con cefazolina, gentamicina y rifampicina por 3 semanas. Al finalizar este tratamiento, reaparece la fiebre con deterioro progresivo llegando al choque séptico, requiriendo manejo en unidad de cuidado intensivo. Nuevo ecocardiograma transesofágico evidenció lesiones de 18mm x 8mm con estenosis moderada, no pudiendo diferenciarse entre trombo y vegetación, con 4 sets de hemocultivos negativos. Por persistencia de signos de respuesta inflamatoria sistémica y requerimiento vasopresor es llevada a nuevo reemplazo valvular tricuspídeo. El cultivo de la válvula reportó *Candida albicans* sensible. Se inició tratamiento con fluconazol endovenoso con respuesta terapéutica satisfactoria.

Conclusión. La endocarditis derecha en paciente inmunosuprimido, no usuario de drogas endovenosas, es una entidad inusual e insospechada, menos aún de etiología fúngica, con escasos reportes en la literatura médica. El tratamiento oportuno impacta sobre esta entidad potencialmente fatal.

I-49

EPIDEMIOLOGIA DE LA LEPTOSPIROSIS EN EL DEPARTAMENTO DEL HUILA DURANTE LOS AÑOS 2011 A 2017

ARCE POLO ANGIE VANESSA, CHICA POLANIA MARIA VALENTINA, CEDEÑO CHACÓN GUSTAVO, GÓMEZ-CERQUERA JUAN MANUEL, TAFURT-CARDONA YALIANA.

Fundación Universitaria Navarra- UNINAVARRA, Neiva, Huila.

Introducción. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se calcula que cada año se registran 1,03 millones de casos de Leptospirosis a nivel mundial, causando aproximadamente 58.900 muertes. En Colombia durante el año 2014 fueron registrados 867 casos, una cifra similar a otros países de América. El departamento del Huila, durante los últimos años presenta un incremento en el número de casos reportados.

Metodología. Estudio transversal, retrospectivo. La información fue obtenida de las bases de datos de la Secretaría de Salud Departamental del Huila.

Resultados. Fueron reportados 218 casos, de los cuales 17 (7.8%) fueron confirmados por laboratorio, 86 (39.4%) sospechosos o probables y 115 (52,8%) descartados por clínica o laboratorio. El 50.9% de los pacientes presentaron fiebre, mialgias y cefalea como síntomas representativos. El grupo etario más afectado se encontraba en el rango de edad entre 27 y 59 años (24.8%). La población se caracterizó por ser del área urbana en un 56%, con mayor frecuencia en hombres (67.4%). En relación a la profesión, se encontró mayor frecuencia en agricultores (22.9%) seguidos de obreros de carga en un 20.6% y personal de aseo (17.4 %). Los factores de riesgo evidenciados fueron la presencia de animales domésticos en un 71.6% de los casos así como la presencia de ratas en el hogar y el posible mal manejo del agua

Conclusiones: el incremento en el número de casos de Leptospirosis está asociado a la mala manipulación del agua y a la presencia de animales en el domicilio.

I-50

ESPECTRO CLÍNICO DE LA SIMBIOSIS VIH Y CRIPTOCOCO EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD DE LA CIUDAD DE MEDELLÍN

CALLE-ESTRADA MATEO, BERRIO-MEDINA INDIRA, JIMÉNEZ-TABARES JULIANA, JARAMILLO-ARROYAVE DANIEL.

Universidad CES, Hospital General, Grupo MME, Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB), Hospital Universitario San Vicente de Paul, IPS Universitaria clínica León XIII, Medellín, Colombia.

Introducción. El conocimiento clínico y epidemiológico de la infección por VIH y las infecciones micóticas es prioritario dada la limitada información nacional sobre el tema. Se plantea una descripción clínica de las características de la coinfección VIH y *Cryptococcus* en una población de un hospital de tercer de nivel.

Objetivo. describir el comportamiento epidemiológico de una población de VIH coinfectado con cryptococo en un hospital de alta complejidad.

Materiales y métodos. Estudio descriptivo de corte transversal en una institución pública de alta complejidad en Medellín, donde se analizaron pacientes con diagnóstico confirmado de VIH e infección por *Cryptococcus* entre los años 2012 - 2017.

Resultados. se analizaron 55 pacientes, 52 hombres, edad promedio 38 años. El conteo de CD4 promedio fue 65 cel/uL; Las principales manifestaciones clínicas fueron: cefalea 39(71%), fiebre 35(64%), pérdida de peso 33(60%), diarrea 21 y adenopatías 20; otras manifestaciones neurológicas: convulsiones 19(34%), alteración de conciencia 18(32%), signos meníngeos 9(16%), compromiso de pares craneales 8(14%)

18(32%) tenían cultivo positivo en LCR para *Cryptococcus neoformans* de estos, 16 (29%) tenían infección probada con cultivo además de antígeno positivo; 38(69%) antígeno positivo, y 12(21%) hemocultivos positivos. El hallazgo más común en tomografía de tórax fue nódulo o masas en 24(43%), seguido consolidaciones 8(14%) y derrame pleural 8(14%). Solo 17 (30%) tenían tratamiento HAART al momento del diagnóstico. La mortalidad bruta fue de 17 (30%).

Conclusión. La coinfección VIH y *Cryptococcus* tiene una relación con el bajo conteo de CD4, la presencia de cefalea, fiebre y manifestaciones neurológicas debe orientar a iniciar un manejo empírico. El antígeno para *cryptococcus* es una herramienta rápida y sensible para decidir tratamiento temprano, porque el cultivo tiene muy baja sensibilidad, y el resultado es tardío. La mortalidad al igual que la literatura fue cercana al 35%.

I-51

IDENTIFICACIÓN DE MYCOBACTERIUM BOVIS EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE SEROSITIS TUBERCULOSA EN UN HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO

YAMILE JURADO-HERNANDEZ, ALEJANDRO HERNÁNDEZ-SOLIS, MARIBEL GONZÁLEZ-VILLA, ERNESTO RAMÍREZ-GONZÁLEZ, HELEODORA GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, RAÚL CÍCERO-SABIDO.

Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y Facultad de Medicina, UNAM, México, CDMX.

Introducción. En México existe un aumento de casos de infección por *Mycobacterium bovis* a nivel pulmonar y en presentaciones extrapulmonares que no son identificadas de manera oportuna, provocando un mayor número de complicaciones y fracasos al tratamiento de primera línea.

Objetivo. Conocer la frecuencia de infecciones por *Mycobacterium bovis* en muestras clínicas de pacientes con diagnóstico de serosistis tuberculosa en el laboratorio de micobacterias de un hospital de referencia de tercer nivel de especialidades de enero del 2013 a diciembre del 2016.

Método. Estudio prospectivo, descriptivo, se estudiaron cepas aisladas de material biológico en cultivos Löwestein-Jensen y MGITI960. La identificación de las especies de las micobacterias aisladas se realizó mediante la amplificación del fragmento RD9 por PCR punto final.

Resultados. En el presente estudio se incluyeron 120 pacientes que ingresaron con diagnóstico de serosistis, en 58 casos se confirmó *M. tuberculosis* por cultivo positivo (tb meníngea 34 casos, tb pleural 14, tb peritoneal ocho y tb pericárdica en dos casos). 42 (72.4%) correspondió al género masculino y 16 (27.6%) al género femenino, edad media de 45 años. Se tipificaron 12 (20%) cepas como *M. bovis* mediante la amplificación del fragmento RD9 por PCR punto final.

Conclusiones. Se señala la importancia de identificar la presencia *Mycobacterium bovis* en las muestras clínicas de los casos de serosistis tuberculosa activa. La forma extrapulmonar mayormente afectada fue la meníngea en un 75%. Siendo esencial la tipificación para decidir un tratamiento adecuado y oportuno

I-52

UTILIDAD DE LOS MÉTODOS DIAGNÓSTICOS EN PACIENTES CON SEROSITIS POR *M. TUBERCULOSIS*, EN UN HOSPITAL DE CONCENTRACIÓN DE LA CIUDAD DE MÉXICO

YAMILE JURADO-HERNANDEZ, ALEJANDRO HERNÁNDEZ-SOLIS, HELEODORA GONZÁLEZ-GONZÁLEZ, MARIBEL GONZÁLEZ-VILLA, ERNESTO RAMÍREZ-GONZÁLEZ, ARTURO REDING-BERNAL, RAÚL CÍCERO-SABIDO.

Hospital General de México “Dr. Eduardo Liceaga” y Facultad de Medicina, UNAM, México, CDMX.

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 MGITI960, tinción Ziehl-Neelsen, adenosina deaminasa y PCR en punto final dirigida a la secuencia de inserción 1S6110 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 nuestro medio deben realizarse de inmediato en pacientes con factores de riesgo y sospecha de serositis de origen tuberculoso.

I-53

HIPERINFECCIÓN POR *STRONGYLOIDES* EN PACIENTE CON TRASPLANTE DE HÍGADO

MANCERA PEDRO, MATEUS JUAN CAMILO, CASTAÑEDA XIMENA, MUGNIER JAQUELINE, HERNÁNDEZ ÁNGELA.

Universidad del Rosario, Fundación Cardio infantil, Fundación Neumológica Colombiana. Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La estrongiloidiasis en pacientes inmunocompetentes es asintomática. En el huésped inmunosuprimido, la infección se manifiesta como síndrome de hiperinfección y/o enfermedad diseminada, siendo esta de muy rápida progresión y frecuentemente fatal.

Caso clínico. Se trata de un paciente de 64 años con antecedente de cirrosis hepática NASH y hepatocarcinoma, en quien se realizó trasplante hepático sin complicaciones, y recibió tratamiento inmunosupresor. Tres meses después del trasplante, consulta por melenas, exantema maculopapular en tórax y fiebre. Se documentó hipereosinofilia y anemia. Los estudios endoscópicos fueron negativos. Presentó deterioro respiratorio agudo e hipotensión por lo cual ingreso a UCI, requirió intubación oro traqueal. La radiografía de tórax revelaba infiltrados mixtos en los 4 cuadrantes (Figura 1.). Se dio abordaje antimicrobiano de amplio espectro y se realizó fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar que mostró larvas de *Strongyloides stercoralis* (Figura 2.). Se dio tratamiento con ivermectina y albendazol. La paciente presenta choque refractario, disfunción multiorgánica y fallece.

Discusión. El síndrome de hiperinfección se define por una mayor producción de larvas a partir de parásitos alojados en los sistemas pulmonar y gastrointestinal, derivándose en un aumento de larvas que penetran en la pared intestinal para entrar en el torrente sanguíneo, diseminándose a pulmones, hígado, corazón, sistema nervioso central y glándulas endocrinas. Esto induce a una respuesta inflamatoria que puede dar lugar a choque séptico y disfunción multiorgánica. Las complicaciones del síndrome de hiperinfección incluyen bacteriemia, meningitis por enterobacterias Gram-negativas que acceden a sitios más allá del tracto intestinal a través de la mucosa interrumpida o por migración con la propia larva.

La patogénesis de la diseminación de los *Strongyloides* en donantes no está bien definida. Se cree que los portadores crónicos albergan el parásito en el intestino delgado y pueden estar en riesgo de diseminación e hiperinfección cuando se exponen a glucocorticoides.

I-54

HISTOPLASMA Y VIH: ANÁLISIS CLÍNICO Y DE LABORATORIO DE 20 PACIENTES EN HOSPITAL PUBLICO DE ALTA COMPLEJIDAD.

JIMÉNEZ-TABARES JULIANA, BERRIO-MEDINA INDIRA, CALLE-ESTRADA MATEO, JARAMILLO-ARROYAVE DANIEL.

Universidad CES, Hospital General de Medellín, Grupo MME Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB), Hospital Universitario San Vicente de Paul, IPS Universitaria clínica León XIII, Medellín, Colombia.

Introducción. La identificación de la epidemiología local es fundamental en el manejo del vih y las infecciones fúngicas invasoras asociadas. La infección por *Histoplasma capsulatum* es endémica en regiones de clima tropical templado y puede tener mortalidad elevada. Se plantea una descripción clínica y demográfica de las características de esta enfermedad en una población.

Objetivo. Describir el comportamiento epidemiológico de una población de VIH coinfectada con Histoplasma en un hospital de alta complejidad.

Materiales y métodos. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en una institución pública de alta complejidad en Medellín, se analizaron pacientes con diagnóstico confirmado de vih e infección por histoplasmosis entre 2012 - 2018.

Resultados. Se analizaron 20 pacientes, 18 hombres, 2 mujeres, edad promedio 35.1 años. La no adherencia a TARV fue de 15 (75%), desconocimiento de adherencia 4 (20%), 1 adherente (5%), Las principales manifestaciones fueron fiebre 18 (90%), diarrea 16 (80%), pérdida de peso 14 (70%). Los principales hallazgos al examen físico fueron hepatoesplenomegalia (45%) y úlceras (20%). El 90% tenían conteo de Cd4 <200, antígeno urinario para histoplasma positivo en 11 (55%), formas compatibles en hemograma 3 (15%), cultivo positivo en 3 (15%), histopatología 4 (20%). Existió coinfección por otro oportunista en 16 (80%), el más común fue tuberculosis en 6 (30%). La tasa de mortalidad bruta fue de 8 (40%).

Conclusión. La infección por *Histoplasma capsulatum* debe ser considerada en la población vih con cd4 menores de 200, no adherente a TARV y que consulten por fiebre, diarrea y pérdida de peso. Al examen físico lo más frecuente es la hepatoesplenomegalia y úlceras ambos hallazgos que deben alertar al clínico sobre una posible coinfección para solicitar estudios. Dicha simbiosis siempre obliga a descartar coinfección con otro oportunista siendo tuberculosis el principal en un país endémico como Colombia.

I-55

TUBERCULOSIS, RECONSTITUCION INMUNE E HISTOPLASMOSIS. UNA TRIADA POCO USUAL

GUERRA HAROL, BRICEÑO OSCAR, CORTES CAMILO.

Hospital Universitario Mayor - Méderi, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. El síndrome de reconstitución inmune consiste en una respuesta inflamatoria sistémica secundaria a una rápida mejoría de la inmunidad en un paciente inmunocomprometido, no siendo VIH la única entidad donde se presenta. La reacción puede ser paradójica, generando deterioro clínico del paciente que ha tenido una infección oportunista o puede desenmascarar una infección no documentada previamente. Un conteo de Cd4 menor o igual a 100cel/ml e infecciones como tuberculosis son los principales factores de riesgo.

Presentación del caso. Masculino de 32 años, con VIH diagnosticado 5 meses previo al ingreso, con diagnóstico por Xpert de Tuberculosis miliar y bronquial actualmente en segunda fase de tratamiento. Al diagnóstico Cd4: 100cel/ml, carga viral: 1190000copias/ml. Tras 3 meses de Terapia anti-retroviral, carga viral: 57copias/ml, cd4: 197cells/ml. Consulta por 1 mes de artritis simétrica en rodillas, codos, manos; fiebre y placas eritemato-cicatriciales en cara. Estudios confirman artritis seronegativa (factor reumatoide, anti-citrulinas, hepatitis, sífilis, citomegalovirus, negativos). Radiografía de manos/pies sin erosiones, evidenciando lesiones líticas. Gammagrafía ósea sin lesiones infiltrativas y componente M negativo. Tomografía de tórax con patrón miliar tras 4 meses de tratamiento, biopsia pulmonar documenta histoplasma y biopsia de piel compromiso granulomatoso. Se diagnostica reconstitución inmune que desenmascara histoplasmosis diseminada, respuesta paradójica adicional a infección por Tuberculosis previamente.

Discusión. El síndrome de reconstitución inmune tiene presentaciones diversas, con mortalidades del 0 – 30%. Aparece entre las 2 a 24 semanas de tratamiento, con pico entre 8 - 12 semanas. El paciente desarrollo reconstitución inmune que desenmascara infección por histoplasma, siendo la artritis frecuentemente descrita. No así las lesiones óseas, exóticas en la literatura. Sin olvidar la poco frecuente confección de TBC con histoplasmosis descritas entre 8 – 15%.

I-56

EMPIEMA NECESSITATIS POR ENTEROBACTERIAS

**SALINAS-CORTES DIEGO FERNANDO, PERDOMO DANIELA,
SALAMANCA-MONTILLA JHON F, MONDRAGÓN-CARDONA ALVARO**

Departamento de Medicina Interna, Universidad Surcolombiana, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo, Neiva Huila, Colombia.

Introducción. El empiema necessitatis es una colección de fluido purulento localizado en el espacio pleural y que se extiende por medio de la pleura parietal al tejido circundante formando un trayecto fistuloso. Las especies de citrobacter pertenecen a la familia de enterobacterias, microorganismos ambientales que se encuentran en el suelo, agua y tracto gastrointestinal de animales y humanos. En la revisión de literatura realizada no se encontraron casos de empiema necessitatis por *Citrobacter freundii* por lo cual se presenta un caso con este hallazgo microbiológico.

Caso clínico. Hombre de 27 años, con epilepsia sintomática y retardo neurocognitivo moderado, quien consulta por cuadro de 45 días de evolución de hipoactividad, deterioro del estado clínico general, picos febriles nocturnos, tos húmeda con escasa expectoración y movilización de secreciones con disnea asociada, y una masa en la región pectoral donde se documentó empiema con aislamiento microbiológico *Citrobacter freundii*, constituyendo así un cuadro de empiema necessitatis.

Discusión. El empiema necessitatis constituye un reto terapéutico y diagnóstico, los agentes patógenos más frecuentes son: *Mycobacterium tuberculosis*, *Actinomyces israelii*, *Streptococcus pneumoniae*, *Echerichia coli*, *Pseudomonas sp*, *aspergillus*, anaerobios y con menor frecuencia *Staphylococcus aureus*. Con respecto a las especies de *Citrobacter*, se encontró un caso de empiema necessitatis por *C. koseri*, no encontrándose casos reportados por *C. freundii*. Dentro de los factores de riesgo se encuentran los estados de inmunosupresión, alcoholismo crónico, salud dental deficiente, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, desnutrición, tabaquismo y bronquiectasias. El diagnóstico es imagenológico con tomografía computarizada, con el respectivo aislamiento microbiológico de la colección. El tratamiento es médico-quirúrgico, e incluye combinaciones de antimicrobianos para cubrir los patógenos más comunes. La sospecha microbiológica debe incluir los patógenos más frecuentes sin embargo las diferentes situaciones que impactan en la circulación de patógenos menos frecuentes implica la participación de gérmenes no frecuentemente relacionados incluso de circulación comunitaria.

Palabras clave: Neumonía, Empiema, *Citrobacter freundii*, Colombia.

I-57

ASPERGILOSIS PULMONAR INVASIVA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

MEDINA AHUMADA PATRICIA, HERNÁNDEZ DANIEL.

Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La Aspergilosis invasiva es una de las presentaciones clínicas de la Aspergilosis, siendo baja su presentación en pacientes inmunocompetentes, siendo susceptible de tratamiento médico cuando se logra identificar de forma oportuna obteniendo resultados favorables.

Diseño. Reporte de caso.

Métodos. Paciente femenina de 76 con antecedente de Cáncer de seno hace 18 años, tabaquismo durante 50 años con cuadro de aproximadamente 3 meses de evolución consistente en tos ocasional seca sin otros síntomas asociados, remitida por hallazgo tomográfico de nódulo pulmonar espiculado de 13 mm, con densidad de tejidos blandos, por las características de la imagen y antecedentes sospechan etiología maligna y realizan lobectomía segmentaria, 15 días después asiste a control posoperatorio refiriendo malestar general y escalofríos.

Resultados. Paciente con signos de respuesta sistémica a su ingreso, con reporte de patología descrito como lesión nodular de capsula delgada con extensas áreas de necrosis con hifas septadas, en vasos adyacentes a la lesión se evidencia trombosis con hifas paralelas, Coloración Grocott y PAS se identifican estructuras micóticas ya descritas. El ZN fue negativo para micobacterias. Estudio compatible con Aspergilosis pulmonar cavitada con angioinvasión y trombosis intravascular. La paciente es hospitalizada para iniciar tratamiento con voriconazol durante 2 semanas con respuesta clínica favorable.

Conclusiones. La Aspergilosis pulmonar invasiva es una patología poco común, uno de los factores predisponentes es la alteración inmunológica específicamente la neutropenia, nuestra paciente no tenía antecedente de neutropenia, recibió su esquema de tratamiento en forma satisfactoria con buen resultado clínico.

I-58

INFECCIÓN POR VARICELA ZOSTER DISEMINADA COMPLICADA CON HEPATITIS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

MEDINA AHUMADA PATRICIA, HERNÁNDEZ DANIEL.

Hospital Militar Central, Universidad Militar Nueva Granada, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La infección por Varicela Zoster es una enfermedad exantemática de curso agudo y en la mayoría de los casos auto resolución del cuadro clínico, sin embargo en ocasiones se evidencian cursos clínicos severos asociados a complicaciones como lo es la afección a diferentes órganos.

Diseño. Reporte de caso.

Métodos. Paciente masculino de 73 años de edad con antecedente de EPOC e hipertensión arterial, consulta por cuadro clínico de aproximadamente 5 días de evolución consistente en aparición céfalo caudal de lesiones papulo vesiculares pruriginosas asociado a picos febriles cuantificados, malestar general y dolor abdominal de predominio en hipocondrio derecho.

Resultados. Paciente con lesiones descritas generalizadas, con posterior presencia de edema, eritema, el paciente progresa tórpidamente evolucionando a choque de características distributivas e insuficiencia respiratoria, requiriendo soporte vaso activo y ventilatorio, con evidencia de test de Tzanck positivo, se evidencia compromiso hepático no explicable por otras causas, finalmente el paciente fallece en menos de 24 horas desde su ingreso.

Conclusiones. La infección por el virus de Varicela Zoster es una entidad inmunoprevenible, auto limitada en la mayoría los casos y el compromiso no es exclusivo a piel y nervios periféricos sin embargo hay casos en los que la respuesta inmunológica del huésped entre otros factores permiten que el compromiso de la varicela se extendiera de esa forma. Existen ciertos factores de riesgo para presentarla sin embargo no estaban presentes en el paciente. En este caso clínico el curso de la infección fue fatal.

I-59

OSTEOMIELITIS DEL PUBIS

SIERRA UMAÑA SEBASTIÁN FELIPE, MUÑOZ ROSSI FELIPE ALEJANDRO, CASTILLO RODRÍGUEZ CRISTIAN ALEJANDRO, SALINAS MENDOZA SEBASTIAN, ALVEAR REALPE JONATHAN AMBROSIO, LÓPEZ DONATO DIEGO FERNANDO.

Hospital Universitario Nacional de Colombia, Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La osteomielitis del pubis (OP) es una entidad infecciosa raramente descrita, representando menos del 1% de todos los casos de osteomielitis hematógena.

Diseño. Descripción y análisis de caso clínico.

Método. Se toman datos de historia clínica. Paciente femenina de 72 años sin antecedentes patológicos ni quirúrgicos, quien presenta 8 días de dolor en región púbica, irradiado a hemiabdomen inferior, constante, de alta intensidad, y, que impide la deambulacion. Al examen físico con dolor a la palpación de hemiabdomen inferior sin signos de irritación peritoneal, y, dolor a la movilización de extremidades inferiores sin otros hallazgos anormales. Hemograma con leucocitosis y neutrofilia, reactantes de fase aguda elevados, urocultivo con crecimiento de *Echerichia coli* multisensible y hemocultivos negativos. Se indica tratamiento antibiótico con cefazolina por sospecha de OP, confirmándose posteriormente diagnóstico con tomografía computarizada y resonancia nuclear magnética de pelvis, donde se describe: osteítis púbica y OP respectivamente. Por ausencia de colecciones no se toman cultivos del pubis. Por mejoría con 10 días de tratamiento intrahospitalario, se continua antibiótico ambulatorio con trimetoprim/sulfametoxazol y ciprofloxacina por 6 semanas, con posterior control por infectología donde se evidencia buena evolución y se prolonga tratamiento por 4 semanas más.

Resultados. La OP suele asociarse a procedimientos quirúrgicos ginecológicos y urológicos, traumas, infecciones superficiales pélvicas, diabetes mellitus, gestación y ejercicio extremo. El caso aquí descrito hace referencia a un caso de OP sin factores de riesgo y con etiología desconocida, representando un reto diagnóstico. Sus síntomas más comunes son: dolor púbico 68%, fiebre 67%, marcha dolorosa 59% y dolor a la aducción de cadera 45%. Las imágenes diagnósticas como la tomografía computarizada y la resonancia magnética nuclear de pelvis son pilares diagnósticos cuando no es posible el estudio invasivo del pubis.

Conclusiones. La OP es una entidad infrecuente, que requiere una alta sospecha diagnóstica.