

Infectología

Infectology

I-1

EPIDIDIMITIS TUBERCULOSA AISLADA. REPORTE DE CASO.

BUSTAMANTE LIZETH VIVIANA, SARRIA PABLO DANIEL, BONILLA ANDRES YESID, CORTEZ CAMILO ANDRES, BRICEÑO OSCAR.

Colegio Mayor De Nuestra Señora Del Rosario, Hospital Universitario Mayor Mederi. Bogotá Colombia.

Introducción. La infección por *Mycobacterium tuberculosis*, continúa siendo un problema importante a nivel mundial, Según la organización mundial de la salud , representa la primera causa de muerte en pacientes inmunocomprometidos y ocupa una de las primeras causas de mortalidad en la población inmunocompetente. Colombia ocupa el quinto lugar con 16000 reportes, de los cuales el 82.6% corresponden a tuberculosis pulmonar, y el 17.4% a manifestaciones extrapulmonares.

Diseño y métodos. Caso clínico

Resultados. Presentamos en caso de un hombre masculino de 79 años de edad, con cuadro clínico de 10 meses de evolución consistente en edema escrotal bilateral asociado a secreción blanquecina interpretado como un cuadro de epididimitis sin respuesta a la terapia antibiótica. Ecografía testicular con presencia de lesiones hipoecoicas intratesticulares derecha y peritesticular izquierda, tiene antecedente a exposición activa a TBC, por lo que se considera cuadro de epididimitis tuberculosa aislada. Se solicitan estudios complementarios, entre los que destaca una reacción en cadena de la polimerasa (PCR) de secreción testicular positiva para *Mycobacterium tuberculosis*, con lo que se confirma el diagnóstico.

Conclusiones. La tuberculosis genitourinaria es la cuarta causa de tuberculosis extrapulmonar. La epididimitis tuberculosa aislada, definida como la epididimitis tuberculosa sin síntomas clínicos, ni pruebas de laboratorio que involucren el riñón es rara y su diagnóstico es difícil. En la población mayor de 60 años, la primera sospecha corresponde a procesos neoplásicos, siendo la tuberculosis un gran imitador de estos . En los últimos años, la PCR representa una gran estrategia diagnóstica, con una sensibilidad aproximada del 94% y especificidad del 88%, siendo útil para el tratamiento oportuno y la disminución de la morbilidad asociada a esta enfermedad.

I-2

RESULTADOS DEL PROGRAMA DE OPTIMIZACIÓN DE ANTIBIÓTICOS (PROA) EN PAÍSES DE LATINOAMÉRICA

ASCENCIO YULIANA, APARICIO STEVEN, SANTA FE MARCIA, ROJAS NICOLE, RODRIGUEZ JUAN FELIPE, APPEL TOBIAS, PALLARES CRISTIAN.

Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

Introducción. La resistencia antibiótica es considerada como uno de los tres problemas más importantes que enfrenta la salud en este siglo. Secundario a mecanismos de adaptación bacteriana, algunos de ellos transmitidos genéticamente y potenciado por el uso indiscriminado de antibióticos, la prescripción inadecuada y el poco control en la formulación. Ante esta situación, se creó los programas de optimización de antibióticos (PROAS), los cuales mediante la creación de un equipo multidisciplinario institucional que busca identificar los patrones de resistencia microbiana, tratarlo enfocado en adecuada elección y posología medicamentosa y registrar individualmente ese perfil infeccioso con la finalidad de mejorar los resultados clínicos, minimizar efectos adversos de su uso y garantizar uso de tratamiento costo eficaz.

Diseño. Revisión de artículos en hospitales de Latinoamérica que reporten resultados obtenidos ante la implementación de los PROA.

Métodos. Llevamos a cabo una revisión sistemática de artículos originales y boletines internacionales en inglés, español y portugués. Las bases de datos utilizadas fueron Pubmed, Lilacs, Proquest y Embase. Utilizando un total de 28 artículos pertinentes para el proyecto.

Resultados. Los patrones de resistencia más prevalentes en Latinoamérica son BLEE, carbapenemasas y AMPC, en diferentes especies microbianas dependiendo de la distribución geografía. La implementación de los PROA han generado una reducción importante en el ámbito económico del sistema de salud haciendo que disminución de gasto/consumo, reducción de estancia hospitalaria y disminución de mortalidad.

Conclusiones. Se estima que para el 2050 la principal causa de muerte será la resistencia microbiana, por lo cual la implantación de los PROA es necesaria y oportuna. Para su éxito, es imprescindible que los PROA se constituyan como programas institucionales en los diferentes hospitales y que sean liderados por los profesionales con el mayor reconocimiento científico el uso adecuado de antibióticos, como también en el diagnóstico y tratamiento de enfermedades infecciosas.

I-3

ANTÍGENO P24 Y SÍNDROME RETROVIRAL AGUDO EN LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA, REPORTE DE UN CASO

ARROYO MANUEL, GARCERANT ISAIAS, FERNÁNDEZ JORGE.

Universidad Simón Bolívar, Universidad Libre seccional Barranquilla, Clínica de la Costa. Barranquilla, Colombia.

Introducción. El síndrome retroviral agudo, es la manifestación inicial de la infección por VIH hasta en 2/3 de las personas recientemente infectadas; Actualmente su incidencia no se conoce con precisión y probablemente sea infradiagnosticado por su sintomatología inespecífica. El desarrollo de nuevas técnicas diagnósticas como la determinación de ELISA de cuarta generación, permite la captación más temprana de los casos de infección por VIH, permitiendo al clínico iniciar una terapia antirretroviral oportuna.

Material y métodos. Se presenta el caso de un adulto joven, de género masculino, con diagnóstico reciente de uretritis gonocócica, quien ingresó por síndrome febril adenomegálico agudo, que se acompañó de odinofagia, oligoartralgias no inflamatorias y pérdida de peso involuntaria asociado a hiporexia. Cursaba con amígdalas hipertrofiadas eritematosas con placas exudativas, adenopatías cervicales, axilares e inguinales y hepatomegalia de aproximadamente 4 cm. En los paraclínicos con leucopenia, recuento absoluto de linfocitos de 600 mm³, trombocitopenia leve. Se solicitó serología infecciosa amplia, dentro de las cuales se encontraba la prueba de ELISA de cuarta generación, siendo reactiva y positiva para antígeno P24. Posterior a ello se solicitó carga viral para VIH y recuento de linfocitos CD4, resultando 925.466 copias/m³ y CD4 300 cel/m³ respectivamente, estableciéndose el diagnóstico de síndrome retroviral agudo.

Discusión: La primoinfección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), se caracteriza por presentar signos y síntomas inespecíficos que aparecen entre la segunda y sexta semana en un 25% a un 75% de los casos. La fiebre es el signo más frecuente en un 90%, seguido de adenopatías (74%), faringitis y exantemas (70%), mialgia y artralgia (54%), trombocitopenia y leucopenia (45%), diarrea (32%) y hepatoesplenomegalia (14%). El diagnóstico se puede establecer de tres maneras: a través del inmunoanálisis enzimático, el antígeno p24 y determinando el ARN en plasma (carga viral).

La prueba rápida (ELISA de tercera generación) tiende a ser negativa, ya que esta solo censa anticuerpos contra el virus, por el contrario, las pruebas de cuarta generación censan adicionalmente el antígeno p24 del VIH 1, cuya elevación se detecta en promedio entre la segunda y tercera semana. Este se ha consolidado como marcador temprano de la enfermedad, inclusive identificándose antes de que el Western Blot sea positivo.

Conclusiones. El síndrome retroviral agudo, al ser una entidad con sintomatología inespecífica, requiere de experticia clínica, para que de esta manera se haga un uso de las ayudas diagnósticas con sentido común. Lamentablemente en la mayoría de las instituciones de segundo y tercer nivel, cuentan únicamente con pruebas rápidas, lo que puede resultar en falsos negativos que aumentan el subdiagnóstico. Por otro lado, el avance en técnicas de diagnóstico, ha permitido la identificación del antígeno P24, un marcador precoz de la infección por VIH, estableciendo un diagnóstico oportuno, determinando el inicio temprano de terapia antirretroviral, impactando en el pronóstico de la enfermedad.

I-4**NEUMONÍA DE ORGANIZACIÓN SECUNDARIA A HISTOPLASMA CAPSULATUM EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE.**

AVILA NATALIA, RUBIANO WENDY, ORDOÑEZ JORGE, SEGURA CARLOS, FRANCO CONSTANZA.

Hospital Santa Clara. Bogotá, Colombia.

Introducción: La histoplasmosis es una enfermedad micótica adquirida de manera frecuente en Colombia, producida por *Histoplasma capsulatum*, afectando principalmente el pulmón. Su patogenia y presentación clínica es variable, haciendo que su diagnóstico sea un reto clínico sobre todo si no hay una condición de predisposición clara.

Diseño: Reporte de caso.

Métodos: Descripción del caso clínico.

Resultados: Paciente masculino de 54 años, consulta por cuadro de 5 días consistente en tos con expectoración verdosa, asociado a disnea clase funcional II/IV, fiebre, diaforesis nocturna, pérdida de peso, tos seca ocasional desde hace un año. No antecedentes patológicos, fumador de 3 cigarrillos al día por 40 años, consumo de marihuana, basuco y alcohol hasta hace 6 meses. Al examen físico con signos vitales normales, roncus en base pulmonar derecha, sin adenopatías u otros hallazgos positivos. Paraclínicos con leucocitosis, proteína C reactiva elevada hipoxemia moderada sin trastorno ácido base, radiografía de tórax con opacidad de ocupación alveolar localizada en el tercio medio del campo pulmonar derecho y tomografía de tórax con consolidación en lóbulo superior derecho.

Se consideró Neumonía y se inició tratamiento empírico, con deterioro clínico, se realizan baciloscopias seriadas, Xpert para *Mycobacterium* en esputo, VIH negativos. Ante presencia de adenopatías mediastinales asociado a síntomas B y persistencia de fiebre, se realiza fibrobroncoscopia, coloración de Grocott presencia de levaduras compatibles con *Histoplasma*. Se diagnóstica *Histoplasmosis pulmonar*, se inicia Anfotericina B deoxicolato. Con pobre respuesta clínica inicial, se realiza biopsia pulmonar con reporte de patrón de Neumonía de Organización.

Conclusiones: Se presenta este caso por tratarse de una histoplasmosis pulmonar de presentación subaguda, en paciente inmunocompetente, con patrón histopatológico de neumonía de organización, dado su baja frecuencia.

I-5

COINFECCIÓN POR SALMONELLA TYPHI Y COLITIS POR CITOMEGALOVIRUS EN PACIENTE VIH/SIDA DE RECIENTE DIAGNÓSTICO

AVILA NATALIA, CELEMÍN CARLOS, ROJAS ANGELICA

Hospital Santa Clara. Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La diarrea es una de las complicaciones más frecuentes en VIH y en estadios avanzados de la enfermedad los pacientes se vuelven más susceptibles a infecciones por agentes oportunistas, adicionalmente las presentaciones de agentes como Salmonella typhi son mucho más agresiva que en pacientes inmunocompetentes. La infección gastrointestinal por Citomegalovirus en pacientes con VIH no es común, pero es una complicación seria y ocurre en el 5% de los pacientes con SIDA.

Diseño. Reporte de caso.

Métodos. Descripción del caso clínico.

Resultados. Paciente masculino de 58 años con cuadro de 15 días de deposiciones líquidas sin moco ni sangre en promedio 10 al día, dolor abdominal tipo cólico. Al examen físico deshidratado, desorientado, hipotenso, con dolor a la palpación en hipocondrio derecho y epigastrio. Hemograma con leucopenia y trombocitopenia, azoados elevados e hiperlactatemia. Tac de abdomen normal. Paciente con choque, hemocultivos positivos para Salmonella typhi, se dio tratamiento con ceftriaxona por 2 semanas. Se solicitó VIH el cual fue positivo. Al séptimo día de tratamiento antibiótico con Ceftriaxona presenta fiebre y persistencia de diarrea de forma intermitente. Adicionalmente serología para CMV con IgM negativo e IgG positivo, carga viral positiva en 16,388 copias, colonoscopia con úlcera en ciego, patología evidenció inclusiones por CMV en úlcera. Confirmándose infección oportunista por CMV, se inició manejo con Ganciclovir 5 mg/kg IV Cada 12 horas, con notable mejoría de síntomas gastrointestinales y desaparición de picos febriles. Se hizo cambio a Valganciclovir oral 900 mg PO cada 12 horas hasta completar 21 días.

Conclusiones. Se reporta este caso ya que la coinfección gastrointestinal por Salmonella typhi y Citomegalovirus es poco frecuente.

I-6

BACTERIEMIA POR *VIBRIO CHOLERAE* (NO O1- NO O139), REPORTE DE CASO

**CAROLINA FORERO, JUAN CAMILO MOTTA, ÁLVARO ARANGO,
ISABEL HERNÁNDEZ, MAGDA SÁNCHEZ.**

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

Introducción. *Vibrio spp* son bacilos Gram negativos, oxidasa positivo, móviles y flagelados, que se encuentran en el ambiente acuático. Los serogrupos (O1-O139) son los causales de la cólera epidémica y los serogrupos (No O1- No O139), se presentan en menor medida, causando infecciones en heridas, oídos y menos comúnmente septicemia. Reportamos caso de un paciente que se documentó bacteriemia primaria por *Vibrio cholerae* (No O1- No O139), en relación al consumo de agua no potable y de alimentación con pobre cocción.

Diseño y método. Reporte de caso

Resultados. Paciente de 78 años de edad antecedente de diabetes mellitus, cuadro de 1 día de evolución de dolor abdominal, emesis, fiebre y escalofríos.

Refiere nexa epidemiológico viaje reciente a Vistahermosa.

Al examen físico febril y deshidratado, paraclínicos leucocitosis y neutrofilia, reporte de hemocultivos con aislamiento de *Vibrio cholerae*

Dentro de los estudios adicionales resonancia magnética de abdomen, con sospecha neoplasia pancreática. Completo 7 días de doxiciclina 100 mg cada 12 horas con resolución de la sintomatología.

Discusión. Los *Vibrio cholerae* (NoO1- NoO139), son gérmenes causales de enfermedades en el humano, siendo la gastroenteritis la principal manifestación y en menor medida, casos reportados de infecciones en heridas, en oído y bacteriemia primaria. Dentro de las infecciones por *Vibrio cholerae* (NoO1- NoO139), la gastroenteritis es la presentación más común (54.2%), seguido por infección de vías biliares (14.5%) y bacteriemia primaria en (13.3%) y los antecedentes con riesgo para infección invasivas son cirrosis, diabetes mellitus y el cáncer

Conclusiones. La presentación de bacteriemia y sepsis por *Vibrio cholerae* (NoO1- NoO139), es una manifestación poco común pero de gran importancia clínica, se ha relacionado con factores de virulencia diferentes a las cepas que producen cólera epidémica, como fue el caso de nuestro paciente.

I-7

PANCREATITIS AGUDA POR ASCARIS LUMBRICOIDES, REPORTE DE CASO

AGUDELO CARLOS, MARTÍNEZ JULIO, LANDAZÁBAL JORGE.

Servicio de medicina interna, Fundación Cardioinfantil – Universidad del Rosario. Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La pancreatitis aguda es una causa frecuente de dolor abdominal, se asocia a náuseas, vómitos y elevación de enzimas pancreáticas como resultado de inflamación del páncreas. Las causas a nivel mundial más frecuentes son la coledocolitiasis y el consumo de alcohol. Existen causas raras como las infecciosas, dentro de las cuales la ascariasis cobra relevancia en países en vía de desarrollo.

Reporte de Caso. Paciente femenina de 42 años de edad sin antecedentes relevantes, remitida de Leticia - Amazonas por cuadro clínico de 6 días de evolución de dolor abdominal, episodios eméticos múltiples, paraclínicos compatibles con pancreatitis. Al ingreso a nuestra institución amilasa elevada, aminotransferasas, fosfatasa alcalina y bilirrubinas normales, ecografía abdominal sin dilatación de vía biliar, estudios de extensión con triglicéridos y calcio normales. TAC abdomen reporta cambios por proceso inflamatorio del páncreas con focos de necrosis en el cuerpo. Colangiorensonancia negativa para coledocolitiasis con cambios pancreatitis edematosa intersticial aguda. Se inicia manejo analgésico, líquidos endovenosos y se coloca sonda nasogástrica. Durante hospitalización hay disminución de drenaje por sonda nasogástrica por lo cual esta es retirada, encontrándose nematodo adherido compatible con *ascaris lumbricoides*. Se realiza diagnóstico de pancreatitis aguda por ascariasis. Se indicó manejo con ivermectina y albendazol con adecuada evolución, descenso de amilasa y resolución del cuadro clínico.

Discusión. La ascariasis es la parasitosis más frecuente en los humanos, tiene múltiples localizaciones de acuerdo con su fase evolutiva y puede migrar del intestino a la ampolla de vater y producir pancreatitis aguda.

Conclusiones. La pancreatitis aguda por ascariasis es una causa rara y debe tenerse en cuenta como diagnóstico diferencial en países como Colombia.

I-8

SÍNDROME DE SECRECIÓN INAPROPIADA DE HORMONA ANTIDIURÉTICA ASOCIADA A USO DE CIPROFLOXACINA. REPORTE DE CASO

AGUDELO CARLOS, PÉREZ MARÍA, HERNÁNDEZ ISABEL, LUNA FREDY, NOREÑA IVÁN, MILLÁN HENRY.

Servicio de medicina interna – Fundación Cardioinfantil – Universidad del Rosario. Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La ciprofloxacina es una quinolona ampliamente usada en el tratamiento de las infecciones del tracto urinario y respiratorio. El síndrome de secreción inapropiada de hormona antidiurética (SIADH) por ciprofloxacina es una reacción adversa rara.

Diseño y métodos. Reporte de caso.

Resultados. Femenina de 79 años de edad, antecedente de diabetes mellitus en manejo con insulina e infección vías urinarias recurrentes. Ingresa remitida de consulta externa por disuria, poliuria y fiebre. Crecimiento en urocultivo de *Klebsiella oxytoca* productora de carbapenemasas. Hemograma, función renal y hepática normal, sodio sérico 138 mEq/L, potasio 4,5 mEq/l. Se inicia tratamiento con ciprofloxacina. Seguimiento de paraclínicos indican sodio en 123 mEq/L, resto normales. Presenta hiponatremia euvolémica hipoosmolar asintomática. Osmolaridad urinaria en 500 mosmol/kg y sodio urinario en 62 mmol/l. Se descartó hipotiroidismo e insuficiencia suprarrenal. Se realiza diagnóstico SIADH asociado a uso de ciprofloxacina. Algoritmo de naranjo 6 puntos probable. Se suspende ciprofloxacina, se inicia trimetoprim sulfa en monoterapia con resolución del cuadro clínico metabólico e infeccioso.

Conclusiones. Las manifestaciones en sistema nervioso central de las quinolonas son raras, existen reportes de caso de SIADH por ciprofloxacina y moxifloxacina. El posible mecanismo por el cual podría causar SIADH se debe a que es lipofílica y puede atravesar la barrera hematoencefálica. Datos in vitro indican que las fluoroquinolonas tienen el potencial de unirse al ácido gamma aminobutírico y los receptores N-metil-D-aspartato, se ha demostrado que la estimulación de estos receptores desempeña un papel en síntesis y liberación de hormona antidiurética. El trimetoprim sulfa fue exitoso en monoterapia para cepa productora de carbapenemasas y podría ser tenido en cuenta en escenarios apropiados.

I-9

FISTULA GASTROENTERICA EN TUBERCULOSIS INTESTINAL.

PEÑA DIANA, ROMERO SANTIAGO.

Hospital Santa Clara. Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La tuberculosis constituye la principal causa infecciosa de muerte nivel mundial, documentándose aproximadamente 1.5 millones de muertes en 2014. En Colombia la incidencia anual asciende a 1.869 para el 2011, El compromiso extrapulmonar por tuberculosis es del 20% aproximadamente; el 12% de los pacientes desarrollan compromiso gastrointestinal, de los cuales 5% es hepato-biliar y 38% son intraabdominal. Se realiza descripción de un caso de fistula gastroentérica en tuberculosis de trayecto gastrointestinal

Diseño y métodos. Reporte de Caso

Resultados. Se describe el caso de un paciente de 20 años, natural y procedente de Bogotá, escolaridad básica secundaria con antecedente de VIH estadio C3 diagnosticado 2 años previo a su ingreso, con conteo de CD4 de 26 cel/mm³ y tuberculosis pulmonar en abandono terapéutico durante segunda fase de tratamiento, quien ingresa por cuadro clínico de 20 días dado presencia de deposiciones líquidas, de características bajas no entero-invasivas, asociado a emesis postprandial, intolerancia a la vía oral, pérdida de peso de 10 kilogramos y fiebre de patrón intermitente. A su ingreso, radiografía de tórax sin anormalidades, baciloscopias de esputo y GEN XPERT en lavado broncoalveolar negativos, con posterior toma de ZN en materia fecal positivo para BAAR, razón por la cual se realiza endoscopia de vías digestivas con hallazgo en región fundocorporal en la curvatura mayor, orificio de 8mm sin identificarse cavidad comunicante; con posterior toma de colonoscopia, en donde, sobre agujero apendicular, se identifica área de mucosa irregular, engrosada, de 15mm fistulizante asociado a ileitis distal.

La biopsia con tinción Ziehl Neelsen reveló bacilos ácido-alcohol resistentes, sin presencia de hongos, mediante tinción de Grocott, diagnosticándose tuberculosis gastrointestinal.

Conclusiones. La tuberculosis es una entidad con una prevalencia importante en nuestro medio, a pesar de su presentación pulmonar típica, es importante conocer la clínica e implicaciones terapéuticas de infección gastrointestinal, que fueron claves para el abordaje de este paciente.

I-10

ABSCESO TUBERCULOSO DE PSOAS EN PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA

ESCOBAR CAMILO, AMARILLO MICHAEL, MONTOYA PABLO.

Medellín, Colombia.

Introducción. El absceso de psoas es una entidad infrecuente que ocurre generalmente por organismos piógenos. Los abscesos por tuberculosis son infrecuentes, tienen un cuadro clínico inespecífico y se generan por diseminación hematógena o por contigüidad en un mal de Pott complicado.

Diseño y métodos. Reporte de caso.

Resultados. Paciente de 36 años con antecedente de infección VIH (virus de inmunodeficiencia humana) diagnosticado incidentalmente en 2016 cuando presentó tuberculosis pleural. Inició terapia de primera línea HRZE (Isoniazida/Rifampicina/Pirazinamida/Etambutol) y tratamiento antirretroviral con Emtricitabina/Tenofovir y Efavirenz, abandonando ambas terapias a los 6 meses de iniciadas.

Consultó nuevamente en 2018 por síntomas respiratorios y lesiones cutáneas, presentando PCR positiva para *M. tuberculosis* con *rpoB* negativo en esputo y biopsia de piel. Inició nuevamente HRZE y terapia antirretroviral con Emtricitabina/Tenofovir + Raltegravir. Consultó nuevamente 2019 por 3 meses de evolución de dolor en flanco izquierdo, irradiado a pierna ipsilateral (a la fecha se encontraba en segunda fase de tratamiento con Isoniazida + Rifampicina tras 6 meses). Se le realizó UroTAC, en la cual se encontró una colección dependiente del músculo psoas con dimensiones de 12 x 7 cm, con efecto de masa y extensión hacia la cadera. Además, se encontró colapso vertebral de T11 y colección paravertebral derecha con patrón lítico en cuerpos vertebrales. El absceso fue drenado guiado por tomografía y se halló PCR positiva para *M. tuberculosis* con *rpoB* negativo en el material purulento obtenido. Neurocirugía indicó que las lesiones vertebrales no requerían intervención quirúrgica. Tras el drenaje tuvo mejoría clínica y fue dado de alta con HRZE y seguimiento ambulatorio por infectología.

Conclusiones. Si bien los abscesos del psoas por *Mycobacterium tuberculosis* son infrecuentes, se debe sospechar en pacientes con antecedente de VIH y tuberculosis.

I-11**HISTOPLASMOSIS PULMONAR EN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON ADALIMUMAB POR ESPONDILITIS ANQUILOSANTE****AGUDELO CORREA DANIELA, URIBE ISABEL, MONTOYA PABLO.***Medellín Colombia.*

Introducción. La histoplasmosis es una infección causada por *Histoplasma capsulatum*. Endémica en América, en Colombia especialmente en Antioquia y Valle del Cauca. El uso de antiTNF se ha relacionado con aumento del riesgo de presentar esta condición.

Diseño y métodos. Reporte de caso.

Resultados. Mujer de 40 años, antecedentes de espondilitis anquilosante desde el año 2014 en manejo con Adalimumab 40mg SC cada 14 días desde hace 4 años, además de fibromialgia y discopatía lumbar por lo que consumía antiinflamatorios no esteroideos regularmente, cuadro consistente en tos seca y disnea progresiva, por hipoxemia y aumento de los síntomas fue hospitalizada a los 10 días de iniciado el cuadro. En los paraclínicos iniciales sin elevación de reactantes de fase aguda PCR 1.46, glóbulos blancos y plaquetas normales, VIH negativo, función renal normal. Radiografía de tórax con patrón miliar, TACAR demuestra compromiso intersticial difuso por engrosamiento septal irregular y micronódulos en todo el parénquima pulmonar. Se hace un primer lavado broncoalveolar (Gram y cultivo aerobio negativos, PCR y baciloscopia para *Mycobacterium tuberculosis* negativas, KOH negativo) no diagnóstico, pero ante la sospecha clínica y persistencia sintomática, se realiza segundo lavado más biopsia transbronquial que muestra: inflamación granulomatosa crónica, con resto de estudios infecciosos negativos: Gram, cultivo piógenos, KOH, PCR *Mycobacterium tuberculosis* y baciloscopias negativas, asociado a antígeno urinario de *Histoplasma* positivo. Se inicia manejo con Anfotericina B deoxicolato logrando dosis acumulada de 400 mg, pero por lesión renal KDIGO 2 se suspende y se da de alta con itraconazol 200 mg vía oral cada 12 horas con buena respuesta clínica.

Conclusiones. Con el aumento del uso de la formulación de AntiTNF, se debe considerar, diagnosticar y tratar de manera temprana, la histoplasmosis.

I-12

BACTERIEMIA POR *CAMPYLOBACTER FETUS*, REPORTE DE UN CASO

FUENTES CARLOS, CUERVO JESSICA, OVIEDO PABLO, ÁLVAREZ CAMILO, RESTREPO CARLOS.

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

Introducción. El *Campylobacter fetus* es un bacilo gram negativo, infrecuente en nuestro medio, causante de infección extraintestinal, principalmente en huéspedes inmunocomprometidos, como bacteriemia, endocarditis, meningitis, aborto séptico, celulitis y artritis séptica. El tratamiento de elección en infecciones graves es el imipenem.

Diseño. Reporte de caso

Caso clínico. Paciente femenina de 57 años, con antecedente de falla cardiaca de origen valvular reumática, con reemplazo de válvula mecánica en posición mitral, fibrilación auricular anticoagulada con Warfarina, con cuadro clínico de 8 días de evolución de astenia, adinamia, dolor abdominal generalizado tipo cólico, emesis postprandial, edemas de miembros inferiores, deterioro de la clase funcional NYHA III-IV y el día previo al ingreso fiebre cuantificada en 39°, asociado a escalofríos, cefalea global, sin síntomas respiratorios, urinarios, ni diarrea; ingresa con hipotensión, taquicardia, signos congestivos, fiebre y signos de hipoperfusión, leucocitosis, neutrofilia y PCR elevada. Se considero paciente con choque séptico, falla cardiaca descompensada secundaria a proceso infeccioso, progreso a falla multiorgánica, requiriendo soporte vasopresor, terapia de reemplazo renal y ventilación mecánica invasiva, con aislamiento en hemocultivos de *Campylobacter fetus*, con confirmación mediante MALDI-TOF, se descartó endocarditis, tromboflebitis séptica u otros focos infecciosos y no se documentó inmunosupresión. Se instauró tratamiento con imipenem por 28 días, con evolución clínica satisfactoria, hemocultivos de control negativos y egreso de la paciente.

Conclusiones. La bacteriemia por *Campylobacter fetus* es poco usual, en nuestro caso es una bacteriemia no complicada en una paciente sin inmunocompromiso, como único factor de riesgo enfermedad cardiovascular, debido a la gran afinidad de este germen por el endotelio y como posible origen de la infección se consideró foco odontogénico; finalmente, se logró resolución del cuadro clínico con imipenem.

I-13

MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON VIH EN DOS INSTITUCIONES DE TERCER NIVEL- PEREIRA

BOLAÑOS TORO OMAR FERNANDO*, HOYOS PULGARIN JULIÁN ANDRÉS, ALZATE PIEDRAHITA ALEXANDER, MEDINA MORALES DIEGO ALEJANDRO, GÓMEZ DE LA ROSA SOFÍA HELENA, MURCIA ROJAS EDNA JULIANA, CALVO SALAZAR JULIANA, GUZMÁN BEDOYA EFRAÍN SANTIAGO, BETANCOURT GALVIS LUISA FERNANDA.

Hospital Universitario San Jorge, Clínica Rosales. Grupo de Investigación Universidad Tecnológica de Pereira. Pereira, Colombia.

Introducción. La infección por VIH continúa siendo un problema de salud pública. Son pocos los estudios que evalúan letalidad y determinantes de muerte en pacientes hospitalizados.

Diseño y Métodos. Estudio descriptivo de corte transversal que tiene como objetivo principal determinar las variables que se asocian de manera significativa a letalidad intrahospitalaria. Se incluyeron los pacientes con diagnóstico nuevo o previo de VIH positivo que ingresaron entre los años 2016 y 2018 a dos centros de alta complejidad en la ciudad de Pereira. Se excluyeron pacientes con datos incompletos, menores de 18 años o embarazadas. Se definió un total de 180 variables, (evaluando características clínicas, sociodemográficas, comorbilidades y complicaciones). Se llevó a cabo un análisis univariado, bivariado y multivariado. El desenlace primario fue la muerte en función del tiempo.

Resultados. Se identificaron 194 pacientes, 72% de sexo masculino, en total se analizó 284 casos (teniendo en cuenta que algunos pacientes ingresaron en más de una ocasión). En 104 pacientes (54%) había un diagnóstico previo de VIH, 68% tenían prescripción de terapia antiretroviral pero solo había cumplimiento del tratamiento en un 35%. El promedio de CD4 fue 197 células/mm³. La estancia hospitalaria promedio fueron 16 días, con una mediana de 12 días. Las principales causas de hospitalización fueron eventos definitivos de sida (68%). 25 pacientes (13%) presentaron el desenlace primario; pertenecer a poblaciones vulnerables, el bajo conteo de CD4, la presencia de neuroinfección, y la tuberculosis, fueron las principales variables asociadas a muerte.

Conclusiones. A pesar de la disponibilidad del tratamiento antiviral la cobertura permanece siendo sub-óptima, el cumplimiento en nuestra población es muy bajo. La mortalidad intrahospitalaria en la serie fue del 13%, las variables asociadas a mortalidad son similares a otras series de casos, en nuestra serie destaca en especial la presencia de tuberculosis y neuroinfección como factores causales.

I-14**HALLAZGOS IMAGENOLÓGICOS EN EL DIAGNÓSTICO DE CRIPTOCOCOSIS EN SNC ASOCIADA AL VIH – SERIE DE CASOS**

KAREN S. RODRÍGUEZ-DÍAZ, JAIRO E. LÓPEZ-ALDANA, LUIS G. URIBE, AGUSTÍN VEGA, CAMILO ANDRÉS LARA RODRÍGUEZ.

Universidad Industrial de Santander-Hospital Universitario de Bucaramanga, Hospital Universitario de Bucaramanga – Los Comuneros. Bucaramanga, Colombia.

Introducción. La criptococosis en SNC (CSNC) es una infección del Sistema Nervioso Central (SNC) poco común. La morbilidad-mortalidad asociada con la CSNC podría reducirse significativamente mediante el reconocimiento temprano de hallazgos en imágenes sugestivas de la patología. El objetivo de este estudio fue describir los hallazgos imagenológicos en pacientes diagnosticados con VIH-SIDA – CSNC y observar su relación con los resultados de laboratorio, identificar la localización de las lesiones en SNC y su relación con el desenlace fatal.

Materiales y métodos. Estudio observacional, de cohorte prospectiva, se incluyeron pacientes >18 años, hospitalizados en Los-Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga, con diagnóstico previo o de novo de infección por VIH y CSNC (pruebas de laboratorio ó neuroimágenes y clínica), primer episodio, en el periodo entre enero del año 2014 hasta junio del 2018. En estos pacientes se realizó al menos un examen de TAC-S (Tomografía cerebral simple) y/o RMC-C (Resonancia cerebral con contraste). Se analizaron los datos relacionados con variables demográficas, características clínicas, de laboratorio y radiológicas.

Resultados. Fueron incluidos 16 pacientes. En el 78% de los pacientes con diagnóstico de CSNC (Según laboratorios), también se observaron hallazgos imagenológicos en la RMC-C altamente sugestivos de esta patología. La mortalidad global en los 16 pacientes fue de 56%. Finalmente solo el 50% de las TAC-S presentaron alguna alteración inespecífica en SNC.

Conclusiones. Los hallazgos imagenológicos de la RMC-C no son patognomónicos de CSNC, se evidencia una importante correlación entre los hallazgos de laboratorio e imagenológicos. Por otro lado, la presencia de formas fulminantes (Criptococomas y/o pseudoquistes gelatinosos y/o patrón nodular) en áreas del tallo cerebral, tálamo y ganglios basales se correlaciona con una elevada mortalidad; se resalta la importancia de realizar RMC-C de forma temprana en pacientes VIH con sospecha de neuroinfección, con el objetivo de iniciar la terapia rápidamente, así mejorar el pronóstico y calidad de vida.

I-15

ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN ADULTOS MAYORES DE 65 AÑOS. SERIE DE 22 CASOS

DALLOS MARIA F, BAUTISTA HEIDER*, GARNICA DIEGO.

Universidad Industrial de Santander. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C, Colombia.

Introducción. La endocarditis infecciosa es la infección del endocardio, comprometiéndose predominantemente el aparato valvular. Recientemente se ha encontrado mayor predominio de afección en ancianos, en parte por la elevada presencia de patología valvular cardíaca.

Diseño: Estudio descriptivo tipo serie de casos.

Métodos. Estudio retrospectivo de corte transversal, se incluyeron historias clínicas con al menos 1 código CIE10 para endocarditis infecciosa, además, cumpliendo criterios de Duke modificados y edad mayor de 65 años. Se presentan datos demográficos, clínicos, ecocardiográficos, microbiológicos. Mediante medidas de tendencia central con epi-info 7.0.

Resultados. Se presentan 22 pacientes. 86%(19/22) hombres, la edad promedio 71 \pm 4 años. 63%(14/22) Hipertensos, 27%(6/22) diabéticos, 18%(4/22) con enfermedad renal crónica. Ninguno con VIH-SIDA. La clasificación fue la siguiente: válvula nativa en 50%(11/22), válvula protésica 41%(9/22) y dispositivos de estimulación 9%(2/22). La válvula principalmente comprometida fue la aórtica en el 50%(11/22), seguida de mitral con 36%(8/22). El 77%(17/22) presentaron insuficiencia valvular, el 4,5%(1/22) estenosis. La principal complicación fue el absceso 27%(6/22), seguida de la perforación en el 13%(3/22). Las válvulas protésicas presentaron parafugas en 4,5%(1/22). El 54%(12/22) con vegetaciones de al menos 10mm. 68% presentaron falla cardíaca. La FEVI promedio fue 55%. 23%(5/22) tuvo cultivo negativo. El 41%(9/22) asociadas a *Staphylococcus aureus*, 31%(7/22) por otros cocos gram positivos, 9%(2/22) por bacilos gram negativos, 31%(7/22) presentó al menos una complicación embólica. El 81%(18/22) requirió manejo en UCI. El 72%(16/22) requirió manejo quirúrgico. La mortalidad intrahospitalaria fue de 13,6%(3/22).

Conclusiones. En esta serie de casos se encontró una mortalidad del 13%, no obstante esta población tenía edad avanzada, falla cardíaca, compromiso aórtico y vegetaciones de gran tamaño. Esto es similar al comportamiento epidemiológico reportado en países desarrollados; lo que invita a mantener estrategias de diagnóstico y manejo quirúrgico oportuno.

I-16**HEMORRAGIA ALVEOLAR POR *STRONGYLOIDES STERCOLARIS***

**CALDERÓN CAMILO ANDRÉS, BAYONA FERNANDO
RODRIGUEZ, CRUZ ANGY DANIELLA, VELEZ JUAN DIEGO.**

Fundación Clínica Valle del Lili. Cali, Colombia.

Introducción. La Strongyloidiasis es una infección causada por el helminto *Strongyloides stercolaris*. Endémica de regiones tropicales y subtropicales. Único helminto capaz de completar su ciclo vital en un solo hospedero y reinfectar al huésped a través de la mucosa intestinal o piel perianal (autoinfección crónica), generalmente asintomática con ligera eosinofilia. La inmunosupresión aumenta el riesgo de infección diseminada.

Diseño. Presentación de caso clínico.

Métodos. Hombre de 53 años con antecedente de Diabetes Mellitus, trasplantado riñón–páncreas hace 2 meses. Recibía tacrolimus, micofenolato mofetilo, prednisolona, valganciclovir y trimetopín sulfametoxazol. Con una semana de astenia, adinamia, vómito y dolor abdominal epigástrico y rash maculopapular en parches. Presión arterial 100/46 mmHg, frecuencia cardíaca 100 lpm, frecuencia respiratoria 20 rpm, saturación de oxígeno 99%. Tenía hemoglobina 9 g/dl, leucocitos 5380 cel/mcl, eosinófilos 430 cel/mcl, TGO 12 UI/m, TGP 22 UI/ml, LDH 199 UI/ml, creatinina 1.73 mg/dl, PCR 2.57, niveles de tacrolimus 12.2 y uroanálisis con leucocitos 441/CPA, bacterias ++++ y urocultivo con E. Coli. A los dos días empeora con choque séptico. AngioTAC con nódulos en vidrio esmerilado y árbol en gemación, simétrico y bilateral. Perfil inmunológico, estudios para Aspergillus, Legionella, Cryptococcus y Citomegalovirus negativos. Lavado broncoalveolar mostró hemorragia alveolar y abundantes larvas de *Strongyloides stercolaris*. Recibió ivermectina por 14 días, estuvo en UCI por 7 días, se reinicia inmunosupresión 10 días posterior al manejo y es egresado sin complicaciones.

Resultados y conclusión. La hiperinfestación por *Strongyloides stercolaris* es un síndrome de autoinfección acelerado asociado a una alteración de la respuesta inmunológica, con exacerbación de síntomas gastrointestinales o pulmonares y detección de las larvas en heces o esputo. El tratamiento requiere ivermectina 200 mcg/Kg por 2 semanas y suspensión de inmunosupresores.

I-17**COINFECCIÓN POR *MYCOBACTERIUM ABSCESSUS*
Y *MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS* EN PACIENTE
INMUNOCOMPETENTE****RODRÍGUEZ BOTERO NATALIA, RAMÍREZ QUINTERO JUAN DAVID.***Universidad Pontificia Bolivariana, Hospital Pablo Tobón Uribe. Medellín, Antioquia.*

Introducción. *Mycobacterium abscessus* es una micobacteria no tuberculosa de rápido crecimiento, multirresistente, ubicua en suelo y agua. El compromiso pulmonar es la presentación clínica más frecuente. Puede encontrarse como colonización o producir infección pulmonar indistinguible de la tuberculosis, lo que dificulta el diagnóstico.

Diseño. Estudio descriptivo. Reporte de caso.

Métodos. Búsqueda en base de datos Pubmed. Palabras claves “coinfección”, “mycobacterium”, “abscessus” y “tuberculosis”.

Resultados. Mujer de 56 años sin antecedentes de importancia. En 2013 se diagnosticó tuberculosis pulmonar con baciloscopias positivas y radiografía con cavitación, recibió tratamiento por 6 meses. Pocos meses después con reaparición de síntomas y baciloscopias positivas, se dio retratamiento por 9 meses; tuvo crecimiento de *M. abscessus* que consideró colonización. Desde entonces con múltiples hospitalizaciones por persistencia de síntomas, baciloscopias positivas y hallazgos en imágenes de micro-nódulos, árbol en gemación y bronquiectasias. Extrahospitalariamente tenía un cultivo positivo para *M. tuberculosis* y otro positivo para *M. abscessus*; este segundo no fue tratado ya que se consideró colonización. Reconsultó por persistencia de los síntomas y baciloscopias positivas. Se realizó fibrobroncoscopia obteniéndose crecimiento de *M. abscessus*, se inició tratamiento antimicrobiano según perfil de sensibilidad.

Conclusiones. En Colombia, *M. abscessus* es la segunda micobacteria no tuberculosa más frecuentemente aislada en muestras pulmonares. Generalmente ocurre en pacientes con enfermedad estructural de base. Presenta curso indolente pero progresivo, con síntomas respiratorios persistentes y declinación de la función pulmonar. El diagnóstico requiere criterios clínicos, radiológicos y microbiológicos. El tratamiento debe guiarse según susceptibilidad. No es infrecuente la detección simultánea de tuberculosis y micobacterias no tuberculosas en especímenes pulmonares, aunque los estudios no diferencian colonización versus infección. La infección pulmonar mixta por *M. tuberculosis* y *M. abscessus* es una presentación clínica rara que ha sido descrita en pocos pacientes, y que lleva a dificultades en el diagnóstico y tratamiento oportunos.

I-18

PREVALENCIA Y FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS EN LA ADQUISICIÓN DE INFECCIONES URINARIAS POR GERMENES BETALACTAMASA DE ESPECTRO EXTENDIDO EN PACIENTES QUE NO HAN RECIBIDO ANTIBIOTICOTERAPIA.

MORALES-MONTOYA MILENA, BELLO-ESPINOSA ARIEL.

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

Introducción. La infección urinaria constituye una de las primeras causas de consulta ambulatoria e infección nosocomial a nivel mundial, esto ha llevado a la formulación de antibióticos empíricos; los cuales ejercen presión selectiva sobre una población bacteriana, facilitando la activación de múltiples mecanismos de resistencia. Actualmente, el consumo previo de antibióticos constituye la principal causa de adquisición de microorganismos productores de betalactamasas de espectro extendido (BLEE), sin embargo, existen otros factores de riesgo relacionados con la adquisición de este tipo de gérmenes. El objetivo principal es identificar la prevalencia y factores de riesgo asociados para adquirir infección urinaria por gérmenes BLEE en pacientes adultos que no han recibido tratamiento antibiótico (últimos 6 meses).

Diseño y metodología. Se realizó un estudio prospectivo, observacional analítico y transversal, en pacientes con diagnóstico de infección urinaria, entre junio de 2018 y mayo de 2019, unicéntrico,

Resultados. Se incluyeron 100 pacientes, encontramos una prevalencia para infección urinaria por microorganismos productores de BLEE del 29%, desarrollaron sepsis 13% de los pacientes y 2% fallecieron. Los factores de riesgo identificados fueron: para infección por BLEE residir en hogar geriátrico y edad mayor a 60 años, todos con $p < 0.05$. Para desarrollar sepsis: inmunosupresión, uso de dispositivos médicos (sonda vesical) y edad mayor a 65 años con significancia estadística. No encontramos asociación entre infección urinaria por germen productor de BLEE y sepsis con $p = 0.42$.

Conclusiones. Existen otros factores de riesgo asociados a la adquisición de infecciones bacterianas con resistencia a betalactamasas, muy probablemente esta resistencia se ha trasladado desde un ambiente nosocomial. Nuestros resultados son similares a lo descrito en la literatura.

I-19

ESPECTRO DE ALTERACIONES DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL EN UNA COHORTE RETROSPECTIVA DE PACIENTES CON INFECCIÓN POR VIH DE UN HOSPITAL DE REFERENCIA EN SANTANDER.

LÓPEZ ALDANA JAIRO ENRIQUE, RODRÍGUEZ DÍAZ KAREN SULAY , VEGA VERA AGUSTÍN, FIGUEROA PINEDA CLAUDIA LUCIA.

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

Introducción. Los trastornos del SNC en pacientes con infección VIH son causa importante de morbilidad; entre 40% a 70% desarrollan trastornos neurológicos durante el curso su enfermedad y hasta el 20% debutan con síntomas neurológicos. Las principales etiologías son infecciones oportunistas en los países en desarrollo, sin embargo, estos datos están muy influenciados por la epidemiología local, en Colombia y Santander los datos son limitados. Objetivo.

Describir las características de la enfermedad del SNC en pacientes con infección por VIH, y caracterizar variables que influyen en el diagnóstico certero y oportuno.

Diseño y métodos. Estudio de Cohorte tipo descriptivo, observacional y retrospectivo. La población fue una muestra de 69 pacientes VIH que ingresaron al HUS en el periodo Enero 2013 Enero 2016 con alteración al examen neurológico, se realizaron estudios en líquido cefalorraquídeo e imágenes diagnósticas para evaluar las etiologías bacterianas, virales y fúngicas.

Resultados y discusión. La toxoplasmosis cerebral representó 20% (14/69) de todas las causas de alteración del SNC, 14.0% para meningitis por *Criptococo*, 9.0% para tuberculosis meníngea. 16 tenían infección por dos oportunistas predominio toxoplasmosis mas tuberculosis, seguido por *Criptococosis* mas Tuberculosis y *Criptococo* mas *Toxoplasma* (9%, 4% y 2%), 4% tenían infección por tres oportunistas; en el 9% se documento Trastorno neurocognitivo asociado VIH; El tratamiento orientado al patógeno tendió a tener una tasa de mortalidad más baja, infección por múltiples patógenos, convulsiones o hipertensión intracraneal mostraron mayores probabilidades de muerte.

Conclusiones. Las infecciones oportunistas son aun la principal causa de alteración del estado neurológico del paciente con VIH, con frecuencia coexisten múltiples patógenos en el LCR. La Toxoplasmosis cerebral fue trastorno del SNC más prevalente en este grupo de pacientes. La combinación entre estudios microbiológicos, moleculares e imagenológicos asociado con experiencia clínica mejora la oportunidad diagnóstica, que influye en un tratamiento orientado y mejores resultados clínicos.

I-20

ESCLERITIS COMO MANIFESTACIÓN EXTRAHEPÁTICA DE LA INFECCIÓN POR VIRUS DE LA HEPATITIS C.

CASTILLA AGUDELO GUSTAVO ADOLFO, LOZANO PINEDA FELIPE, VÉLEZ ARANGO ISABELLA, CADAVID ROLDAN CLARA MARCELA.

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

Introducción. El virus de la hepatitis C (VHC) es una condición de alta importancia para la salud pública, pues se estima que entre el 2% y el 3% de la población mundial es portadora de dicho virus. Este tiene la capacidad de replicarse en células linfoides, produciendo alteraciones inmunes que pueden verse reflejadas en múltiples manifestaciones extrahepáticas, entre las cuales encontramos las oculares, como el síndrome de ojo seco, la queratitis, escleritis y retinopatías.

Diseño. Estudio descriptivo. Reporte de caso.

Métodos. Búsqueda en base de datos Pubmed. Palabras claves: escleritis, virus de la hepatitis C, sistema Inmunológico.

Resultados. Hombre de 61 años, con antecedentes de transfusiones en la infancia, conductas sexuales de riesgo y tatuajes. Remitido del servicio de oftalmología por cuadro de 2 meses de evolución consistente en ojo rojo derecho, asociado a dolor ocular y visión borrosa, sin secreciones, sin respuesta a esteroide tópico. Al examen físico se encontraron vasos esclerales tortuosos, sin nódulos, pero con inflamación activa, descripción compatible con escleritis.

Se descartaron causas reumatológicas, farmacológicas y algunas infecciosas, sin embargo, se identificó anticuerpos para el VHC positivos, con una carga viral de 1.365.380 UI/ml, concluyendo así que el paciente cursaba con una infección por el VHC que tenía como manifiesta extrahepática una escleritis.

Conclusiones. La escleritis suele ser un proceso inflamatorio, doloroso y grave que compromete principalmente la esclerótica, con múltiples etiologías infecciosas y no infecciosas. Esta no es la presentación más usual del compromiso ocular por el VHC, sin embargo, el conocimiento de las manifestaciones del virus a nivel oftalmológico puede ayudar en la detección temprana de esta infección, sumado al hecho de que dichas lesiones se caracterizan por ser crónicas, además el tratamiento de la infección suele propiciar la remisión del compromiso ocular.

I-21**PREVALENCIA DE BACTERIAS GRAM NEGATIVAS CON PATRÓN DE RESISTENCIA FENOTÍPICO BLEE Y AMP-C, CAUSANTES DE INFECCIONES URINARIAS EN DOS INSTITUCIONES DE SALUD DE BARRANQUILLA (COLOMBIA)**

CARLOS LLANOS-FLÓREZ, RAWDY REALES-ROIS, RONALD MAESTRE-SERRANO, IVÁN ZULUAGA.

Mi RedIPS. Barranquilla, Atlántico.

Introducción. La infección del tracto urinario (ITU) es considerada como la existencia de microorganismos patógenos en el tracto urinario, asociado o no a síntomas urinario; Es un motivo de consulta frecuente en urgencias, siendo necesario en la gran mayoría de veces, iniciar tratamiento antibiótico empírico antes del reporte del urocultivo. Objetivo: Determinar la prevalencia de bacterias Gram negativas con patrón de resistencia fenotípica BLEE y AMP-C, en pacientes con ITU atendidos en dos instituciones de salud pertenecientes a la red pública del distrito de Barranquilla, durante los años 2016 a 2018.

Diseño y métodos. Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, de corte transversal, se incluyeron 192 de pacientes con diagnóstico intrahospitalario de ITU con urocultivos positivos para gérmenes Gram negativos. El análisis descriptivo de las variables de estudio se realizó a través del software SPSS 19.

Resultados. De los 192 urocultivos con crecimiento de gérmenes Gram negativos, se identificaron 85 (44.3%), con presencia resistencia fenotípica mediadas por enzimas tipo Beta-lactamasa, de las cuales 57 (29.7%) tenían un patrón de resistencia fenotípica AMP-C, y 28 (14.6%) gérmenes gram negativos tenían resistencia fenotípica tipo BLEE.

Conclusiones. Se encontró una alta prevalencia de microorganismos Gram negativos aislados en cultivos de orina con resistencia antimicrobiana fenotípica de tipo beta-lactamasa (AMP-C y BLEE), lo cual obliga a el clínico a realizar tratamiento antimicrobiano empíricos de mayor espectro, en el contexto de una posible infección del tracto urinario, con el fin de evitar fallas terapéuticas y aumento en la morbimortalidad.

I-22

UTILIDAD DEL MACHINE LEARNING COMO HERRAMIENTA EN INVESTIGACIÓN MÉDICA.

MORALES-MONTOYA MILENA, MORENO-CASTRO WILLIAM, BELLO-ESPINOSA ARIEL.

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

Introducción. La inteligencia artificial es capaz de diagnosticar enfermedades con mayor eficacia en menor tiempo. El machine learning o aprendizaje automático, una rama de la inteligencia artificial, es una herramienta que permite hacer diagnósticos e implementar estrategias terapéuticas a través de algoritmos de predicción. Existe gran número de datos que el cerebro humano no puede procesar, el machine learning encuentra patrones en grandes volúmenes de datos generando modelos con una potente capacidad predictiva, es decir, cuanto mayor sea el número de datos utilizados más exacto es el sistema en realizar las predicciones.

Diseño: estudio prospectivo, observacional y transversal

Métodos: Diseñamos un modelo predictivo de machine learning a través del software python para predecir infección de vías urinarias por germen productor de betalactamasas (BLEE).

Resultados. Se incluyeron en el estudio 100 pacientes, logramos crear una aplicación para ipad con múltiples variables tanto cuantitativas como cualitativas para predecir infección de vías urinarias por gérmenes BLEE entre ellas: la edad, variables de laboratorio como recuento de leucocitos y PCR, antecedentes patológicos como hipertensión arterial, diabetes mellitus, inmunosupresión, cáncer, enfermedades autoinmunes y consumo de esteroides, además de síntomas como fiebre y síntomas urinarios. Este modelo tiene un porcentaje bajo de exactitud para predecir el diagnóstico por el tamaño de muestra pequeño.

Conclusiones. Esta aplicación es una herramienta útil para predecir infecciones urinarias por gérmenes productores de BLEE, sin embargo, se requieren más datos (por lo menos 1000 pacientes) para que el modelo predictivo tenga mayor exactitud. La inteligencia artificial puede ayudar a los médicos a realizar un diagnóstico al instante y es incluso más importante en áreas rurales o países en vías de desarrollo, donde existe déficit de especialistas.

I-23

DIVERTICULITIS DUODENAL: INFORME DE CASO

BASTIDAS MELISSA, COGOLLO MARY, GÓMEZ ANDRÉS, BASTIDAS JESÚS.

Fundación Santa Fe de Bogotá, Universidad de Cartagena, Colombia.

Introducción. Un divertículo duodenal es una bolsa al duodeno que puede estar presente en el 20% de la población. Aunque son entidades comunes, los síntomas causados por divertículos duodenales son relativamente raros, siendo un problema clínico difícil. El diagnóstico la mayoría de veces se realiza por medio de imágenes y el manejo no quirúrgico ha surgido como una alternativa práctica y segura.

Diseño. Presentación de caso.

Resultados. Femenina de 36 años, procedente de Bogotá, en su postparto tardío por cesárea por condiciones no aptas para la inducción, ingresa por cuadro 1 día de dolor abdominal tipo cólico a nivel de hipogastrio que se irradia a región lumbar, sin síntomas urinarios, ni presencia de fiebre o sangrado genital. A su ingreso normotensa, taquicárdica, afebril, abdomen levemente distendido, con dolor a la palpación en fosa iliaca derecha e hipogastrio, sin signos de irritación peritoneal, peristaltismo positivo, resto sin alteración. Laboratorios revelan leucocitosis con pruebas de función hepática y amilasa normal. Ecografía abdomen total con escaso líquido libre en fondo de saco posterior, genitourinario con hallazgos esperados en postparto, por persistencia de síntomas se avanza con tomografía abdominal con contraste observándose divertículo duodenal con engrosamiento de las paredes y alteración de la grasa mesentérica adyacente por cambios inflamatorios, sin colecciones o neumoperitoneo, malrotación intestinal parcial. Se inicia manejo conservador con ampicilina sulbactam y metronidazol. La paciente mejora y fue dada de alta del hospital al tercer día, sin complicaciones.

Conclusiones. Los diferentes tipos de divertículos duodenales por su complicada anatomía pueden llevar a dilemas diagnósticos. Aunque otras etiologías potenciales pueden ser más comunes, siempre se debe sospechar cuando se encuentra un proceso obstructivo o inflamatorio en la región ampular.

I-24**INFECCION CAUSADA POR MICOBACTERIA ABSCESSUS POSTERIOR A MESOTERAPIA.**

KATIME ABRAHAM, HERRERA JUAN, ARTETA SHEILA, ROMERO JUAN, RIVERA OLGA.

Clínica La Mujer, Santa Marta, Colombia. Universidad Metropolitana. Colombia.

Introducción. Las infecciones de piel y los tejidos blandos causadas por micobacterias no tuberculosas (MNT) están relacionadas siempre con inoculación directa de la MNT a través de traumas, heridas quirúrgicas y con inyecciones, especialmente en procedimientos estéticos como la mesoterapia el cual consiste en inyectar sustancias vasodilatadoras, lipolíticas (L-carnitina, aminofilina), con el fin de tratar zonas del cuerpo por celulitis, cicatrices, arrugas o sobrepeso. Las manifestaciones cutáneas son variadas: patrón esporotricoides, foliculitis recurrente, forunculosis recurrente, nódulos abscesos subcutáneos que se fistulizan, úlceras y formas crónicas como fibrosis, fístulas y deformidades.

Diseño y métodos. Reporte de un caso clínico.

Resultados. Femenina de 31 años, cuadro clínico de 45 días con antecedente de mesoterapia con L-carnitina producto procedente de Venezuela, con autoinoculación en pared abdominal y región dorsal, a los 15 días presenta lesiones consistentes en edema, eritema con abscesos en zona de aplicación de medicación, recibió antibiótico sin mejoría. Ante sospecha de posible infección por MNT, inician antibióticos claritromicina, imipenem y amikacina. Cirugía plástica realizó drenaje de colecciones. Cultivo de secreción: negativo. Hemocultivo x 2 Negativo. Baciloscopia de secreción: positiva micobacteria. Cultivo de secreción, cultivo de producto (L-carnitina) y tipificación por PCR: aislamiento de *Mycobacterium abscessus* (crecimiento < 7 días).

Conclusiones. Sospechar infección por micobacterias no tuberculosas de crecimiento rápido como *Mycobacterium abscessus*, *Mycobacterium fortuitum* y *Mycobacterium chelonae* en pacientes sometidos a procedimientos estéticos que desarrollen infecciones de piel y tejidos blandos, con inadecuada respuesta a la terapia antibiótica convencional.

Referencias:

Dermatology Clinics Vol 33, No 3, Marzo 2015, 563-577.

Revista Infectio ACIN Vol 14, No 2, Enero 2010, 93-96.

International Journal Of Dermatology Vol 46, No 6, Junio 2007, 649-643.

I-25

NOCARDIA ARAOENCIS: UNA CAUSA RARA DE ABSCESO CEREBRAL

RODRÍGUEZ DÍAZ KAREN SULAY, LÓPEZ ALADA JAIRO ENRIQUE, URIBE RODRÍGUEZ LUIS GUILLERMO, VEGA AGUSTÍN, MORENO DIAZ DIEGO AGUSTO.

Hospital Universitario de Santander- Bucaramanga, Colombia. Hospital Universitario Los Comuneros. Bucaramanga, Colombia.

Introducción. La nocardiosis es una enfermedad causada un bacilo gram positivo, se encuentra en suelo, aguas dulce y salada. Se manifiesta como infección oportunista en huéspedes inmunocometidos VIH, procesos malignos o usuarios crónicos de esteroides y puede afectar cualquier órgano. En USA la incidencia es de 500 a 1000 casos por año, cerca de 30 especies relacionadas con el ser humano. *Nocardia araoensis* se aisló primera vez en Arao Japon en 1997 y a la fecha, las principales bases de datos han reportado un caso relacionado con absceso cerebral diagnosticado en autopsia, por lo que se pretende reportar un caso de *N. araoensis* complicada por absceso cerebral en un paciente inmunocompetente.

Diseño y métodos. Caso clínico.

Métodos. Hombre, 58 años, residente en Bucaramanga-Santander, cuadro de 15 días de afasia sensitiva, incoordinación motora, disartria y cambios comportamentales, al ingreso neuroimagenes con lesión intraaxial frontal izquierda sugestiva de lesión maligna, es llevado a extracción por sospecha de glioma de alto grado, características de la lesión de aspecto infeccioso, se tomó muestra, cultivo de gérmenes comunes y patología negativos, a las dos semanas crecimiento en Ogawa Kudoh, GeneXpert negativo para *Mycobacterium tuberculosis*. Cultivos de la colonia en agar chocolate, sangre y CNB con bacilos filamentosos, se envió a un laboratorio de referencia, MALDITOF reporte de *Nocardia araoensis*, el paciente manejado por 14 días con Meropenem+TMP/SMX, el paciente con evolución hacia la mejoría por lo que se dio egreso con TMP/SMX 10mg/kg/día vía oral por 12 meses.

Conclusiones. Encontramos un caso de absceso cerebral por *N. araoensis*, en un paciente inmunocompetente sin factores de riesgo, diagnosticado a tiempo y absceso drenado quirúrgicamente y manejado con antibiótico de forma temprana, lo que permitió que el paciente sobreviviera egresó con ligera disartria, sin otras secuelas neurológicas, presentación clínica y aislamiento no reportada en las principales bases de datos.

I-26

HISTOPLASMOSIS CEREBRAL EN PACIENTE SIN APARENTE INMUNOCOMPROMISO

AMAYA RICARDO, SIERRA SEBASTIÁN.

Clínica Universitaria Colombia, Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. El compromiso del Sistema nervioso central (SNC) representa 5–10% de casos de histoplasmosis diseminada. Afecta principalmente a pacientes con inmunocompromiso, sin embargo, en series de casos, cerca de un tercio se presentaron en inmunocompetentes.

Diseño y métodos. Caso clínico

Resultados. Paciente de 49 años sexo masculino, antecedente de diabetes tipo 2. Consulta por cuatro meses de sensación de parestesias que inician en tercer y cuarto dedo de mano izquierda, con posterior extensión a antebrazo ipsilateral, asociándose a hipoestesia en hemicara izquierda y diplopía. Al examen físico con compromiso de pares craneanos VI derecho, VII bilateral, compromiso del recto interno derecho, fondo de ojo sin papiledema, fuerza muscular 4/5 Miembro superior izquierdo, babinsky izquierdo, hemihipoestesia izquierda. Múltiples adenopatías cervicales, axilares e inguinales. Se realizó prueba de VIH negativa, resonancia magnética nuclear (RMN) con lesiones intraxiales de aspecto expansivo, de localización hemisférica bilateral y pónica derecha. Biopsia de ganglio derecho con linfadenitis granulomatosa necrotizante, negativo para microorganismos comunes, hongos y mycobacterias. Toma de decisiones: tratamiento antituberculoso empírico, se realizó resección de lesión supratentorial para estudio histopatológico con reporte positivo para levaduras compatibles con histoplasmosis, se inició anfotericina B liposomal e itraconazol. Actualmente paciente con mejoría de síntomas neurológicos y disminución significativa de lesiones en RMN de control.

Conclusiones. La histoplasmosis cerebral es una patología con alta mortalidad y morbilidad. Se presenta principalmente en pacientes con compromiso de inmunidad celular y mayores de 54 años. La RMN cerebral es anormal en 72% de los casos y las lesiones focales son el hallazgo más frecuente. Sin embargo, su diagnóstico definitivo puede requerir estudios invasivos, como en este caso. Anfotericina B liposomal y deoxycolato son las 2 opciones que mejor supervivencia han demostrado en un estudio observacional.

I-27**PERFIL DE RESISTENCIA BACTERIANA EN INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN TRES CENTROS DE SALUD DE TERCER NIVEL EN COLOMBIA**

CASTRILLON-SPITIA JUAN DANIEL, ECHEVERRY CAROLINA, MORENO LAURA, HINCAPIÉ LUISA MARÍA, OSORIO MARÍA FERNANDA, MACHADO-ALBA JORGE ENRIQUE, GAVIRIA-MENDOZA ANDRÉS.

Fundación Universitaria Autónoma de las Américas, Pereira, Colombia; Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Colombia; Hospital San Jorge, Pereira, Colombia; S.E.S Hospital de Caldas, Manizales, Caldas; Clínica Sagrada Familia, Armenia, Quindío.

Introducción. Las infecciones de vías urinarias (IVU) son la segunda causa de infección en el ámbito hospitalario. Reportes locales describen alta resistencia bacteriana a aminopenicilinas, quinolonas y cefalosporinas. Es necesaria una actualización constante del perfil de sensibilidad y resistencia en IVU.

Diseño. Estudio multicéntrico de corte transversal.

Métodos. Se incluyeron pacientes con IVU en tres instituciones de tercer nivel en Armenia, Manizales y Pereira, entre el 1 de octubre de 2016 y el 30 de septiembre de 2017 para la identificación de agentes etiológicos, perfil de sensibilidad y resistencia antibiótica. Se identificaron fármacos para sensibilidad y resistencia en el antibiograma. Variables: sociodemográficas, agentes etiológicos y perfil de sensibilidad. Se establecieron frecuencias, proporciones, estadística de tendencia central y dispersión. Se usó SPSS-24 empleando X2 para comparar variables categóricas; se aplicaron modelos de regresión logística ($p \leq 0.05$).

Resultados. Se analizaron en total 1991 urocultivos positivos de 1791 pacientes en las tres instituciones, edad media de $61,8 \pm 22,4$. El 52,8% provenían del servicio de urgencias, el 16,7% de hospitalización y 6,1% en UCI. Los principales agentes fueron *Escherichia coli* (54,0%), seguido de *Klebsiella pneumoniae* (14,4%), *Enterococcus faecalis* (5,4%) y *Pseudomonas Aeruginosa* (4,8%). Para *E coli*, *Klebsiella* y *Enterococcus* las aminopenicilinas, cefalosporinas de primera generación, trimetoprim/sulfametoxazol y quinolonas la resistencia fue mayor del 20%, mientras para pseudomonas además de las anteriores se encontró que las cefalosporinas de segunda y tercera generación, aminoglucósidos, ertapenem, meropenem y aztreonam presentaron resistencia mayor del 20% con resistencia baja para imipenem (6,5%), piperacilina/tazobactam (0,0%) y Colistina (0,0%). El 22,4% de los agentes etiológicos corresponde a gérmenes BLEE+.

Conclusiones. La IVU en las tres instituciones del eje cafetero demostró una elevada presencia de gérmenes resistentes a los antibióticos de primera línea con un elevado porcentaje de gérmenes productores de BLEE+, en especial para *K. pneumoniae* y *P. aeruginosa*.

I-28

NEUMONÍA DE ORGANIZACIÓN DE PROBABLE ORIGEN EMBÓLICO, REPORTE DE UN CASO

GONZÁLEZ AVELLANEDA LIZA, PORRAS PEDROZA BEATRIZ.

Fundación Universitaria Sanitas. Clínica Universitaria Colombia. Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La neumonía de organización es una patología secundaria a un proceso de reparación tisular pulmonar que puede ser criptogénica o ser secundaria a lesión pulmonar por infección, toxicidad medicamentosa, inhalación de sustancias, reflujo gastroesofágico, radioterapia algunas veces asociada histológicamente con lesiones pulmonares de otra naturaleza como vasculitis, linfoma, cáncer de pulmón o neumonitis por hipersensibilidad.

Diseño y métodos. Descripción de caso.

Resultados. Paciente masculino de 37 años, con antecedente de síncope cardioinhibitorio, portador de marcapasos bicameral desde los 20 años, consulta por fiebre, intermitente de 8 meses de evolución; hace 3 meses asociándose a tos, sin expectoración, no otros síntomas. De manera inicial se descartaron causas infecciosas más prevalentes compromiso neoplásico o autoinmune.

Ante la ausencia de hallazgos indicativos de origen de fiebre, se realizó PET-scan corporal con hallazgos de compromiso inflamatorio en electrodos de marcapaso e hipercaptación de nódulos pulmonares en lóbulo superior e inferior izquierdo, con lo anterior, se consideró diagnóstico de endocarditis asociada a dispositivo, y ante hallazgos pulmonares se realizó biopsia de nódulo pulmonar por mediastinoscopia. Reporte de biopsia: tromboembolismo pulmonar crónico, infartos pulmonares y neumonía de organización secundaria. Se hizo aislamiento microbiológico de *propionibacterium acnes* en electrodo, se dio tratamiento antibiótico con adecuada respuesta.

Discusión y conclusión. La neumonía de organización es una enfermedad inflamatoria pulmonar que afecta ambos sexos por igual, con mayor incidencia en la edad de 50 a 60 años. El cuadro clínico se presenta con fiebre, mialgias, tos y disnea que se puede convertir en severa y puede progresar a fibrosis crónica. En este caso proponemos como causa probable, que su origen sea embólico dado que se demostró endocarditis y embolismos pulmonares sépticos asociados.

I-29**RESONANCIA MAGNETICA NUCLEAR CEREBRAL EN PACIENTE CON ENDOCARDITIS BACTERIANA Y ALTERACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA: REPORTE DE CASO**

GARCÍA RAMOS ANDRES FELIPE, VALLEJO GARCÍA FRANCO, SANTRICH SOTOMAYOR MELANY, LOPEZ PALACIO ISMAEL FIGUEROA LUNEVAR, CASANOVA MARÍA EUGENIA.

Universidad Libre Cali-Colombia, Universidad De Nueva York, Pontificia Universidad Javeriana. Cali, Colombia.

Introducción. Las complicaciones cerebrovasculares pueden ser el único síntoma de presentación de la endocarditis infecciosa (EI). Estas se producen en el 15 al 20% de los pacientes y aumentan la mortalidad. El uso de la resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral en pacientes con sospecha de EI y complicación neurológica no está explícitamente recomendada en las guías como la primera imagen de apoyo diagnóstico a pesar de la creciente evidencia que apoya a la RMN como preferencia por encima de las tomografías computarizadas.

Diseño. Estudio descriptivo de caso.

Métodos. Revisión retrospectiva de la historia clínica de un paciente que ingresa al servicio de urgencias. Se revisó la literatura y se desarrolló el caso.

Resultados. Paciente masculino de 45 años con antecedente de reemplazo valvular aortico hace 5 años, quien ingresa al servicio de urgencias con alteración del estado mental, febril, debilidad bilateral de miembros inferiores, disartria y letargo. En los paraclínicos se encontró leucocitosis de 12,6 g / L con 43% de bandas. Con tomografía (TC) de cráneo reportada como normal. Se realizó ecocardiograma transtorácico sin evidencia de vegetación. Presenta mejoría del estado mental e informa que semanas previas al ingreso se sometió a un procedimiento dental con profilaxis antibiótica adecuada. Hemocultivos de ingreso fueron positivos para MSSA, por lo que se inicia tratamiento con cefazolina, gentamicina y rifampicina. Al día 3 de hospitalización presentó lesiones violáceas pequeñas indoloras en las palmas de sus manos. La RMN cerebral mostró infartos multifocales en todo el territorio vascular de la arteria cerebral media y la arteria cerebelosa posteroinferior. Posteriormente, un ecocardiograma transesofágico reveló un gran absceso que se extiende hasta el arco aórtico con la vegetación en la válvula, lo que confirma la EI.

Conclusión. La RMN cerebral es superior a la TC en el diagnóstico de complicaciones cerebrovasculares en EI.

I-30**TERCERA COINFECCIÓN ASOCIADA AL BINOMIO VIH –
CRYPTOCOCCUS EN UN HOSPITAL CLÍNICO DE ALTA
COMPLEJIDAD EN LA CIUDAD DE MEDELLÍN**

CALLE-ESTRADA MATEO, JIMÉNEZ-TABARES JULIANA, ROJAS-GUALDRÓN DIEGO FERNANDO.

Hospital General de Medellín. Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad CES. División de Posgrados Clínicos, Facultad de Medicina, Universidad CES. Medellín, Colombia.

Introducción. La coinfección VIH y *Cryptococcus* tiene asociación con el estado inmunológico y con mayor mortalidad, su asociación con otros oportunistas es a veces subvalorada lo que puede llegar a desenlaces fatales.

Diseño: Estudio descriptivo de corte transversal en una institución pública de alta complejidad en Medellín.

Métodos. Se analizaron pacientes con diagnóstico confirmado de VIH e infección por *Cryptococcus* entre los años 2012 – 2017 y se determinó coinfección microbiológicamente demostrada con otros oportunistas. Las variables cuantitativas se expresaron como media y rangos intercuartiles. Las variables cualitativas como frecuencias absolutas y relativas. La información se analizó en el paquete estadístico PASW statistics 18.

Resultados. Se detectaron 55 pacientes con coinfección VIH y *Cryptococcus*, de los cuales el 94.5% fueron hombres, la mediana de CD4 fue 36 cel/mm³. El 65.5% tenía coinfección por otro oportunista, siendo los principales: tuberculosis (TB) 23,6%, CMV 16,4%, Toxoplasma 14,5%, PCP 14,5%. Los principales síntomas asociados fueron pérdida de peso (60%) y fiebre 63.3%. Entre los infectados con TB se observó mayor concentración de proteínas en líquido cefalorraquídeo (LCR) ($p = 0,026$), mayor frecuencia de disnea ($p = 0,019$), dolor torácico ($p = 0,026$), derrame pleural ($p = 0,002$), compromiso por adenopatías ($p = 0,042$) y hepatotoxicidad ($p = 0,003$); por otra parte, entre los coinfectados con TB se observó menor éxito de la terapia ($p = 0,023$). De los 13 casos con coinfección *Cryptococcus*/TB La forma más común fue TB pulmonar (84,6%), el 92% recibió tratamiento anti TB, la forma diseminada de *Cryptococcus* se presentó en 38,4%, el desenlace final fue la muerte en el 38,4%.

Conclusión. Es necesario considerar siempre la posibilidad de una tercera coinfección en pacientes VIH coinfectados por *Cryptococcus* siendo la primera opción en nuestro medio Tuberculosis. El compromiso inmunológico grave, síntomas respiratorios e hiperproteínorragia sugieren su asociación.

I-31

UTILIDAD DE LA PCR EN ORINA EN PACIENTE CRÍTICAMENTE ENFERMO CON SOSPECHA DE TUBERCULOSIS DISEMINADA, REPORTE DE CASO Y REVISIÓN DE LITERATURA

ARRUBLA DUQUE MATEO, TRUJILLO MONTOYA SIMÓN, AGUDELO RESTREPO CARLOS ANDRÉS.

Hospital San Vicente de Rionegro. Colombia.

Introducción. La Tuberculosis (TB) principal causa de mortalidad como único agente infeccioso en el mundo (por encima de VIH/SIDA) (1).

Colombia es el quinto país con mayor cantidad de casos (2017) en Latinoamérica, siendo la forma extrapulmonar el 17.3%. La inmunosupresión predispone a la presentación diseminada de la enfermedad que incluso bajo tratamiento su mortalidad rodea el 25%. Métodos moleculares usando pruebas de amplificación de ácidos nucleicos han permitido reemplazar los métodos diagnósticos tradicionales con lo que llegamos al diagnóstico de manera oportuna. Presentamos a continuación un caso de TB diseminada en paciente no VIH en quien se llegó al diagnóstico gracias a la prueba molecular en orina.

Diseño y métodos. Caso clínico

Resultados. Mujer con historia de 2 meses de pérdida de peso injustificada, fiebre nocturna, esplenomegalia leve y pancitopenia, estudio tomográfico que reporta adenomegalias generalizadas en región periesofágica e intraabdominal con osteítis/sacroileitis y microabscesos esplénicos, quien desarrolla un síndrome hemofagocítico secundario por TB diseminada gracias a una PCR en orina positiva, posteriormente iniciamos antifímicos con evolución satisfactoria.

Discusión. Reportamos un caso donde la PCR para TB en orina se usó para identificar la infección diseminada en una mujer no VIH que tenía hallazgos sugestivos y que residía en una población de prevalencia considerable para tuberculosis. Revisamos la utilidad del Xpert en orina que demuestra una sensibilidad 0.87 (0.66 – 0.96) y una especificidad 0.91 (0.84-0.95) para detectar la micobacteria. La única prueba diagnóstica en orina sugerida por la OMS es lipoarabinomano en flujo urinario lateral (LAM-FL) con un rendimiento cercano al 75% para hablar de TB diseminada en VIH críticamente enfermos, prueba no disponible en el medio y que permite considerar la PCR para TB en orina como un estudio de mayor sensibilidad en casos específicos.

Conclusiones. En casos específicos, la PCR en orina para TB puede usarse como una herramienta diagnóstica de mayor sensibilidad cuando se sospechan infecciones diseminadas.

I-32**HEMORRAGIA SUBARACNOIDEA POR VASCULITIS EN PACIENTE CON MENINGOENCEFALITIS POR *CRYPTOCOCCO SP*: REPORTE DE UN CASO RARO**

KATIME ABRAHAM, DE LA CRUZ VLADIMIR, HERRERA JUAN, ARTETA SHEILA, ROMERO JUAN.

Universidad Metropolitana. Clínica Mar Caribe. Santa Marta, Colombia.

Introducción. La vasculitis del Sistema Nervioso Central (SNC) asociada a infección por *Cryptococcus sp*, es la causa más común de meningitis por hongos, aumentando el riesgo de complicaciones vasculares con mayor afectación de los vasos del polígono de Willis, desencadenando complicaciones intracraneales isquémicas ó hemorrágicas. La presentación incluye cefalea, encefalopatía, convulsiones y clínica derivada del territorio vascular comprometido. El diagnóstico se realiza por antígeno criptocócico en líquido cefalorraquídeo (LCR), tinción con tinta china y cultivo.

Diseño y métodos. Reporte de un caso clínico.

Resultados. Masculino de 28 años, cuadro clínico de 30 días por cefalea bifrontal tipo peso recurrente de intensidad 9/10 asociado a lumbalgia mecánica y convulsiones tónico clónica generalizadas. Reporte de elisa para VIH: 2 pruebas positivas y tinta china positiva en LCR se considera meningoencefalitis por *cryptococco sp* iniciando terapia de inducción con anfotericina B desoxicolato y fluconazol intravenoso por 21 días. Ante persistencia de cefalea se evidencia hemorragia subaracnoidea asociada. Neurocirugía colocó válvula de derivación ventriculoperitoneal con mejoría clínica. Antígeno de *cryptococco* en LCR: positivo. Tomografía de cráneo: evidencia zona hiperdensa en hoz del cerebro derecho. Resonancia Cerebral simple y contrastada: hemorragia subaracnoidea en la región temporo-parietal derecha. Panangiografía: Sin aneurisma o malformación vascular. Cultivo de hongos control LCR (23 días): negativo.

Conclusiones. La vasculitis en pacientes con infección del SNC, es una entidad rara condicionando complicaciones vasculares. Entre el 1% al 5% de las personas infectadas con VIH tienen riesgo de desarrollar un accidente cerebrovascular debido a infecciones oportunistas. Es importante identificar el diagnóstico de infección del SNC relacionado con la vasculitis por la necesidad de terapia antimicrobiana específica.

I-33

INFLUENZA Y *STAPHYLOCOCCUS AUREUS*, UN DESENLACE FATAL: REPORTE DE CASO

MONTAÑO YULIET, ORDOÑEZ JORGE.

Clínica Universitaria Colombia, Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La coinfección bacteriana-viral en la neumonía adquirida en la comunidad solo en 3% es documentada y detectada. La infección por *influenza A* usualmente es seguida por infección por *Staphylococcus aureus* meticilino resistente mostrando mayores tasas de desenlaces fatales.

Diseño y métodos. Caso clínico.

Resultados. Mujer de 68 años ingresa por 4 días de tos con expectoración asociada a fiebre. Sus comorbilidades eran hipertensión arterial, diabetes tipo 2 y fibrilación auricular paroxística. Ingresó hemodinámicamente estable sin signos de dificultad respiratoria con ruidos en ambos campos pulmonares y requerimientos de oxígeno a bajo flujo, se documenta en radiografía de tórax reforzamiento del intersticio peribroncovascular en ambos campos pulmonares y tendencia a la consolidación en base pulmonar derecha, tras 6 horas presenta deterioro respiratorio y hemodinámico con requerimiento de ventilación mecánica invasiva, soporte vasopresor, inotrópico y relajación neuromuscular con documentación a las 10 horas del ingreso por PCR “Multiplex” *Influenza A H1 2009*; tras 24 horas paciente fallece. A la hora 48 se obtienen hemocultivos con aislamiento de *Staphylococcus aureus* meticilino resistente. Toma de decisiones. El diagnóstico clínico de neumonía grave tras criterios de severidad y tras estudio de aspirado orotraqueal junto con el deterioro clínico vertiginoso llevó a la instauración de manejo con piperacilina/tazobactam, vancomicina, oseltamivir y corticoide sin impacto en evolución de enfermedad.

Conclusiones. Existe sinergia entre la infección por *Influenza* y *Staphylococcus aureus*; tras su instauración con progresión rápida lleva al huésped a falla multiorgánica secundaria a disfunción inmune. El inicio de terapia combinada temprana bajo presentación clínica con criterios de severidad establecidos por la Sociedad Americana de Torax y de enfermedad infecciosas cobra importancia en este escenario e impacta en evolución clínica, aún más tras identificación de grupos de riesgo.

I-34**BATERIEMIA POLIMICROBIANA POR *SALMONELLA SPP* Y *STAPHYLOCOCCUS AUREUS* EN UN PACIENTE CON LEPROMATOSA LEPROMATOSA****HURTADO DIANA, BUTRAGO ANDREA, ALVAREZ LUIS.***Hospital Santa Clara, Universidad El Bosque. Bogotá, D.C., Colombia.*

Introducción. La bacteriemia polimicrobiana es la presencia de más de un aislamiento microbiológico en sangre, presente en pacientes con inmunosupresión o estado crítico, aumentando la mortalidad. El *Staphylococcus aureus* es una causa frecuente y en pocos casos se ha asociado a *Salmonella spp*. La bacteriemia por *Salmonella spp*, depende de la alteración en los mecanismos de defensa del hospedero, por lo tanto, debe ser considerada en pacientes inmunocomprometidos. A continuación se presenta un caso de lepra activa, donde se documenta bacteriemia polimicrobiana por *S. aureus* y *Salmonella spp*.

Diseño. Reporte de caso

Métodos. Descripción de un caso clínico

Resultados. Hombre de 45 años con 15 días de dorsolumbalgia, de intensidad 10/10 que se exacerba con la bipedestación. Radiografía de columna con fractura vertebral T9-T11-T12. Examen físico con paraplejía, nivel sensitivo T12, piel con lesiones tipo úlceras y máculas hiperpigmentadas, hipoestésicas, delimitadas. Paraclínicos con leucocitosis, hiperazoemia, tac de columna con fractura vertebral T9-T11-T12 mas derrame pleural. Se realiza tac de tórax con derrame pleural tabicado y neumotórax derecho. Neurocirugía considera colección paravertebral, y se inicia antibiótico empírico, sin embargo persistía con signos de respuesta inflamatoria sistémica, estudio de liquido pleural tipo exudado, aislamiento en cultivos de liquido pleural, sangre y orina de *Salmonella spp*, *Staphylococcus aureus* en 2/4 hemocultivos. Se consideró bacteriemia polimicrobiana asociada a espondilodiscitis con indicación de biopsia vertebral, sin embargo, presentó deterioro clínico y fallece.

Conclusiones. Paciente con enfermedad de Hansen activa y espondilodiscitis con drenaje a pleura, compromiso multisistémico por *Salmonella spp* y *Staphylococcus aureus*. En estos casos en condición de inmunosupresión, se debe considerar el riesgo bacteriemia polimicrobiana dada su alta mortalidad.

I-35**INFECCIÓN CAUSADA POR *MICOBACTERIA ABSCESSUS* POSTERIOR A MESOTERAPIA**

KATIME ABRAHAM, HERRERA JUAN, ARTETA SHEILA, ROMERO JUAN, RIVERA OLGA.

Clínica La Mujer, Santa Marta. Universidad Metropolitana. Colombia.

Introducción. Las infecciones de piel y los tejidos blandos causadas por micobacterias no tuberculosas (MNT) están relacionadas siempre con inoculación directa de la MNT a través de traumas, heridas quirúrgicas y con inyecciones, especialmente en procedimientos estéticos como la mesoterapia el cual consiste en inyectar sustancias vasodilatadoras, lipolíticas (L-carnitina, aminofilina), con el fin de tratar zonas del cuerpo por celulitis, cicatrices, arrugas o sobrepeso. Las manifestaciones cutáneas son variadas: patrón esporotricóide, foliculitis recurrente, forunculosis recurrente, nódulos abscesos subcutáneos que se fistulizan, úlceras y formas crónicas como fibrosis, fístulas y deformidades.

Diseño y métodos. Reporte de un caso clínico.

Resultados. Femenina de 31 años, con cuadro clínico de 45 días refiere antecedente de mesoterapia con L-carnitina realizada con producto procedente de Venezuela adquirido por venta en línea, con autoinoculación en pared abdominal y región dorsal, a los 15 días presenta lesiones consistentes en edema, eritema con abscesos en zona de aplicación de medicación, recibió tratamiento antibiótico sin mejoría. Ante sospecha de posible infección por MNT, se solicita cultivos de secreción y del producto, baciloscopia y tipificación por PCR de MNT, se inicia antibiótico tipo claritromicina, imipenem y amikacina. Cirugía plástica realizó drenaje de colecciones. Respuesta favorable al manejo realizado. Cultivo de secreción: negativo. Hemocultivo x 2 Negativo. Baciloscopia de secreción: positiva micobacteria. Cultivo de secreción, cultivo de producto (L-carnitina) y tipificación por PCR: aislamiento de *Mycobacterium abscessus* (crecimiento menor de 7 días).

Conclusiones. Sospechar infección por micobacterias no tuberculosas de crecimiento rápido como *Mycobacterium abscessus*, *Mycobacterium fortuitum* y *Mycobacterium chelonae* en pacientes sometidos a procedimientos estéticos que desarrollen infecciones de piel y tejidos blandos, con inadecuada respuesta a la terapia antibiótica convencional.

I-36

TÉTANOS GENERALIZADO: MÁS ALLÁ DEL TOXOIDE EN URGENCIAS

**VÁSQUEZ FORERO DIANA MARCELA, VALSANGIACOMO
AVENDAÑO STEFANO, HERNÁNDEZ MOSQUERA HÉCTOR DAVID.**

Clínica Piedecuesta S.A., Serviclinicos Dromedica S.A. Bucaramanga, Colombia.

Introducción. El tétanos es un trastorno del sistema nervioso caracterizado por espasmos musculares, rigidez, y disautonomía. Es causado por la toxina del *Clostridium tetani*, el cual habita abundantemente en el suelo. Se clasifica en Generalizado, Cefálico, Localizado y Neonatal. Su incidencia ha disminuido con la vacunación especialmente en países desarrollados, con una incidencia anual de 0,1/1.000.000 habitantes; en países subdesarrollados representa un problema de salud pública por vacunación insuficiente, con una incidencia anual de 20/100.000 habitantes. El presente tiene como objetivo puntualizar la importancia del toxoide tetánico en urgencias así como su indicación, dado que suele aplicarse indiscriminadamente e incluso omitirse en determinadas circunstancias.

Diseño y métodos. Presentación de caso

Resultados. Se expone una mujer de 42 años de edad captada en Bucaramanga, Santander, sin antecedentes, quien consulta de zona rural por clínica de 6 días de herida en rodilla izquierda secundaria a trauma por caída desde su altura, manejada con lavado y sutura; niega aplicación de toxoide tetánico; se desconocen sus antecedentes inmunológicos. Posteriormente con inflamación en rodilla izquierda asociada a drenaje de secreción purulenta desde la herida. A su ingreso signos vitales normales, herida extensa, suturada, con bordes necróticos, material purulento, e inflamación perilesional marcada. Realizan desbridamiento quirúrgico y hospitalizan con clindamicina y amikacina; cultivo positivo para *K. pneumoniae* multisensible. Durante su hospitalización presenta trismus, rigidez, espasmos musculares dolorosos e intensos en miembros inferiores, disfagia, taquicardia e hipertensión. Consideran tétanos generalizado grado 2; indican 4.500 UI de inmunoglobulina y metronidazol. Presenta buena evolución y posteriormente se egresa.

Conclusiones. Especialmente en países como el nuestro, donde la vacunación es insuficiente en la edad adulta y gran parte de la población proviene de zona rural, se debe estar familiarizado con los criterios para aplicación de toxoide tetánico e inmunoglobulina, así como con los signos y síntomas para un diagnóstico oportuno.

I-37

MICOBACTERIA NO TUBERCULOSA EN CASO SOSPECHOSO DE TUBERCULOSIS PULMONAR: REPORTE DE UN CASO

VIBANCO KAREN, VELÁSQUEZ KATYA, REALES RAWDY, GRANADILLO-TORRES CRYSTIAN.

Servicio de Infectología Clínica General del Norte. Universidad Libre seccional. Barranquilla, Colombia.

Introducción. Las infecciones pulmonares por micobacterias no tuberculosas (MNT) son cada vez más reconocidas en todo el mundo. Más de 150 especies de MNT han sido descritas, de estas son más comúnmente debido a *Mycobacterium avium* complejo (MAC), *Mycobacterium kansasii*, y *Mycobacterium abscessus*.

Diseño y métodos. Caso clínico.

Resultados. Femenino 65 años de edad, con antecedente de dos episodios de tuberculosis pulmonar (TB) a los 13 y 64 años de edad con buena respuesta al tratamiento. Es hospitalizada por presentar tos persistente, hemoptisis, fiebre, disnea en reposo, reporte de baciloscopia positiva y cultivo para micobacteria atípica positivo sin tipificación del germen. Resultados de la tomografías (TAC) de tórax se muestran lesiones multicavitada en pulmón derecho con extensa área de consolidación y broncograma aéreo. De acuerdo al Instituto Nacional de Salud de Colombia el laboratorio nacional de referencia un 98% de la identificación fenotípica de los aislamientos que se reciben a través de los laboratorios departamentales corresponden a *M. tuberculosis*, pero cada día se están encontrando más cultivos pertenecientes a otras especies de micobacterias como es este caso donde el Reporte de GenoType arrojo crecimiento de colonias no compatibles con *mycobacterium tuberculosis* por lo que se solicita tipificación de MNT con reporte de *Mycobacterium abscessus*.

Conclusiones. Las micobacterias no tuberculosas son organismos que rara vez causan enfermedad en humanos, pueden ocurrir tanto en huéspedes inmunocomprometidos o inmunocompetentes. La infección pulmonar de la MNT es difícil de distinguir de la *M. Tuberculosis* por lo que debemos pensar en infecciones con micobacterias atípicas en pacientes con diagnóstico previo de TB o sospecha de resistencia al tratamiento. Así mismo se recomienda que las micobacterias de crecimiento rápido como las MNT sean identificadas a nivel de especie, pero la falta de herramientas diagnósticas conlleva a realizar un lento o mal diagnóstico.

I-38**MUCORMICOSIS CUTÁNEA Y SUBCUTÁNEA POR *LICHTHEIMIA CORYMBIFERA* COMPLEX: REPORTE DE UN CASO**

VIBANCO KAREN, VELÁSQUEZ KATYA, RONDÓN ANY, GRANADILLO-TORRES CRYSTIAN.

Servicio de Infectología Clínica General del Norte. Universidad Libre seccional. Barranquilla, Colombia.

Introducción. La mucormicosis cutánea es una infección poco frecuente pero de comportamiento agresivo. El agente causal de la mucormicosis es el hongo Mucor, del orden mucorales (Phylum zygomycota), se encuentran ampliamente distribuidos en la naturaleza y son de crecimiento rápido.

Diseño y métodos. Caso clínico.

Resultados. Paciente de sexo femenino de 47 años de edad, sufrió accidente automovilístico en área rural, amputación traumática del miembro superior izquierdo herida la cual tuvo contacto con el suelo, desde su admisión se observan lesiones blanquecinas filamentosas tipo moho, tejidos desvitalizados, secreción fétida, presenta diabetes mellitus tipo 2 sin cetoacidosis durante su hospitalización. Hemograma con leucocitosis y neutrofilia. Se realiza manejo quirúrgico limpieza y desbridamiento, tomando muestras para cultivos de hongos, bacterias y micobacterias, antibióticoterapia empírica con cefepime y vancomicina, y tratamiento antifúngico con Anfotericina B. En el cultivo para hongos se obtiene un rápido crecimiento de colonias flocosas, blancas, a la cual se le practica KOH observando hifas aseptadas, manejo con anfotericina liposomal, finalmente se identifica *Lichtheimia Corymbifera* complex.

La infección de piel y tejidos blandos por *L. corymbifera* es resultado de la inoculación de esporas en la dermis, casi siempre asociada con traumatismos y heridas. La evolución natural de esta enfermedad puede iniciar como un área indurada que rápidamente evoluciona con necrosis y tejidos desvitalizados siendo visible en la mayoría de casos el moho, el diagnóstico se basa en la identificación microbiológica en los tejidos mediante cultivo.

Conclusiones. *L. corymbifera* es uno de los patógenos más difíciles de tratar, a menudo puede ser fatal, se describen tasas de mortalidad cercanas hasta el 100% en pacientes con SIDA, es la causa de alrededor del 2-3% de las mucormicosis humanas. El tratamiento requiere de desbridamiento para control del foco y como piedra angular el antifúngico, siendo de elección la Anfotericina B.

I-39**ASPERGILLOSIS PULMONAR INVASIVA EN UN PACIENTE CON VIH**

PÉREZ MARÍA, RINCÓN LAURA AGUDELO CARLOS, NOREÑA IVÁN, MILLÁN HENRY, LUNA FREDDY, ZULUAGA JUAN.

Servicio de Medicina Interna. Fundación Cardioinfantil. Universidad del Rosario. Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La infección por aspergillus se removió de la lista de la CDC como enfermedad definitoria de SIDA en 1984. La incidencia de aspergillosis invasiva en VIH después del inicio de terapia anti retroviral disminuyó a 2.2 casos por 100 000 pacientes año.

Diseño y métodos. Reporte de caso.

Resultados. Paciente de 30 años sexo femenino procedente de Bogotá con diagnóstico de VIH con conteo de CD4 de 137 cel/ul en manejo con Zidovudina, lamivudina y atazanavir. Consultó por 2 semanas de evolución con tos, disnea y fiebre. En la tomografía de tórax se observaron nódulos con signo de halo creciente asociado a galactomanano sérico positivo por lo que ante la sospecha de Aspergillosis angioinvasiva recibió manejo con Voriconazol, sin embargo persistió febril y con empeoramiento en imágenes de control. Se realizó biopsia pulmonar considerando infección por *Histoplasma sp* como diagnóstico diferencial. En la biopsia se encontraron hifas septadas compatibles con *Aspergillus* y signos de angioinvasión; se aisló en cultivo de LBA *A. fumigatus*. Al hacer cambio a Anfotericina B presentó mejoría progresiva.

Discusión. La infrecuente presentación de *Aspergillus sp* y VIH hace que este caso sea de importancia epidemiológica; aún más ante el conteo de CD4 mayor a 100 cel/mm³ de la paciente, la ausencia de neutropenia y manejo con esteroide. Los pacientes con VIH presentan alteración de neutrófilos y macrófagos que pueden propiciar la infección por *Aspergillus sp*. El tratamiento con voriconazol resultó inefectivo por dos razones: La interacción con ritonavir en ausencia de medición de niveles del triazol; y la posible resistencia a voriconazol que puede darse en variantes de *A. Fugimatus*. Además de la ausencia de evidencia que compare la eficiencia del tratamiento con Voriconazol versus Anfotericina B en este tipo de pacientes.

Conclusiones. Se plantea la medición de niveles de voriconazol de forma rutinaria en pacientes con potenciales interacciones medicamentosas.

I-40**ENDOCARDITIS INFECCIOSA VERSUS ENDOCARDITIS DE LIBMAN SACKS: DIAGNOSTICO MEDIANTE PET – SCAN**

PÉREZ MARÍA, NOREÑA IVÁN, MILLÁN HENRY, CIFUENTES CARLOS, RUBIANO LAURA, RINCÓN LAURA.

Servicio de Medicina Interna. Fundación Cardioinfantil. Universidad del Rosario. Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La endocarditis de Libman-sacks en los pacientes con lupus eritematoso sistémico (LES) se ha asociado a mayor actividad de la enfermedad; el diagnóstico diferencial incluye la endocarditis infecciosa. La diferenciación temprana tiene impacto en el tipo de tratamiento y pronóstico de los pacientes.

Diseño y métodos. Reporte de caso.

Resultados. Paciente de 19 años de sexo femenino con antecedente de LES y endocarditis infecciosa de válvula tricúspide por lo que requirió cambio a válvula biológica en el 2017, con posterior episodio de endocarditis de válvula protésica en el año 2018 por *Candida albicans*. Consulta por 1 semana con artralgias y fiebre, presentando leucopenia, linfopenia, anemia hemolítica autoinmune y trombocitopenia. En el ecocardiograma se observaron vegetaciones dependientes de válvula tricúspide de 4 x 2 mm, sin aislamiento en hemocultivos y con serologías negativas. A pesar de tratamiento con Meropenem, Vancomicina y Anfotericina B liposomal la paciente continuó con estas manifestaciones. Se consideró una posible Endocarditis de Libman-sacks asociada a actividad lúpica por lo que se administró gammaglobulina sin resolución de los signos de actividad vasculítica. Se realizó PET/CT que mostró hipercaptación de 18-FDG en anillo de válvula tricúspide, en hígado y vena yugular izquierda. Con este resultado se definió reemplazo valvular tricuspideo. Tras el procedimiento y la continuación de la terapia antibiótica presentó mejoría gradual.

Discusión. El uso de PET/CT endocarditis de válvula protésica ha mostrado tener sensibilidad del 73-100% y especificidad del 71- 100%, la adición a los criterios modificados de Duke aumentan su sensibilidad a 97% pudiendo detectar focos infecciosos no esperados en 24% de los pacientes. La utilidad del PET/CT en el diagnóstico de Endocarditis de Libman-sacks es desconocida.

Conclusión. En nuestro caso el PET/CT detectó otros focos infecciosos que junto a la respuesta terapéutica tras el reemplazo valvular hizo el diagnóstico de Endocarditis infecciosa, evitando escalonamiento del manejo inmunosupresor.

I-41**FACTORES PRONÓSTICO ASOCIADOS A MORTALIDAD INTRAHOSPITALARIA EN PACIENTES CON ENDOCARDITIS INFECCIOSA EN 4 HOSPITALES DE COLOMBIA DEL AÑO 2007 A 2017**

PÉREZ MARÍA, ZULUAGA JUAN, DENNIS RODOLFO, MILLÁN HENRY, FREDY LUNA, NOREÑA IVÁN, URIBE LUIS, ARIAS GERSON, OSPINA LEONARDO, RINCÓN LAURA, RINCÓN SILVIA, ARIZA NICÓLAS, CRUZ JOSE, CASTRO GENÉISIS, OLIVEROS NATALIA

Servicio de Medicina Interna y de Infectología, Fundación Cardioinfantil. Bogotá D.C. Servicio de Infectología, Fundación Cardiovascular, Bucaramanga. Servicio de Infectología, Fundación Clínica SHAIO, Bogotá D.C. Servicio de Infectología, Hospital Mayor de Méderi, Bogotá D.C. Servicio de Medicina Interna. Fundación Clínica SHAIO. Bogotá D.C. Colombia.

Introducción. En Colombia se ha descrito que la mortalidad hospitalaria por endocarditis infecciosa es del 20 - 22%; sin embargo, se ha tratado de estudios descriptivos, sin analizarse los factores asociados a este desenlace.

Diseño: Estudio observacional, analítico, retrospectivo, tipo cohorte histórica realizado en 4 hospitales de la ciudad de Bogotá y Bucaramanga del año 2007 al año 2017

Métodos. Se incluyeron pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de endocarditis infecciosa por criterios definitivos de Duke en 4 centros hospitalarios durante el período descrito.

Resultados. 308 pacientes cumplieron los criterios definitivos de endocarditis infecciosa. El promedio de edad fue de 59 años, 73,4% eran de sexo masculino. La mortalidad intrahospitalaria fue de 32,7%. En el análisis bivariado las principales variables pronósticas fueron: complicación con terapia de reemplazo renal, compromiso mitral moderado, terapia de reemplazo renal (TRR) previo a hospitalización, embolia a sistema nervioso central (SNC) y formación de absceso; como factores protectores: cirugía durante hospitalización y afectación tricúspide. Partiendo de estos resultados se desarrollan dos modelos con variables pronosticas. El primero con variables pre hospitalización: edad, tiempo de válvula protésica, tasa de filtración al ingreso, fracción de eyección al ingreso, y presencia de falla cardíaca y enfermedad coronaria, el cual presentó AUC de 0.78 (IC 0,72 – 0,84). El segundo con variables hospitalarias como complicación con TRR, embolia a SNC, cirugía durante hospitalización, tamaño de vegetación, compromiso mitral y afectación, teniendo un AUC de 0.91 (IC 0,85 – 0,97).

Conclusiones. Tanto las características epidemiológicas como la mortalidad intrahospitalaria son similares a lo reportado en otros países. El principal factor pronóstico asociado a mortalidad intrahospitalaria es el desarrollo de lesión renal aguda con indicación de TRR. Es de resaltar la importancia epidemiológica de este estudio, al contar con la descripción de la mayor población con diagnóstico de endocarditis infecciosa reportada en el país.

I-42**BIOMARCADORES TEMPRANOS DE DENGUE GRAVE EN ADULTOS**

JIMENEZ-CANIZALES CARLOS EDUARDO, SUAZA-VAQUIRO JULIANA, ALVAREZ-SEGURA M. ESTEFANY, ZAMUDIO-BETANCOURT SUSANA, MEDINA-QUIMBAYA VALERIA, RODRÍGUEZ RODRÍGUEZ JAIRO ANTONIO.

Hospital Universitario de Neiva. Neiva, Colombia.

Introducción. El dengue es la enfermedad viral transmitida por vectores más importante en el mundo. En Colombia, el Huila es uno de los departamentos que registran las mayores incidencias. Definir de manera temprana el curso de los pacientes con dengue grave mediante factores clínicos y paraclínicos, permite un abordaje terapéutico adecuado y disminuye la mortalidad asociada. El objetivo de este estudio fue Identificar los biomarcadores tempranos para la evolución a dengue grave en pacientes con diagnóstico serológico de dengue en el Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo de Neiva para el año 2016.

Diseño. Estudio retrospectivo de cohorte que incluyó 77 pacientes con diagnóstico serológico de dengue en HUHMP 2016.

Métodos. Los datos se procesaron en el programa estadístico STATA 14. Se aplicó el test de shapiro-wilk, y el t student o Wilcoxon rank-sum para determinar si existieron diferencias significativas de las variables clínicas y paraclínicas al ingreso entre el grupo que evolucionó a dengue grave y el grupo que no.

Resultados. De los 77 pacientes de la cohorte, 50.6% eran mujeres y la edad media era de 42 años. El 62,34% pertenecían al área urbana, siendo el municipio de Algeciras el lugar de referencia más frecuente con el 42,8%. El promedio de días de enfermedad al ingreso y del tiempo de hospitalización fue de 5,2 y 6,3 respectivamente. En el análisis bivariado, se encontró una asociación estadística limítrofe ($p=0.05$) con la variable BUN en los pacientes que evolucionaron a dengue grave, el resto de las variables no tuvieron asociación estadísticamente significativa.

Conclusiones. Los pacientes que ingresan con diagnóstico de dengue, procedentes de Algeciras y que presentan alteraciones en las pruebas de función renal pueden evolucionar con más facilidad a dengue grave.

I-43**COEXISTENCIA DE TOXOPLASMOSIS CEREBRAL Y NEUROCISTICERCOSIS EN PACIENTE CON VIH: UNA ASOCIACION INFRECUENTE**

BORRE-NARANJO DIANA, ALMANZA AMILKAR, RODRÍGUEZ-YÁNEZ TOMAS, DUEÑAS-CASTELL CARMELO.

Unidad de Cuidados Intensivos Clínica Gestión Salud. Cartagena, Colombia.

Introducción. La infección por VIH aumenta la susceptibilidad para diversas infecciones del sistema nervioso central. La mayoría se deben a toxoplasmosis, tuberculosis y criptococosis. Otras, menos frecuentes como la neurocisticercosis se deben considerar en países endémicos como el nuestro. Presentamos el caso de coexistencia de infección por toxoplasma y neurocisticercosis.

Diseño y métodos. Reporte de caso

Resultados. Masculino de 18 años con antecedente de VIH, ingresa a la unidad de cuidados intensivos por alteración del estado de consciencia precedido por cefalea, alteración sensorial, convulsiones y hemiparesia derecho. TC de cráneo simple y posterior resonancia nuclear magnética con gadolinio que informaron hallazgos compatibles con infección mixta, lesión sugestiva de toxoplasmosis a nivel frontotemporal y en región parietooccipital derecho lesión de aspecto quística en forma de anillo con realce espontáneo y escólex en su interior compatible con neurocisticercosis. Laboratorios de rutina dentro de límites normales. El análisis del LCR mostró un nivel de proteína normal, pleocitosis a expensas de linfocitos. Cultivos para bacterias, hongos y micobacterias negativos. Epstein-Barr y Herpes tipo I y II fueron negativos. Los resultados de las pruebas serológicas para *Toxoplasma gondii* fueron positivos (IgG > 300 UI/ml). Conteo de linfocitos T CD4 fue de 10 células/ μ L. Fue tratado con trimetoprim (160 mg) / sulfametoxazol (800 mg) tres veces al día, pirimetamina (25 mg) / sulfadoxina (500 mg) tres veces al día, ácido fólico y anticonvulsivos. Además, recibió albendazol 800 mg día durante 30 días más dexametasona 8 mg día. Se iniciaron fármacos antirretrovirales Tenofovir (300 mg), Emtricitabina (200 mg) y Efavirenz (600 mg) una vez al día, con evolución hacia la mejoría.

Conclusiones. La coinfección entre toxoplasma y neurocisticercosis en pacientes con VIH es inusual. Sin embargo, al ser una condición frecuente en países endémicos, debe incluirse en el abordaje diagnóstico de pacientes con VIH y lesión ocupante de SNC en estos países.

I-44**ENCEFALITIS POR DENGUE**

LORA MARIO, MACIA FANNY, ALMANZA AMILKAR, RODRÍGUEZ TOMAS, DUEÑAS CARMELO.

Unidad de Cuidados Intensivos Clínica Gestión Salud. Cartagena, Colombia.

Introducción. El dengue es una arbovirosis frecuente en nuestro medio. No obstante, sus complicaciones neurológicas son raras, reportando una incidencia inferior al 1%. Presentamos el caso de un paciente internado en UCI por dengue grave con posterior deterioro del sensorio.

Diseño y métodos. Reporte de caso.

Resultados. Masculino de 32 años, previamente sano, cuadro clínico de 5 días de fiebre, cefalea fronto-occipital, dolor retro-ocular, rash generalizado, mialgias, artralgias y dolor abdominal. Al ingreso signos vitales en metas, mucosas secas, petequias en extremidades. Los estudios iniciales mostraron leucocitos 2800/mm³, hemoglobina: 16.1 g/dl, hematocrito: 47.6%, plaquetas: 18.000/mm³. GOT: 109 U/L, GPT: 597 U/L. TP: 20.6" (Control: 14.5"), TPT: 46.2" (Control: 29"). Azoados y electrolitos normales. IgM/IgG dengue: positivo, antígeno NS1: positivo. Configurando diagnóstico de dengue grave con coagulopatía asociada, indicando traslado a UCI, manejo sintomático y fluidoterapia. Ecografía abdominal con aumento difuso de la ecogenicidad hepática y escaso líquido libre en cavidad. 48 horas posterior al ingreso, presenta alteración del estado de conciencia, con episodio de agitación psicomotora y agresividad. Hemograma control con leucocitos: 26800/mm³, neutrófilos: 85%, linfocitos: 14%, hemoglobina: 18g/dl, Hematocrito: 54%, plaquetas: 114.000 mm³, resto de laboratorios normales, se realiza TC de cráneo simple normal. Se inicia antibioticoterapia bajo sospecha de meningitis y se realiza punción lumbar. El citoquímico de LCR informa: incoloro, Glucosa: 83.7 mg/dl, Proteínas: 276 U/L, LDH: 20 U/L, eritrocitos: 0/mm³, leucocitos: 10/mm³ (linfocitos: 80%, neutrófilos: 20%), los resultados para hongos, baciloscopia, VDRL, herpes 1 y 2, toxoplasma, así como antígenos para gérmenes bacterianos comunes fueron negativos. Cultivos de LCR sin crecimiento bacteriano, se recibe reporte de PCR DENV positivo. Se configura diagnóstico de encefalitis por dengue, se retiran antibióticos, continuo manejo con fluidoterapia y vigilancia neurológica, evolución favorable y mejoría del estado de conciencia, posterior a lo cual egresa a sala general.

Conclusiones. La encefalitis es la manifestación neurológica más frecuentemente asociada a infección por virus del dengue. El tratamiento es de soporte, dado el curso autolimitado de esta infección.

I-45

FIEBRE TIFOIDEA: REPORTE DE CASO DE PACIENTE CON AFECTACIÓN INTRA Y EXTRA-INTESTINAL.

GARCIA LEÓN SUSAN JULIETT, CORZO CAMACHO MARIO ALBERTO, BALLESTEROS ÁLVAREZ JONATHAN ALEXANDER, RESTREPO RESTREPO ANDRÉS.

Hospital Internacional de Colombia. Piedecuesta, Colombia.

Introducción. La fiebre Tifoidea es un importante problema de salud pública. Su presentación clínica es variada y con frecuencia inespecífica, por lo que es necesario un alto índice de sospecha que permita un diagnóstico y tratamiento oportunos.

Diseño y métodos. Caso clínico

Resultados. Femenina de 42 años consulta al servicio de urgencias por fiebre, dolor abdominal y diarrea de 5 días de evolución. Al examen físico se documentó hepatoesplenomegalia. En tomografía abdominal se observa engrosamiento de ciego e ileon, Se realizó colonoscopia en la que se documentó compromiso de ciego evidenciando úlceras de bordes bien definidos alternadas con mucosa normal considerando hallazgos compatibles con enfermedad intestinal inflamatoria. Los hemocultivos fueron positivos para Salmonella Tiphly. Durante el curso de la enfermedad presentó compromiso pulmonar y hepatobiliar requiriendo manejo en unidad cuidados intensivos con ventilación mecánica no invasiva. El estudio patológico de la mucosa del colon mostró áreas de ulceración, presencia de abscesos crípticos y necrosis con hiperplasia de las placas de Peyer, confirmando la afectación intestinal por Salmonella Tiphly. Se dio manejo con ceftriaxona por 14 días lográndose una adecuada respuesta clínica y paraclínica.

Conclusiones. La fiebre tifoidea afecta predominantemente a países en vía de desarrollo. Su transmisión es fecal-oral, viéndose facilitada por factores de riesgo como viajar a zona endémica, consumo de agua contaminada, ausencia de vacunación, inmunosupresión y un bajo nivel socioeconómico. Se considera caso confirmado aquel en el que se logra el aislamiento de Salmonella Typhi a nivel de sangre, materia fecal o médula ósea. El tratamiento debe ser idealmente guiado de acuerdo al perfil de sensibilidad en el antibiograma. El manejo empírico puede realizarse con medicamentos endovenosos (ceftriaxona, cefotaxima, meropenem) u orales (ciprofloxacina, azitromicina). Las medidas adecuadas de salubridad como el correcto lavado de alimentos y manos, Vacunación, disposición regulada de desechos sanitarios son mecanismos fundamentales para su prevención.

I-46

RETOS EN LA PRESENTACIÓN CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE ESPONDILODISCITIS CRÓNICA COMO MANIFESTACIÓN DE BRUCELOSIS HUMANA: REPORTE DE UN CASO

BARAHONA-CORREA JULIÁN E, RUMBO JOSÉ ALEJANDRO, DE LA HOZ ALEJANDRO, GARZÓN- HERAZO JAVIER, LÓPEZ MARÍA JOSÉ, LOWENSTEIN ELLEN, GUALTERO SANDRA, VALDERRAMA-BELTRÁN SANDRA, QUIROGA-VERGARA CAMILO, TÁMARA JOSÉ ROBERTO.

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

Introducción. La brucelosis humana es una zoonosis adquirida por consumo o contacto con productos contaminados. Las formas osteoarticulares, entre ellas la espondilodiscitis, son un reto diagnóstico dadas sus manifestaciones inespecíficas y un difícil aislamiento microbiológico.

Diseño y métodos. Caso clínico.

Resultados. Paciente masculino de 42 años inmunocompetente, quien trabajaba como desviscerador en un frigorífico. Consultó por un mes de lumbalgia inflamatoria con irradiación inguinal izquierda y picos febriles. Al ingreso, taquicárdico, febril (39 grados), con dolor a la palpación de hipogastrio, esplenomegalía por ecografía, sin signos de sacroilitis o artritis. Paraclínicos con leucopenia y PCR elevada (6mg/dL). RMN lumbosacra con colección no drenable (12mm) en glúteo mayor izquierdo, articulación sacro-iliaca normal. Hemocultivos con cocobacilos gram negativos no tipificados. Recibió tratamiento empírico para brucelosis (doxiciclina, gentamicina, ciprofloxacina por 4 semanas) con evolución favorable. Tras egreso, se reciben serologías positivas para *Brucella* spp. (ELISA IgG previa negativa; Rosa Bengala positiva, 2-mercaptoetanol IgG e IgM 1:400 positivos) y MALDI-TOF de hemocultivos con reporte de *Ochrobactrum anthropi*, considerado identificación errónea de *Brucella* spp. En seguimiento ambulatorio, persistió con lumbalgia y dolor paroxístico de características neuropáticas en miembro inferior izquierdo (MII), predominio en cara tibial anterior, considerándose brucelosis parcialmente tratada, con nuevo ciclo de tratamiento por 3 meses (rifampicina, ciprofloxacina). Tras 10 semanas y persistencia de los síntomas, RMN control con espondilodiscitis crónica L5-S1, sin compromiso radicular. Biopsia descartó TBC ósea. Persistió con dolor en MII, control radiológico sin progresión, compromiso sacro o alteración focal en MII, sospecha de falla al tratamiento, con extensión de tratamiento por 6 meses (ciprofloxacina, doxiciclina y rifampicina). Actualmente, modulación parcial del dolor en MII con pregabalina, con importante compromiso funcional y calidad de vida.

Conclusiones. La espondilodiscitis constituye la presentación más severa del compromiso osteoarticular por brucelosis. Su presentación clínica requiere un bajo umbral de sospecha, particularmente en presencia de factores de riesgo.

I-47**INFECCIÓN CONCOMITANTE POR MYCOBACTERIUM ABSCESSUS Y MYCOBACTERIUM TUBERCULOSIS – REPORTE DE UN CASO**

LÓPEZ BERNAL NORBEY OCTAVIO, GONZÁLEZ PINEDA LUZBERIDA, PERTUZ VARGAS ERNESTO MIGUEL.

Universidad Simón Bolívar Barranquilla Colombia, Clínica de la Costa. Barranquilla, Colombia.

Introducción. El Mycobacterium Abscessus es una micobacteria no tuberculosa, la más común del grupo de crecimiento rápido, caracterizada por ser un microorganismo con alta resistencia antibiótica, cronicidad de hasta de 55 años, predilección en pacientes con enfermedad pulmonar de base, afecciones reumatológicas y asociada con hallazgos de destrucción pulmonar progresiva; no es bien conocido su medio de transmisión, pero si su diagnóstico tardío hasta de 2 años por aislamiento microbiológico.

Su diagnóstico se basa en hallazgos clínicos, radiológicos y microbiológicos, su alta tasa de resistencia antibiótica condiciona su frecuente fracaso terapéutico, llevando consigo mayor deterioro y destrucción pulmonar confirmando un mal pronóstico, a continuación describimos un caso de infección por esta micobacteria

Diseño y métodos. Presentación de caso.

Resultados. Mujer de 75 años, residente en barranquilla, con antecedentes de artritis reumatoidea en manejo adecuado con corticoides y cambios fibropulmonares basales, consulta por cuadro de larga data de fiebre, tos productiva, pérdida de peso. Se realizan baciloscopias que reportan positivas, se solicita biología molecular para mycobacterium tuberculosis la cual reporto positiva con sensibilidad a rifampicina y se inicio de tratamiento antifímico; en segunda fase de tratamiento presenta control de baciloscopias positivas por lo que se solicita estudio de amplificación genómica que reporto positivo para mycobacterium abscessus, se inicia Claritromicina y Moxifloxacino, cursando con mejoría clínica, dos meses después ingresa por cuadro de neumonía por Klesiella pneumoniae Blee, se instaura antibiótico dirigido con mejoría de cuadro, pero posteriormente deteriora progresivamente función respiratoria asociado a una gran fibrosis pulmonar, entra en falla ventilatoria y fallece.

Conclusiones. La infección por mycobacterium Abscessus es una infección crónica, asociada a enfermedad pulmonar, reumatoidea y coinfección por otros tipos de micobacterias siendo altamente resistente a tratamiento antibiótico, siendo necesario por consiguiente determinar susceptibilidades de antibiótico, esta micobacteria esta frecuentemente asociada a destrucción pulmonar progresiva otorgando mal pronóstico para el paciente.

I-48**LEPTOSPIROSIS UNA ZONOSIS RARA EN PACIENTES CON VIH – REPORTE DE UN CASO**

LÓPEZ BERNAL NORBEY OCTAVIO, BARRIOS ESCORCIA LEONARD ANDRÉS, PERTUZ VARGAS ERNESTO MIGUEL.

Universidad Simón Bolívar Barranquilla Colombia, Clínica de la Costa. Barranquilla, Colombia.

Introducción. La leptospirosis es una zoonosis de distribución mundial generada por espiroquetas del grupo *Leptospira*, diez veces mayor en los trópicos, con muy pocos casos reportados en la literatura en pacientes con HIV. La infección humana es dada por la exposición a fuentes contaminadas como orina, tejidos biológicos o suelo, la mayoría se presenta como síndrome febril con malestar general pero puede tener presentaciones de compromiso orgánico severo.

Actualmente el diagnóstico se basa en serología y pruebas amplificadoras de ácidos nucleicos, pero debido a las manifestaciones inespecíficas puede no sospecharse en un gran número de casos. Describimos un caso de infección por *Leptospira* en una paciente con HIV.

Diseño y métodos. Presentación de caso.

Resultados. Mujer de 52 años, residente en barranquilla, ingresa por cuadro de 5 días de cefalea, dolor retro-ocular, dolor abdominal, vómitos, fiebre y petequias en extremidades inferiores. Antecedente de VIH desde 1992 con buena adherencia al tratamiento, última carga viral 20 copias de cinco meses atrás, adicionalmente toxoplasmosis y tuberculosis ganglionar tratada. Examen físico paciente afebril, taquicárdica, ictericia y con dolor a la palpación abdominal. Laboratorios con BUN 30, creatinina 1.3, bilirrubina total 5.4 con directa de 3.9, leucocitos 9000, neutrófilos 65%, hemoglobina 12.6, plaquetas 27.000. Así el diagnóstico diferencial incluyó hepatitis viral, hepatotoxicidad por antirretrovirales, sin descartar Arbovirosis o leptospirosis; se dejó cubrimiento con Ceftriaxona y se solicitó serología para virus hepatotropos, *Leptospira*, dengue, CD4 y ultrasonografía abdominal. Resultados de ecografía abdominal normal, CD4 en 951, y serología IgM para *Leptospira* positiva, se continuó antibiótico, presenta mejoría clínica y se da egreso con Doxiciclina.

Conclusiones. La Leptospirosis es una zoonosis rara en pacientes con HIV, no necesariamente catastrófica en esta población especialmente si tienen adecuados niveles de CD4, la sospecha clínica asociada al nexo epidemiológico justifica el inicio temprano del antibiótico hasta la identificación específica del cuadro clínico.

I-49**CARACTERIZACION CLÍNICA Y PRONÓSTICA DE
CRIPTOCOCOSIS EN SISTEMA NERVIOSO CENTRAL Y
PRESENCIA DE NÓDULOS PULMONARES**

**LÓPEZ ALDANA JAIRO ENRIQUE, RODRÍGUEZ DÍAZ KAREN SULAY,
VEGA VERA AGUSTIN, FIGUEROA PINEDA CLAUDIA LUCIA.**

Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga, Colombia.

Introducción. La criptococosis, es una infección fúngica oportunista poco común afecta cualquier órgano principalmente Pulmón y en sistema nerviosos central (CSNC). La población infectada con VIH presentan con frecuencia elevados índices de morbimortalidad y secuelas neurológicas. Esta infección se adquiere por inhalación, se plantea la presencia de nódulos pulmonares latentes previos a la enfermedad diseminada con peores desenlaces en pacientes con CSNC, por lo que este estudio pretende describir las características clínicas de los pacientes con y sin nódulos pulmonares y su relación con la severidad de la infección y desenlace.

Diseño y métodos. Estudio analítico, observacional, de cohorte prospectiva, se incluyeron >18 años, hospitalizados en el Hospital Universitario de Santander, con diagnóstico previo o de novo de infección por VIH y CSNC, primer episodio, en el periodo enero 2013- enero 2017. En estos pacientes se realizó al menos una radiografía o TAC-Tx (Tomografía tórax). Se analizó la presencia de nódulos pulmonares, datos relacionados con variables demográficas, características clínicas, de laboratorio y radiológicas.

Resultados. Se incluyeron en el estudio 16 pacientes, de los cuales el 37,5% se identificaron con nódulos positivos. El síntoma más común fue cefalea y fiebre (68%), seguido alteración del estado de conciencia(64%), emésis (62%) y convulsiones(25%). El análisis univariado registró factores potenciales que contribuyen al resultado clínico desfavorable de los pacientes con CSNC como la hipoalbuminemia, hipogluorraquia y la proteinorraquia así como la presencia de nódulos en parénquima pulmonar.

Conclusiones. El presente trabajo muestra la presencia de nódulos pulmonares en paciente con evolución clínica desfavorable, sin embargo es desconocida su etiología, por lo que no se puede establecer una asociación causal, se requiere de un estudio experimental para poderlo probar. En el escenario de la sospecha clínica podría tenerse en cuenta para el inicio temprano de la terapia empírica.

I-50

REACCIÓN LEUCEMOIDE ASOCIADA A SINDROME DE WEIL

COGOLLO GONZÁLEZ MARYSABEL, LUJÁN AGÁMEZ MARCO.

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

Introducción: La reacción leuceмоide (RL) es una manifestación hematológica infrecuente en el Síndrome de Weil. Se define como una leucocitosis neutrofílica reactiva, con recuento de glóbulos blancos superior a 50.000 /mm³, cuando la etiología es distinta a leucemia. El objetivo de este trabajo, es describir un caso de RL en el curso de una leptospirosis severa.

Diseño y métodos. Informe de caso.

Resultados. Masculino de 48 años, procedente de Cartagena. Acude por 6 días de fiebre, conjuntivitis, cefalea, vómitos, mialgias en pantorrillas e ictericia. Refiere contacto con ratas en su vivienda. Ingresó con choque séptico, leucocitosis (25740 mm³), trombocitopenia, colestasis, elevación de creatinina-fosfoquinasa y lesión renal aguda. Se consideró síndrome febril icterico-hemorrágico, posible enfermedad de Weil; IgM por ELISA para *Leptospira*, serología para hepatitis, VIH y dengue negativos, se indicó antibióticos, líquidos endovenosos y noradrenalina. Al tercer día, resolución del choque, mejoría de los azoados, segundo control de serología para *Leptospira* negativa, persistiendo el patrón colestásico, con leucocitosis (59640/mm³) y neutrofilia, considerándose RL. Extendido de sangre periférica, sin blastos, estudios imageneológicos normal, cultivos negativos, se consideró posible enfermedad hematológica, solicitando citometría de flujo y biopsia de medula ósea, sin embargo, tercera serología por ELISA para *Leptospira* positiva, al octavo día, de estancia hospitalaria, confirmada en cuarta muestra. Se suspenden estudios hematológicos, se observa normalización de los leucocitos, con mejoría de la colestasis y egreso satisfactorio.

Conclusiones. La RL puede presentarse en el síndrome de Weil, ante la sospecha, se debe buscar otros diagnósticos diferenciales y confirmar la leptospirosis, con microaglutinación, pruebas moleculares o cultivo, sin embargo, en zonas donde existe limitaciones, la detección de IgM por ELISA seriada, aunado al contexto clínico-epidemiológico, nos puede ayudar al diagnóstico de la enfermedad, evitando estudios hematológicos innecesarios.

I-51**CARACTERIZACIÓN DE LA TUBERCULOSIS EN UN HOSPITAL DE CARTAGENA. ESTUDIO DESCRIPTIVO**

COGOLLO MARYSABEL, RAMÍREZ DIANA, BOLAÑO LUIS, DE LA VEGA FERNANDO.

Universidad de Cartagena. E.S.E-Hospital Universitario del Caribe (HUC). Cartagena, Colombia.

Introducción. La tuberculosis (TB) constituye un problema mundial. Colombia presenta una prevalencia intermedia. En Cartagena la mayoría de la población es pobre, con una incidencia de 18.4 casos de TB por 100.000 habitantes. El HUC, es centro de referencia para la población de bajos ingresos, con pocos estudios que abarcan este tema. El objetivo de este trabajo es caracterizar epidemiológicamente y clínicamente los pacientes con TB que ingresaron al HUC.

Diseño. Estudio descriptivo, retrospectivo transversal.

Métodos. Incluimos pacientes con edad mayor o igual a 18 años, admitidos al HUC con diagnóstico de TB, desde octubre del 2017 a septiembre de 2018, aplicando los criterios de TB por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia y del Instituto Nacional de Salud. Se describieron variables epidemiológicas y clínicas, determinando frecuencias absolutas y relativas para las categóricas, además de medidas de tendencia central y de dispersión.

Resultados. 126 pacientes participaron en el estudio. El 73.4%(91) fueron hombres, un 11.4%(14) procedía de Venezuela. La media de edad fue de 40 ± 15 años. El tabaquismo estuvo presente en el 32.3%(40), el uso de sustancias psicoactivas en 28.2%(35), la desnutrición en el 59.7%(74) y el VIH en el 22.6%(28). El 45.2%(56) tenían antecedentes de TB. Los casos de TB pulmonar fueron el 79.8%(99). La principal causa de TB extrapulmonar, fue la pleural, seguida de la ganglionar. Hubo un 9.7%(12) de muertes y un 6.5%(8) de TB multidrogaresistente.

Conclusiones. Se observó alta frecuencia de TB previa, desnutrición, tabaquismo y uso de sustancia psicoactivas en los pacientes estudiados, así como VIH. Se requieren medidas preventivas encaminadas a un mejor control de la TB en estas poblaciones.

I-52**PANCITOPENIA PROGRESIVA Y LESHMANIASIS VISCERAL-VIH NÄIVE**

VARGAS MARIA-CAMILA, MARTINEZ-PINTO JUAN, BUELVAS-LONDOÑO SARA, SANCHEZ-PRESIGA LAURA, SIERRA-MERLANO RITA, DE LA VEGA FERNANDO.

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

Introducción. La Leishmaniasis es una enfermedad endémica en algunas áreas geográficas colombianas, causada por protozoos del género *Leishmania* puede presentarse como: cutánea, muco-cutánea, visceral o enfermedad diseminada. La forma visceral afecta: hígado, bazo y médula ósea. Las características clínicas típicas son: fiebre prolongada, pérdida de peso, pancitopenia y esplenomegalia. En enfermos VIH sin tratamiento con inmunosupresión severa puede ser fatal. El objetivo es presentar un caso procedente del Sur-de-Bolivar, área rural de Colombia endémica de Leishmania visceral, con sin tratamiento, y resaltar la importancia de la sospecha clínica y la forma apropiada de diagnóstico.

Diseño y métodos. Caso Clínico

Resultados. Masculino de 33 años residente en área rural endémica para Leishmaniasis sin antecedentes previos; consultó por síndrome constitucional de tres meses y dos úlceras: malar y retroauricular izquierda. Los exámenes revelaron infección por VIH con inmunosupresión severa CD4 en 4cel/mL, pancitopenia profunda y progresiva, hepatoesplenomegalia e hipoalbuminemia severa. La biopsia de piel de las úlceras fue compatible con infección, posible Leishmaniasis. La biopsia de médula ósea mostró amastigotes confirmatorios del diagnóstico de Leishmaniasis visceral. Se inició terapia con Anfotericina, con mejoría de los síntomas constitucionales, las úlceras y la pancitopenia.

Conclusiones. La coinfección Leishmaniasis/VIH requiere un alto grado de sospecha clínica y conocimiento de la epidemiología de ambas enfermedades potencialmente fatales. Es importante incluir la Leishmaniasis en el diagnóstico diferencial de infecciones oportunistas en casos de enfermedad severa por VIH. Se enfatiza en la importancia del diagnóstico y tratamiento oportuno del VIH en Colombia.

I-53**ALTERACIONES HEMATOLÓGICAS EN PACIENTES CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN TRATAMIENTO CON TERAPIA ANTIRRETROVIRAL**

MARTÍNEZ-SÁNCHEZ LINA MARÍA, QUINTERO MORENO DAYANA ANDREA, RUIZ MEJÍA CAMILO, CARVAJAL ALZATE MANUELA, LÓPEZ LÓPEZ LUCELLY, ÁLVAREZ-HERNÁNDEZ LUIS FELIPE, RESTREPO LOZADA MARY ALEJANDRA, HERNÁNDEZ SARMIENTO JOSÉ MAURICIO.

Universidad Pontificia Bolivariana, Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina, Laboratorio Médico Echavarría. Medellín, Colombia.

Introducción. Cerca de 35 millones de muertes se han presentado debido al Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida. Dentro de las alteraciones hematológicas que ocurren en estos pacientes, se encuentran pancitopenia, destrucción periférica celular, entre otras. El objetivo del estudio fue Identificar alteraciones hematológicas más frecuentes de pacientes con VIH en un hospital universitario de Medellín, entre 2017-2018.

Diseño y métodos. Estudio descriptivo retrospectivo. Se incluyeron pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana mayores de 18 años con diagnóstico confirmado por laboratorio, sin antecedentes de alteraciones hematológicas previas. Se realizó un muestreo no probabilístico de casos consecutivos. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS V.25, a las variables cuantitativas se les calculó media, mediana con rango Intercuartílico, valores mínimo y máximo; a las cualitativas se les calcularon frecuencias absolutas, proporciones y porcentajes.

Resultados. Se revisaron 30 historias clínicas; 3 fueron excluidas por ausencia de datos. La media de edad fue 36 años; el 55,6% (15) correspondió al sexo masculino. En cuanto al manejo hospitalario el 66,7% (18) lo requirió en algún momento del estudio. El 59,3% (16) tenían carga viral detectable. Los antecedentes infecciosos más frecuentes fueron Hepatitis B y tuberculosis, ambos 14,8% (4). Según la clasificación inmunológica 18,5% (5) tenían estadio 1, 14,8% (4) estadio 2 y 59,2% (16) estadio 3. El 66,7% (18) de los pacientes recibió algún antimicrobiano. Las alteraciones hematológicas más frecuentes fueron anemia, eosinopenia e hipocromía 51,9%; 48,1% y 18,5%, respectivamente.

Conclusiones. El VIH es una enfermedad que afecta múltiples sistemas, entre ellos el hematológico, afectando diferentes parámetros del hemoleucograma. Sin embargo, estas alteraciones no pueden atribuirse únicamente a una causa, porque están asociado factores como medicamentos antirretrovirales, antibióticos, comorbilidades y la misma infección por VIH.

I-54**MORTALIDAD EN PACIENTES CON VIH/SIDA ATENDIDOS EN UNA INSTITUCIÓN DE SALUD PÚBLICA DE TERCER NIVEL DE COMPLEJIDAD EN EL DISTRITO DE BARRANQUILLA 2016 – 2017**

MR. MONTENEGRO POLO, RY MAESTRE SERRANO, IJ ZULUAGA DELEÓN.

Barranquilla, Colombia.

Introducción. La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), representa un problema de salud pública a nivel mundial. La identificación de las características sociodemográficas y clínicas que llevan a los pacientes afectados por esta patología a complicarse y fallecer es de gran importancia, ya que puede influenciar en diagnóstico temprano, seguimiento, tratamiento de los pacientes y de esta manera cambiar el pronóstico de la enfermedad. Objetivo: Caracterizar aspectos demográficos, paraclínicos y clínicos de los pacientes que fallecieron con VIH/SIDA en una institución pública de tercer nivel de complejidad del Distrito de Barranquilla durante los años 2016-2017.

Diseño y métodos. Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo realizado en una institución de salud pública de tercer nivel de complejidad del Distrito de Barranquilla, años 2016-2017

Resultados. Se encontraron 83 pacientes, de los cuales 44 se registraron en el año 2016 y 39 en el 2017, la mayoría de estos pacientes eran hombres, menores de 59 años; en el 73,5% de los sujetos analizados, el diagnóstico se realizó 6 meses antes del fallecimiento; 28,6% se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica fue la comorbilidad más frecuente y entre las infecciosas se encontró la sífilis. En el 83.1% de los pacientes fallecidos, la infección fue la causa de muerte, siendo las más frecuentes de origen respiratorio 40,6%, gastrointestinal 27.5% y neurológico 21,7%.

Conclusiones. La principal causa de muerte en pacientes con diagnóstico VIH/SIDA, durante la revisión realizada en una institución pública de tercer nivel de complejidad del Distrito de Barranquilla, 2016-2017, fue de origen infeccioso, siendo más frecuente en hombres entre los 36-59 años y mujeres entre los 18-35 años; diagnosticados en la mayor proporción de los casos por enfermedades definitivas de SIDA, en los seis meses previos a la muerte y con valores de CD4 inferiores a 200cél/mm³ así como carga viral >100.000copias, sin tratamiento antirretroviral y del régimen subsidiado.

I-55**EVALUACION DE LAS ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH -SIDA EN UN HOSPITAL DE CUARTO NIVEL BUCARAMANGA – COLOMBIA**

K.S. RODRÍGUEZ DÍAZ, J.E. LÓPEZ ALDANA L.G. URIBE RODRÍGUEZ, A. HINESTROSA. A. VEGA.

Hospital Universitario de Santander. Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros. Bucaramanga, Colombia.

Introducción. La criptococosis cerebral y/o meníngea es una de las formas más comunes de afectación del sistema nervioso central (SNC) en pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Representa del 10 al 20% de todas las muertes relacionadas con el VIH. Múltiples estudios han demostrado variación en las tasas de mortalidad y efectos adversos con los esquemas de tratamiento disponibles. **Objetivo** Describir la respuesta terapéutica y los efectos adversos de los regímenes utilizados para el tratamiento de la Criptococosis en SNC (CSNC), presencia de comorbilidad, hipertensión endocraneana y desenlace final.

Diseño y métodos. Estudio descriptivo de cohorte prospectiva, pacientes adultos (>18 años) que ingresaron Los Comuneros Hospital Universitario de Bucaramanga, con diagnóstico previo o de novo de infección por VIH y fueron diagnosticados con CSNC, entre enero del año 2014 hasta junio del 2018. Fueron tratados el grupo A: Anfotericina B deoxicolato, el grupo B: Anfotericina B deoxicolato más fluconazol y el grupo C: Anfotericina B más flucitosina. Se analizó el tiempo de negativización del cultivo de LCR, la mortalidad, la presencia de comorbilidad y efectos adversos presentados durante el tratamiento.

Resultados. Fueron incluidos 14 pacientes. La mortalidad global fue del 50%; en cada grupo combinado se observó una mortalidad del 60%. La monoterapia presentó menor mortalidad (25%) y mejor tasa de aclaramiento del LCR. La terapia combinada con Fluconazol presentó mayores efectos adversos.

Conclusiones. En nuestro estudio los pacientes que recibieron solo Anfotericina B presentaron mejor desenlace en mortalidad y menores efectos adversos, en contraposición con la terapia dual con Fluconazol. Se presentó una mortalidad del 50%, comparable con otros regionales. La suma de comorbilidad oportunista en SNC y/o en cualquier sistema, la persistencia del cultivo positivo de LCR, la falta de manejo de la presión de apertura de LCR, son factores relacionados con mortalidad en nuestros pacientes.

I-56**INFECCIÓN URINARIA POR ACHROMOBACTER XYLOSOXIDANS EN PACIENTE HOSPITALIZADO**

GÓMEZ AYALA JAIME ALBERTO, ARENAS PINZÓN MARÍA ALEJANDRA, VALSANGIACOMO AVENDAÑO STEFANO.

Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB - FOSCAL/FOSCAL Internacional, Fundación Clínica. Floridablanca, Colombia.

Introducción. El *Achromobacter xylosoxidans* es un bacilo aeróbico gram negativo, multidrogo-resistente, que habita en algunos ambientes acuáticos (líquidos intravenosos, humidificadores de agua, antisépticos, fluidos de hemodiálisis, entre otros), suelos húmedos y plantas. Su incidencia y prevalencia reales son desconocidas; los datos disponibles provienen de contados reportes de casos, y estudios retrospectivos; no hay datos epidemiológicos disponibles en Colombia. Se estiman < 0,2/1.000 casos por admisiones hospitalarias. Las infecciones por éste patógeno son raras y se han tornado especialmente frecuentes a nivel hospitalario en los últimos años; hay predominancia por la población masculina. Suelen presentarse en coinfección. Han sido reportadas como causantes de bacteriemias, endocarditis, meningitis, neumonía, peritonitis, y muy inusualmente, infección urinaria (sólo 9 casos reportados). Predomina en individuos inmunocomprometidos, especialmente con neoplasias hematológicas o sólidas malignas; otro factor predisponente es la diabetes mellitus. El objetivo del presente es dar a conocer un patógeno multidrogoresistente cada vez más relacionado con infecciones hospitalarias.

Diseño y métodos. Presentación del caso.

Resultados. Se expone el caso de un hombre de 93 años, captado en Floridablanca, Santander, sin antecedentes, con clínica de diarrea sin sangre, cólico abdominal y pérdida no cuantificada de peso, quien ingresa para hemicolecotomía derecha por hallazgo de tumor de colon transversal en la TAC de abdomen contrastada. Hospitalizado en UCI requiere reintervención quirúrgica, con hallazgo de peritonitis; debuta con deterioro de su estado de consciencia y disnea. Los estudios documentan neumonía en la radiografía de tórax, con cultivo bronquial positivo para *P. aeruginosa* y *K. pneumoniae*, bacteriemia por *P. mirabilis* en hemocultivo, e infección urinaria por *A. xylosoxidans* multidrogoresistente en el urocultivo. Presenta evolución tórpida, y fallece.

Conclusiones. En relación con la literatura se reporta el primer caso descrito en Colombia de infección urinaria por *A. xylosoxidans*, en asociación a factores de riesgo usuales como neoplasia sólida maligna, sexo masculino, y en coinfección con otros patógenos.

I-57**NEUROSÍFILIS MENINGOVASCULAR: LA INFECCIÓN PREVALECIENTE**

MORENO USECHE LUIS DAVID, VALSANGIACOMO AVENDAÑO STEFANO, MORENO DÍAZ DIEGO AUGUSTO, SANABRIA PEÑA CLAUDIA LILIANA, PEREA BAUTISTA RAPHAEL AYRTON.

Servicio de Hospitalización de Medicina Interna, Sala Hombres, Hospital Universitario de Santander-HUS, Universidad Industrial de Santander-UIS. Bucaramanga, Colombia.

Introducción. La neurosífilis (NS) es la invasión del *T. pallidum* en el sistema nervioso central. En los Ángeles, California, entre 2001 y 2004 se encontró una tasa del 2,1% en infectados por VIH y 0,6% en los no infectados; en Países Bajos se estimó entre 1999 y 2010 una incidencia anual promedio de 0,45/100.000 habitantes. Dado que en Colombia no es de notificación obligatoria, no se dispone de datos epidemiológicos. La NS puede presentarse en cualquier momento posterior a la infección inicial; afecta principalmente las meninges y el LCR. Se clasifica en: i) temprana (más frecuente): neurosífilis asintomática, meníngea y meningovascular; y ii) tardía: parálisis general progresiva, tabes dorsal y gomas; éstas son excepcionales en la era antibiótica actual. El presente tiene como objetivo resaltar la importancia de descartar la neurosífilis durante el abordaje de déficits neurológicos agudos.

Diseño y métodos. Presentación del caso.

Resultados. Se expone el caso de un hombre de 45 años captado en Bucaramanga, Colombia, sin antecedentes, quien consulta por cefalea occipital aguda, acompañada de pérdida progresiva de fuerza motora en hemicuerpo izquierdo. Al examen físico con signos vitales normales y hemiparesia izquierda 1/5. Se obtienen VDRL sérico reactivo 2048 DIL, VIH positivo y punción lumbar con LCR con pleocitosis linfocitaria, hipogluorraquia, hiperproteíorraquia, VDRL no reactivo, PCR toxoplasma negativo, FTA-ABS negativo y anticuerpos *Criptococo* negativos. RNM cerebral con hallazgo de lesiones focales isquémicas subagudas.

Conclusiones. En individuos sin antecedentes, especialmente jóvenes, y sin factores de riesgo cardiovasculares, debe considerarse la neurosífilis como causa de déficit neurológico agudo.

I-58**SHOCK SÉPTICO FULMINANTE SECUNDARIO A ARTRITIS SÉPTICA POR S. AUREUS: MÁS ALLÁ DE LAS APARIENCIAS**

HERNÁNDEZ JARAMILLO LAURA LISSETH, VALSANGIACOMO AVENDAÑO STEFANO, CAÑAS TORRES EDWARD ERNESTO, QUINTERO DÍAZ LINA MARCELA, SANDOVAL MARTÍNEZ DIANA KATHERINE.

Servicio de Urgencias. Clínica Chicamocha S.A. Bucaramanga, Colombia.

Introducción. La artritis séptica (AS) es la infección aguda de la membrana sinovial que provoca la destrucción del cartílago articular; causada por *Staphylococcus aureus* hasta en un 76% de los casos. La rodilla es la articulación más afectada hasta en un 50% de los casos. La incidencia promedio anual de AS es de 20/100.000 habitantes en poblaciones vulnerables; *S. aureus* meticilino resistente (MRSA) se detecta hasta en el 8% de los casos. La incidencia mundial anual de bacteriemia por *S. aureus* es de 10 - 30/100.000 habitantes; por MRSA se estima en Canadá una incidencia anual de 7,4/100.000 habitantes. El presente tiene como objetivo exponer cómo en ausencia de heridas visibles se podría producir una AS, y que debe sospecharse ésta incluso sin la clínica habitual.

Diseño y métodos. Presentación del caso.

Resultados. Se presenta un masculino de 15 años de edad, sin antecedentes, quien consulta por dolor y limitación en rodilla izquierda producto de trauma sin lesiones cutáneas; al examen físico con edema ligero, deambulación tolerada; radiografía sin fractura; recibe analgesia y corticoide (dexametasona); valorado por ortopedia, sin signos de AS y egresado con manejo sintomático. Reconsulta en malas condiciones generales, falla ventilatoria, hipoxemia y acidosis respiratoria en gasometría arterial, signos de hipoperfusión, moteado hasta región subesternal, hipotensión; se intuba, e inician antibiótico y vasopresores, TAC tórax contrastada muestra múltiples imágenes hiperdensas generalizadas en pulmón; fallece a pesar de maniobras de reanimación en cuidados intensivos. La autopsia evidenció embolismo séptico multiorgánico secundario a artritis séptica de rodilla izquierda por *S. aureus*.

Conclusiones. La mayoría de artritis sépticas son adquiridas por vía hematógena, pero en éste caso se podría haber producido por un traumatismo sin herida; como factor precipitante se propone que el uso de corticoides podría haber modulado la inflamación de la infección, lo que llevó a un subdiagnóstico.

I-59**VASCULITIS CEREBRAL SECUNDARIA A MENINGOENCEFALITIS CRIPTOCÓCICA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: UN CASO INUSUAL**

MORENO USECHE LUIS DAVID, VALSANGIACOMO AVENDAÑO STEFANO, MORENO DÍAZ DIEGO AUGUSTO, SANABRIA PEÑA CLAUDIA LILIANA, PEREA BAUTISTA RAPHAEL AYRTON.

Servicio de Hospitalización de Medicina Interna, Sala Hombres, Hospital Universitario de Santander-HUS. Universidad Industrial de Santander-UIS. Bucaramanga, Colombia.

Introducción. La Criptococosis es una de las infecciones fúngicas invasivas más frecuentes. La meningitis criptococcica es la principal forma de presentación extrapulmonar; raramente produce encefalitis o meningoencefalitis; excepcionalmente ocasiona vasculitis cerebral. Predomina en individuos inmunocomprometidos, especialmente con VIH/SIDA; sin embargo, la afectación en individuos inmunocompetentes ha estado en ascenso durante los últimos 20 años en Latinoamérica, especialmente en Colombia. Se estima en Colombia una incidencia anual de 3.300/1.000.000 habitantes en individuos con VIH y de 2,4/1.000.000 habitantes en la población general. El presente tiene como objetivo resaltar la importancia de descartar esta infección incluso en pacientes inmunocompetentes, dado el aumento paulatino de la endemia en nuestro medio.

Diseño y métodos. Presentación del caso.

Resultados. Se expone el caso de un hombre de 26 años captado en Bucaramanga, Colombia, sin antecedentes, con clínica de cefalea global, otalgia bilateral, náuseas, vómitos y ataxia; al examen físico signos vitales normales, hemiparesia izquierda 3/5, afasia motora y parálisis facial izquierda. Punción lumbar con LCR incoloro, transparente, glóbulos blancos 294 x mm³, segmentados 70%, glucosa 11,2 mg/dl, proteínas 247,9 mg/dl, presión de apertura 18 cm H₂O, criptococo, sífilis, tuberculosis y gram negativos. VIH negativo. Tinta china de hemocultivos y cultivo para gérmenes comunes de LCR positivos para *C. neoformans*. RNM cerebral contrastada con focos hemorrágicos en ganglios basales. Se inicia manejo con anfotericina B y flucitosina con escasa mejoría; a la fecha con evolución estacionaria.

Conclusiones. Se presenta un caso excepcional dado el compromiso meningoencefálico, y en ausencia de hipertensión endocraneana; además asociado a vasculitis cerebral lo que conlleva a secuelas neurológicas importantes.

I-60**PERICARDITIS TUBERCULOSA: BICHO MALO NUNCA MUERE**

MORENO USECHE LUIS DAVID, VALSANGIACOMO AVENDAÑO STEFANO, MORENO DÍAZ DIEGO AUGUSTO, SANABRIA PEÑA CLAUDIA LILIANA, PEREA BAUTISTA RAPHAEL AYRTON.

Servicio de Hospitalización de Medicina Interna, Hospital Universitario de Santander-HUS. Universidad Industrial de Santander-UIS. Bucaramanga, Colombia.

Introducción. La tuberculosis continúa con cabida en la actualidad a pesar de muchos esfuerzos. En el año 2016 se estimó una incidencia anual de 10/100.000 habitantes en países primermundistas; con una incidencia anual de 150-500/100.000 habitantes en países subdesarrollados. La tuberculosis es responsable del 5,5% de las pericarditis en países primermundistas; mientras que en países subdesarrollados es la primera causa. El diagnóstico “definitivo” de pericarditis tuberculosa parte de la demostración de bacilos tuberculosos en líquido y biopsia pericárdicas; el diagnóstico “probable” parte de la demostración de tuberculosis en otra parte en presencia de pericarditis inexplicable, exudado pericárdico linfocitario con ADA elevada, y/o mejoría con manejo antituberculoso. El presente tiene como objetivo señalar la morbimortalidad que representa una tuberculosis pericárdica.

Diseño y métodos. Presentación del caso

Resultados. Se expone un hombre de 66 años captado en Bucaramanga, Santander, sin antecedentes de importancia, con clínica de 4 meses de disnea en reposo, diaforesis nocturnas, pérdida de peso no cuantificada, y tos expectorante intermitente; ingurgitación yugular y ruidos cardíacos velados al examen físico; tensión arterial normal. Le realizan ecocardiograma que reporta derrame pericárdico severo (800 cc) por lo que llevan a pericardiectomía con drenaje y biopsia pericárdicas. La biopsia reporta inflamación granulomatosa crónica caseificante con tinción ZN negativa. El hallazgo de infiltrados miliares en lóbulos superiores en TAC de tórax con Combe positivo, sugieren una tuberculosis pulmonar, y por ende una probable pericarditis tuberculosa. Dada la mejoría posdrenaje pericárdico, el paciente egresa con manejo antituberculoso. No se obtuvo citoquímico y ADA de líquido pericárdicos por ausencia de reactivo en la institución tratante. Resultado de cultivo mycobacterium pendiente. Baciloscopias y genexpert negativos.

Conclusiones. En ausencia de resultados de citoquímico y ADA, se presenta una probable tuberculosis pericárdica, dado que es la primera causa de pericarditis en países subdesarrollados, y según los hallazgos sugestivos de tuberculosis pulmonar.

I-61**EL DEBUT DEL VIH COMO TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA.
REPORTE DE CASO**

LOTERO CADAVID ANDRÉS FELIPE , THORRENS JOSE GREGORIO.

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

Introducción. *El desarrollo de trombo embolia venosa (TVP) en pacientes con infección por virus de inmunodeficiencia humana.*

Diseño y métodos. *Presentación del caso.*

Resultados. *Paciente masculino de 21 años quien ingresa por dolor y edema súbito en miembro inferior. Se realiza estudios imagenológicos (Doppler venoso de miembros inferiores) en donde se documenta TVP extensa. Se documento infección con virus de inmunodeficiencia humana como condición predisponente.*

Conclusiones. *El presente es un caso donde se puede apreciar y observar la asociación de eventos trombóticos (como lo es la TVP) en pacientes con diagnostico de infección por virus del VIH secundario a una deficiencia de proteínas envueltas en la cascada de la coagulación (proteína S y proteína C), disminución de la síntesis a nivel endotelial y el daño a nivel de los hepatocitos y otros factores de riesgo asociados, que no se evidencian en la población general.*

I-62**CARACTERIZACIÓN DE PACIENTES CON INFECCIÓN DE VÍAS URINARIAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DE UN HOSPITAL DE BOGOTÁ EN EL 2015**

W.G CHÁVES, L.O MARTÍNEZ ARIAS, M CANO QUINTERO, J.F BUITRAGO BOHÓRQUEZ

Fundación Universitaria Ciencias de la Salud- FUCS. Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. La infección de vías urinarias es una de las primeras causas de tención en el servicio de urgencias, por ende la caracterización de estos pacientes para la toma de decisiones, es importante. El inicio del tratamiento antibiótico empírico, guiado por factores de riesgo y el posterior ajuste antibiótico, se podrían traducir en reducción de los tiempos de hospitalización y disminución de la mortalidad. Objetivos: Caracterizar a los pacientes con infección de las vías urinarias diagnosticados en el servicio de urgencias, su tratamiento antibiótico y desenlace.

Diseño y métodos. Cohorte descriptiva retrospectiva. Se revisaron 624 historias clínicas seleccionadas a partir del código CIE-10. Se tuvo en cuenta los factores demográficos, los clínicos y los relacionados con el tratamiento antibiótico incluyendo la resistencia. El análisis de los datos se realizó, con STATA 13.

Resultados. La frecuencia de IVU fue mayor en mujeres. Menos del 1 % de los pacientes, cursaron con pielonefritis y el 3 % cursaron con sepsis de origen urinario. El antecedente de cirugía urológica, la infección de vías urinarias recurrente y el uso previo de betalactámico fueron los factores de riesgo más frecuentemente encontrados. Al evaluar los tiempos del inicio del tratamiento menos del 30 % se inició tratamiento en la primera hora, en el 48,89 % en las siguientes 6 horas. De los 170 urocultivos realizados el 61 % fueron positivos con aislamiento de *E.coli* como germen más frecuente. Por otro lado los antibióticos que con mayor frecuencia se utilizaron fueron las cefalosporinas.

Conclusiones. La IVU predomina en el sexo femenino, adultos mayores en este último grupo probablemente por patologías concomitantes. Las betalactamasas (BLEE y BLEA) fueron los principales mecanismos de resistencia especialmente para *E.Coli*. En el servicio de urgencias la utilización de los factores de riesgo del paciente para guiar el tratamiento antibiótico fue baja.

I-63**CONSTRUCCIÓN Y VALIDACIÓN DE UN SISTEMA DE Puntuación PARA EL RECONOCIMIENTO DE PACIENTES ONCOLÓGICOS CON RIESGO DE INFECCIÓN POR ENTEROBACTERIAS PRODUCTORAS DE BETALACTAMASAS DE ESPECTRO EXTENDIDO**

A.J. MARTÍNEZ-VALENCIA, B.J. GÓMEZ MARTÍNEZ, A. MONTAÑEZ, K. GARCIA, R. SÁNCHEZ PEDRAZA, S.I CUERVO MALDONADO, L.P JIMÉNEZ CETINA, J. C GÓMEZ RINCÓN.

Departamento de Medicina Interna, Universidad Nacional de Colombia. Grupo de Infectología, Instituto Nacional de Cancerología E.S.E. Bogotá, D.C., Colombia.

Introducción. Las infecciones por Enterobacterias resistentes son cada vez más frecuentes y ocurren de manera más importante en pacientes con cáncer. Objetivo: desarrollar y validar un sistema de puntuación para identificar pacientes oncológicos del Instituto Nacional de Cancerología (INC) portadores de Enterobacterias productoras de de betalactamasas de espectro extendido (BLEE).

Diseño y métodos. Análisis retrospectivo de 1695 pacientes. La fase de Derivación incluyó 710 pacientes oncológicos hospitalizados entre 2013 y 2015, Casos con aislamiento BLEE (n=265), Controles sin BLEE pareados por mes y sala de hospitalización (n=445). Se desarrollo un puntaje crudo y ponderado mediante regresión logística condicional basado en variables independientemente asociadas con el desenlace. El modelo se validó en una Cohorte (n=985) de pacientes oncológicos entre 2016 y 2017.

Resultados. Los puntajes se basaron en ocho variables (reportadas con Odds Ratio e intervalo de confianza del 95%): Hospitalización ≥ 7 días (5,39 [2,46 – 11,80]), Hospitalización durante los 12 meses previos (4,87 [2,99 – 7,93]), Terapia inmunosupresora durante los 3 meses previos (2,97 [1,44– 6,08]), Neutropenia (1,90 [1,12 – 3,24]), Exposición a Betalactámicos durante el mes previo (1,61 [1,06 – 2,42]), Dispositivos invasivos al momento del cultivo (catéter venoso central, catéter de diálisis, drenes quirúrgicos, sonda vesical, nefrostomía, sonda nasogástrica) (1,51 [1,012 – 2,25]), Neoplasia en remisión (2,78 [1,25 – 6,17]) , No quimioterapia durante los 3 meses previos (1,90 [1,22 – 2,97]). El modelo demostró una aceptable capacidad discriminadora en la población de Derivación pero pobre en la Cohorte de Validación (Curva de Característica Operativa del Receptor: 0.68 y 0.55 respectivamente).

Conclusiones. La población oncológica tiene alta prevalencia de factores de riesgo para infección por gérmenes BLEE. El sistema de puntuación no discriminó de manera satisfactoria a los pacientes portadores de Enterobacterias BLEE. En población de alto riesgo se debe buscar otra estrategia para la identificación de pacientes con infección por gérmenes resistentes.

I-64**MELIOIDOSIS, ENFERMEDAD EMERGENTE EN LATINOAMERICA, ANALISIS DE UNA SERIE DE CASOS EN UN HOSPITAL DEL ORIENTE COLOMBIANO**

RODRÍGUEZ DÍAZ KAREN SULAY, LÓPEZ ALDANA JAIRO ENRIQUE, URIBE RODRÍGUEZ LUIS GUILLERMO, VEGA AGUSTIN.

Hospital Universitario de Santander, Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros. Bucaramanga, Colombia.

Introducción. La melioidosis es una enfermedad de difícil diagnóstico, un retraso, puede ser fatal con una mortalidad cerca del 10-50%. Esta enfermedad, es endémica en Norte de Australia y noreste de Tailandia. En Colombia a la fecha se han reportado 11 casos en la región centro oeste, ninguno de ellos en Santander, Norte de Santander o los llanos orientales, el presente artículo reporta 3 casos documentados por primera vez en estas regiones. Objetivo. Describir la serie de los primeros casos reportados en Santander, Norte de Santander, Llanos orientales- Colombia

Diseño y métodos. Serie de casos.

Resultados. El primer caso, ganadero de 68 años, de Ocaña Norte de Santander, presentó Melioidosis, con choque séptico y falla multiorgánica, manejo con Meropenem + TMP/SMX, sin embargo, paciente fallece. Segundo caso, 43 años, proveniente de Cimitarra Santander, cursó con melioidosis con bacteriemia persistente por *Burkholderia spp*, foco urinario con Pielonefritis, completó 6 semanas con Meropenem+TMP/SMX, el paciente presentó una recuperación completa. El tercer caso paciente de 73 años, deterioro neurológico cursó con bacteriemia y meningitis con aislamiento de *Burkholderia pseudomallei*, se comentaron 21 días de manejo con TMP/SMX +Meropenem, el paciente presentó recuperación completa.

Discusión. Los tres casos en su forma bacteriémica, dos de ellos con choque séptico, falla multiorgánica y compromiso genitourinario. Estos pacientes sin antecedentes de viajes fuera de sus regiones, lo que presume un establecimiento previo de la bacteria en estas zonas.

Conclusiones. Los factores de riesgo, la presentación clínica y las características medioambientales son similares a los casos reportados en la literatura. Sin embargo, este es el primer reporte de casos en el oriente colombiano, donde la variabilidad en la presentación clínica, el bajo nivel de sospecha de la enfermedad, la dificultad para la tipificación de la bacteria y la rápida progresión hacia desenlaces fatales, sugieren un subdiagnóstico y subregistro de esta enfermedad.

I-65**NEUMONÍA VARICELOSA EN UN PACIENTE CON LINFOMA B DIFUSO DE CÉLULAS GRANDES****SEBASTIÁN ROJAS PAVA.***Universidad del Rosario. Bogotá, D.C., Colombia.*

Introducción. La varicela es la forma de presentación habitual de la primoinfección por el virus Varicela-Zoster. Se trata de una infección generalmente benigna, propia de niños menores de 10 años (máxima incidencia entre los 2 y los 8 años). Sin embargo, en la edad adulta (5% de los casos) puede adquirir una notable gravedad debido a complicaciones neurológicas, hematológicas y respiratorias. Entre sus complicaciones, la neumonía es la más común y la que presenta mayor gravedad, recogiéndose una mortalidad en el adulto sano, del 10 al 30%, incrementándose este porcentaje en el caso de los pacientes inmunocomprometidos. En la mayor parte de los casos la neumonía varicelosa incide por encima de los 20 años, alcanzando la máxima frecuencia entre la segunda y la quinta década de la vida.

Diseño y métodos. Presentación del caso.

Resultados. Paciente de 25 años de edad con antecedente de linfoma B difuso de células grandes en estadio IIa en manejo quimioterapéutico quien consulta por cuadro clínico de 4 días de evolución consistente en fiebre cuantificada hasta 39°C asociada a lesiones ampollosas en pliegues de miembros superiores y espalda además de tos seca y odinofagia, niega otra sintomatología. Como antecedente de importancia tiene historia de varicela a los 5 años. Al examen físico de ingreso se describen múltiples lesiones papulares y pustulosas 3 a 10mm algunas con necrosis central y otras con vesículas periféricas, no dolorosas a la palpación en tórax, espalda y miembros superiores. Paraclínicos de ingreso con pancitopenia y TACAR con nódulos múltiples en el parénquima pulmonar con diámetros entre 4 y 8 mm de contornos irregulares con halo de vidrio esmerilado perilesional que sugiere reactivación por virus varicela con manifestación neumónica en el contexto de paciente con biopsia cutánea compatible con infección por virus varicela zoster.

Conclusiones. La neumonía varicelosa constituye la complicación más grave y frecuente en la edad adulta, con una mortalidad variable según las series, pudiendo ser en el adulto sano de hasta el 30% y aún mayor en los pacientes inmunodeprimidos. Puede cursar desde formas asintomáticas hasta formas con insuficiencia respiratoria severa.