

Infectología

Infectology

I-1

INFECCIÓN POR MYCOBACTERIUM AVIUM EN PACIENTE CON VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA: REPORTE DE CASO

REYES-VILLAMIZAR DAVID LEONARDO, AYALA-GUTIERREZ MARIA CAMILA, AMAYA-MUÑOZ MARIA CAMILA, LORA-MANTILLA ALVARO JOSE, CADENA-SANABRIA MIGUEL OSWALDO, CAMACHO-LOPEZ PAUL ANTHONY

Fundación Oftalmológica de Santander. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. La infección por micobacterias afecta a pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Se presenta una mujer VIH+ de 33 años, remitida por persistencia de síntomas gastrointestinales y constitucionales, pese a la adecuada respuesta clínica al manejo con terapia antirretroviral (TAR), con diagnóstico final de infección por el complejo *Mycobacterium Avium* (MAC).

Presentación del caso. Mujer de 33 años, con diagnóstico de VIH estadio B3, presentó síntomas gastrointestinales, fiebre y pérdida de peso inexplicada (33kg). Tras iniciar TAR, experimentó mejoría, pero persistieron síntomas, razón por la cual se hospitalizó en tercer nivel. Paraclínicos de ingreso evidenciaron anemia leve, elevación de lactato deshidrogenasa y fosfatasa alcalina; Body TAC con infiltrados micronodulares en el pulmón, hepatoesplenomegalia y adenopatías, los cuales sugirieron infección oportunista. Finalmente, tras biopsias ganglionares que evidenciaron coloración Ziehl-Neelsen positiva y cultivo para *Mycobacterium tuberculosis* negativo, se inició tratamiento empírico para MAC intracelular, resultando en una respuesta positiva. La paciente fue dada de alta con posterior confirmación del agente causal.

Discusión. Las micobacterias no tuberculosas están en aumento, impactando tanto a personas inmunocompetentes como inmunocomprometidas. En este caso se diagnosticó infección por MAC con compromiso pulmonar en un paciente inmunodeprimido, si bien la infección por MAC es frecuente en este grupo de pacientes, su forma de presentación suele ser extrapulmonar, siendo la forma pulmonar extremadamente rara. Son pocos los casos reportados en la literatura Colombiana, lo que limita la caracterización precisa de esta infección.

I-2

INFECCIÓN POR VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA COMO DESENCADENANTE DE POLIAUTOINMUNIDAD: UNA COMBINACIÓN POCO FRECUENTE

AGUDELO-RAMÍREZ SANTIAGO, MARTÍNEZ-JIMÉNEZ LAURA ALEXANDRA, RECALDE-REYES JULIA, VELASCO-MALAGÓN SERGIO

Universidad Nacional de Colombia, Hospital Universitario Santa Clara. Clínica Nueva el Lago. Bogotá, D. C. (Colombia)

Introducción. La terapia antirretroviral (TARV) ha aumentado la supervivencia de las personas que tienen infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). La restauración del sistema inmune puede desenmascarar la aparición de enfermedades inmunomediadas. La aparición de tres o más enfermedades autoinmunes se denomina poliautoinmunidad. Se presenta un caso de asociación de VIH y la presencia de poliautoinmunidad.

Presentación del caso. Mujer de 44 años con antecedente de infección por VIH (2013) recibiendo TARV (carga viral indetectable, CD4 > 200) que se presenta con cuadro de edema en miembros inferiores, disnea y dolor torácico. Al examen físico se evidenció esclerodermia, Raynaud, telangiectasias y facies de Mauthner, con estudios compatibles para esclerosis sistémica (SSc) variante cutánea limitada (ANA: 1/2560 patrón centromérico, anti SCL 70 negativo, Anticentromero 1/2560 AC-1 homogéneo reactivo, AC-21 citoplasmático regular), hipertensión pulmonar precapilar severa (HTP) (RVP 11 uW, GTP 67 mmHg, GD 31 mmHg PCAP: 12 mmHg)). De igual manera artralgias inflamatorias, con anticuerpos anticitrulinas 391 U/ml, Factor reumatoideo 8192 UI/ml y erosiones radiológicas cumpliendo criterios de artritis reumatoide. Se evidenció sedimento urinario inflamatorio persistente por lo que se indicó biopsia renal con evidencia de nefritis lúpica clase IV y anti DNA positivo (1/640) cumpliendo criterios de Lupus eritematoso sistémico).

Se definió manejo inmunomodulador con antimalárico, micofenolato, terapia con sildenafil y macitentan con adecuada respuesta y tolerancia.

Discusión. En personas con VIH que reciben TARV, la restauración de respuesta inmune principalmente por linfocitos T CD4 + puede poner en manifiesto enfermedades autoinmunes. La asociación de VIH y SSc es poco frecuente, con pocos casos descritos. La suma de VIH y poliautoinmunidad con LES, AR, y SSc hace este caso una combinación muy poco frecuente y su interacción podría limitar la severidad de presentación siendo la inmunodeficiencia un atenuante de las manifestaciones inflamatorias.

I-3

SÍFILIS: IMITADORA DE ENFERMEDAD INDIFERENCIADA DEL TEJIDO CONECTIVO

PÉREZ CAMILA, MONCADA PABLO, CEDEÑO MARÍA

Hospital Fundación Valle del Lili. Cali (Colombia)

Introducción. La sífilis en cualquiera de sus estadios puede manifestarse con síntomas articulares, musculoesqueléticos y oftalmológicos que imitan otras patologías incluyendo las inmunoreumatológicas. A pesar de ser una enfermedad ampliamente conocida, el diagnóstico requiere un alto nivel de sospecha clínica.

Caso clínico. Mujer de 53 años en control por reumatología por enfermedad indiferenciada del tejido conectivo. Exámenes con ANAS 1:160 patrón moteado, ENAS negativos, complemento normal, factor reumatoideo y péptido citrulinado negativos. Pruebas infecciosas de herpes, Epstein Barr y VIH negativos. Tras 1 año persistencia de sintomatología inició con disminución de agudeza visual en ojo derecho, inyección conjuntival y fotofobia asociado a cefalea intermitente. Examen oftalmológico con uveítis anterior granulomatosa y no granulomatosa en ojo derecho e izquierdo respectivamente sugestivo de sífilis, por lo que se realizó prueba TP-TPA positiva y RPR reactiva en 128 diluciones, se realizó punción lumbar con VRDL positiva haciendo diagnóstico de neurosífilis.

Discusión. La sífilis tiene afectación multisistémica que incluye piel, sistema cardiovascular y nervioso central. Esta paciente con uveítis bilateral hizo sospechar infección activa por sífilis confirmada por serología. El compromiso ocular de esta infección se presenta como uveítis anterior que puede ser leve y asintomática en 5-10% de los casos, produce reacción inflamatoria posterior, intermedia, anterior, uni o bilateral, granulomatosa o no granulomatosa y puede presentarse en cualquier etapa de la infección. En retrospectiva, la paciente cursaba con mas de 1 año de evolución de síntomas musculoesquelético y articulares, esto es una presentación inusual y rara vez sospechada, presentaba ANAS positivos los cuales en el 10% de los casos son falsos positivos por infecciones activas. Un tercio del estadio secundario puede desarrollar síntomas musculoesqueléticos por lo cual debe descartarse antes de realizar otros diagnósticos reumatológicos. En este caso, la paciente se encontraba en un estadio terciario por compromiso en sistema nervioso central por lo cual recibió antibiótico endovenoso con resolución completa de los síntomas articulares, constitucionales y oftálmicos replanteándose el diagnóstico de enfermedad indiferenciada del tejido conectivo.

I-4**SÍNDROME DE WATERHOUSE EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR COVID 19. DESCRIPCIÓN DE UNA RARA ASOCIACIÓN CLÍNICA**

CAPACHO-QUINTANA DAVID LEONARDO, THERAN JUAN SEBASTIÁN, GÓMEZ-AYALA JAIME, DULCEY-SARMIENTO LUIS ANDRÉS

Universidad Autónoma de Bucaramanga, Fundación Clínica. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. El síndrome de Waterhouse-Friderichsen es un cuadro de necrohemorragia de las glándulas suprarrenales en el curso de una enfermedad infecciosa grave, que se caracteriza por choque séptico con falla orgánica múltiple. Se presenta un caso clínico del desarrollo del síndrome de Waterhouse-Friderichsen tras la infección por SARS-CoV-2 en un paciente con múltiples comorbilidades.

Caso clínico. Paciente de 57 años, hospitalizado en contexto de “Neumonía intersticial viral grave. Amiloidosis suprarrenal AA secundaria. Insuficiencia suprarrenal aguda”. Ingresó por picos febriles con temperatura máximo de 38,2°C. La tomografía computarizada de los órganos del tórax mostró signos de neumonía intersticial viral bilateral (el porcentaje de daño pulmonar fue del 85%). El diagnóstico de COVID-19 se basó en una prueba de reacción en cadena de la polimerasa positiva realizada en hisopos nasofaríngeos. La presión arterial era de 90/50 mm Hg, el dímero D de 1000 ng/ml (los valores normales no superaban los 200 ng/ml). A pesar del tratamiento, el paciente falleció. La autopsia reveló distelectasia, membranas hialinas, edema intraalveolar en los pulmones y depósito de masas amiloides, focos de necrosis de la capa cortical y hemorragia en las glándulas suprarrenales. Se encontraron signos de síndrome de coagulación intravascular diseminada.

Discusión. El síndrome de Waterhouse-Friderichsen es una enfermedad rara, más común en niños que en adultos, datos sobre su prevalencia e incidencia son escasos. En más del 90% de los casos son debidos a agentes infecciosos. La clínica inicial es de fiebre elevada, súbita y persistente, asociándose a un cuadro de sepsis grave, así como datos de insuficiencia suprarrenal. El tratamiento indicado es antibiótico de amplio espectro, esteroides y manejo de choque. La peculiaridad del caso es el desarrollo del síndrome de Waterhouse por COVID-19, siendo muy escasas las descripciones al respecto de esta asociación.

I-5

ENFERMEDAD DE ALMEIDA, UNA MICOSIS INFRECUENTE EN EL SUR COLOMBIANO

PUENTES MARÍA ELCY, TORO JHONATAN, PERDOMO DANIELA,
PAYA ANYI LORENA

Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Neiva (Colombia)

Introducción. El diagnóstico de enfermedades infecciosas en pacientes con trasplante renal plantea un desafío clínico significativo debido a la amplia gama de posibles agentes patógenos y la presentación atípica de los síntomas.

Presentación del caso. Masculino de 31 años con trasplante renal de donante cadavérico hace seis años en manejo con prednisona, micofenolato de mofetilo y tacrolimus XL. Consulta por cuadro de seis meses consistente en síndrome constitucional y tos no productiva; tomografía de tórax con múltiples nódulos de diferentes tamaños (mayor de 16 mm), algunas de distribución subpleural y con vaso nutricional, ecocardiograma transesofágico sin evidencia de vegetaciones, serología de *Toxoplasmosis*, *Epstein-Barr* y *Citomegalovirus* negativos, antígeno para *Aspergillus*, PCR para *Mycobacterium tuberculosis*, panel de PCR múltiple para neumonía negativos y antígeno para histoplasmosis en orina positivo; con reporte histopatológico de levaduras grandes con engrosamiento de la cápsula y formas multigemantes con aspecto en “rueda de timón de barco” consistentes con *Paracoccidioidomycosis*. Se inicia itraconazol, sin embargo, presenta lesión renal aguda KDIGO 2 con aumento en los niveles séricos de tacrolimus ajustando manejo a TMP-SMX por doce meses con mejoría clínica.

Discusión. El diagnóstico diferencial de nódulos pulmonares en pacientes inmunosupresos incluye infecciones, procesos inflamatorios y neoplasias. Los estudios microbiológicos como pruebas de PCR múltiple son fundamentales para identificar patógenos oportunistas, sin embargo, existen reacciones cruzadas que pueden presentarse como el antígeno urinario para *Histoplasma*, con positividad para *Blastomyces*, *Coccidioides* y *Paracoccidioides*; por ello debe considerarse la realización de estudio histopatológico para confirmar el diagnóstico. Teniendo en cuenta además, que en este tipo de pacientes debe considerarse las interacciones farmacológicas con los inmunosupresores teniendo un control estrecho de sus niveles séricos, seguimiento de azoados para ajuste de tratamiento siendo una alternativa el uso de las sulfas como en el presente caso para el manejo de las micosis.

I-6

MASA PULMONAR SECUNDARIA A LA INFECCIÓN POR BURKHOLDERIA CEPACIA EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, MANIFESTACIÓN CLÍNICA INUSUAL

SEQUEA D., ARIAS A., PRADA M., DIAZ A., VARGAS A.

Fundación Oftalmológica de Santander (FOSCAL). Floridablanca (Colombia)

Introducción. La *Burkholderia cepacia* (BC) es un patógeno gram negativo conocido por su alta resistencia antimicrobiana, causante de infecciones pulmonares en pacientes con fibrosis quística, enfermedad granulomatosa crónica y aquellos con inmunodeficiencias más comúnmente. Sólo se han notificado unos pocos casos de infecciones adquiridas en la comunidad debidas a BC en personas inmunocompetentes, presentamos el caso de una adulta joven sin antecedentes quien presentó una masa pulmonar como consecuencia de la infección por este microorganismo.

Presentación de caso clínico. Femenina de 37 años, sin antecedentes patológicos conocidos, trabajadora de la salud, quien consultó por cuadro de tos crónica y dolor torácico de tipo pleurítico de un año de evolución. Al ingreso se realizó radiografía de tórax identificando lesión mal definida en lóbulo superior del pulmón derecho, hemograma con leucocitosis leve y neutrofilia, por lo que se complementaron estudios con tomografía de tórax revelando una lesión sólida con múltiples cavidades. Se solicitó concepto por cirugía de tórax quienes consideran realizar lobectomía y limpieza ganglionar mediastinal, encontrando masa cavitada e inflamatoria en el lóbulo superior derecho. Se identificó BC en los cultivos, lo que llevó a un tratamiento con piperacilina tazobactam y trimetoprim sulfametoxazol guiado por infectología con adecuada respuesta clínica.

Discusión. La infección por BC en pacientes sin patología pulmonar estructural o antecedente de inmunocompromiso es realmente infrecuente, con apenas 3 casos reportados en la literatura, sin embargo no se había descrito previamente con un curso subagudo y con esta presentación clínica y radiológica inusual similar a la de una neoplasia pulmonar. A pesar de esto, la paciente presentó una evolución clínica satisfactoria posterior a recibir abordaje quirúrgico y finalizar su manejo antimicrobiano.

I-7

DESCRIPCIÓN DEL PRIMER CASO DE TOMINXOSIS PULMONAR EN LOS ANDES SURAMERICANOS Y SU ABORDAJE CLÍNICO

LÓPEZ-RODRÍGUEZ MARIANA, GOMEZ-AYALA JAIME, MORENO SERGIO, MEDINA DUMAR ELIAIKYS, HERNÁNDEZ EMIL, JIMÉNEZ MIGUEL, PARADA- JAIMES ANGELY

Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. La tominxosis es una nematodosis-zoonosis presentada con trastornos graves del tracto respiratorio y es una enfermedad humana rara. Actualmente, sólo se dispone de unas pocas publicaciones que describen casos clínicos de esta enfermedad.

Propósito del estudio. El objetivo es utilizar el ejemplo de un caso clínico de identificación de tominxosis en un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica para mostrar el problema de diagnosticar la tominxosis pulmonar en un paciente con enfermedades pulmonares concomitantes.

Material y métodos. Se realizó un examen completo, se identificaron las características del curso clínico y la prestación de atención médica a un hombre de la sexta década con tominxosis en el hospital universitario de los Andes en Mérida, Venezuela durante 2018.

Resultados y Discusión. Un ejemplo clínico muestra los enfoques de diagnóstico y tratamiento de un paciente con enfermedad pulmonar obstructiva crónica y enfisema, complicado con tominxosis. Con los previos resultados del paciente, podemos concluir que no hay cambios en la bioquímica de la sangre, orina ni cambios visibles en la radiografía de tórax, espirografía y otras pruebas, a pesar de la adición de una nueva infección a las enfermedades pulmonares crónicas. El diagnóstico de “tominxosis” se realizó cuando se detectaron huevos de *Tominx aerophilus* en el esputo.

Conclusiones. La tominxosis es una de las helmintiasis raramente diagnosticadas. Este raro caso clínico de tominxosis muestra el difícil diagnóstico de tominxosis en presencia de antecedentes de EPOC, y a pesar de la rareza de la tominxosis humana, no se debe excluir la helmintiasis pulmonar en pacientes, especialmente con un perfil pulmonar concomitante.

Palabras clave. tominxosis pulmonar, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfisema

I-8

INFECCIÓN BACTERIANA TRANSMITIDA POR TRANSFUSIÓN DE CONCENTRADO PLAQUETARIO: REPORTE DE CASO

TÍJARO VIVIANA, MARTÍNEZ JUAN

Clínica Universitaria Colombia. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. El 20% de las personas transfundidas pueden presentar reacciones adversas, siendo la fiebre la reacción más frecuente, la cual requiere un abordaje etiológico con diagnósticos diferenciales como el síndrome febril no hemolítico, hemólisis aguda, respuesta injerto contra huésped e infecciones del torrente sanguíneo; esta última, tiene una baja prevalencia (2%); sin embargo, se asocia a una mortalidad del 50%, generando un reto temprano de diagnóstico y tratamiento.

Presentación del caso. Paciente de 23 años con antecedente de Bernard Soulier, quien consultó por clínica de una semana de adinamia y epistaxis relacionados a trombocitopenia severa, por lo cual se indicó transfusión con filtro desleucocitador. Durante el procedimiento presentó fiebre y episodios eméticos; ante el escenario de una reacción febril transfusional, se suspendió el procedimiento, se dio manejo antipirético y se informó al banco de sangre; sin embargo, por persistencia de los síntomas y escalofrío, se sospechó bacteriemia, se tomaron hemocultivos de la paciente y de la unidad de plaquetas y se inició terapia antimicrobiana empírica. A los cinco días de incubación, se tipificó *Staphylococcus Aureus* meticilino sensible en cultivos de la paciente y de la unidad, lo cual configuró una imputabilidad de caso definitivo para infección asociada a la transfusión, se dirigió la terapia con Oxacilina durante 14 días y se descartaron siembras en otros órganos o endocarditis. Los hemocultivos a las 72 horas fueron negativos, presentó evolución favorable por lo cual se dio egreso. A nivel institucional se realizó la trazabilidad del caso por el comité de hemovigilancia y la secretaría de salud.

Discusión. La infección bacteriana transmitida por transfusión tiene una baja prevalencia (2%), convirtiéndose en un reto diagnóstico ante su severidad y altas tasas de mortalidad; en el caso expuesto se logró una identificación temprana e instauración del tratamiento oportuna lo cual generó un impacto en la evolución y pronóstico de la paciente.

I-9**PREVALENCIA DE INFECCIONES POR STAPHYLOCOCCUS AUREUS RESISTENTE A LA METICILINA EN ADULTOS LATINOAMERICANOS: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA**

URRIAGO-OSORIO GUSTAVO ANDRÉS, RUIZ-JIMÉNEZ PAOLA ANDREA, MILLAN-OÑATE JOSE, RIVAS GIOVANNA, PRIETO-ALVARADO DIEGO ENRIQUE, LOZADA-RAMOS HEILER, DAZA-ARANA JORGE ENRIQUE

Universidad Santiago de Cali, Clínica de Occidente S.A., Grupo Salud y Movimiento. Santiago de Cali (Colombia)

Introducción. Staphylococcus aureus, un patógeno gram positivo, reconocido por su capacidad para causar diferentes tipos de infecciones. La resistencia a la meticilina en Staphylococcus aureus (SARM) representa un desafío significativo en el tratamiento de estas infecciones. En Latinoamérica, la prevalencia de SARM ha mostrado variaciones significativas entre los países, por lo que la falta de una revisión sistemática que compile y analice datos sobre la prevalencia de SARM en adultos. Se busca llenar este vacío crítico en la literatura, proporcionando una visión comprensiva y actualizada sobre la prevalencia de SARM en adultos en América Latina además de los factores de riesgo asociados a mortalidad.

Método. Se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo las directrices de la guía PRISMA. Realizamos una búsqueda en las siguientes bases de datos bibliográficas electrónicas: LILACS, Pubmed, Scopus, Scielo, Sciencedirect, Taylor and Francis, web of science. Artículos publicados entre los años 2002 - 2023. Estrategias de búsquedas basadas términos MeSH: “Adults”, “Prevalence”, “Incidence”, “Methicillin-resistant Staphylococcus aureus”, “Staphylococcus aureus”, “Infections”. Se encontraron 46.585 estudios, se eliminaron duplicados y se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión; incluyendo un total de 24 estudios.

Resultados. Se encontraron estudios de 8 diferentes países latinoamericanos donde se determinó una prevalencia de SARM entre 6,6% y el 92,8% con una gran heterogeneidad Inter estudios desde diferentes contextos clínicos y demográficos, además se documentaron factores de riesgo asociado a mortalidad por S. Aureus como Infección por SARM, Estancia previa en la unidad de cuidados intensivos, Neumonía asociada a ventilador, Presencia de gen sea.

Conclusión. Este análisis resalta la significativa variabilidad en la prevalencia de SAMR en Latinoamérica, subrayando la necesidad de enfoques adaptados regionalmente para la prevención y el control de SAMR. La revisión también pone de relieve la importancia de metodologías estandarizadas para la comparación precisa entre estudios y regiones.

I-10

SÍFILIS MENINGOVASCULAR: REPORTE DE UN CASO

TERÁN SANDRA, LUNA DANIEL, RUIZ CARLOS

Hospital Universidad del Norte. Soledad (Colombia)

Introducción. La neurosífilis (NS) ocurre en un 10% de los pacientes con sífilis, y su espectro clínico varía dado que puede afectar todos los componentes del sistema nervioso. Una de sus presentaciones es la sífilis meningovascular (SMV), la cual es una causa poco frecuente de accidente cerebrovascular isquémico (ACV).

Presentación del caso. Paciente masculino de 46 años, con antecedente de trastorno afectivo bipolar (TAB) (2022) y ACV (2024), ingresa por movimientos tonicoclónicos bilaterales de 5 minutos de duración, con posterior estado postictal sin recuperación de estado neurológico basal.

Dentro del abordaje integral de estatus epileptico, se realiza tomografía de cráneo con atrofia cortical parieto temporal; hemograma con leucocitosis; punción lumbar con presión de apertura normal, pleocitosis linfocítica, hipoglucorraquia e hiperproteorraquia. Se estudia neuroinfección con reporte de VDRL y FTA-ABS positivo en suero y líquido cefalorraquídeo (LCR); Film array de meningitis/encefalitis y VIH negativo.

Resonancia magnética (RMN) cerebral previa con infarto lacunar en putamen derecho y atrofia de lóbulos temporales e hipocampos no compatible con su edad (flecha blanca y roja), y RMN cerebral actual con hidrocefalia aguda supratentorial, signos de encefalitis temporoinsular y fronto parietal derecho (verde y azul). Se considera NS, iniciando penicilina cristalina, y por historia reciente de ACV en paciente joven y pródrómo de cambios en personalidad, expresión meningovascular.

Discusión. La SMV es una de las cuatro formas clínicas de NS, siendo hasta el 35%. Sus complicaciones son secundarias a la endarteritis obliterante inflamatoria, llevando a ACV principalmente en territorio de vaso mediano y grande, habitualmente en paciente joven. Pueden presentar síntomas prodrómicos como cefalea, insomnio y alteraciones del comportamiento. Se diagnostica correlacionando patrón clínico, hallazgos en LCR y cambios isquémicos en neuroimágenes.

I-11**HEPATITIS B AGUDA CON MANIFESTACIONES EXTRAHEPÁTICAS, A PROPÓSITO DE UN CASO**

**CHACÓN-PORRAS JUAN PABLO, POLO-TRUJILLO MAYRA
ALEJANDRA, FLÓREZ-PORTO JAIME**

Hospital Universidad del Norte. Soledad (Colombia)

Introducción. La infección por el Virus de la Hepatitis B (VHB) constituye un importante problema de salud pública a nivel mundial, afectando a aproximadamente 240 millones de personas, con una prevalencia variable según la región. Aunque el 70% de los casos agudos son asintomáticos, el restante se manifiesta con hepatitis icterica. Además, se han descrito manifestaciones extrahepáticas que afectan alrededor del 20% de los pacientes, abarcando diversos sistemas orgánicos.

Presentación del caso. Mujer de 40 años sin antecedentes médicos relevantes, quien consultó por la aparición de lesiones nodulares rojizas en ambos miembros inferiores, acompañadas de dolor urente y fiebre. Durante la revisión, también se identificaron artralgias inflamatorias en varias articulaciones. El examen físico reveló lesiones maculopapulares eritematopurpúricas en las extremidades inferiores, sinovitis articular y hallazgos hepáticos compatibles con hepatitis aguda por VHB. Una biopsia de piel confirmó la presencia de vasculitis leucocitoclástica.

El manejo consistió en la administración de entecavir, con una evolución clínica y paraclínica favorable, lo que permitió un seguimiento ambulatorio posterior.

Discusión. La discusión del caso resalta la importancia de reconocer las manifestaciones extrahepáticas de la hepatitis B, que pueden manifestarse incluso en el curso de la infección aguda. Estas manifestaciones, mediadas por hipersensibilidad inmunológica, incluyen vasculitis, glomerulonefritis y otros síndromes. Es fundamental abordar estas manifestaciones de manera temprana para prevenir complicaciones graves.

En conclusión, este caso ilustra la relevancia de considerar las manifestaciones extrahepáticas de la hepatitis B en el diagnóstico y manejo clínico de los pacientes, lo que puede contribuir a una atención más integral y a la prevención de posibles complicaciones.

I-12

SÍNDROME DE RAMSAY HUNT EN PACIENTE ADULTA JOVEN, REVISIÓN DE LA LITERATURA Y DESCRIPCIÓN DE UN CASO CLÍNICO ATÍPICO EN ESTE GRUPO ETARIO

DULCEY-SARMIENTO LUIS, PEÑA-ESTÉVEZ NATALY, OCHOA-MEJÍA MAUREN, VARGAS-ROJAS JORGE, CELIS-QUINTERO JUAN, CALA-ACELAS MARÍA, JAIMES-CARDOZO JHAN, FIGUEROA- GALINDO ISABELLA, GUTIÉRREZ-GRANADOS LAURA

Universidad Autónoma de Bucaramanga, Semillero de investigación de medicina interna. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. El síndrome de Ramsay Hunt es un tipo de herpes zoster agudo, que ocurre por la reactivación del virus varicela-zoster en el ganglio geniculado. Después de la exposición primaria a la varicela, el virus varicela-zoster permanece de por vida en el ganglio sensorial de los nervios espinal y craneal. La reactivación y replicación del virus de la varicela-zoster conduce a lesiones inflamatorias herpéticas desde el ganglio hasta los dermatomas asociados con el ganglio afectado. Por lo tanto, el síntoma característico del herpes zóster (culebrilla) es el dolor y la erupción en el dermatoma afectado. El herpes zóster afecta con mayor frecuencia al segmento torácico en el 59,2% de los casos. Se informa que la aparición de herpes zoster en la cabeza y el cuello representa hasta el 35% de los casos. El síndrome de Ramsay Hunt es uno de los casos más comunes de parálisis facial atraumática.

Presentación del caso. paciente femenina adulto joven con presencia de lesiones eritematosas a nivel de pabellón auricular izquierdo con alzas térmicas, a las 72 h presenta parálisis facial izquierda así como tinitus. Se consideró dar manejo ambulatorio con una combinación de aciclovir y prednisona, presentando una evolución clínica satisfactoria.

Discusión. El síndrome de Ramsay Hunt se produce por la reactivación del virus varicela-zoster en los nervios geniculados o faciales. Debido a las asociaciones anatómicas con otros nervios espinales craneales o cervicales, pueden presentarse diversas características clínicas, como tinnitus, pérdida de la audición, náuseas y vómitos, vértigo y nistagmo. Se recomienda el tratamiento combinado con agentes antivirales y esteroides para el tratamiento del síndrome de Ramsay Hunt. Además, el diagnóstico precoz del síndrome de Ramsay Hunt es un factor crucial para mejorar los nervios dañados.

I-13

BACTERIEMIA POR KOCURIA ROSEA CON MANIFESTACIÓN EMBÓLICAS EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

CUELLAR MARÍA, DELGADO MANUEL, FRANCO JAVIER, TORRES ALAN, VARGAS LINA, MORENO JULIÁN

LaCardio. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. *Kocuria rosea* es una bacteria coco gram positiva, aeróbica, no formadora de esporas, habitante normal de la flora de la piel y mucosas. Se considera saprófita, pero puede actuar como patógeno oportunista en pacientes inmunosuprimidos, causando infecciones asociadas a dispositivos. Se presenta un caso de un paciente inmunocompetente con fenómenos embólicos por *K. rosea* en tejidos blandos y profundos en Bogotá.

Presentación de caso. Paciente masculino de 43 años, presentó lesiones eritematosas dolorosas en pie y mano izquierdos durante 6 días se automedicó con antiinflamatorios intramuscular. Al ingreso, se evidenciaron lesiones eritematosas y colección en la muñeca derecha, con leucocitosis, elevación de reactantes de fase aguda e hiperferritinemia. Se inició manejo empírico con oxacilina. Los hemocultivos aislaron *Kocuria rosea*, por lo que se cambió a vancomicina. Se identifica colección laminar en músculo ilíaco derecho en la tomografía abdominal y ecocardiograma transesofágico negativo para vegetaciones. Con evolución favorable, negativización de hemocultivos y sin drenaje de colecciones, se indicó egreso con manejo antibiótico ambulatorio.

Discusión. Se presenta el caso de un paciente inmunocompetente con bacteriemia por *Kocuria rosea*, bacteria gram positiva de la flora tegumentaria humana capaz de generar infecciones, particularmente en inmunocomprometidos. Se presentó un fenómeno embólico con absceso de tejidos blandos y profundos, posiblemente asociado a la automedicación intramuscular previa. *Kocuria rosea* causa endocarditis, osteomielitis, mediastinitis y meningitis, con factores de riesgo como el uso de catéteres vasculares. El manejo se realizó con vancomicina, logrando resolución clínica y paraclínica, a pesar de no drenar las colecciones. Se resalta la importancia de la identificación adecuada, su diferenciación fenotípica y el uso de medios de cultivo apropiados para un tratamiento antibiótico dirigido y oportuno. La patogenia se asocia a la pérdida de integridad cutánea y la formación de biopelículas en dispositivos intravasculares. No hay datos epidemiológicos claros, pero se considera de baja mortalidad si se maneja adecuadamente.

I-14**HISTOPLASMOSIS GASTROINTESTINAL SECUNDARIA A INMUNOSUPRESIÓN POR TRASPLANTE RENAL: REPORTE DE CASO**

GÓMEZ-LAHITTON EDGAR DAVID, OSPINA-GALEANO DIANA CAROLINA, BARBOSA-SALAZAR ANGGIE NATHALIA, HERNÁNDEZ-SARMIENTO CARLOS JULIO

Fundación Oftalmológica de Santander - Carlos Ardila Lule (FOSCAL), Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB). Bucaramanga (Colombia)

Introducción. La histoplasmosis es una infección fúngica oportunista causada por el hongo *histoplasma capsulatum*, presentándose más en inmunodeprimidos y puede comprometer múltiples órganos. A continuación se presenta el caso de un paciente con histoplasmosis gastrointestinal que desarrolló una obstrucción intestinal.

Presentación de caso. Paciente masculino de 74 años con antecedente de trasplante renal de donante cadavérico en 2010 por enfermedad poliústica del adulto con cuadro clínico de 6 meses de pérdida de peso de 7 kg no intencional, astenia, adinamia y 3 días previos a la consulta cursó con deposiciones melénicas. Con paraclínicos que evidenciaron pancitopenia y lesión renal aguda KDIGO 2. Se realizó endoscopia de vías digestivas altas con documentación de úlceras esofágicas y antrales cubiertas con fibrina, y colonoscopia con hallazgo de lesión de aspecto infiltrativo en colon descendente comprometiendo el 100% de la circunferencia y el 90% de la luz. Se tomó biopsia de dicha lesión con hallazgos compatibles con *Histoplasma Capsulatum*, negativo para malignidad. Se realizó aspirado de médula ósea descartando infiltración a este nivel. Recibió Anfotericina B liposomal por 14 días con mejoría de las líneas celulares, pero al final del esquema presentó distensión abdominal y ausencia de ruidos intestinales diagnosticándose una obstrucción intestinal. Valorado por cirugía general quien ante el gran compromiso de la lesión realizó hemicolectomía izquierda. Se dio egreso hospitalario con indicación de Itraconazol a completar 12 meses.

Discusión. Pacientes inmunosuprimidos por trasplante de órganos sólidos se debe tener presente la temporalidad para identificar el agente etiológico, en nuestro caso llevaba 14 años, siendo el *histoplasma* un hongo prevalente.

I-15

PERITONITIS ASOCIADA A CATÉTER POR UN ENEMIGO INESPERADO

BENAVIDES JUAN, LINARES MÁXIMO

Clínica Universitaria Colombia. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La peritonitis asociada a la diálisis peritoneal (PDAP) representa una complicación prevalente de la diálisis peritoneal y constituye una causa primaria de fracaso técnico y mortalidad. La mayoría de las PDAP están causadas principalmente por bacterias. grampositivas representan aproximadamente el 45%-65%, las bacterias gramnegativas representan entre el 15% y hongos representan entre el 3% y el 5% mientras que las especies de *Neisseria* son raras.

Discusión. Presentamos el caso de un hombre de 42 años con antecedente de enfermedad renal crónica en diálisis peritoneal que consulta por un cuadro de dolor abdominal de inicio agudo asociado a signos de irritación peritoneal y taquicardia. El recambio de líquido peritoneal era claro, se descarto por tac de abdomen contrastado perforación visceral. Durante evolución el recambio de líquido se torna turbio por lo cual se indica toma de citoquímico y cultivo del mismo con inicio de cubrimiento antibiótico. El reporte del líquido es de características inflamatorias el cual confirma el diagnóstico de peritonitis asociada a catéter. En el citoquímico de control aumenta la cantidad de leucocitos considerando la posibilidad de refractariedad. Posteriormente se obtiene reporte de cultivo con crecimiento de *neisseria sicca* y se ajusta manejo antibiótico dirigido. Paciente logra evolucionar hacia la mejoría, con aclaramiento de líquido y citoquímico. En plan de ser llevado nuevamente a diálisis peritoneal.

Conclusión. *N. sicca* y *Neisseria mucosa* se consideran flora normal del tracto oral y respiratorio superior. En los casos en que peritonitis está causada por un organismo poco común, el tratamiento es basado en la literatura publicada o la consulta con infectólogo. Lo cual es de suma importancia para impactar en mortalidad y continuidad de la terapia por diálisis peritoneal.

I-16

HEMOFAGOCITOSIS LINFOHISTIOCÍTICA (HLH) SECUNDARIA A HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN UN PACIENTE CON VIH/SIDA: REPORTE DE CASO

NÚÑEZ-DELGADO HEYDA CECILIA, GOMEZ-FONTALVO CESAR ALFONSO, MOGOLLÓN-VARGAS JULIE MELISSA

Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. La hemofagocitosis linfocítica (HLH) es un trastorno grave y poco común, caracterizado por la activación descontrolada de macrófagos y linfocitos T resultando en la fagocitosis de células sanguíneas y la sobreproducción de citoquinas que conllevan a disfunción multiorgánica y potencial muerte sin tratamiento temprano.

Presentación de caso. Hombre de 22 años, con infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) estadio C3 (Carga viral: 1850861 copias - CD4: 4 células/mm³), con diagnóstico de histoplasmosis diseminada confirmada por biopsia de piel y aspirado de médula ósea. Completó fase de inducción con anfotericina B liposomal y se indicó egreso con itraconazol de mantenimiento, así como esquema antirretroviral sin adherencia al mismo. Tuvo dos reingresos hospitalarios por síndrome febril secundario a histoplasmosis diseminada no tratada, requiriendo nuevamente reinicio de esquema antifúngico. Reconsulta a los 3 meses de su último egreso, por choque séptico, se interrogó infección oportunista subtratada, reiniciándose nuevamente esquema antifúngico; no obstante, los laboratorios evidenciaron incremento de ferritina, pancitopenia, esplenomegalia, disfunción hepática y renal, hipertrigliceridemia e hipofibrinogenemia. Se consideró HLH, el cual se confirmó por la presencia de hemofagocitos en el mielograma. Se indicó monoterapia con esteroide según esquema HLH 94, asociado a reinicio de antirretroviral y continuidad de antifúngico, con ascenso rápido y progresivo de líneas celulares y normalización de la función orgánica.

Discusión. La HLH secundaria es una condición clínica con alta mortalidad en el paciente inmunosuprimido, principalmente por la clínica variable y la poca sospecha de la enfermedad. La elevación marcada de la ferritina, permitió un diagnóstico y tratamiento oportunos de la enfermedad, con un resultado favorable en este caso.

I-17**MENINGOENCEFALITIS POR TUBERCULOSIS SIN AFECTACIÓN PULMONAR****CARO-ANGULO MARÍA, ZUBIETA-RODRÍGUEZ RODRIGO, GÓMEZ-VALENCIA AURA***Hospital Departamental de Villavicencio. Villavicencio (Colombia)*

Introducción. La tuberculosis es una enfermedad con alta prevalencia en Colombia. El compromiso pulmonar es el más frecuente y solo 16.1% de los pacientes tiene compromiso extrapulmonar. La meningitis tuberculosa corresponde al 18.9% de los casos de tuberculosis extrapulmonar en pacientes sin VIH. Ha sido descrita como la forma más mortal e incapacitante de infección tuberculosa, siendo la población con mayor riesgo la edad infantil, personas con VIH y en estado de inmunosupresión. Clínicamente es característica la afectación de pares craneales, siendo los pares III y VI los más afectados. No es común el compromiso del sistema nervioso central sin el pulmonar. La tomografía de tórax presenta anormalidades en 2/3 de los pacientes con tuberculosis meníngea.

Presentación de caso. Mujer de 26 años, sin antecedentes médicos de importancia, consulta por cuadro de 4 días de episodios febriles acompañados de cefalea holocraneana intensa, emesis y somnolencia, no presentaba síntomas respiratorios ni pérdida de peso. Al examen físico de ingreso con rigidez nuchal y parálisis del sexto par bilateral, se realizó punción lumbar y el líquido cefalorraquídeo (LCR) mostró pleocitosis mononuclear, hiperproteínorraquia, glucosa y ADA normales, ante sospecha de tuberculosis meníngea se inició tratamiento antituberculoso empírico junto con corticoesteroides, se realizó prueba VIH negativa, RMN cerebral sin lesiones y tomografía de tórax sin compromiso pulmonar. Se obtuvo posteriormente reporte de PCR para micobacterias en LCR negativa, pero interferón gamma sérico positivo, lo cual apoyó el diagnóstico. La paciente presentó adecuada evolución clínica con el tratamiento instaurado, con mejoría de la parálisis del VI par, resolución de la fiebre y la cefalea.

Discusión. El diagnóstico de meningitis tuberculosa debe sospecharse en pacientes con LCR con pleocitosis mononuclear, proteínas elevadas e hipogluorraquia, hallazgos imagenológicos típicos de hidrocefalia, infartos periventriculares y tuberculomas cerebrales. El diagnóstico definitivo es desafiante por la baja especificidad de las pruebas y demora en reporte de cultivos. Una herramienta que ayuda al diagnóstico son las imágenes pulmonares con hallazgos de tuberculosis pulmonar. Se presenta caso de tuberculosis meníngea sin compromiso pulmonar.

I-18

DESENLACES CARDIOVASCULARES EN PACIENTES HOSPITALIZADOS POR COVID-19 EN HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN BUCARAMANGA

GARCÍA-LEÓN SUSAN JULIETT, RODRÍGUEZ-VALDIVIESO LUIS DAVID, CASTILLO-DÍAZ DARLYN DAYANA, FIGUEROA CLAUDIA LUCIA, RODRÍGUEZ-BURBANO LADY

Escuela de Medicina - Universidad Industrial de Santander, Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga (Colombia)

Introducción: entre las complicaciones graves por COVID-19 se han descrito los accidentes cerebrovasculares (ACV), el infarto agudo de miocardio (IAM) y la miocarditis. Estos desenlaces cardiovasculares se consideran de mal pronóstico, ya que estos pacientes requieren estancias hospitalarias prolongadas y tienen mayor morbi-mortalidad y secuelas. El objetivo es describir las características sociodemográficas, clínicas y desenlaces cardiovasculares en adultos hospitalizados por COVID-19 y su relación con variables independientes.

Diseño: estudio observacional analítico, longitudinal, de cohorte retrospectiva.

Métodos: se incluyeron 984 pacientes, mayores de 18 años, con prueba positiva para COVID-19, hospitalizados entre 1 de agosto de 2020 y 31 de agosto de 2021 en un hospital de III nivel en Bucaramanga. Se excluyeron embarazadas, pacientes con anemia severa <7 y con fragilidad severa. El análisis estadístico se realizó en STATA.

Resultados: 60,1% de la población eran hombres, con edad mediana de 59 años (RI 47-69), 39,3% tenían antecedente de hipertensión arterial (HTA) y 21,6% de diabetes mellitus tipo 2 (DM2). En los desenlaces cardiovasculares 1,6% presentaron ACV, 2,9% IAM y 2,2% miocarditis. Las variables sexo masculino ($p=0,013$) y edad entre 27 y 59 años ($p=0,00$) se relacionaron con desarrollo de miocarditis. Además, edad > 60 años ($p=0,00$) se relacionó con presentar IAM. No se encontró relación con las variables de obesidad, antecedente de DM2 ni vacunación.

Discusión y conclusiones: nuestros resultados concuerdan con los de Ammirati *et al.* que reportaron prevalencia de miocarditis entre 2,4-4,1 por cada 1000 pacientes hospitalizados por COVID-19, y los de Rothstein *et al.* que reportaron 2,4% de ACV en su población. Finalmente, estos hallazgos sugieren que la lesión cardíaca aguda es una complicación poco frecuente del COVID-19, que se relaciona con la edad y el género masculino, variables que se pueden identificar desde el ingreso para prever el desarrollo de futuras complicaciones.

I-19

USO EXTRAHOSPITALARIO DE MEDICAMENTOS EN PACIENTES CON COVID-19 PREVIO AL INGRESO A HOSPITAL DE TERCER NIVEL EN BUCARAMANGA

GARCÍA-LEÓN SUSAN JULIETT, CASTILLO-DIAZ DARLYN DAYANA, RODRÍGUEZ-VALDIVIESO LUIS DAVID, FIGUEROA CLAUDIA LUCIA, RODRÍGUEZ-BURBANO LADY

Escuela de Medicina - Universidad Industrial de Santander, Hospital Universitario de Santander. Bucaramanga. Santande (Colombia)

Introducción: durante la pandemia por COVID-19 se hizo frecuente el uso de diferentes medicamentos, principalmente antibióticos y corticoides en el contexto extrahospitalario, a pesar de que no existía evidencia que soportara su uso. En nuestro medio, no existen estudios que reporten el uso de medicamentos y sus desenlaces posteriores. En concordancia, el objetivo es describir el uso de medicamentos extrahospitalarios en pacientes con COVID-19 y su relación con desenlaces ventilatorios y mortalidad.

Diseño: estudio observacional analítico, longitudinal, de cohorte retrospectiva.

Métodos: se incluyeron 984 pacientes, mayores de 18 años, con prueba positiva para COVID-19, hospitalizados entre 1 de agosto de 2020 y 31 de agosto de 2021 en un hospital de III nivel en Bucaramanga. Se excluyeron embarazadas, pacientes con anemia severa <7 y con fragilidad severa. El análisis estadístico se realizó en STATA.

Resultados: 60,1% de la población eran hombres, con edad mediana de 59 años (RI 47-69). Al ingreso solo 13,43% reportaron uso extrahospitalario de dexametasona, 2,9% de prednisolona, 3,46% de ivermectina y 7,32% de azitromicina. El uso de azitromicina se relacionó con mortalidad a 1 semana ($p=0,013$) y necesidad de VM; así como el uso de dexametasona con necesidad de VM y mortalidad al egreso.

Discusión y conclusiones: el estudio de Kamel, *et al.* encontró que el uso de azitromicina en pacientes hospitalizados por COVID-19 no estuvo relacionado con mortalidad, ni con necesidad de VM o cambios en la duración de la estancia hospitalaria; datos diferentes a los encontrados en nuestro medio. En cuanto al uso de dexametasona, el estudio RECOVERY concluyó que sólo está indicada en pacientes con requerimiento de oxígeno. Nuestros hallazgos sugieren automedicación y desenlaces negativos asociados al uso de azitromicina y dexametasona extrahospitalaria; lo que apoya las recomendaciones actuales en el tratamiento de pacientes con COVID-19.

I-20**COLITIS POR CITOMEGALOVIRUS: PATRÓN ENDOSCÓPICO DE EMPEDRADO NODULAR, NO SIEMPRE ES LO QUE PARECE**

ARÉVALO-MOJICA CRISTIAN DAVID, MUÑOZ-SOLANO LINA MARCELA, VERA-POLANÍA FELIPE, GUALDRÓN-COLMENARES CRISTIAN FABIAN, GÓMEZ-ZULETA MARTIN ALONSO

Hospital Universitario Nacional, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La colitis por citomegalovirus (CMV), se asocia a inmunosupresión, pudiendo ocurrir en individuos inmunocompetentes con menor frecuencia y curso clínico asintomático, sus manifestaciones van desde dolor abdominal, hasta hemorragia digestiva severa haciendo que el diagnóstico sea más desafiante.

Se presenta el caso de una paciente con síntomas de diarrea crónica inflamatoria.

Presentación del caso. Se trata de paciente de 63 años, indígena Uwa (Colombia), con antecedentes de tuberculosis pulmonar y gastrointestinal en 2017. Describe 3 meses de evolución de deposiciones diarreicas intermitentes, 10 días previos al ingreso acompañadas de moco y sangre. Inicialmente recibe manejo antibiótico con ciprofloxacina sin respuesta con posterior deterioro hemodinámico. Dado el contexto epidemiológico se ampliaron estudios para identificar reinfección por tuberculosis gastrointestinal.

En los laboratorios destacó hipoalbuminemia (3.1 g/dL) PCR elevada (174 mg/L) leucocitosis $12.5 \times 10^9/L$, trombocitosis (513.000) y se descartó VIH. Formas parasitarias, Filmarray, toxinas de *Clostridiodes difficile*, Ziehl Nielsen y GeneXpert para *M.tuberculosis* en materia fecal fueron negativos, destacando en TAC de abdomen cambios sugestivos de enteritis y colitis, con hallazgos endoscópicos de patrón de empedrado nodular en colon transverso y descendente, con toma de biopsias reconociendo cambios citopáticos por CMV, con inmunohistoquímica confirmatoria. Tras el tratamiento presentó evolución clínica favorable.

Discusión. El colon es el segmento del tracto gastrointestinal más frecuentemente afectado por CMV. En el presente caso la clínica de diarrea inflamatoria crónica, los antecedentes y los datos endoscópicos fueron confusores diagnósticos. El patrón de empedrado nodular corresponde al aspecto generado cuando úlceras colónicas transversales y longitudinales conectadas dejan mucosa “sana” entre las lesiones, es un hallazgo frecuente en TBC intestinal y en enfermedad inflamatoria intestinal, siendo infrecuente en colitis por CMV. La colitis por CMV es difícil de diferenciar de enfermedad inflamatoria intestinal (EII) a nivel clínico y endoscópico requiriendo confirmación histológica.

I-21

FASCITIS NECROSANTE : CUANDO EL TIEMPO VALE ORO A PROPÓSITO DE UN CASO

LOPEZ-BOLAÑOS JUAN JOSE, FARFÁN-PLAZA ALEJANDRO, MONCAYO-ESPAÑA VALERIA

*Fundación Hospital San José de Buga. Buga (Colombia).
Universidad Javeriana Cali. Cali (Colombia)*

Introducción. La fascitis necrotizante (FN) representa una infección bacteriana poco frecuente, caracterizada por su rápida progresión y naturaleza a menudo agresiva, que conduce a una necrosis del tejido subcutáneo y la fascia. La pronta identificación de esta patología resulta crucial, dado que cualquier demora en el inicio de un tratamiento agresivo conlleva repercusiones adversas significativas en el desenlace clínico. Se presenta el caso de una paciente con fascitis necrotizante unilateral de miembro inferior, de evolución rápida a pesar del diagnóstico precoz y tratamiento específico instaurado.

Presentación del caso. Se presenta el caso de una mujer de 28 años que, tras una caída, sufrió una herida penetrante en el miembro inferior derecho. Consulta tres semanas después del evento. Al examen físico se observó herida profunda en el tercio distal del muslo derecho con salida de líquido serohemático, edema con limitación funcional, eritema y necrosis en las cara lateral y posterior del muslo. Al ingreso, presentó cifras tensionales con tendencia a la hipotensión y taquicardia. Paraclínicos reportaron anemia moderada, neutrofilia sin leucocitosis, PCR elevada y gases arteriales demostrando acidosis metabólica. Se sospechó fascitis necrotizante (FN), por lo fue llevada a fasciotomía de urgencia. Los hallazgos quirúrgicos revelaron necrosis cutánea y muscular extensa, se aislaron los siguientes agentes etiológicos: *Klebsiella pneumoniae*, *Staphylococcus aureus* y *Enterobacter complex*.

Discusión. La orientación hacia este cuadro puede resultar desafiante, especialmente en las variantes agudas y subagudas de la FN, dada su rápida evolución que limita la aparición de signos cutáneos típicos. La detección temprana es crucial para prevenir desenlaces catastróficos y reducir la morbimortalidad asociada a esta patología, mediante el reconocimiento y la intervención inmediata.

I-22**REACCIÓN PARADÓJICA AL TRATAMIENTO ANTITUBERCULOSO EN UN PACIENTE CON VIH: LA CLAVE ES NO PARAR****APARICIO DAVID, BENAVIDES JUAN***Clínica Universitaria Colombia. Bogotá, D.C. (Colombia)*

Introducción. La reacción paradójica al manejo antituberculoso es un empeoramiento del cuadro clínico posterior al inicio de la terapia, siendo poco frecuente y en escenarios críticos puede ser causante de interrupción del manejo, causando un aumento en la mortalidad. Presentamos un paciente con VIH de reciente diagnóstico, con choque séptico sin aislamiento microbiológico y documentación de tuberculosis pulmonar, presenta un deterioro al inicio del manejo con una rápida recuperación posterior sin más intervenciones.

Descripción del caso. Hombre de 24 años con VIH de reciente diagnóstico y adenopatías quien consulta por fiebre y síntomas constitucionales. En tomografía se evidencia patrón en árbol en gemación. Hay deterioro rápido con requerimiento de soporte vasopresor y ventilación mecánica. Se inicia cubrimiento antibiótico frente a gérmenes comunes y micobacterias, posteriormente es llevado a broncoscopia en donde se obtiene detección por pcr y cultivo de mycobacterium tuberculosis.

Posterior al inicio de manejo hay mejoría rápida con retiro de la ventilación pero después hubo nuevamente la necesidad de intubación, se concluye una reacción paradójica sin embargo paciente evoluciona hacia la mejoría sin necesidad de intervenciones adicionales, logrando el retiro de la ventilación.

Discusión. La reacción paradójica se define como un empeoramiento de la condición clínica/ imagenológica inicial posterior al inicio del tratamiento, es frecuente encontrarla en los pacientes inmunocompetentes (23%), en los paciente con vih con terapia antirretroviral (11%) y menos en aquellos sin terapia (7%). Presentar reacción se asocia con aumento en la mortalidad, identificarla es un reto diagnóstico ya que se debe tener la certeza de que no existe otra condición asociada que contribuya al deterioro, no se debe retirar el manejo, podrían usarse esteroides con resultados prometedores, sin embargo hasta hoy no hay evidencia clara.

I-23**MICOBACTERIOSIS PULMONAR POR MYCOBACTERIUM KANSASII EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE, A PROPÓSITO DE UN CASO**

ALBARRACIN-CARDENAS COSTANZA ISABEL, CONTRERAS-CONTRERAS NICOLAS, BERNAL-GARCÍA EDGAR AUGUSTO

*Fundación Oftalmológica de Santander- FOSCAL. Floridablanca (Colombia).
Universidad Autónoma de Bucaramanga UNAB. Bucaramanga (Colombia)*

Introducción. Las micobacteriosis son infrecuentes, menos virulentas y no se transmiten de persona a persona a excepción del *M. abscessus*, la manifestación pulmonar suele verse con más frecuencia en pacientes con enfermedad pulmonar preexistente. Presentamos un caso de micobacteriosis en paciente inmunocompetente, sin antecedentes patológicos, en contacto constante a abono orgánico como posible factor exposicional de riesgo a infección pulmonar por micobacterias no tuberculosas.

Presentación del caso. Hombre de 51 años, residente de Floridablanca/Santander, labora en empresa de producción de abono orgánico; debuto con 2 meses de síntomas respiratorios bajos, pérdida de 3kg de peso no intencionada, disnea progresiva a mínimos esfuerzos y dolor pleurítico con criodiaforesis. Estudios ambulatorios e intrahospitalarios para *mycobacterium tuberculosis* (MTB) en esputo y lavado broncoalveolar Negativos, al igual que los cultivos para gérmenes comunes y hongos, antígeno de *Aspergillus* y *Cryptococcus neoformans*, VIH y perfil reumatológico. TAC de tórax con bronquiectasias tubulares y patrón en árbol de gemación en lóbulo medio derecho, lóbulo y lóbulo inferior izquierdo. Finalmente cultivo en medio líquido para micobacterias positivo para *mycobacterium* (M.) *Kansassi*, se indicó manejo por 12 meses con Rifampicina, Etambutol y Azitromicina con mejoría de sintomatología en el control a los 3 meses de tratamiento.

Discusión. *M. Kansassi* es una bacteria de crecimiento rápido y esta descrita la infección por este agente en pacientes inmunocompetentes, predominantemente en aquellos con enfermedad estructural pulmonar primaria como fibrosis quística, EPOC, enfermedad reumatológica o inmunodeficiencia primaria, factores de riesgo ausentes en este paciente, por lo tanto los factores medio ambientales como la exposición a elementos del suelo como alto contenido de sodio y cobre presentes en el abono orgánico representa la causa más plausible de su Micobacteriosis pulmonar.

I-24

NEUMONÍA POR VARICELA EN PACIENTE ADULTO INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO

ARIAS-OSORIO CARLOS FELIPE, LOZADA-RAMOS HEILER, DAZA-ARANA JORGE ENRIQUE, OSORIO-TORO LUIS MIGUEL, BONILLA-BONILLA DIANA MARCELA

Universidad Santiago de Cali. Seccional Palmira (Colombia).

Universidad Santiago de Cali. Cali (Colombia).

Universidad de Santander UDES, Bucaramanga. Cali (Colombia)

Introducción. La varicela es una enfermedad propia de la infancia, la cual se caracteriza por ser autolimitada y benigna, sin embargo, esta patología también puede llegar a afectar población adulta con criterios de riesgo, generando en ellos una infección con múltiples complicaciones que comprometen el sistema nervioso central, el riñón, el sistema respiratorio y la piel. En adultos, una de las complicaciones más temidas de esta enfermedad es la neumonía por varicela, la cual tiene una incidencia de 1 por cada 400 pacientes con dicha patología, afectando principalmente a pacientes de sexo masculino, con antecedente de tabaquismo pesado y en condición de inmunosupresión, ya sea por una enfermedad de base como el VIH y el cáncer, por consumo de medicamentos, embarazo o enfermedad pulmonar de base.

Presentación de caso. Se presenta el reporte de caso de una paciente de 45 años con nexo epidemiológico de varicela, inmunocompetente, antecedente de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) y tabaquismo pesado, la cual presentó lesiones maculopapulares en piel que posteriormente evolucionaron a compromiso vesicular generalizado. Además, cursó con dificultad respiratoria y evidencia de infiltrados algodonosos en la radiografía de tórax, lo cual aunado al episodio de varicela, orientaron al diagnóstico de la principal complicación de esta infección viral, la neumonía por varicela, que se confirmó por prueba de Virus de Varicela Zoster PCR (VZV PCR), requiriendo manejo con antivirales y ventilación mecánica invasiva.

Discusión. La varicela se considera una enfermedad de la infancia generalmente benigna, sin embargo, su presentación en adultos puede tener un comportamiento agresivo, lo que conlleva a altas tasas de mortalidad, particularmente en pacientes de edad avanzada, inmunocomprometidos y fumadores. Aunque los individuos inmunocomprometidos son los de mayor riesgo, los inmunocompetentes también pueden padecerla, de allí la importancia de la implementación de la vacunación en la infancia y el control oportuno de aquellos factores de riesgo prevenibles.

Palabras clave. Varicela, virus varicela zoster, Neumonía, Neumonía viral (Fuente: DeCS).

I-25

PRESENTACIÓN ATÍPICA DE ERITEMA NODOSO EN PACIENTE CON INFECCIÓN POR ESTREPTOCOCO DEL GRUPO A

OSORIO-TORO LUIS MIGUEL, ORDOÑEZ-GUZMAN YESSICA ALEJANDRA, VERGARA- PORTOCARRERO MONICA LUCIA, QUINTANA-OSPINA JHON HERNEY, DAZA-ARANA JORGE ENRIQUE

Universidad Santiago de Cali, Clínica de Occidente S.A. Santiago de Cali (Colombia)

Introducción. El eritema nudoso es un patrón de reacción cutánea ante diversos agentes etiológicos. Estas incluyen infecciones, fármacos y otras enfermedades inflamatorias/granulomatosas. La mayoría de los casos son idiopáticos; Sin embargo, el eritema nudoso puede ser un signo de enfermedad sistémica.

Presentación del caso. Paciente de 22 años de edad, sin antecedentes relevantes, con cuadro clínico faringoamigdalitis bacteriana por estreptococo del grupo A, requirió manejo con penicilina benzatínica con buena evolución clínica, 5 días posterior a este cuadro presento aparición de lesiones a nivel pretibial izquierda y derecha de aspecto habón, induradas hiperpigmentadas, dolorosas a la palpación, asociado a dolor monoarticular migratorio en rodillas, tobillos y hombros. Se hace el diagnóstico de eritema nudoso, se da manejo con aines y esteroide con evolución satisfactoria del paciente.

Discusión. Es un trastorno caracterizado por la aparición de nódulos eritematosos o violáceos dolorosos en la piel y tejido adiposo subcutáneo, generalmente ubicado en la parte inferior de las extremidades bilateralmente.

El eritema nudoso se considera una respuesta de hipersensibilidad a una variedad de estímulos antigénicos. Se ha propuesto que puede ser el resultado de la formación de complejos inmunes y su depósito en las vénulas de los septos de la grasa subcutánea.

La enfermedad puede estar asociada con diversas afecciones infecciosas y no infecciosas. Los tratamientos recomendados con mayor frecuencia para el eritema nudoso no complicado incluyen reposo en cama, salicilatos y fármacos antiinflamatorios no esteroideos.

I-26

ABSCESO PULMONAR POR SALMONELLA EN PACIENTE VIH: UN DESAFÍO CLÍNICO

PÉREZ-MACHADO NATALIA, ORDOÑEZ-CARDALES JORGE ALBERTO

Clínica Universitaria Colombia, Bogotá D.C. (Colombia)

Introducción. La neumonía cavitada es una complicación seria pero poco frecuente en pacientes con VIH, siendo la Salmonella una de las menos comunes, con una incidencia de menos del 1% para infecciones pulmonares focales. Este patógeno intracelular requiere una inmunidad celular para su eliminación, lo que puede resultar desafiante en pacientes con VIH y otras condiciones predisponentes como enfermedades inflamatorias intestinales, malignidades y diabetes.

Aunque las causas más prevalentes de cavitación pulmonar en pacientes con VIH son Mycobacterium tuberculosis, Pneumocystis carinii, Pseudomonas aeruginosa y Staphylococcus aureus, la Salmonella puede provocar bacteriemia en hasta el 35% de los casos, especialmente en pacientes inmunocomprometidos o con enfermedades pulmonares subyacentes.

Presentación del caso. Se trata de un hombre de 28 años, diagnosticado con VIH en 2019 y bajo tratamiento antirretroviral desde hace dos meses con Tenofovir/Emtricitabina Dolutegravir, fue remitido al servicio de urgencias debido a síntomas de 1 mes de evolución como tos con expectoración hemoptoica, astenia, adinamia, pérdida de peso mas de 10 kg, con fiebre persistente hasta 40°C en los últimos 8 a 10 días. Contaba con estudios ambulatorios positivos para antígeno de criptococo en sangre 1: 640 diluciones sin clínica neurológica evidente .

El análisis mediante FilmArray para meningitis reveló la presencia de Cryptococcus neoformans/gattii considerando así una criptococosis meníngea .Dentro de sus estudios de extensión con hallazgos radiológicos sugestivos de lesión cavitada en el lóbulo inferior izquierdo con bronquiectasias y nódulos en árbol de gemación, lo que planteó la posibilidad de una coinfección bacteriana asociada o infección por micobacterias.

Mediante hemocultivos se aisló bacteriemia por Salmonella enterica, respaldando el diagnóstico de absceso pulmonar lo que llevó a realización de una fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar y confirmó el aislamiento de Salmonella enterica a nivel pulmonar y descartó infección por micobacterias.

El tratamiento incluyó anfotericina B liposomal y flucitosina para la criptococemia con compromiso meníngeo durante 14 días y fluconazol durante 8 semanas para la continuación del tratamiento: además ceftriaxona seguida de ciprofloxacina para la salmonelosis. El paciente presentó una evolución neurológica y respiratoria favorable.

Discusión. La presencia de neumonía cavitada por Salmonella en pacientes con VIH enfatiza la importancia de considerar esta bacteria como un agente potencial en la formación de abscesos pulmonares en este grupo de población inmunocomprometida. Este hallazgo resalta la necesidad de una evaluación exhaustiva para identificar adecuadamente la etiología bacteriana en inmunidad celular comprometida y garantizar un tratamiento dirigido y eficaz.

I-27**HEPATITIS AGUDA COLESTÁSICA POR SÍFILIS.
REPORTE DE CASO****MORENO-SOTO KAREN JULIANA, VALLEJO RAÚL***Hospital Universitario del Valle. Cali (Colombia)*

Introducción. La hepatitis por sífilis es una entidad no habitual subdiagnosticada con una incidencia de 0,25 - 38%. Se caracteriza por un patrón colestásico con elevación predominante de fosfatasa alcalina y un incremento ligero de bilirrubina y transaminasas. Puede acontecer en la fase secundaria o terciaria de la enfermedad debido a la diseminación hematológica de la espiroqueta hasta el hígado.

Descripción del caso. Paciente masculino de 23 años con cuadro clínico de 1 mes de evolución de dolor abdominal generalizado tipo cólico, intermitente, asociado ahora a aparición de exantema maculopapular no pruriginoso en miembros superiores, tórax y palmoplantar. Se realizó el diagnóstico por alteración de las enzimas hepáticas y la serología luética positiva y se descartó otras causas como hepatitis virales, autoinmune, por depósito, tóxica o farmacológica. Se indicó tratamiento con penicilina G benzatínica a dosis de 2,4 millones de unidades por vía intramuscular en dosis única con posterior disminución de títulos de RPR en el seguimiento.

Discusión. La hepatitis aguda por sífilis es una presentación infrecuente que representa un reto diagnóstico por su baja sospecha. El diagnóstico puede establecerse ante la alteración analítica hepática, la positividad de las pruebas serológicas y la mejoría tras el tratamiento antibiótico. La biopsia hepática no es imprescindible para el diagnóstico ya que presentará hallazgos no patognomónicos a excepción de la detección del *Treponema Pallidum* con el microscopio de campo oscuro en el parénquima hepático. El estar sensibilizados con el reconocer la sífilis como etiología de una hepatitis aguda inexplicada, permite un diagnóstico y tratamiento temprano, por consiguiente, reversibilidad del daño hepático y prevención de evolución a complicaciones graves.

I-28**TUBERCULOSIS CUTÁNEA CON MANIFESTACIÓN PERIANAL EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE EN FLORIDABLANCA, SANTANDER****CORZO MARIO, ALBARRACIN SEBASTIAN, ACOSTA CHRISTIAN, ARDILA ALEJANDRO, MÉRIDA PAULA***Clínica FOSCAL Internacional. Floridablanca (Colombia)*

Introducción. La tuberculosis (TBC) cutánea es un tipo de manifestación extrapulmonar, con variabilidad clínica que limita su diagnóstico inmediato, convirtiendo su abordaje en un reto. Ante lo anterior, presentamos un reporte de caso con posterior revisión de la literatura actual.

Presentación del caso. Paciente masculino de 82 años con antecedente de hipoacusia bilateral, procedente de región rural de Colombia. Hospitalizado por úlcera perianal crónica que se acompañó de clínica irritativa urinaria de larga data y cuadro sintomático respiratorio. Se realizaron estudios histopatológicos y moleculares de lesión perianal confirmando presencia de *Mycobacterium tuberculosis*. Además, cultivo en orina y PCR en esputo positiva para el mismo. Prueba rápida para VIH negativa. Se considero tuberculosis diseminada, con inicio de manejo intensivo con terapia tetra conjugada.

Discusión. La TBC cutánea representa entre el 1,5% al 3% de los casos de tuberculosis extrapulmonar. Algunos registros describen prevalencias desde 0,03% hasta 2%, dependientes de la frecuencia de TBC pulmonar, con edades promedio de 35 años, y predominio femenino. Los factores de riesgo más frecuentes son la TBC pulmonar activa, inmunosupresión adquirida por fármacos, VIH positivos, o bajo acceso a servicios sanitarios. Otros condicionantes estudiados son mutaciones en genes codificantes de IFN- γ , proteína STAT1 e IL-12, favoreciendo ciertos subtipos. Histopatológicamente las lesiones se clasifican en paucibacilar y multibacilar, de acuerdo a la carga microbiológica de la lesión. Otros elementos clasificatorios son la respuesta de hipersensibilidad, fuente de ingreso, y distribución corporal de las lesiones. Su compromiso diseminado se ha descrito para el patrón escrofuloderma y urogenital, siendo esta última más asociada a VIH. Por último, su diagnóstico se sostiene en la realización de biopsias cutáneas o de nódulos linfáticos, con pruebas complementarias como el ensayo sérico para interferón gamma. Su tratamiento es similar a las fases de manejo para TBC pulmonar.

I-29

PREVALENCIA Y CARACTERIZACIÓN DE LA ANEMIA EN LA POBLACIÓN INFECTADA CON EL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA EN UNA IPS DE IV NIVEL EN BOGOTÁ, COLOMBIA, EN EL AÑO 2023

BAQUERO GARY, RODRÍGUEZ MARIANA, LINARES MAXIMO, CRUZ VALENTINA, ISAZA IVAN, GALINDO CAMILA, LAGUADO CARLOS, CALDERÓN CARLOS

Universidad el Bosque, Hospital Santa Clara. Bogotá, D.C. (Colombia)

Introducción. La anemia debida a inflamación crónica y las infecciones oportunistas asociadas con el VIH tal como otras patologías inflamatorias crónicas pueden aumentar el riesgo de anemia hasta en un 50 al 60%. El objetivo del presente estudio es caracterizar la población con anemia e infección por VIH.

Metodología. Estudio descriptivo, pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de VIH quienes que requirieron tratamiento en el Hospital Santa Clara durante el año 2023, se excluyeron pacientes embarazadas con trasplante renal.

Resultados. Se recolectaron 177 pacientes, la prevalencia de anemia de los pacientes con VIH que tenían anemia fue del 52.8%, el grupo de anemia severa fue del 5.6%. En los pacientes con hb mayores de 13 g/dL se describió PCR mayor de 5 mg/dL en un 25,3%, en el grupo de hb 10-13 g/dL el 44,5% tenían PCR mayo de 5 mg/dl, el grupo de hb 8-9,9 g/dL el 34,6% tenían proteína C reactiva > 5 mg/dL, los pacientes con hb < 8 g/dl el 44,4% tienen PCR mayor de 5 mg/dL.

Conclusiones. Los pacientes con VIH que tienen anemia ferropénica, causado por un estado inflamatorio crónico. Cerca del 24% pacientes tenían anemia moderada a severa, por lo cual genera un peor estado general, con mayor carga viral y linfocitopenia. Por lo anterior, ante la atención integral de los pacientes se debe realizar medición de niveles de hemoglobina y perfil ferrocínético de los pacientes con VIH.

I-30**MENINGOENCEFALITIS POR LISTERIA ASOCIADA A
COINFECCIÓN POR COVID-19
A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**

**DULCEY LUIS ANDRÉS, THERAN JUAN SEBASTIÁN,
GÓMEZ JAIME ALBERTO, CARRILLO MAYLI, CASTAÑEDA
VALENTINA, MELO SHIRLY**

Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. Las infecciones por *Listeria monocytogenes* son muy difíciles de diagnosticar debido a su variedad de expresiones clínicas de acuerdo con la edad, sin embargo, esta bacteria intracelular facultativa es capaz de transmitirse a través ciertos alimentos, poniendo en peligro la vida de las personas que posean algún tipo de inmunosupresión. Recientemente, se han atribuido casos de sepsis y meningoencefalitis por listeriosis a un cuadro de coinfección por Coronavirus (COVID-19).

Reporte de Caso. Presentamos el caso de un hombre de 58 años quien permanece 32 días en la unidad de cuidados intensivos; ingresó a causa de un cuadro de COVID-19 manifestado en una neumonía polisegmentaria bilateral, posteriormente cursa con signos de sepsis y alteraciones neurológicas que llevaron al descubrimiento de Meningoencefalitis aguda por listeriosis secundaria con daño en el lóbulo temporal derecho y un Síndrome de Jackson focal interhemisférico junto a una hemorragia subaracnoidea, el seguimiento y tratamiento multidisciplinario con neurología, infectología y neurocirugía llevaron a su egreso en condiciones satisfactorias.

Discusión. Algunos estudios han demostrado que las complicaciones de *L. monocytogenes* pueden ocurrir en pacientes infectados con COVID-19 en el período agudo y post-COVID. Algunos virus como este y la inmunodepresión de los pacientes pueden representar un aumento significativo en la incidencia de neurolisteriosis.

Conclusiones. Los pacientes con inmunodepresión son susceptibles al desarrollo de meningoencefalitis por listeria. Este caso proporciona información que permite catalogar la presencia del desarrollo de infecciones mixtas de COVID-19 en el período agudo o post-COVID, como una ayuda la adecuada búsqueda diagnóstica y prescripción personalizada.

Palabras Clave. COVID-19; *Listeria monocytogenes*; Meningoencefalitis; Coinfección; Sepsis.

I-31

ENCEFALITIS TRANSMITIDA POR GARRAPATAS EN UN PACIENTE SURAMERICANO, DESCRIPCIÓN DE UN EVENTO ATÍPICO

DULCEY LUIS ANDRÉS, THERAN JUAN SEBASTIÁN, GÓMEZ JAIME ALBERTO, CARRILLO MAYLI, CASTAÑEDA VALENTINA, MELO SHIRLY

Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. La encefalitis aguda transmitida por garrapatas es una neuroinfección focal natural que tiene dos formas de presentación, aguda y crónica. Esta última, se desarrolla después de la regresión completa de la fase aguda, con el paso de algunos meses o años, cuando evolucionan los síndromes clínicos existentes de la lesión. Por este motivo, compartimos el caso de una forma atípica de la enfermedad.

Reporte de caso. Presentamos a un paciente masculino diagnosticado con una forma crónica de encefalitis transmitida por garrapatas, que enfermó gravemente, primero con síntomas cerebrales graves y temperatura elevada hasta 39°C, con posterior aparición de síntomas neurológicos como cambios sensoriales en rostro y lengua, diplopía, trastornos bulbares y de coordinación. Se destaca pronunciada atrofia de los músculos de extremidades y tronco, e incapacidad de sostener la cabeza de forma independiente. Progresa con un marcado deterioro neurológico que persiste a pesar del tratamiento de rehabilitación.

Discusión. Este caso es una presentación remitente-progresiva de la enfermedad. Llama la atención el rápido avance del cuadro, la corta edad del paciente y la presencia de síntomas neurológicos graves progresivos tras el primer episodio de exacerbación.

Conclusiones. Estamos ante una encefalitis progresiva transmitida por garrapatas de inicio agudo, progresión gradual de los síntomas neurológicos y agudización con empeoramiento importante del déficit motor y defecto funcional al año del inicio de la enfermedad. Este paciente requiere seguimiento a largo plazo.

Palabras clave. Encefalitis transmitida por garrapatas; Encefalitis viral.

I-32**COINFECCIÓN ASPERGILOSIS Y SARS-COV-2, ASÍ COMO SU EVOLUCIÓN Y PRONOSTICO A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO**

FONTECHA-PLAZA OSCAR DAVID, THERAN-LEON JUAN SEBASTIÁN, DULCEY-SARMIENTO LUIS ANDRÉS, GÓMEZ-AYALA JAIME ALBERTO, GARCÍA-DELGADO JULIÁN ANDRÉS

*Universidad autónoma de Bucaramanga, Universidad de Santander, Universidad industrial de Santander. Bucaramanga (Colombia).
Universidad de los Andes. Mérida (Venezuela)*

Introducción. Las infecciones respiratorias por hongos son la principal causa de muerte en pacientes inmunodeprimidos. Durante la pandemia de COVID-19, la aspergilosis pulmonar ha aumentado significativamente. Los pacientes con SDRA causado por infecciones virales son más propensos a esta enfermedad debido a la respuesta inflamatoria exacerbada y la hipoxia, que pueden causar inmunoparálisis. El daño al epitelio respiratorio facilita la invasión del *Aspergillus* y el uso de corticoides en el tratamiento del SDRA incrementa el riesgo de infección fúngica.

Diseño. Estudio observacional descriptivo, reporte de caso.

Métodos. Presentamos un caso confirmado de aspergilosis pulmonar invasiva fatal en un paciente de 65 años con diabetes y COVID-19 grave (ICD-10 U07.1). El paciente desarrolló neumonía polisegmentaria bilateral de etiología fúngica-bacteriana (*Klebsiella pneumoniae*) con necrosis y formación de una “bola fúngica” en el lóbulo inferior derecho y neumotórax. Se observó destrucción focal de septos interalveolares con cavidades llenas de detritos y neutrófilos segmentados, y proliferación de micelio fúngico. También se encontraron hifas de hongos en bronquios y vasos, indicando una infección subaguda.

Discusión. El voriconazol es el tratamiento preferido para la aspergilosis, superando la efectividad de la anfotericina B. Es crucial individualizar cada caso, especialmente en pacientes con riesgo de interacciones farmacológicas o daño hepático. El tratamiento dura entre 6 y 12 semanas a una dosis de 3 mg/kg/día. Con la efectividad del tratamiento médico, la intervención quirúrgica se vuelve menos necesaria y puede ser contraproducente para el pronóstico del paciente.

Conclusiones. La aspergilosis pulmonar asociada con COVID-19 es grave y mortal en pacientes inmunosuprimidos. El diagnóstico temprano es crucial. Las biopsias ayudan a diagnosticar y detectar la invasión del tejido. La investigación futura debe centrarse en diagnósticos eficaces y en determinar el estado inmunológico para personalizar la inmunoterapia.

I-33

ESPOROTRICOSIS LINFOCUTÁNEA: UNA INFECCIÓN MICÓTICA DE RIESGO OCUPACIONAL

LAFaurie RUBEL, CASTILLO MARIA GABRIELA, DURAN MANUEL

Universidad Autónoma de Bucaramanga. Clínica Foscal. Floridablanca (Colombia)

Introducción. La esporotricosis es una infección micótica poco frecuente producida por el hongo *Sporothrix* spp. a través de la inoculación traumática. La enfermedad tiene cuatro formas de presentación, siendo la linfocutánea la más prevalente. Esta se manifiesta con un nódulo o pápula eritematosa que luego se ulcera dando lugar a lesiones similares que siguen el trayecto de los vasos linfáticos próximos a la lesión inicial. El diagnóstico puede ser clínico, pero el cultivo es el *gold standard*. Se presenta el caso de un paciente con esporotricosis linfocutánea contraída en Santander, Colombia.

Presentación del caso. Paciente masculino de 66 años, agricultor, con herida punzante por espina de planta en tercer dedo de la mano derecha, con posterior aparición de signos inflamatorios locales, asociado a nódulos indolores no ulcerados en región medial del antebrazo ipsilateral. Recibió antibioticoterapia ambulatoria sin mejoría de sintomatología. Dado el antecedente ocupacional, la distribución linfangítica de las lesiones y la presencia de adenopatías axilares ipsilaterales, se consideró una esporotricosis linfocutánea y se inició tratamiento antimicótico con itraconazol, con una resolución completa de las lesiones tras tres meses de tratamiento.

Discusión. Los antecedentes y la disposición de las lesiones son esenciales para realizar un enfoque integral de las infecciones cutáneas. A menudo, el diagnóstico microbiológico definitivo con cultivo es obstaculizado por la ausencia de secreciones o de ulceración de las lesiones, siendo el interrogatorio y el examen físico las únicas herramientas diagnósticas. El caso presentado resalta la importancia de conocer las manifestaciones clínicas y el tratamiento adecuado de las enfermedades poco frecuentes como la esporotricosis.

I-34

HISTOPLASMOSIS DISEMINADA EN UNA PACIENTE INMUNOCOMPETENTE: REPORTE DE CASO

ROA MARIA, LAFAURIE RUBEL, CASTRO MARIA

Universidad Autónoma de Bucaramanga. Clínica Foscal. Floridablanca (Colombia)

Introducción. La histoplasmosis es una micosis endémica producida por el *Histoplasma capsulatum*, la cual puede cursar asintomática o provocar una enfermedad grave. Asimismo, la histoplasmosis diseminada implica una infección extrapulmonar, siendo la vía de diseminación más frecuente la hematogena y siendo más frecuente en pacientes inmunocomprometidos.

Presentación del caso. Paciente masculino de 76 años, con antecedente de hipertensión arterial, con cuadro de 12 días de tos productiva, disnea en reposo, diaforesis nocturna y pérdida de peso. Antígeno para covid19 negativo, VIH negativo y TACAR de tórax con áreas en parche en vidrio despulido de ubicación periférica y un patrón micronodular en ambos campos pulmonares. Dado estudios para tuberculosis negativos en esputo, fue llevado a fibrobroncoscopia con lavado broncoalveolar, con un filmarray para neumonía que reportó crecimiento de *Klebsiella pneumoniae* CTX-M KPC e Influenza A, iniciándose manejo antibiótico con ceftazidima avibactam y oseltamivir. Durante estancia con reporte de antígeno para histoplasma en orina positivo (13 U), considerándose el diagnóstico de una histoplasmosis diseminada e iniciándose manejo con itraconazol endovenoso. Fue llevado a biopsia de lóbulo pulmonar izquierdo con patología que evidenció una neumonía histiocítica asociada a focos de necrosis de licuefacción secundaria a infección micótica compatible con *histoplasma capsulatum*. Posteriormente, dada la adecuada evolución clínica, el paciente fue egresado con manejo antimicótico oral con itraconazol para completar un año.

Discusión. El diagnóstico de histoplasmosis diseminada debe sospecharse en pacientes con factores de riesgo como la inmunosupresión, la exposición al agente y las edades extremas, siendo este último el caso del paciente descrito. Asimismo, el tratamiento está indicado para todos los pacientes con histoplasmosis diseminada, encontrándose dentro de las alternativas terapéuticas la anfotericina B o el itraconazol.

I-35

LISTERIOSIS CEREBRAL EN UN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

GÓMEZ-AYALA JAIME ALBERTO, DULCEY-SARMIENTO LUIS ANDRÉS, THERAN-LEON JUAN SEBASTIÁN, VEGA-CARVAJAL MARIA ALEJANDRA, VARGAS-SANCHEZ JUAN SEBASTIAN, MARTINEZ-BERMUDEZ PAULA JULIANA, MENDEZ-MANOSALVA ANDREA JULIANA, HERRERA-CHAVEZ JUAN SEBASTIAN

Universidad Autónoma de Bucaramanga. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. La Listeriosis es una infección grave causada por el bacilo gram positivo: *Listeria Monocytogenes*, el causante de infecciones alimentarias con una tasa de mortalidad entre un 20% a 30%

Caso Clínico. Se describe un caso de meningoencefalitis aguda asociada a *Listeria monocytogenes* en una mujer inmunocompetente de la quinta década de la vida. La enfermedad se caracterizó por inicio subagudo, intoxicación manifiesta, fiebre alta y prolongada, coma cerebral, síndrome bulbar, hemiparesia del lado derecho, hipertonía bilateral de los flexores de la muñeca, estrabismo, anisocoria, leucocitosis manifiesta con cambio de fórmula leucocitaria, VSG 45-59 mm/hora. Prueba de líquido cefalorraquídeo: citosis – 663 células en 1 ml, neutrófilos – 79 %, linfocitos – 21 %, proteínas – 1451 mg/l, glucosa – 3,8 mmol/l.

El diagnóstico se confirmó con la detección de IgM mediante la reacción de inmunofluorescencia indirecta y PCR. La terapia antibacteriana se realizó con meropenem, ampicilina, administración endoluminal de 4 mg una vez al día de gentamicina combinada con la administración intravenosa de 24 millones de unidades/día de penicilina. El día 50 fue trasladada para tratamiento de rehabilitación al Servicio de Neurología.

Discusión. Ante un caso de meningitis bacteriana no se debe descartar la presencia de este patógeno en población inmunocompetente. Pudiendo simular otras entidades más frecuentes, como isquemias o tumores cerebrales. Lo cual puede retrasar el inicio del tratamiento de manera oportuna y empeorar el pronóstico ya desfavorable.

Conclusiones. En este reporte de caso clínico se hace evidente la importancia de presentar sospecha diagnóstica al momento de abordar a un paciente con síndrome febril o febrícula, asociado a focalización neurológica concomitante. Con mayor índice de sospecha en aquella población con limitación al acceso de agua potable y alimentos con adecuado tratamiento. Lo cual permite un inicio de tratamiento antibiótico precoz. El cual puede impactar la sobrevida del paciente en cuestión.

I-36

REPORTE DE CASO: ENCEFALITIS POR HERPES VIRUS TIPO 6 EN PACIENTE INMUNOCOMPETENTE

RUEDA KAROL, GARCÍA CARLOS

Hospital Universitario Clínica San Rafael. Bogotá D.C. (Colombia)

Introducción. La encefalitis por HHV-6 es una infección descrita principalmente en pacientes inmunosuprimidos, no obstante existen algunos reportes de infección en pacientes inmunocompetentes.

Presentación del caso. Paciente masculino de 28 años sin antecedentes patológicos, que ingresa al servicio de urgencias por una semana de cefalea hemisférica derecha, asociado a episodios de agitación psicomotora y desorientación. A la valoración de ingreso sin signos de focalización motora, ni presencia de signos meníngeos. RM cerebral + angio RM inicial con presencia de hiperintensidad cortical en FLAIR frontal e insular derecha, deterioro progresivo de estado de conciencia con tomografía de cráneo de control, en la que se documentó hidrocefalia aguda, punción lumbar, con presión de apertura de 36 cm H₂O, con reporte de citoquímico inflamatorio con marcada hipogluorraquia, pleocitosis linfocítica, ADA 9.5 y PCR múltiple positiva para herpes tipo 6. Dado hallazgos de hidrocefalia aguda, con marcada hipogluorraquia y ADA en límite superior, se consideró posibilidad diagnóstica de TBC meníngea, para lo cual se indica dexametasona y cubrimiento empírico con tetraconjugado, ante aislamiento de herpes 6 se inicia ganciclovir fase de inducción a dosis de 5 mg/kg cada 12 horas por 14 días.

Discusión. La presentación clínica de nuestro paciente estuvo marcada por cambios comportamentales, confusión y delirio, en ausencia de inmunosupresión; síntomas compatibles con el perfil de una encefalitis viral, corroborada además por una PCR positiva en LCR. No obstante, el hallazgo de hidrocefalia aguda con hipogluorraquia severa, no reportados en la literatura para encefalitis por herpes, lleva a pensar en la presencia de diagnósticos diferenciales, como infección concomitante con TB meníngea.

I-37**PRESENTACIÓN ATÍPICA DE TUBERCULOSIS PERICÁRDICA EN UNA MUJER ADULTA VIH NEGATIVO**

CHACÓN MARÍA-A., ROJAS ORLYS-P., LAFAURIE RUBEL, JAIME CHACÓN

Universidad Autónoma de Bucaramanga, Clínica Foscal. Floridablanca (Colombia)

Introducción. La tuberculosis pericárdica es una presentación infrecuente pero potencialmente grave de la tuberculosis, especialmente inmunocomprometidos. Su ocurrencia en individuos inmunocompetentes es poco común y puede plantear desafíos diagnósticos y terapéuticos adicionales (1).

Presentación del caso. Mujer de 84 años natural de Vélez, Santander, con hipertensión arterial y fibrilación auricular (FA) permanente no valvular anticoagulada. Presenta 3 meses de dolor torácico retroesternal y disminución de la clase funcional. Ecocardiograma transtorácico evidenció derrame pericárdico masivo, tratado con pericardiotomía vía abierta, con drenaje de 1.500mL de líquido cetrino y biopsia pericárdica con engrosamiento fibrótico, inflamación crónica, e hiperplasia mesotelial reactiva.

Re consulta por 2 días de reaparición del dolor torácico y disnea, tos húmeda no expectorante y ortopnea. Al examen físico con ruidos cardíacos velados. Hemograma normal, dímero D, troponina T, serología VIH y PCR negativos. Electrocardiograma en ritmo de FA con respuesta ventricular controlada, con derivaciones con bajo voltaje. Baciloscopias seriadas en esputo negativas. Se realizó nueva pericardiocentesis con reporte de PCR para *Mycobacterium tuberculosis* positivo. Se inició manejo con Rifampicina/isoniazida/pirazinamida/etambutol, sin corticoesteroides.

Discusión. Este caso resalta la importancia de considerar la tuberculosis pericárdica como un diagnóstico diferencial en pacientes con dolor torácico crónico asociados a derrame pericárdico, incluso en inmunocompetentes. En cuanto al tratamiento, la terapia antituberculosa es fundamental, pero también surge la pregunta sobre el papel de los corticoides, especialmente en pacientes con pericarditis constrictiva o alto riesgo de desarrollarla. Aunque se recomienda su uso en estos casos, la evidencia en este contexto específico sigue siendo limitada, lo que destaca la necesidad de más investigaciones para determinar su eficacia y seguridad en esta población.

I-38**TROMBOSIS VENOSA CEREBRAL COMO COMPLICACIÓN DE VACUNACIÓN CONTRA SARS-COV-2 A PROPÓSITO DE UN CASO**

DULCEY LUIS, HERNÁNDEZ ANGIE, REMOLINA CAMILA, NUÑEZ EDY

Fundación FOSUNAB - Clínica FOSCAL Internacional. Floridablanca (Colombia)

Introducción. Los eventos trombóticos atípicos asociados con la vacunación han sido poco descritos, pero estos a su vez muy devastadores cuando se trata de trombosis venosa cerebral. De hecho, se ha demostrado que es el evento adverso posterior a la vacunación contra COVID-19 con mayor mortalidad.

Descripción del caso clínico. Paciente femenina de 37 años de edad quien presenta a los 11 días de vacunación con agente ChAdOx1-S contra el COVID-19 cefalea intensa asociada a síntomas de hipertensión intracraneal y cifras tensionales elevadas, tras su ingreso se realiza tomografía craneal simple mostrando presencia de un edema cerebral y signos indirectos de trombosis venosa cerebral. Al ingreso se evidencia una trombocitopenia de 135000.

Conclusiones. La presencia de trombosis venosa cerebral tras la vacunación para COVID-19 es un área en constante investigación. El papel de los programas de vigilancia frente a la vacunación masiva contra el COVID-19 es de vital importancia porque permitirán obtener mejor evidencia científica y una directriz clara a seguir respecto al manejo y tratamiento en futuros casos para prevenir efectos secundarios y disminuir las tasas de mortalidad con esta causa.

I-39

TUBERCULOSIS MÁS ALLÁ DEL PULMÓN: COMPROMISO MUSCULOESQUELÉTICO

ZUBIETA RODRÍGUEZ RODRIGO, GÓMEZ VALENCIA AURA

Hospital Departamental de Villavicencio. Villavicencio (Colombia)

Introducción. La tuberculosis es endémica en Colombia, siendo el compromiso pulmonar su presentación más frecuente, presentamos un caso de tuberculosis diseminada con compromiso musculoesquelético.

Presentación el caso. Hombre de 60 años en condición de calle, consumidor de bazuco, consultó por seis meses de tos productiva, disnea, dos meses de mialgias, debilidad muscular y pérdida subjetiva de peso.

Ingresa caquéctico, con adenopatías axilares e inguinales, hipoventilación bibasal, disminución de fuerza en extremidades de predominio proximal.

Laboratorios de ingreso: anemia normocítica, hipoalbuminemia, CPK y aldolasa elevadas, anticuerpos VIH negativo.

TAC de tórax: nódulos centrolobulillares bilaterales, derrame pleural bilateral. Estudios de líquido pleural: exudado mononuclear, ADA elevado (101U/l). Biopsia pleural: pleuritis crónica granulomatosa, ZN, PAS y Grocott negativos. Lavado broncoalveolar: BK y PCR-MTB negativos. Biopsia de ganglio inguinal linfadenitis crónica granulomatosa no necrosante, ZN negativo. Con estos hallazgos iniciamos tratamiento tetraconjugado antituberculoso empírico.

Electromiografía de extremidades: trastorno intrínseco de fibra muscular versus miositis. RMN: miositis pectoral, subescapular y paraespinal lumbar. Biopsia muscular: miositis necrosante.

Al día 36 de tratamiento antituberculoso desarrolla colección subcutánea en antebrazo drenándose 400cc de pus, posteriormente colecciones en bíceps, tríceps, semitendinoso y dorsal, todas drenadas. Cultivo MTB en medio líquido de colección muscular positivo para *Mycobacterium tuberculosis* sensible a isoniazida/rifampicina.

Continuamos tratamiento antituberculoso, actualmente recibe dosis 110, con mejoría clínica, sin presentar nuevas colecciones.

Discusión. El compromiso musculoesquelético es una manifestación extrapulmonar poco frecuente de la tuberculosis, siendo más común en pacientes inmunocomprometidos por VIH, en terapias inmunosupresoras o quimioterapia; el músculo esquelético provee un ambiente poco favorable para la supervivencia y reproducción de las micobacterias por pobre contenido de oxígeno, alta concentración de ácido láctico, ausencia de células reticuloendoteliales y tejido linfático. Presentamos un caso de tuberculosis diseminada con compromiso musculoesquelético en paciente VIH negativo, pero con factores de riesgo: condición de calle y desnutrición.

I-40**INFECCIÓN DE PIEL Y TEJIDOS BLANDOS POR AEROMONAS SALMONICIDA MASOUCIDA EN COLOMBIA**

**VIERA-CONTRERAS MARÍA JOSÉ, CASIJ-CASTILLO BASHIR,
ATENCIO-IBARRA LINDA**

Universidad Simón Bolívar, Clínica Centro. Barranquilla (Colombia)

Introducción. Aeromonas salmonicida, son bacilos gramnegativos, anaerobios facultativos, oxidasa positivos; su reservorio principal son los ambientes acuáticos y los suelos donde casi siempre está presente. Es capaz de colonizar una amplia gama de huéspedes, entre ellos, el humano.

Diseño. Estudio observacional descriptivo, reporte de caso.

Presentación de caso. Se trata de un paciente con antecedente de úlcera varicosa en miembro inferior, con mala adherencia a los cuidados médicos; concomitante con mal higiene y habitante en zona húmeda aledaña a ríos quien ingresa por cuadro clínico de sobreinfección en herida.

Durante estancia médica, paciente con requerimiento de control local con lavados quirúrgicos y toma de cultivo profundo hallazgo de aeromonas salmonicida masoucida AmpC cromosómica desreprimida BLEE, no productora de carbapenemasas Resistente a ciprofloxacina y trimetoprim sulfametoxazol. Por hallazgo microbiológico de tejido profundo se decide inicio de Carbapenémico.

Paciente con buena evolución clínica post quirúrgica posterior a reajuste farmacológico y optimización de cuidados de herida.

Discusión. Las principales fuentes de infección cutánea y gastrointestinal por Aeromonas suelen ser el consumo de agua o alimentos contaminados y el contacto directo del agua con heridas.

En el caso de la paciente que reportamos fue el método de contaminación el contacto directo con aguas contaminadas de la bacteria puesto a que el puerto de entrada de ésta fue el antecedente importante de úlcera varicosa y lugar de residencia

Conclusión. La infección cutánea Aeromonas, se considera un germen causal infrecuente, con el reporte de caso se busca generar datos epidemiológicos y estadísticos para un abordaje integral para las poblaciones con riesgo a infecciones por este género.

I-41**PIOMIOSITIS PRIMARIA / TROPICAL DEL MÚSCULO GLÚTEO EN COLOMBIA**

**VIERA MARIA JOSE, ROBLES ANDREA, ATENCIO LINDA,
MIER ANDRÉS**

Universidad Simón Bolívar, Clínica Centro. Barranquilla (Colombia)

Introducción. Las infecciones cutáneas pueden alcanzar capas profundas, como la fascia muscular, y se clasifican en fascitis necrosante y piomiositis. La piomiositis primaria puede desarrollarse por infección hematógena, siendo rara y su etiología principal el *S. aureus*. La presentación clínica es más común en hombres y asociada a regiones tropicales.

Presentación de caso. Una mujer de 61 años, diabética, presenta una infección profunda en el glúteo derecho, con fiebre y secreción purulenta, precedida de una úlcera mal tratada en el dedo. Los hallazgos sugieren fascitis necrosante, pero se confirma piomiositis primaria por *S. haemolyticus* meticilino resistente, requerido drenaje quirúrgico y tratamiento antibiótico.

Discusión. La piomiositis es una infección bacteriana muscular aguda, raramente primaria, más frecuente en diabéticos. La paciente presenta una evolución clínica típica, con riesgo de complicaciones sistémicas. La piomiositis afecta principalmente grandes músculos, como el glúteo, y es mayormente causada por *S. aureus*, pero puede haber infección dual con *S. coagulasa* negativa.

Conclusiones. La piomiositis primaria es poco común y su diagnóstico puede ser desafiante, especialmente con factores de riesgo como la diabetes. El manejo incluye drenaje quirúrgico y tratamiento antibiótico adecuado, adaptado a los hallazgos microbiológicos. La evolución favorable depende de un tratamiento oportuno y efectivo.

I-42**ENFERMEDAD DE STILL DESENCADENADO POR INFECCIÓN VIRAL DENGUE**

REDONDO-GÉLVEZ ADRIANA MERCEDES, PLATA-UPEGUI CAROLINA, BADILLO-MOJICA SILVIA ALEJANDRA, REDONDO-GÉLVEZ ALBERTO

Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros, Universidad de Santander. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. La enfermedad de Still del adulto (ESA) es una afección inflamatoria sistémica infrecuente, caracterizada por triada clínica de fiebre prolongada, exantema evanescente y afectación poliarticular. La presentación clínica puede simular otras enfermedades infecciosas, reumatológicas y neoplasias hematológicas. Aunque la patogénesis no se comprende completamente, se considera la interacción de factores genéticos y ambientales, incluidas diversas infecciones.

Presentación del caso. Mujer de 55 años, antecedente de hipertensión arterial, consulta por clínica de 20 días de evolución caracterizado por picos febriles intermitentes hasta 39.7°, asociado a poliartalgias, rash eritematoso en tórax y extremidades, cefalea global, odinofagia y dolor abdominal intermitente asociado a deposiciones líquidas; inicialmente consulta ambulatoria realizaron IgM para virus dengue positivo, sin embargo persistencia de sintomatología a pesar de manejo con acetaminofén por lo que consulta a urgencias; paraclínicos reportó leucocitosis, anemia leve volúmenes normales, no trombocitopenia, azoados elevados, hemocultivos seriados negativos, ferritina elevada (33.520ng/mL), ANAS 1/320 patrón fino nucleolar grumoso; en imágenes evidencia serositis a nivel pericárdico y pleural, esplenomegalia y múltiples adenopatías con morfología usual, dado lo anterior se considera cuadro de Enfermedad de Still del Adulto, se inició manejo con corticoide sistémico, logrando normalización de los tamaños ganglionares, resolución del cuadro febril y del compromiso multisistémico

Discusión. La ESA usualmente tiene un curso clínico leve, pero en más del 20 % de los pacientes producen complicaciones mortales como el síndrome hemofagocítico. Se ha considerado un síndrome reactivo, en el que determinadas infecciones virales o bacterianas e incluso neoplasias malignas hematológicas, podrían actuar como desencadenantes de la enfermedad. El diagnóstico de infección por dengue se respaldó por las manifestaciones clínicas y los paraclínicos, sin embargo la recurrencia de los síntomas, alteraciones paraclínicas y el compromiso multisistémico con respuesta a los corticoides, apoyaron el diagnóstico de ESA desencadenada por Dengue.

I-43

TUMOR ESPONJOSO DE POTT: DESCRIPCIÓN DE UN CASO

REDONDO-GÉLVEZ ADRIANA MERCEDES, PLATA-UPEGUI CAROLINA, REDONDO-GÉLVEZ RAYZA LIZ, REDONDO-GÉLVEZ ALBERTO, LÓPEZ-ZÚÑIGA JAIME ANDRÉS

Hospital Universitario de Bucaramanga Los Comuneros, Universidad de Santander. Bucaramanga (Colombia)

Introducción. El tumor esponjoso de Pott (TSP) es un absceso subperióstico del hueso frontal con osteomielitis, generalmente se observa como complicación de sinusitis frontal o después de un traumatismo craneoencefálico. El diagnóstico puede retrasarse por la inespecificidad de los síntomas y permitir el desarrollo de complicaciones intracraneales.

Presentación del caso. Hombre de 22 años, sin antecedentes previos, clínica de 1 mes de evolución de cefalea frontal intermitente posterior a inserción de objeto en dorso nasal (Piercing), asociado a aparición progresiva de edema frontal, eritema, calor, rinorrea hialina, sin fiebre, sin mejoría con acetaminofén ni AINES; paraclínicos con evidencia de leucocitosis y neutrofilia, PCR elevada; se indicó manejo con oxacilina, sin mejoría clínica, con extensión del proceso inflamatorio a nivel periorbicular y cigomático, con limitación parcial para la apertura ocular. Se realizan tomografías de senos paranasales y de cráneo simple con hallazgo de “pansinusitis crónica y edema de los tejidos blandos frontales, periorbitarios y en ambas regiones malares, además de sinusitis crónica frontal bilateral complicada con absceso subgaleal asociada”. Valorado en conjunto neurocirugía y otorrinolaringología consideran sinusitis severa con compromiso óseo y lesión abscedada en región frontal compatible con tumor subperióstico de Pott, sin signos de extensión de infección intracraneal, se ajusta terapia antimicrobiana (vancomicina/ceftriaxona), con adecuada resolución del proceso infeccioso.

Discusión. El TSP es una afección infrecuente, ocurre principalmente en la población pediátrica, en nuestro caso el factor precipitante fue el traumatismo relacionado con la inserción de cuerpo metálico, el diagnóstico se basa en las sospecha clínica y la confirmación mediante estudios imagenológicos. La cirugía está indicada cuando hay necesidad de extirpar el tejido destruido y restaurar el drenaje de los senos nasales, pero en algunos casos puede considerarse el manejo conservador, con uso de antimicrobianos con buena penetrancia al sistema nervioso central.

I-44**MUCORMICOSIS RINO-ORAL Y OSTEOMIELITIS POR UNA BACTERIA GRAM NEGATIVA RESISTENTE A CARBAPENÉMICOS EN UN PACIENTE WAYÚU DIABÉTICO: ESTUDIO DE UN CASO**

VILLADIEGO-ANGARITA FRANCISCO J., JARAVA SAMUEL,
GOMEZ-JORDÁN SANTIAGO, VIASUS DIEGO

Hospital Universidad del Norte. Barranquilla (Colombia)

Introducción. La mucormicosis, una enfermedad rara de difícil diagnóstico y con elevada morbimortalidad causada por hongos del orden mucorales. Las presentaciones clínicas comunes son la rino-órbito-cerebral, pulmonar, cutánea y la diseminada.

Presentación del caso. Mujer de 46 años residente en Maicao-Guajira, de etnia Wayú, con antecedente de diabetes mellitus tipo 2 hace 10 años tratada con antidiabéticos orales. Consultó por 2 años de secreción nasal purulenta y fétida asociado a dolor facial, 8 meses atrás presentó miasis etmoidal con requerimientos de múltiples desbridamientos y varios ciclos de antibiótico sin mejoría. Al examen físico presentaba edema facial, deformidad del puente nasal y dolor a la palpación y percusión de todos los senos paranasales. Destaca una glicada elevada y una TAC de senos paranasales con pansinusitis crónica y compromiso óseo. Se realizó intervención quirúrgica observando necrosis ósea en seno maxilar y huesos avasculares sueltos. La patología de estos tejidos evidenció la presencia de hifas y la coloración de PAS positiva para estructuras micóticas consistentes con mucormicosis, además en los cultivos se identificó una *Pseudomonas aeruginosa* multiresistente resistente, se administró ceftazidima-avibactam e Isavuconazol. Tras culminar el tratamiento presentó resolución sintomática.

Discusión. La mucormicosis rino-órbito-cerebral afecta a pacientes con diabetes, especialmente tras descompensaciones agudas. Nuestra paciente no tuvo compromiso cerebral. Su evolución fue crónica, no rápida. El tratamiento incluyó cirugía temprana y uso de Isavuconazol. Optimizar el control de la diabetes es crucial. Son necesarias investigaciones y esfuerzos globales para reducir la carga de la mucormicosis y mejorar los resultados, especialmente en poblaciones vulnerables como la Wayú.

I-45

HIPERPLASIA FOLICULAR EN AMÍGDALA POR ACTINOMYCES: GRAN IMITADOR DE RABDOMIOSARCOMA. REPORTE DE CASO

MONTENEGRO-PALACIOS JOHN FERNANDO, ORDOÑEZ-ANDRADE GABY ALEJANDRA, POSU-BARCO JASBLEIDY, CORREA-FORERO SHIRLEY VANESSA, MELO-BURBANO LUIS ÁLVARO, LISCANO YAMIL

Clínica de Occidente. Cali (Colombia)

Introducción. La actinomycosis es una infección causada por bacterias anaerobias Gram-positivas pertenecientes a la familia *Actinomycetaceae*, notable por su diverso espectro de manifestaciones clínicas.

Diseño. Estudio observacional descriptivo, reporte de caso.

Método. Presentamos el caso de un paciente masculino de 51 años con historial de rabdomiosarcoma mandibular quien presento dolor en el hombro izquierdo de intensidad 8/10 más dolor en la cadera derecha, . Debido a la exacerbación del dolor, se solicitó una biopsia del húmero proximal izquierdo en junio de 2022, con reporte de inmunohistoquímica con escasa representación de células tumorales pequeñas azules no concluyente para sarcoma, por lo que se solicitó un PET-CT reveló un engrosamiento nodular hipermetabólico en la pared lateral derecha de la faringe, que era sospechoso de neoplasia por lo que se realizó amigdalectomía derecha por lo que se solicitó una biopsia más inmunohistoquímica para intentar alcanzar un diagnóstico más objetivo que revelo hiperplasia folicular reactiva con evidencia de colonias bacterianas filamentosas compatibles con actinomyces, el paciente completó la fase de inducción sin complicaciones.

Discusion. Este caso subraya la relevancia de considerar la actinomycosis entre los diagnósticos diferenciales para lesiones en las amígdalas, especialmente en pacientes con historial de cáncer o síntomas atípicos prolongados. Enfatiza que esta infección puede imitar otras condiciones patológicas como tumores malignos, tuberculosis o nocardiosis.

Conclusiones. Este caso destaca la importancia crítica de un enfoque multidisciplinario y de alerta en el diagnóstico y tratamiento de la actinomycosis, una enfermedad infecciosa rara capaz de imitar condiciones malignas y otras enfermedades comunes como el cáncer o la tuberculosis.

I-46

ACTINOMYCOSIS: SERIE DE CASOS: LA GRAN IMITADORA DE TUMORES

MONTENEGRO JOHN FERNANDO, CORREA-FORERO SHIRLEY VANESSA, POSU-BARCO JASBLEIDY, LISCANO YAMIL, CARMONA-VALENCIA DIANA MARCELA, GRUESO-PINEDA ANDRES, RUIZ-JIMENEZ PAOLA ANDREA , ORDOÑEZ ALEJANDRA

Universidad Santiago de Cali. Cali (Colombia)

Introducción. La actinomicosis es una infección crónica poco frecuente causada por *Actinomyces israeli*. Puede imitar el proceso de malignidad en varios sitios anatómicos.

Diseño. Estudio observacional descriptivo, serie de casos.

Método. En esta serie de casos informamos reportamos tres pacientes diagnosticados con actinomicosis: Nuestro 1 paciente masculino de 51 años con historia de rhabdomyosarcoma en remisión quien presentó disfagia para líquidos y sólidos con resonancia magnética nuclear (RMN) masa con realce irregular por lo que realizan amigdalectomía con hiperplasia folicular reactiva compatibles con *actinomyces*; nuestro 2 paciente es un paciente de 80 años quien debutó con disfagia, se tomó resonancia en piso de la boca de presunto origen quístico, se tomó biopsia escisional con masa sublingual compatible con linfoma no Hodgkin B difuso de células grandes de origen centro germinal, y el análisis molecular confirma la presencia de *Actinomyces* spp. Nuestro 3 paciente es un paciente de 72 años quien debutó con dolor abdominal e intolerancia de vía oral, con estudio endoscópico de vías digestivas altas que reveló una lesión ulcerada penetrada sugestiva de malignidad, de patología que reportó inflamación crónica granulomatosa sin hallazgos compatible con neoplasia, se llevo gastrectomía subtotal donde biopsia que confirmó diagnóstico de *actinomyces*

Discusión. Implicación en diferentes características clínicas con casos ilustrativos; elementos clave para el diagnóstico, es decir, cultivos bacterianos y patología.

Conclusión. Los cultivos bacterianos y la patología son la piedra angular del diagnóstico, pero se requieren condiciones particulares para obtener el diagnóstico correcto.