

EPIDEMIA DE INFECCION RESPIRATORIA AGUDA POR MYCOPLASMA PNEUMONIAE EN UNA COMUNIDAD CERRADA DE ANCIANOS. PRIMERA DESCRIPCION EN COLOMBIA. 126

Alvarez M. Diego; Aristizábal O, Alberto.
 Centro de Bienestar del Anciano San José y Hospital San Juan de Dios de El Peñol - Antioquia.

Se describe una epidemia de infección respiratoria aguda en 24 ancianos de los 31 residentes en un centro para la tercera edad en el área rural de Antioquia. Distribuidos así: 22 mujeres y 2 hombres con edad promedio 76±6 años. Siete presentaron neumonía, siete bronquitis aguda y 10 síndrome gripal solamente. Los signos y síntomas predominantes fueron: Síntomas respiratorios superiores (24), fiebre (9), roncus (8), crépitos (7), sibilancias (5), coriza (5), disfonía (4) y miringitis bullosa (2). Fallecieron dos pacientes con neumonía; una de ellas por choque séptico y la otra por descompensación de falla cardíaca. Los hemocultivos (6) fueron negativos para gérmenes en los medios usuales. Un Gram de punción pulmonar reportó gran cantidad de polimorfonucleares neutrófilos inmaduros, sin gérmenes y su cultivo fue negativo para los gérmenes comunes. Seis muestras de crioaglutininas séricas corroboraron el diagnóstico. Los pacientes con neumonía y bronquitis fueron manejados con estolato de eritromicina y los que presentaban exclusivamente síndrome gripal recibieron manejo sintomático, con mejoría en un promedio de 2 semanas.

127 CARACTERÍSTICAS DE LA ASOCIACIÓN TBC-VIH/SIDA EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO. 1987-1993.

Bařaona N, Cuellar S, Haag A, Ramirez ME.
 Centro Departamental de Enfermedades Transmisibles e Investigaciones (CETI)-DASALUD, Atlántico.

Universidad del Norte, Barranquilla.

Se revisaron 454 historias clínicas de pacientes infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), de los cuales 31 tenían diagnóstico de Tuberculosis. De estos, 26 cumplían con los criterios de inclusión al estudio.

El 62% corresponde al sexo masculino. El 46% se encuentra entre los 20 y 29 años de edad.

Se diagnosticó inicialmente TBC (antes de conocerse el estado frente al VIH) en el 62% de los sujetos, mientras que la infección por VIH fue diagnosticada de primero en el 31%. En el restante 7% el diagnóstico TBC-VIH/SIDA fue simultáneo.

El 73% (19 personas) correspondía a formas pulmonares, con 32% ubicados exclusivamente en lóbulos inferiores. La forma extrapulmonar mas frecuente fue la ganglionar (57% del total de las extrapulmonares).

Hasta Mayo de 1994 el 46% de los 26 pacientes estudiados han fallecido.

Se concluye que la asociación TBC-SIDA es importante en nuestro medio. La presentación clínica es diferente a la TBC no asociada a VIH/SIDA. Debemos estar alerta ante todo paciente con TBC buscando la presencia del VIH e igualmente buscar las formas atípicas de presentación clínica de la TBC en las personas VIH positivas.

128 INMUNIDAD CELULAR EN INDIGENAS ASINTOMATICOS COLOMBIANOS CON SEROLOGIA POSITIVA O INDETERMINADA PARA EL VIRUS HTLV-1

BERNAL C, ARANGO C, BERNAL E, BORRERO I.
 DEPARTAMENTO DE MEDICINA INTERNA Y MICROBIOLOGIA, U. DEL VALLE
 El HTLV-1 puede ser inmunosupresor. Un estudio no controlado en japoneses seropositivos asintomáticos mostró una disminución de la respuesta al PPD, relacionados con la edad. El presente estudio evaluó la respuesta de hipersensibilidad retardada a siete antígenos en 89 Indígenas Embera/Waunanas y Paeces. Se tomaron como casos, los seropositivos indeterminados para el HTLV-1, de acuerdo a la prueba de ELISA y confirmación por Western Blot. Por cada caso se escogieron tres controles apareados por edad, sexo, etnia y localización geográfica. Para el análisis se agruparon así: Grupo A: Casos: N: 10, serología positiva; Controles: N: 30, seronegativos. Grupo B: Casos: N: 13, serología Indeterminada; Controles: N: 36, seronegativos. Un tercer grupo, grupo C, incluyó como casos los 23 seropositivos é indeterminados y como controles, los 66 seronegativos.

RESULTADOS:

Prueba, mm, Prom (DS)	-----GRUPO-----								
	-----A-----		-----B-----		-----C-----				
	Casos	Control P	Casos	Control P	Casos	Control P			
PPD	7.9(4.8)	9(5)	5	9.2(4.7)	6.8(4.9)	11	8.6(4.7)	7.8(5)	5
Tetano	9.5(4.1)	5.4(3.4)	5	4 (2.8)	4.4(3.3)	7	4.2(3.4)	4.7(3.3)	5
Proteus	1.8(2.3)	2.7(2.6)	3	2.4(3)	2.4(2.2)	9	2.1(2.7)	2.5(2.4)	4
Difteria	2 (2.5)	3.2(2.6)	1	3.1(2.7)	2.6(2.2)	5	2.6(2.6)	2.4(2.4)	6
Estrep									
tococo	2.6(2.8)	1.6(2.3)	2	1.6(2.9)	1.3(1.9)	6	2 (2.8)	1.4(2.1)	2
Tricho									
fitum	1.3(2.1)	2 (2.5)	4	1.2(2.6)	1 (1.7)	7	1.2(2.4)	1.4(2.2)	7
Candida	3.2(3.1)	3.2(2.5)	5	2.9(2.5)	3.1(2.3)	8	3 (2.7)	3.4(2.4)	5
Total	3.3(3.7)	3.9(3.9)	2	3.4(3.9)	3 (3.3)	3	3.4(3.8)	3.8(3.7)	3

CONCLUSION: No se encontró alteración en la inmunidad celular medida por pruebas de hipersensibilidad retardada a 7 antígenos en 23 indígenas con prueba serológica + ó Indeterminada para el virus HTLV-1, comparada con controles seronegativos.

No se observó diferencia en la respuesta inmune entre los casos y los controles al correlacionarlos con el incremento en la edad.

- 129** BROTES DE HISTOPLASMOSIS REGISTRADOS EN EL AREA ANDINA COLOMBIANA
Castañeda E., Ordoñez N., López S., Arango M., Tabares A., De Bedout C., Gómez B., Restrepo A.
 Instituto Nacional de Salud, Bogotá y Corporación para Investigaciones Biológicas, Medellín.

Se presentan los resultados de 9 brotes de histoplasmosis ocurridos en 6 departamentos, ubicados en el área Andina colombiana. Dos de los brotes ocurrieron en el Tolima (Cunday, 1977-1980 y Falán, 1993); dos en Caldas (Manizales, 1980 y 1992); tres en Antioquia (Concordia, Venecia y Medellín, 1993); uno en Cundinamarca (Pedro Palo, 1981) y uno en Boyacá (Sogamoso, 1993). En 7 de los 9 brotes se identificó la actividad que condujo a la afección micótica, a saber, visitas a cuevas (2), exposición a árbol hueco (2), demolición de casa vieja (1), remoción de cal agrícola contaminada con excretas de aves (1) y tierra abonada con gallinaza (1). En cuatro de los brotes en los que fue posible procesar muestras sospechosas para recuperar el hongo, éste fue aislado en todos los casos, demostrando así la relación directa entre el foco en la naturaleza y la afección de los pacientes. El estudio de las personas que estuvieron en contacto con el foco infeccioso aportó los resultados anotados en la tabla.

DIAGNOSTICO DE LOS BROTES DE HISTOPLASMOSIS

Pruebas serológicas reactNas	%	
	Reactivos/estudiados	Reactividad
IDD y FC*	65/286	22.7
Solo FC*	36/286	12.6
Solo IDD	25/286	8.7
Total	126/286	44.1

IDD: Inmunodifusión doble en gel de agar. FC*: Fijación de complemento.

Los datos anteriores revelan la importancia de la infección por *H. capsulatum* en individuos normales, quienes por razones de ocupación o de actividad recreativa, se exponen a aerosoles infectantes. El médico debe estar atento a las fuentes de contacto de sus pacientes con afección respiratoria inespecífica así como de los compañeros ya que un porcentaje considerable de ellos (44.1% en nuestro caso), se infectaron de la misma fuente y pueden posteriormente, hacer histoplasmosis clínicamente manifiesta por reinfección endógena.

- 131** SEGUIMIENTO POST-TERAPIA DE PACIENTES CON PARACOCCIDIOIDOMICOSIS (PCM) TRATADOS CON ITRACONAZOL

Gómez L., Tobón A., Franco L y Restrepo Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB), Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín.

De 80 pacientes con PCM que a partir de 1985 fueran diagnosticados la CIB y que recibieran tratamiento con itraconazol (ITZ), 53 fueron seguidos post-terapia por un periodo promedio de 2 y 1/2 años (rango 1-8 años). Cincuenta presentaban la forma crónica pulmonar del adulto y los 3 restantes, la forma juvenil. La gran mayoría (49, 92.4%) recibieron 100mg diarios de ITZ; solamente 4 pacientes requirieron 200mg debido a la severidad del cuadro clínico. En el 62% de los casos la duración promedio del tratamiento fué de 6 meses, con variaciones entre 3 y 24 meses. Como cuadros agregados que necesitaron terapias alternas estuvieron la tuberculosis (4 casos) y la diabetes mellitus (2 casos); 4 de los 53 enfermos estudiados habían recaído después del tratamiento con ketoconazol. Ninguno de los pacientes seguidos post-terapia presentó recaída. Se muestra la evolución clínica (Tabla).

TABLA. Evolución Clínica post-tratamiento con ITZ
 % Pacientes con Síntomas según años de seguimiento

Síntomas	Fin terapia (Nº 53)	1 (Nº 52)	2-3 (Nº 20)	4-8 (Nº 13)
Tos	28.3	19.3	5.0	30.0
Expectoración	27.6	13.4	20.0	30.0
Disnea	26.4	21.1	35.0	15.0
Lesión tegument.	0	0	0	0.0
Disfonía	3.7	3.8	5.8	7.6
Disfagia	1.9	0	0	0.0

Al terminar el seguimiento, 20.7% de los pacientes no tenían alteraciones pulmonares en los rayos X; la mayoría, presentaban lesiones residuales así: infiltrados retículo-nodulares (77.3%), fibrosis (58.5%), bulas (9.4%), cavernas (5.6 %); 2 casos con tuberculosis, consolidaciones (3.7%) y adeno-patías (1.8%). Debe anotarse que 59% de los pacientes tenían ya secuelas residuales al término del tratamiento y que 70% eran fumadores crónicos. En el 85% de los pacientes se anotó, además, un importante descenso en los títulos de anticuerpos contra *P. brasiliensis*. Los anteriores hallazgos revelan la eficacia del ITZ en el tratamiento de la PCM; se comprueba que este triazol es superior a las drogas para administración oral anteriormente utilizadas (sulfonamidas, ketoconazol), por su mayor capacidad de control sobre el hongo como lo demuestra la ausencia de recaídas. Desafortunadamente, las secuelas fibróticas no logran evitarse con esta terapia; para ello sería necesario un más pronto diagnóstico.

IDENTIFICACION DEL COMPLEJO *Mycobacterium tuberculosis* EN TEJIDOS MEDIANTE REACCION DE LA POLIMERASA EN CADENA (PCR). Diaz ML*, T Herrera, E Sada, Y LOPEZ-VIDAL, R Hernández y GM Ruiz-Palacios. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" e Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias, Mexico, DF.

* Profesora Universidad del Cauca, Colombia.

Objetivo: El diagnóstico de tuberculosis (TB) tiene serias limitaciones al momento debido a la baja sensibilidad del cultivo lo mismo que la baja sensibilidad y especificidad de los métodos usados actualmente como el cuadro clínico, el PPD, el Ziehl-Neelsen (ZN) y el cultivo. Es una necesidad urgente implementar métodos de diagnóstico rápido que superen dichas limitaciones. En el presente estudio se pretende estandarizar una técnica de PCR para identificar el complejo *M. tuberculosis* en el ADN procedente de biopsias

Métodos: La prueba de PCR utilizando iniciadores para amplificar un fragmento de 123 pb de la secuencia de inserción IS6110 del Complejo *Mycobacterium tuberculosis* (*M.tb*) previamente realizada en cultivos, fue ahora estandarizada en ADN procedente de biopsias previamente fijadas en formaldehído al 10% y embebidas en parafina.

Se utilizaron 11 biopsias con cultivo positivo al Complejo *M.tb* (5 de pulmón y 6 de ganglio linfático) y 30 biopsias controles negativos: 5 biopsias hepáticas con cultivo positivo a micobacterias no TB (*M. avium-intracellulare* 4 y *M. xenopi* 1), 3 biopsias hepáticas con *Histoplasma Candida* y *Cryptococcus* respectivamente, 19 biopsias hepáticas con otras patologías no infecciosas y 3 hígados normales.

Resultados: El ADN del Complejo *M.tb* se detectó hasta en 10 pg de ADN extraído de una biopsia de pulmón con cultivo positivo a *M.tb*. El PCR fué positivo en todas las 11 biopsias con cultivo positivo al Complejo *M.tb* y negativo en todas las 30 biopsias controles negativos con una sensibilidad y especificidad del 100%.

Conclusión: Esta prueba de PCR es aplicable al diagnóstico de TB en tejidos y podría ser de gran ayuda en la identificación de pacientes con tuberculosis extrapulmonar.

- TETANOS: PRESENTACION DE 56 CASOS**

Gómez L.M., Mendez F.R, Orrego J.J.

Departamento de Medicina Interna. Hospital San Vicente de Paúl de Medellín. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia.

Revisamos 56 casos de Tétanos, atendidos en salas de Medicina Interna entre 1983 y 1993, proponiéndonos describir las características de comportamiento y manejo.

La relación hombre-mujer fué 1.2:1, con promedio de edad 40 años. 37 procedían fuera de Medellín. El estado de inmunización fue desconocido en 34, en 22 era inadecuado. El periodo de incubación fué menor de 6 días en 15 y entre 7 y 12 en 25. Clasificamos leve 9 casos, 11 moderado y severo 36. Requieren traqueostomía el 77%. A 40 se les aplicó autitóxima tetánica intratecal, y a 25 se les practicó desidramiento. 38 requirieron ventilación mecánica en promedio 12.4 días disautonomía presentaron 31. La letalidad fué 36%. El promedio de estancia (18.1 días) fué mayor para los sobrevivientes (X:22.9) respecto a los fallecidos (X:5.5). La letalidad se incrementó (112%) en el último lustro comparado con el primero, murieron más mujeres (2.3:1), sobresaliendo las mayores de 41 años con letalidad de 69%.

Entre más corto el periodo de incubación, mayor letalidad. Con lesión accidental o por inyección se presentó el doble de letalidad respecto a las causas violentas. Los casos foráneos tuvieron mortalidad mayor (N.S.p:0.44). Disautonomía manejada con morfina tuvo menor letalidad y aun así es el principal factor de riesgo (p:0.05). La autitóxima intratecal no fué factor protector.

Conclusión: Con las limitaciones de un estudio retrospectivo, concluimos que es necesario un manejo protocolizado de estos pacientes y atención en UCI durante la primera semana, con especial atención al soporte ventilatorio, diagnóstico y manejo de la disautonomía y a las complicaciones infecciosas para disminuir la letalidad de esta entidad: reforzar además los programas de inmunización en los servicios de urgencias.

- 133** USO DE VACUNAS ORALES ANTIBACTERIANAS EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD PULMONAR OBSTRUCTIVA CRÓNICA. (EPOC).
Gonzalez Florez H., Quiroz Q.J., Montoya M.O., Astaiza A.G., Pineda V.M., Gonzalez F.M., Cano H.C., Velez J.R.
Sección de Medicina Interna. Hospital Regional de Yarumal.
Las Infecciones respiratorias son la principal causa de descompensación en EPOC: 75% de los casos. Con el objetivo de reducir estos eventos, decidimos probar las vacunas orales antibacterianas en el tratamiento del EPOC en 52 ptes. así:
Grupo 1: Tratamiento con vacuna oral a base de Pneumococos, Streptococos, Staphilococos y Hemophilus Influenzae, durante 3 días, 1-2-4 tabletas, respectivamente, c/3 meses: 26 ptes. Grupo 2: Tratamiento sin vacuna oral: 26 ptes. Todos los ptes recibieron además el trto. fundamental del EPOC. Los ptes. fueron revisados en la CE c/3 meses, durante 15 meses por personal diferente de los investigadores. -Resultados:- Se obtuvo reducción estadísticamente significativa en el número de ptes. tratados con la vacuna en estos parámetros: 1) Hospitalizaciones: RR para no vacunados (nv): 3,8; X^2 -yates(y): 19,9; P: 0,000008. 2) Neumonías: RR-nv: 3,8; X^2 -y: 19,9; P: 0,000007. 3) Infecciones clínicas en total (Neumonías, bronquitis, sepsis): RR-nv: 2,2; X^2 -y: 15,2; P: 0,00009. 4) Infecciones respiratorias comprobadas por laboratorio: RR-nv: 3,8; X^2 -y: 13,1; P: 0,0003. 5) Uso de antibióticos: RR-nv: 1,85; X^2 -y: 9,3; P: 0,002. 6) Descompensaciones CR (Infecciones, CP-ICD, etc): RR-nv: 2,7; X^2 -y: 16,2; P: 0,00005. 7) Mejoría clínica: RR-nv: 52,7; P: << 0,000001. No se obtuvo reducción significativa en la presentación de Insuficiencia Respiratoria aguda: RR-nv: 3; X^2 -y: 1,3; P: 0,2 ni en la mortalidad, ya que en EPOC las infecciones respiratorias son apenas una de las causas de mortalidad y las vacunas solamente estarían modificando indirectamente este parámetro: RR-nv: 3,7; X^2 -y: 2,6; P: 0,1.
Conclusiones: No obstante no haberse usado tabletas placebo, este estudio sugiere que el empleo de vacunas orales antibacterianas por tiempo indefinido, reduce significativamente la frecuencia de ptes con infecciones respiratorias como causa de descompensación en EPOC, al menos durante el periodo de su administración. No se estaría supliendo una inmunodeficiencia, sino produciendo una inmunopotenciación (Incremento de: Reactividad de Linfocitos T., niveles de anticuerpos circulantes y secretores e Interferón), en un terreno alterado morfológicamente y apto para la colonización por gérmenes patógenos.

- 135** HISTOPLASMOISIS EPIDÉMICA. PRESENTACION DE SIETE CASOS INDICES.
Ordoñez N., López S., Castillo J., Ferro S., Castañeda E.
Instituto Nacional de Salud, Hospital Militar Central, Hospital San Ignacio, Bogotá.

La histoplasmosis, micosis sistémica causada por el *Histoplasma capsulatum* var. *capsulatum*, presenta una distribución mundial. En Colombia se ha observado la forma epidémica en varias oportunidades, en este trabajo se presentan las historias clínicas de siete casos de histoplasmosis aguda que constituyeron los casos índices de seis brotes estudiados en el Instituto Nacional de Salud entre los años de 1977 a 1993. De cada paciente se indagaron los hallazgos clínicos y paraclínicos, posible fuente de contacto y tiempo de exposición.
Las edades de los siete casos oscilaron entre 5 y 51 años; 6 eran hombres y una mujer; 3 eran estudiantes, un profesor, un agricultor, un ingeniero y una ama de casa; los síntomas predominantes fueron: cuadro de infección respiratoria en 2, fiebre en 2 y eritema nodoso en 2. Se aisló el hongo en la muestra de esputo de un paciente, y las pruebas serológicas fueron todas reactivas, se observó la banda H de precipitación en 2 pacientes, la banda M en 4 y la fijación de complemento fue positiva en 5. Los hallazgos radiológicos determinados en 2 de los 7 casos señalaron infiltrados micronodulares difusos. Uno de los 7 pacientes recibió tratamiento con itraconazol y 2 recibieron tratamiento antituberculoso. De 4 casos se tuvo conocimiento de la posible fuente de contaminación, dos visitaron cuevas y dos tuvieron contacto con árboles huecos habitados por murciélagos; los micro focos de infección estaban localizados entre 740 y 2500 metros sobre el nivel del mar sobre las cordilleras central y oriental. El tiempo de exposición osciló entre 5 horas a varios días. De acuerdo con lo que ha sido informado en la literatura para casos epidémicos, no se observó predilección por sexo, edad y ocupación; las manifestaciones clínicas fueron variadas, desde infección asintomática hasta infección respiratoria manifiesta. Los métodos serológicos empleados permitieron hacer el diagnóstico en todos los casos. Los sitios habitados por murciélagos se constituyeron en la principal fuente de infección debido al desconocimiento de las medidas de prevención al visitar estos lugares. Se destaca la presencia de esta forma de histoplasmosis aguda en pacientes inmunocompetentes.

PERFIL CLINICO-EPIDEMIOLOGICO DE LA INFECCIÓN POR VIH/SIDA EN EL DEPARTAMENTO DEL ATLANTICO. 1987-1993.

Haag A., Ramirez ME., Antequera K., Baraona N.
Centro Departamental de Enfermedades Transmisibles e Investigaciones (CETI)-DASALUD, Atlántico.

Universidad del Norte, Barranquilla.
Se revisaron las fichas epidemiológicas de 454 personas infectadas con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana desde Enero de 1987 hasta Noviembre de 1993. El grupo de edad más afectado es el de los 20 a 40 años (80%). La relación Masculino/Femenino es de 3 a 1, lo cual se correlaciona con la tendencia sexual de las personas infectadas; el 54% son heterosexuales. Cerca del 50% del total de sujetos estudiados se presentó con síntomas, pero en los últimos tres años el diagnóstico ha sido más precoz. Las infecciones oportunistas más frecuentes han sido: Candidosis oral, TBC, Encefalitis toxoplásmica y Herpes Zoster.
La tasa de letalidad en el Atlántico ha sido del 31%.

Se concluye que la Infección por VIH/SIDA representa un serio problema de salud en el Atlántico. Se requiere reforzar la capacidad de diagnóstico microbiológico de las Unidades Prestadoras de Servicio. Con ello mejoraría, el diagnóstico oportuno y adecuado de infecciones oportunistas tratables y como consecuencia el pronóstico de las personas infectadas con VIH.

EPIDEMIOLOGIA DE ACCIDENTES POR AGUJA EN UN HOSPITAL UNIVERSITARIO. 136

Páez S., Ferro S.

Hospital San Ignacio, Bogotá.

Objetivos: siendo conocida la transmisión de gérmenes patógenos por vía hematogena y siendo los trabajadores en salud una población de alto riesgo de contagio principalmente por accidentes por aguja, se realizó una encuesta para describir esta problemática en un Hospital Universitario.

Material y Métodos: se diseñó una encuesta que incluía interrogatorio de datos personales, accidentes por aguja y variables asociadas y sobre vacunación contra el virus de hepatitis B (VHB). Se repartieron a los trabajadores en salud del Hospital San Ignacio (profesores, residentes, internos, enfermeras jefes, auxiliares, bacteriólogos, instrumentadoras).

Resultados: se recolectaron 385 encuestas correspondientes al 79% de los trabajadores en salud. El 74% había tenido accidentes por aguja, 60% en el último año; los servicios con mayor ocurrencia de accidentes fueron: urgencias (93%) y servicios quirúrgicos (80%). Los grupos más accidentados fueron: instrumentadoras (100%), internos (86%) y residentes (83%). Los accidentes ocurrieron en orden de frecuencia: 1. Tapando la aguja (39%) 2. Suturando (22%) 3. Tomando muestras de sangre venosa (17%). La frecuencia de repercusiones por el accidente fue 0.07% infección por VHB y 2% compromiso local. El 62% de los trabajadores en salud no están vacunados contra el VHB.

Conclusiones: 74% de los trabajadores en salud del Hospital San Ignacio ha tenido accidente por aguja; la incidencia en el último año es del 60%. Son factores de riesgo la mayor exposición (instrumentadoras) y la menor experiencia (internos). Los servicios con mayor accidentalidad son urgencias y servicios quirúrgicos. La forma más frecuente como ocurren los accidentes es tapando la aguja después de usarla. Es baja la cobertura con la vacuna de la hepatitis B en los trabajadores en salud.

137 INTERACCIÓN CELULAR EN LA FIBROSIS PULMONAR OBSERVADA EN LA PARACOCCIDIOIDOMICOSIS (PCM) EXPERIMENTAL

Restrepo S., Tobón A., Trujillo J., Restrepo A.
Corporación para Investigaciones Biológicas (CIB), Medellín.

La secuela más incapacitante de la paracoccidiodomicosis, es la fibrosis pulmonar, como lo demuestra el gran porcentaje (60-80%) de los pacientes que presentan disnea y restricción cardiopulmonar de variada intensidad. Con el fin de estudiar los eventos que llevan a la fibrosis como resultado de la afección por *P. brasiliensis*, trabajamos un modelo experimental, en el cual infectamos dos grupos de ratones Balb/c por vía intranasal con conidias del hongo; la mitad de los animales se estudiaron histológicamente en búsqueda de fibrosis pulmonar (H. y E., Tricrómico de Masson para colágeno I y Gomori para colágeno III). El otro grupo sirvió para practicar lavado broncoalveolar (LBA) y determinar su celularidad. Se compararon los hallazgos en diferentes períodos, hasta la semana 28 post-infección (PI). En la 1ª semana se observó leve aumento de PMN en el LBA, coincidiendo con la inflamación leve en la histología pero sin cambios en el colágeno. Entre las 4 y 8 semanas PI, disminuyeron los macrófagos y aumentaron significativamente los PMN y discretamente los linfocitos; éstos continuaron estables durante todo el estudio. Lo anterior coincidió con alteración leve del colágeno I en el 50% y cambios del colágeno III en el 75% de los ratones, respectivamente. Entre 10 y 12 semanas PI, los PMN disminuyeron, los macrófagos aumentaron y en la mitad de los ratones, persistió la inflamación severa sin alteración notable de los colágenos; sin embargo, éstos aumentaron a partir de tal momento, alcanzando su máximo entre las 14 y 16 semanas PI, para luego disminuir paulatinamente. Este modelo experimental simula la paracoccidiodomicosis pulmonar humana en aspectos tales como la aparición de fibrosis y posiblemente, la respuesta inmune-inflamatoria del huésped.

139 ETIOLOGÍA DE LAS NEUMONIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD. INFORME PRELIMINAR.

Robledo J., Sierra P., Londoño A., Porras A., Mejía G.I., Tamayo M.C., Bedoya V., Castrillon L.
Corporación para Investigaciones Biológicas. Unidad de Neumología, Hospital Pablo Tobon Uribe. Medellín.

Con el objeto de determinar la frecuencia y el tipo de agente causal de neumonía, se llevaron a cabo cultivos a partir de muestra respiratoria, hemocultivo, serología (IgM, aumento de 4x IgG) e inmunofluorescencia para virus respiratorios (Parainfluenza, Influenza, Adenovirus, RSV). Se estudiaron 26 pacientes con neumonía adquirida en la comunidad, 12 hombres y 14 mujeres con edades comprendidas entre los 16 y 69 años. Se logró la identificación del patógeno causal en 19 (73%) de los pacientes; los agentes más frecuentes fueron *M.pneumoniae* (9 casos) y *S. pneumoniae* (8 casos); le siguieron en su orden: *H.influenzae* (4 casos) y en un caso cada vez *S.aureus*, *H.parainfluenzae*, *K.pneumoniae*, *A.calcoaceticus* y virus Parainfluenza tipo 3. En 5 pacientes (19.2%) se encontró una infección mixta de *M.pneumoniae* con otro germen: *H.influenzae* (2 casos), *S.pneumoniae* (2 casos), *H.parainfluenzae* (1 caso). En relación con el tipo de muestra analizada, en 13 pacientes (50%), el agente infeccioso fue aislado a partir de la muestra respiratoria (esputo o lavado broncoalveolar) y en 2 pacientes de líquido pleural; además, en 9 pacientes (34.6%) la serología demostró una infección aguda para *M.pneumoniae*; ninguno de los pacientes estudiados tuvo cultivo positivo o fue reactivo en las pruebas serológicas para *L.pneumophila*. Se resalta la importancia de los hemocultivos, los que fueron positivos en el 15% de los casos y permitieron el aislamiento de *S.pneumoniae* como agente etiológico de neumonía. Se destaca la importancia del diagnóstico etiológico en esta patología y el valor que tiene el estudio de una adecuada muestra respiratoria. Se resalta igualmente el lugar ocupado por el *M.pneumoniae* como agente etiológico de esta patología.

138 TRATAMIENTO CON OFLOXACINA ORAL DE LAS NEUMONIAS ADQUIRIDAS EN LA COMUNIDAD (NAC).

Robledo J.A., Londoño A., Porras A., Sierra P., Mejía G.I., Tamayo M.C., Bedoya V., Castrillon L.
Corporación para Investigaciones Biológicas. Unidad de Neumología, Hospital Pablo Tobon Uribe. Medellín.

Se evaluó la eficacia de la ofloxacina oral (800mg diarios por 10 días), para el tratamiento de las NAC de acuerdo con parámetros clínicos, radiológicos y bacteriológicos. Se estudiaron 20 pacientes, 11 mujeres y 9 hombres entre 18 y 69 años de edad. Los hallazgos clínicos más frecuentes al ingreso fueron: tos (100%), estertores (90%), fiebre (85%), esputo purulento (75%), consolidación (65%), dolor torácico (55%), disnea (45%) y hemoptisis (35%). El estudio radiológico inicial mostró compromiso lobar de tipo alveolar en 17 pacientes (85%) y de tipo intersticial en 3 (15%); además, derrame pleural asociado en 2 (10%). En los pacientes con neumonía lobar, la lesión se localizó casi siempre (76%) en pulmón derecho. En 14 pacientes (70%) se determinó el diagnóstico etiológico antes de la iniciación del tratamiento, identificándose: *M.pneumoniae* 7, *S.pneumoniae* 6, *H.influenzae* 4, *A.calcoaceticus* 1, *S.aureus* 1, Virus parainfluenzae tipo 3 en un caso. En 6 de los pacientes se presentó infección mixta (2 - 3 microorganismos). Todos los agentes aislados mostraron sensibilidad "in vitro" a la ofloxacina. Al finalizar el tratamiento, 13 de los pacientes (68%) se recuperaron totalmente y no presentaron ni signos ni síntomas de infección, tan solo evidencias radiológicas del hallazgo inicial en proceso de resolución. En 6 pacientes (31.5%) persistieron hallazgos mínimos como estertores, tos o disnea. De este modo, el tratamiento permitió obtener curación o mejoría de 19 de los pacientes (1 no fue evaluable). De 11 pacientes con cultivos positivos a partir de muestra respiratoria, 8 fueron controlados bacteriológicamente al tercer día de terapia, encontrando que el patógeno inicial no era ya recuperable. En los restantes pacientes no se dispuso de muestra o bien su diagnóstico había sido serológico. Se concluye que la ofloxacina oral a las dosis utilizadas fue efectiva para el tratamiento de la neumonía adquirida en la comunidad y se plantea como monoterapia alternativa para el tratamiento inicial de estas infecciones.

140 POBLACIONES DE LINFOCITOS T Y TUBERCULINA EN INDIVIDUOS VIH POSITIVOS ASINTOMÁTICOS EN MEDELLÍN, 1993.

Rodríguez J.I.*, García L.R.*, Betancur.**
* Laboratorio Central de Investigaciones, Facultad de Medicina U. de A. ** Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitario San Vicente de Paúl.

Se estudiaron 100 individuos con serología o "Western blot" positivo para VIH, asintomáticos de acuerdo con la clínica. Se efectuó determinación de las subpoblaciones de linfocitos T por inmunofluorescencia indirecta y una prueba de tuberculina (5 U.T. intradérmica). El 92% de los individuos fueron varones, 60% vacunados con BCG. La prueba de tuberculina fue positiva (≥ 5 mm) en el 20% de los estudios. Los recuentos leucocitarios estuvieron en el rango normal. Se encontró una media de $68\% \pm 16$ ($1832 \pm 977/\text{mm}^3$) de linfocitos T CD3; $31\% \pm 17$ ($874 \pm 678/\text{mm}^3$) CD4; y $46\% \pm 896$ CD8. El 79% de los individuos estudiados tenían recuentos de linfocitos T CD 4 mayores de $500/\text{mm}^3$. La relación CD4/CD8 fue en promedio $0,83 \pm 1,1$. Se encontró la prueba de tuberculina con 5 ó más mm en el 26% de los individuos con recuentos de CD4 mayores de $500/\text{mm}^3$, mientras que no se encontró en ninguno de los individuos con recuento inferiores a $500/\text{mm}^3$ ($p = 0,013$), asociación que se encontró más fuerte al analizar separadamente los individuos vacunados y los no vacunados. También se encontró asociación entre la prueba de tuberculina positiva (≥ 5 mm) y una razón CD4/CD8 $1,4$ ($p = 0,006$), pero no con los recuentos de CD8 ni de CD3.

141 ESTUDIO MULTICENTRICO ABIERTO PARA EVALUAR SEGURIDAD Y EFICACIA OFLOXACINA PARENTERAL, EN EL TRATAMIENTO DE NEUMONIA.

Severiche H.Diego, Gómez G. Alirio. Colaboración servicios de Neumología Hospital Militar, Bogotá. Hospital Ramón González V. Bucaramanga. Janssen Farmacéutica S.A.

Este es un estudio en fase III, donde se seleccionaron pacientes mayores de 19 años, con diagnóstico clínico de Neumonía, Rx tórax con presencia de infiltrados agudos, y disponibilidad de gérmenes provenientes del tracto respiratorio inferior.

Cada paciente recibió Ofloxacin 400 mg i.v. cada 12 horas por 5 días, seguido por 400 mg v.o c/12 horas por 5 días adicionales. Se realizó evaluación clínica completa; CH, química completa, cultivos y Rx tórax al inicio, al finalizar fase I.V. y al completar el tratamiento.

Nuestro grupo consto de 15 pacientes, quienes reunían los criterios de inclusión. 6 pacientes tenían Neumonía sin enfermedad asociada; 5 EPOC; 3 Asma; 1 Frosis pulmonar. Los gérmenes aislados fueron: S. Piogenes 5; S. no Hemolítico 1; S.B. Hemolítico 2; S. Viridians 1; Neumococo 1; E. Coli 1; Klebsiella 3; en un paciente no se aisló germen. 2 pacientes tuvieron hemocultivos (+) para Klebsiella y S Piogenes. en 8 pacientes el diagnóstico bacteriológico fue hecho a través del BAL y cultivo cuantitativo.

La mejoría fue significativa para el escalofrío, dolor torácico, taquicardia y taquipnea $P < 0.0001$. Tanto para el malestar, fiebre, tos y esputo hubo mejoría $P < 0.01$ otros parámetros clínicos también evolucionaron favorablemente. Los Rx tórax mejoraron en todos los pacientes, persistiendo anomalías de la enfermedad de base en 8 pacientes. Hubo una elevación significativa de la Fosfatasa Alcalina $P < 0.0001$, sin significancia clínica. No se encontraron otras alteraciones de laboratorio relacionados con el tratamiento. 2 pacientes presentaron náuseas y fueron los únicos efectos secundarios relacionados con el tratamiento.

La Ofloxacin es una Carboxiquinolona Fluorada, sintética, la cual es bactericida por inhibición de la DNA Girasa, siendo activa contra gérmenes Gram (-) incluida Pseudomona; Gram (+); Bacteroides Fragilis y Legionella entre ellos.

En este estudio se demostró la utilidad clínica del esquema terapéutico con Ofloxacin para el tratamiento de la Neumonía Adquirida en Comunidad, aun complicando otros procesos pulmonares, con mínimos efectos secundarios, lo cual la convierte en una alternativa para el tratamiento de los procesos infecciosos del Sistema Respiratorio.

143 BROTE POR MICOBACTERIUM CHELONAE Sb. ABSCESSUS. HALLAZGOS CLINICOS, DE LABORATORIO Y RECOMENDACIONES TERAPEUTICAS.

Villanueva A., Acosta B., Aguero S., Severini S., Unidad Médica DE Infectología, Clínica Internacional, Barranquilla, C.D.C Atlanta USA.

Entre Marzo 93 - Marzo 94, 240 pacientes fueron atendidos con lesiones de piel, nódulos (70%), abscesos (20%), celulitis (5%) y fistulas (5%), después de tratamiento con inyecciones en Medicina Bioenergética. Se estableció una relación entre la aparición de la lesiones, con los sitios de punción. El Micobacterium chelonae fué observado en la coloración para BAAR y aislado en medio de Ogawa. El antibiograma mostró un patrón único de susceptibilidad bacteriana a doce antibióticos. Un análisis molecular del Micobacterium aislado, confirmó que se trataba de una cepa de iguales características como causa del brote. Durante un año, se observó desde la curación espontánea hasta la persistencia de las lesiones, en unos pocos casos, a pesar del tratamiento quirúrgico y antibioticoterapia. No hubo aislamiento en sangre del Micobacterium chelonae, ni complicaciones sistémicas. 168 biopsias reconfirmaron el diagnóstico. Los antecedentes de punciones, la utilización de tinción para BAAR, la identificación microbiológica, los estudios de sensibilidad bacteriana, los de biología molecular y los estudios histopatológicos investigados en este brote, constituyen un nuevo aporte al entendimiento de la enfermedad por el Micobacterium chelonae Sb. abscesus. La mejor respuesta terapéutica, se observó con el uso combinado de la Claritromicina y la resección quirúrgica.

CHLAMYDIA TRACHOMATIS, GARDNERELLA VAGINALIS Y OTROS MICRO ORGANISMOS EN GESTANTES DEL HOSPITAL MATERNIDAD RAFAEL CALVO (HMRC).

Urbina D., Flechas L.A., Romero L.F., Young G.

Con la finalidad de conocer el índice de infección por C. trachomatis, G.vaginalis y otros gérmenes sexualmente transmisibles en un grupo de gestantes, se estudiaron 135 mujeres del primer, segundo y tercer trimestre de gestación atendidas en el HMRC.

Mediante estudios combinados de laboratorio, que incluyeron exámenes directos, cultivos bacteriológicos y técnicas de inmunoensayo, se identificaron los microorganismos infectantes en flujo vaginal, secreción endocervical y suero de 83% de las pacientes.

Se encontró que 15.5%; 9.6%; 8.5%; 40%; 8.8% y 0.7% de las gestantes tuvieron infección genital por C.trachomatis, G.vaginalis, T.vaginalis, Cándida Sp., Estreptococo B y N. gonorrhoeae, respectivamente; ninguna paciente fue reactiva para marcador de infección activa por Citomegalovirus.

La cervicitis y el aborto, como antecedente, fueron las patologías asociadas mas frecuentemente halladas; la ruptura temprana de membranas, también se presentó en algunas de las pacientes.

La significativa proporción de gestantes con infección por bacterias que causan complicaciones en el embarazo, amerita su estudio en el diagnóstico de rutina de la consulta prenatal del HMRC.