



Revista Hospital Rawson

Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson
Comité de Docencia e Investigación

Edición N°2. Volumen N°1
Julio 2021

San Juan, República Argentina





DIRECTORIO:

Director Ejecutivo:
Dr. Jorge Girón

**Director Médico de
Planificación y Gestión
Asistencial:**
Dra. Marianna Miguez

Director Administrativo:
CPN Mario Sanchez Linares

Director del Personal:
Lic. Ricardo Atencio Pizarro

Gerente Administrativa:
Lic. Erica Crosara

Gerente Contable:
CPN Cristina Videla

COMITÉ DE DOCENCIA E INVESTIGACIÓN

Coordinadora
Dra. Liliana Echegaray

Comité Editorial
Dra. Baistrocchi Valentina
Dra. Buttiero Raquel
Lic. Jelves Isabel
Dra. Manzur Adriana
Dr. Orellano Juan Pablo
Dr. Ponce Javier
Dr. Rueda Sergio
Lic. Uriza Marta
Lic. Zamora Cristina

PRODUCCIÓN GRÁFICA:
Gabinete de Comunicación
y Prensa

*Publicación digital semestral del Hospital
Público Descentralizado Dr. Guillermo
Rawson, que publica trabajos científicos de
medicina y áreas relacionadas. El objetivo
general es servir como medio de difusión y
de actualización de conocimientos
científicos en diferentes áreas de la salud
actual.*

Hospital Dr. Guillermo Rawson
Av. Rawson 494 (Sur). Capital. I CP: 5400 I
San Juan – República Argentina
Tel. 54-0264-4294700 I E-mail:
resvistahgrsj@gmail.com
www.hospitalrawson.sanjuan.gob.ar

ÍNDICE

3 Prólogo

Dr. Carelli, Héctor.

4 Absceso intraabdominal en pacientes con apendicitis complicada según vía de abordaje

Guerra Videla, Mariana Denis; Azuri, Amira; Yasenzanero,
Emanuel; Baistrocchi, Valentina.

7 Anemia hemolítica autoinmune en paciente con lupus eritematoso sistémico: reporte de caso

Nacif, Andrea; Palmés, Carlos; Tobares, Silvana; Castillo, Ma
Agostina; Aguilar, Vanesa.

11 Enfermedad de Kikuchi - Fujimoto como causa de síndrome febril en Pediatría

Bordón, Paulina; Arancibia De Lara, Andrea Carolina; Castillo,
Camila Milagro; Castro, María Belén; Mengual, German Andrés;
Quintero, José Luis; Romano De Tommaso, Julieta; Rufino, María
Flores; Ruiz, Evangelina Nidia.

15 Incidencia de microorganismos multirresistentes en población obstétrica

Manzur, Adriana; Boccardo, Jimena; Moreno, Hugo; Ruiz, Maria
Silvia; Fernandez, Johana; Meritello, Miriam; Ranea, Patricia;
Lopez, Marisa; Vera, Ethel; Ferrari, Sandra.

22 No todo patrón en vidrio esmerilado es COVID-19

Jaspe, Delfina; Ocampo López, Victoria; Filippa,
Valeria.

33 Persistencia de RNA viral de SARS-COV-2 en muestras respiratorias

Gallardo, Paris Carolina; Castro Ocampo Gerardo; Adarvez,
Daniel; Barrera, Gimena; Berenguer, Ofelia; Bonetto, Maria Elisa;
Ciallella, Alejandra; Correa, Santiago; Fierro, Leopoldo; Herrera,
Lorena; Rodriguez, Jorge; Saavedra, Carlos.

38 Presentación de caso: Uso de colgajos libres en Cirugía reconstructiva, en paciente traumatizado

Puchetta, Luis; Navarta, Gabriel; Gempel, Juan Pablo;
Espinosa, Emanuel.

42 Reactivación de enfermedad de chagas con compromiso cerebral en un paciente con VIH/SIDA: Reporte de caso

Gómez, Pablo; Palmés, Carlos; Manzur, Adriana; Salva,
Liliana.

45 Sífilis: Un problema vigente en pediatría

Bertoni, Liliana; Galdeano, Emilio; Mengual, Marcela; Daniel,
Mariana; De los Rios, Noelia.

49 Síndrome de pseudo Meigs en Pediatría

Martínez Sánchez, Natalia; Baistrocchi, Valentina.



PRÓLOGO

Los editoriales y prólogos están llenos de lugares comunes y mi propuesta para este es eludirlos.

Me cabe reflexionar sobre libros y revistas que en realidad son libros de entrega periódica y parafraseando a Borges "el libro es una extensión de la memoria y la imaginación". En el caso de los textos científicos la imaginación probada por el método, y la memoria incorporada al avance del conocimiento.

La revista científica del Hospital Dr. Guillermo Rawson de San Juan, Argentina, representa un formidable instrumento para consolidar el crecimiento constante del nosocomio y fundamental para la difusión del trabajo del equipo de salud, una de las carencias más pronunciadas y poco estratégicas de nuestro hospital, probablemente ocasionado por la abrumadora oferta de trabajo asistencial, que posterga en forma histórica la comunicación científica, fluida y actualizada.

No dispongo de datos actualizado pero en el año 2014, el servicio de Pediatría que tuve el orgullo y pertenencia de dirigir por 12 años, tenía una producción de 140000 consultas anuales y el crecimiento exponencial de prestaciones de alta complejidad.

Me permito aconsejar al Comité de Docencia, fogonear en forma vigorosa la reanudación de Ateneos y reuniones científicas que han tenido un paréntesis pronunciado por "razones de pandemia", ya que todos los que transitan y transitamos por su ámbito sabemos que interactuar con el staff implica motorizar la investigación clínica, herramienta imprescindible para poder incluir la revista en index nacional e internacional.

Los editores de las revistas médicas deben asegurar la calidad del standard de publicación siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE siglas en ingles). Para ello uno de los pilares fundamentales es la revisión rigurosa por pares.

Dr. Héctor Carelli, médico pediatra.

Ex Jefe del Servicio de Pediatría
Hospital Dr. Guillermo Rawson

Próxima Edición: Diciembre 2021

Recepción de trabajos a partir de Agosto 2021. Consultas y reglamento de publicación : revistahgrsj@gmail.com

Absceso intraabdominal en pacientes con apendicitis complicada según vía de abordaje

| Guerra Videla, Mariana Denis | Azuri, Amira | Yasenzaniro, Emanuel | Baistrocchi, Valentina

Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.
San Juan - Argentina

Correspondencia: Dra. Guerra V. Mariana D.

E-mail: guerramarid@gmail.com

RESUMEN

Introducción.

La Apendicitis Aguda es la Inflamación del apéndice cecal siendo la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en niños. Pudiendo ser abordado por vía convencional o vía videolaparoscópica. Entre las complicaciones postquirúrgicas que prevalecen se encontraría el absceso de pared, dehiscencia de la herida y absceso intraabdominal. Esta última, es una de las más frecuentes en los pacientes con apendicitis aguda complicada. El objetivo de este trabajo es comparar la incidencia de abscesos intrabdominal post apendicitis complicadas entre el abordaje convencional y laparoscópico.

Materiales y métodos.

Se realizó estudio retrospectivo transversal analizando datos de los pacientes entre 1 y 17 años de edad, con diagnóstico presuntivo de Apendicitis Aguda ingresados al servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson entre enero del 2014 y julio del 2020, dividiendo a los mismos según su diagnóstico intraoperatorio en apendicitis no complicada, que incluye apendicitis congestivas y flegmonosas; y complicada, que encierra a apendicitis gangrenosas y peritonitis apendicular, dividiendo a las mismas según la vía de abordaje.

Conclusión.

Se obtuvo una p no significativa comparando la incidencia de abscesos intrabdominal en apendicitis complicadas según la vía de abordaje.

Palabras Claves:

Apendicectomía, absceso intraabdominal, videolaparoscopia, apendicitis aguda.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice cecal secundaria a obstrucción luminal o hipertrofia de tejido linfoide parietal, siendo esta, la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en niños mayores de dos años. Posee una incidencia global anual de 25/10.000 niños entre 10 y 17 años, y 1,5/10.000 niños menores de 4 años, correspondiendo a 1/3 de los ingresos hospitalarios por dolor abdominal en la infancia¹. Su mortalidad es 2 a 4 veces mayor en el caso apendicitis perforadas, lo que ocurre con más frecuencia en niños pequeños. En algunas series, el 94 - 100% de los menores de 3 años presentan perforación al momento del diagnóstico².

De acuerdo a las características macroscópicas del apéndice intraoperatoriamente, se clasifica en apendicitis no complicadas incluyendo apendicitis congestiva, flegmonosa; y apendicitis complicadas donde se agrupa a las apendicitis gangrenosas y peritonitis apendicular. La falta de presentación típica en los niños menores de 3 años, explica el porqué hay una tasa más alta de apendicitis perforada en esta población³. La terapéutica a dicha patología es la apendicectomía que puede ser por vía convencional o vía laparoscópica.

Entre las complicaciones postquirúrgicas observadas se encuentra el absceso de pared, dehiscencia de la herida y absceso intraabdominal.

Absceso intraabdominal en pacientes con apendicitis complicada según vía de abordaje

| Guerra Videla, Mariana Denis | Azuri, Amira | Yasenzaniro, Emanuel | Baistrocchi, Valentina

cencia de la herida y absceso intraabdominal. Esta última, es una de las más frecuentes en los pacientes con apendicitis aguda complicada y es responsable de una hospitalización prolongada y reinternaciones⁴. Se estima que los abscesos intraabdominales postapendicetomía, pueden complicar hasta el 4,2% de las apendicitis agudas no complicadas y entre un 6,7 % a un 28% de las apendicitis agudas complicadas⁵. La utilización del abordaje laparoscópico en cuadros de apendicitis aguda supone, en general, claros beneficios como la disminución del dolor posquirúrgico, menos días de internación, índice más bajo de infección de herida quirúrgica, menor tiempo de recuperación y beneficios cosméticos^{6,7}. Sin embargo, estudios recientes demuestran un aumento en la tasa de abscesos intraabdominales en apendicitis complicadas con abordaje laparoscópico⁸⁻¹⁰, por esta razón, el objetivo de este trabajo es comparar la incidencia de abscesos intrabdominales post apendicitis complicadas entre el abordaje convencional y laparoscópico, aprovechando la casuística de nuestro servicio, donde anualmente se realizan aproximadamente 300 apendicetomías.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó estudio retrospectivo transversal analizando datos de los pacientes entre 1 y 17 años de edad, con diagnóstico presuntivo de Apendicitis Aguda ingresados al servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson entre 1 de enero del 2014 y 31 de julio del 2020. Se dividió a los mismos según su diagnóstico en Apendicitis No Complicada que incluyen apendicitis congestiva y flegmonosa; y complicada que incluye apendicitis gangrenosa y peritonitis apendicular. Se analizó en los pacientes con apendicitis complicada la relación entre la vía de abordaje y la incidencia de absceso intrabdominal. Los datos fueron tomados de la base de datos de Microsoft Excel donde se registran todos los procedimientos realizados en el servicio a partir de las historias clínicas en papel y Sistema de información hospitalaria MHO presente en la institución. Las complicaciones se registran en la misma base de datos donde se consignan los procedimientos. Luego fueron analizados en Microsoft Excel

2016 e IBM SPSS Statistics Editor v. 25. Se estableció como valor estadísticamente significativo de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Se analizaron 1812 pacientes con diagnóstico presuntivo de apendicitis aguda quienes se les otorgó turno quirúrgico para tratamiento respectivo, entre los cuales se diagnosticaron 80 (4,4 %) apéndices macroscópicamente normales, 98 (5,4 %) apendicitis congestivas, 528 (29,1%) apendicitis flegmonosas, 393 (21,7 %) apendicitis gangrenosas y 713 (39,3%) peritonitis apendicular. En nuestra subdivisión obtuvimos no complicadas 706 (38,9 %) y 1106 (61,03%) complicadas, dentro de estas últimas fueron operadas vía convencional 908 (82,09%) y vía laparoscópica 198 (17,9 %).

Analizando los pacientes que fueron diagnosticados con Apendicitis Complicada, y operados vía laparoscópica, solo 9 (4,5 %) presentaron diagnóstico postoperatorio de absceso intrabdominal. Mientras que en los operados vía convencional se registraron 61 (6,7 %) pacientes con dicho diagnóstico (Gráfico1).

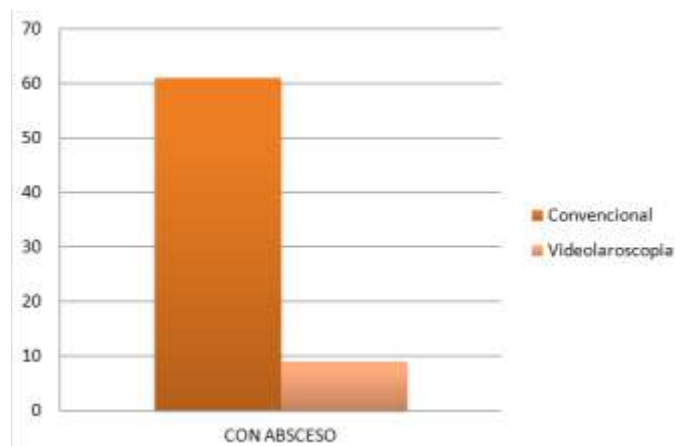


Gráfico 1: Incidencia de abscesos intrabdominales según vía de abordaje en apendicitis complicadas.

Luego del análisis de datos con IBM SPSS Statistics Editor v.25 se obtuvo una p de 0,255 en la relación entre absceso en apendicitis complicada y vía de abordaje. Esto significa que nos da un

Absceso intraabdominal en pacientes con apendicitis complicada según vía de abordaje

| Guerra Videla, Mariana Denis | Azuri, Amira | Yasenzaniro, Emanuel | Baistrocchi, Valentina

resultado no significativo, lo cual determina que no existe diferencia en la incidencia de absceso intraabdominal según la vía de abordaje en la apendicitis complicada.

DISCUSIÓN

La Apendicitis Aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en niños mayores de dos años, entre las complicaciones postquirúrgicas que prevalecen se encuentra el absceso intraabdominal usualmente dentro de las apendicitis agudas complicadas^{1,4}. La utilización del abordaje laparoscópico en cuadros de apendicitis aguda supone claros beneficios en la evolución postquirúrgica de nuestros pacientes^{6,7}. Si bien en nuestro servicio presentamos mayor número de apendicectomías realizadas por vía convencional en comparación con las abordadas vía video laparoscópica, ya sea por falta de disponibilidad de instrumental o por formación del cirujano interviniente; se obtuvo una diferencia no significativa en la incidencia de abscesos intraabdominales postapendicectomía compli-

cada. Estos resultados pueden deberse a que la muestra sea pequeña o que exista otra variable interviniente como puede ser la formación del cirujano principal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Vargas MG, Manuel J, Janeiro J, Téllez MR, Reyes DP. Estudio comparativo de los abordajes abierto y laparoscópico para apendicitis aguda complicada en pacientes de edad pediátrica. 2018;(January).
2. Vallone DP. Apendicitis Aguda. PRONACIP. 2013;Año4-Mod.
3. Loochkarth A, Bravo K. de complicaciones. 2019;52(2):31-7.
4. Tartaglia D, Maria L, Alessio F, Mario M, Lorenzo M, Marsia P, et al. Risk factors for intra - abdominal abscess following laparoscopic appendectomy for acute appendicitis : a retrospective cohort study on 2076 patients. Updates Surg [Internet]. 2020;i(0123456789). Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s13304-020-00749-y>
5. Coelho A, Sousa C, Marinho AS, Recaman M, Carvalho F. Abscesos intraabdominales postapendicectomía : seis años de experiencia de un Servicio de Cirugía Pediátrica. 2017;(2):152-5.
6. Arias MP. Estudio comparativo de la incidencia de abscesos de pared abdominal en niños intervenidos quirúrgicamente por apendicitis aguda : tratamiento convencional vs con suturas recubiertas de antiséptico o con apósitos impregnados de antibiótico*. 2008;(December 2019).
7. Angeles L. Surgical Endoscopy. 1996;(July 1994):327-8.
8. Bennett J, Boddy A, Rhodes M. Choice of Approach for Appendectomy : A Meta-analysis of Open Versus Laparoscopic Appendectomy. 2007;17(4):245-55.
9. Sarmiento VDPB; VWH. Efectividad de la apendicectomía laparoscópica y abierta en niños con apendicitis aguda no complicada 2018;.
10. Laguzzi, M. C., Rodríguez, F., Costa, J. M., Chinelli, J., Rappa, J., Trostchansky, J., ... & Rodríguez Temesio, G. Abscesos residuales en apendicitis aguda. Comparación entre abordaje laparotómico vs. laparoscópico. In Anales de la Facultad de Medicina (Vol. 6, No. 1, pp. 170-190). Universidad de la República. Facultad de Medicina. (2019, June).

Anemia hemolítica autoinmune en paciente con lupus eritematoso sistémico: reporte de caso.

| Nacif, Andrea | Palmés, Carlos | Tobares, Silvana | Castillo, Ma Agostina | Aguilar, Vanesa

Servicio de Clínica Médica Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.
San Juan - Argentina

Servicio de Hematología y Hemoterapia Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.
San Juan - Argentina

Correspondencia: Dra. Nacif Andrea

E-mail: andreanacif@gmail.com

RESUMEN

Las anemias hemolíticas autoinmunes están producidas por autoanticuerpos dirigidos contra antígenos presentes en la membrana del hematíe, el mecanismo dependerá de la clase de inmunoglobulina del autoanticuerpo, de su temperatura de reacción óptima y de su capacidad para activar el complemento sobre la membrana del eritrocito.

Existen condiciones patológicas asociadas con la deficiencia de folato como lo son las anemias hemolíticas crónicas, por lo que debemos sospecharlas en paciente con enfermedad autoinmune de base, como el Lupus Eritematoso Sistémico.

Se presenta el caso de una paciente con anemia hemolítica autoinmune con falta de respuesta a tratamiento con glucocorticoides que es intervenida de forma interdisciplinaria valorándose diagnósticos alternativos y primarios de base a los que se agrega el diagnóstico de esta última. Al tratar las deficiencias primarias, presenta respuesta óptima al tratamiento inmunosupresor que causa la hemólisis autoinmune.

Palabras claves

Anemia hemolítica, Lupus eritematoso sistémico, déficit de folatos.

INTRODUCCIÓN

La hemólisis se define como la destrucción acelerada de los hematíes que provoca un aumento en la producción de estos a nivel de la médula ósea (eritropoyesis compensadora).

Las anemias hemolíticas autoinmunes (AHAI) están producidas por auto anticuerpos (Ac) dirigidos contra antígenos (Ag) presentes en la membrana del hematíe, el mecanismo dependerá de la clase de inmunoglobulina (Ig) del auto Ac y de su temperatura de reacción óptima (Ac calientes de tipo IgG, que reaccionan a más de 37°, siendo la forma más prevalente, o Ac fríos de tipo IgM que lo hacen a temperaturas menores) y de su

capacidad para activar el complemento sobre la membrana del eritrocito. Los exámenes hematólogicos necesarios para el diagnóstico son pruebas de antiglobulina directa, conocida como Coombs directo (PCD), que determina la presencia de IgG o la fracción C3 del complemento sobre la membrana del glóbulo rojo o la prueba de antiglobulina indirecta (PCI), que determina la presencia de Ac libre en el plasma¹.

El Lupus Eritematoso Sistémico (LES), es una enfermedad autoinmune, inflamatoria crónica de etiología desconocida, con afectación multiorgánica caracterizada por episodios de actividad intercalados con otros de normalidad.

Anemia hemolítica autoinmune en paciente con lupus eritematoso sistémico: reporte de caso.

| Nacif, Andrea | Palmés, Carlos | Tobares, Silvana | Castillo, Ma Agostina | Aguilar, Vanesa

Aunque las alteraciones hematológicas son frecuentes en el LES, las anemias por enfermedad crónica son más comunes².

El objetivo del presente artículo es reportar un cuadro clínico complejo de baja incidencia, con necesidad de razonamiento multidisciplinario, de resolución atípica por presentar solapamiento de entidades clínicamente similares.

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 45 años con antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial, que refiere comenzar desde 2 meses con astenia progresiva, asociada a pérdida de peso no intencional, y palidez mucocutánea, por lo que asiste a servicio de Hematología donde se realiza Hemograma con frotis de sangre periférica que informa: Leucocitos $6.730/\text{mm}^3$ (con fórmula conservada), Plaquetas $207.000/\text{mm}^3$, Hemoglobina (Hb) 5,6gr/l, Hematocrito (Hto) 16,4% (VCM 127,1 fl) con PCD (+++), lactato deshidrogenasa 2123u/l, Bilirrubina Total 1,61mg/dl a predominio de indirecta 1.03mg/dl, IgG positivo y C3 positivo, interpretándose como AHAI, decidiendo su internación de urgencia e iniciando Meprednisona 60mg/día, sin respuesta efectiva durante las primeras 48 horas.

Al recibir perfil inmunológico destaca Ac Antinucleares (ANA) positivo, con patrón homogéneo 1/640 diluciones, hipocomplementemia, incremento policlonal de gammaglobulinas y disminución de α y β globulinas, eritrosedimentación de 146mm/hora, dosaje total de IgA 0,01 y Ac Anti-Células Parietales, y al revalorar de forma interdisciplinaria los bajos índices reticulocitarios (menores al 3%) se sospecha de Anemia Megaloblástica secundaria a hemólisis crónica (déficit de reserva de folatos) por Lupus Eritematoso Sistémico con déficit selectivo de IgA, iniciando terapéutica con cianocobalamina, ácido fólico y hierro diarios.

Presenta un aumento progresivo del índice reticulocitario siendo este mayor al 3% con aumento progresivo y normalización de parámetros e índices hematimétricos, respectivamente.

Previo al alta hospitalario, se realiza Videoesndoscopia Digestiva Alta, donde por biopsia se constata gastritis crónica con técnica positiva para *Helicobacter pylori*. Actualmente la paciente se encuentra en seguimiento ambulatorio por servicio de Hematología y Reumatología.

DISCUSIÓN

El folato es una vitamina B soluble en agua necesaria para la formación de células hematopoyéticas. Las condiciones que pueden estar asociadas con la deficiencia de folato incluyen: mayores necesidades por embarazo, anemia hemolítica, disminución de la ingesta, especialmente en personas con consumo excesivo de alcohol, disminución de la absorción en el contexto de una cirugía de bypass gástrico, pérdida durante la hemodiálisis, etc. Existen eventos aislados asociados a patologías de carácter crónico con necesidades aumentadas, como ocurre con la anemia hemolítica crónica grave.

Los hallazgos clásicos asociados con la deficiencia de folato incluyen empeoramiento de la anemia macrocítica, palidez con tinte icterico, también pueden aparecer síntomas atribuidos a la hipoxia tisular. El diagnóstico debe pensarse ante anemia macrocítica de causa indeterminada, en pacientes con síntomas neurológicos inexplicables o asociada a otros trastornos autoinmunes. Es útil el dosaje de folatos, considerándose normal un valor mayor a 4ng/mL. La deficiencia de folato se trata por vía oral con ácido fólico (1 a 5 mg al día). Esta dosis suele ser suficiente, porque supera la cantidad diaria recomendada de 200mcg³. El ácido fólico intravenoso puede ser apropiado en ciertos casos, como las personas que no pueden tomar un medicamento por vía oral o aquellos que tienen anemia grave o sintomática debido a la deficiencia de folato y, por lo tanto, tienen una necesidad más urgente de corrección rápida⁴.

Anemia hemolítica autoinmune en paciente con lupus eritematoso sistémico: reporte de caso.

| Nacif, Andrea | Palmés, Carlos | Tobares, Silvana | Castillo, Ma Agostina | Aguilar, Vanesa

En cuanto a la AHAI, la incidencia estimada es de aproximadamente 10 a 30/100.000 por año, con una prevalencia de aproximadamente 170 por millón (aproximadamente 1 en 6000). La AHAI caliente constituye aproximadamente del 70 al 80%, y el resto se debe a hemólisis inducida por el frío u otros trastornos menos comunes.

Existe una heterogeneidad significativa en los síntomas de presentación, que van de leves a fulminantes. La gravedad de los síntomas depende del nivel de hemoglobina, su tasa de disminución, otras comorbilidades y el nivel general de actividad o esfuerzo de la persona. La mayoría de los adultos presentarán síntomas cuando la hemoglobina descienda a 8-9 g/dl. El diagnóstico de anemia hemolítica se sospecha en un paciente con síntomas de anemia crónicos o de nueva aparición, un nivel bajo de hemoglobina y un recuento elevado de reticulocitos que no se explica por la producción acelerada de glóbulos rojos debido a sangrado reciente; repleción de hierro, vitamina B12, ácido fólico o cobre; o administración de eritropoyetina⁵. El problema de nuestra paciente impresiona ser el hallazgo de reticulocitos bajos, que nos llevó a pensar que presentaba hemólisis crónica con déficit en sus reservas de folato, lo que la condujo a una respuesta atenuada en la producción de eritrocitos al igual que al tratamiento inmunosupresor.

La anemia hemolítica secundaria a LES, aunque rara, cuando ocurre y es severa presupone actividad intensa de la enfermedad⁶. Las AHAI asociadas a LES se presentan en el 5 a 10% de todas las anemias asociadas al LES⁷.

Los pacientes con LES tienen tendencia a presentar hipergammaglobulinemia. Existe un pequeño porcentaje, alcanzando entre el 5-6% que puede presentar deficiencia selectiva de IgA, sin presentar diferencias significativas en cuanto a la presentación clínica, siendo esta característica serológica proporcionalmente mayor que en la población sin esta enfermedad⁸.

La deficiencia selectiva de IgA se define como la deficiencia aislada de IgA sérica, si se han excluido otras causas de hipogammaglobulinemia. Es el defecto primario de anticuerpos más común. Se define como grave a niveles séricos inferiores a 7mg/dL. La clínica más común es la presencia de infecciones recurrentes. Se puede justificar un ensayo terapéutico de terapia de reemplazo de inmunoglobulina en pacientes con infecciones recurrentes si los antibióticos profilácticos no logran disminuir el número de infecciones⁹.

Anemia hemolítica autoinmune en paciente con lupus eritematoso sistémico: reporte de caso.

| Nacif, Andrea | Palmés, Carlos | Tobares, Silvana | Castillo, Ma Agostina | Aguilar, Vanesa

BIBLIOGRAFÍA

1. Hernández González JL, Fortún Prieto A, Campo Díaz MC. Fundamentos fisiopatológicos para el diagnóstico de la anemia hemolítica autoinmune. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2019 [citado: 18 abril 2021]; 23(5): 745-757. Disponible en: <http://revcompinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/3904>
2. Juan Pedro Rojas Poma. Anemia hemolítica autoinmune, asociada a lupus eritematoso sistémico. Revista Médica Carrionica [Internet] 2016; [Citado: 22 abril 2021] 3 (3): Página 28
3. Means RT, Fairfield KM. Clinical manifestations and diagnosis of vitamin B12 and folate deficiency. Uptodate [Internet] 2020. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-vitamin-b12-and-folate-deficiency/contributors>
4. Devalia V, Hamilton MS, Molloy AM. Guidelines for the diagnosis and treatment of cobalamin and folate disorders. Br J Haematol. [Internet] 2014 [citado: 17 abril 2021]; 166(4):496-513. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/resolve/doi?DOI=10.1111/bjh.12959>
5. Robert A. Brodsky, MD. Diagnosis of hemolytic anemia in adults. Uptodate [Internet] 2021. <http://www.uptodate.com/contents/diagnosis-of-hemolytic-anemia-in-adults/print>
6. Giannouli S, Voulgarelis M, Ziakas PD, Tzioufas AG. Anaemia in systemic lupus erythematosus: from pathophysiology to clinical assessment. Ann Rheum Dis [Internet] 2006 [Citado: 25 abril 2021] 65(2): 144-8. Disponible en: <https://ard.bmj.com/lookup/pmidlookup?view=long&pmid=16079164>
7. Lippman SM, Amett FC, Conley CL, et al. Genetic factors predisposing to autoimmune diseases. Autoimmune hemolytic anemia, chronic thrombocytopenic purpura, and systemic lupus erythematosus. Am J Med. [Internet] 1982 [Citado: 25 abril 2021] 73(6):827-40. Disponible en: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0002-9343\(82\)90773-2](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/0002-9343(82)90773-2)
8. Rankin EC, Isenberg DA. IgA deficiency and SLE: prevalence in a clinic population and a review of the literature. Lupus [Internet] 1997 [Citado: 26 abril 2021] 6(4):390-4. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/096120339700600408>
9. Robert W Hostoffer. Selective IgA deficiency: Clinical manifestations, pathophysiology, and diagnosis. Uptodate [Internet] 2020. Disponible en: <https://www.uptodate.com/contents/selective-iga-deficiency-clinical-manifestations-pathophysiology-and-diagnosis/contributors>

Enfermedad de Kikuchi - Fujimoto como causa de síndrome febril en Pediatría

Bordón, Paulina	Arancibia De Lara, Andrea Carolina	Castillo, Camila Milagro
Castro, María Belén	Mengual, German Andrés	Quintero, José Luis
Romano De Tommaso, Julieta	Rufino, María Florencia	Ruiz, Evangelina Nidia

Servicio de Pediatría. Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.
San Juan. Argentina

Correspondencia: Dra. Paulina Bordón

Email: paulinabordon@gmail.com

RESUMEN

La enfermedad de Kikuchi - Fujimoto (EKF) es una linfadenitis necrosante histiocitaria poco frecuente, de etiología desconocida. Su presentación en edad pediátrica es extremadamente rara. Suele cursar como síndrome febril con linfadenopatías laterocervicales y leucopenia. Generalmente evoluciona de manera espontánea hacia la resolución sin secuelas.

Se presenta el caso clínico de un paciente masculino en edad pediátrica, con síndrome febril prolongado, que luego de la evaluación multidisciplinaria, se asume el diagnóstico de esta enfermedad.

Palabras clave

Kikuchi - Fujimoto - síndrome febril - linfadenopatías

INTRODUCCIÓN

La enfermedad de Kikuchi - Fujimoto (EKF) es una linfadenitis necrosante histiocitaria poco frecuente, de etiología desconocida, que afecta generalmente a mujeres jóvenes^{1,2,4,5}. Fue descrita inicialmente en mujeres asiáticas, menores de 30 años, aunque se describen casos en forma global, correspondiendo menos del 10% de los mismos a pacientes pediátricos. En este grupo etáreo, se describe predominancia en varones y posibilidad de recurrencia hasta en el 12% de los casos⁴⁻⁷. Suele cursar como síndrome febril con linfadenopatías laterocervicales. Puede acompañarse de fatiga, pérdida de peso, sudoración nocturna, compromiso de piel (máculas, pápulas o eritema urticariforme). Los hallazgos bioquímicos son inespecíficos, como leucopenia, aumento de la eritrosedimentación (VSG) y de la lacticodeshidrogenasa (LDH), y alteraciones del hepatograma¹⁻³. Si bien se ha descrito su asociación con fenómenos autoinmunes, especialmente con Lupus eritematoso sistémico, general-

mente evoluciona de manera espontánea hacia la resolución sin secuelas, en un plazo de 1 a 4 meses¹⁻⁴.

Como las manifestaciones clínicas son polimorfas, se plantean problemas de diagnóstico diferencial con procesos infecciosos, autoinmunes y/o neoplásicos. El diagnóstico es anatomopatológico, demostrando una linfadenitis necrotizante con ausencia de reacción granulomatosa y cúmulus histiocitarios alrededor de las áreas de necrosis¹.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 16 años de edad, que se recibe en sala de internación pediátrica por presentar síndrome febril prolongado de 15 días de evolución asociado a astenia, sudoración nocturna y pérdida de peso de aproximadamente 9 kilos.

Presenta vacunación completa y antecedentes patológicos de artritis reactiva post estreptocóc-

Enfermedad de Kikuchi - Fujimoto como causa de síndrome febril en Pediatría

Bordón, Paulina	Arancibia De Lara, Andrea Carolina	Castillo, Camila Milagro
Castro, María Belén	Mengual, German Andrés	Quintero, José Luis
Romano De Tommaso, Julieta	Rufino, María Florencia	Ruiz, Evangelina Nidia

cica a los 13 años de edad, tratado con penicilina durante 2 años con buena evolución; y anorexia nerviosa, con regular adherencia al tratamiento. No presenta antecedentes familiares relevantes ni viajes recientes.

Al examen físico presenta adenomegalias axilares derechas, dolorosas a la palpación, sin signos de flogosis y esplenomegalia leve. Exámenes cardiovascular y respiratorio normales.

Exámenes complementarios: Laboratorio: presenta leucopenia aislada. Serologías: Elisa para Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Virus Epstein Barr, Citomegalovirus, parvovirus, dengue, hepatitis B y C, toxoplasmosis, Chagas, Huddleson negativas. Anticuerpo IgM para Mycoplasma positiva. Reaccion en cadena de la polimerasa (PCR) para SARS-COV 2 negativa, perfil inmunobioquímico normal. Se descarta inmunodeficiencia y autoinmunidad. PPD (Prueba cutánea de derivado proteico purificado) negativa. Radiografía de tórax con infiltrado intersticial leve.

Evolución: Inicia tratamiento antibiótico con Azitromicina por 5 días, sin mejoría clínica, persistiendo febril, se realiza punción aspiración de médula ósea (PAMO) que resulta normal y biopsia de ganglio axilar (Figura 1). A los 25 días de ingreso desarrolla lesiones cutáneas maculopapulares eritematosas en miembros inferiores, vitropresión positivas, de aspecto vasculítico. Se toma muestra para biopsia y se repite perfil inmunológico, que informa ASMA (anticuerpo antimúsculo liso) positivo por inmunofluorescencia. El resto del panel inmunológico fue normal. Las lesiones mejoran espontáneamente en 1 semana, con disminución de tamaño, ligeramente eritematosas y con centro costroso. Presenta compromiso pulmonar repentino sin sintomatología respiratoria inicial, evidenciando en TAC de tórax múltiples imágenes bilaterales de ocupación de la pequeña vía aérea de aspecto de árbol en brote e infiltrado en vidrio esmerilado. Posteriormente comienza con hipoxemia leve e intolerancia al ejercicio, lo que motiva nueva TAC de tórax, en la que se observa franca desmejoría de las lesiones iniciales por lo que se



Figura 1: Imagen macroscópica del ganglio axilar extraído

realiza lavado broncoalveolar y biopsia pulmonar, se descartan por cultivo TBC y pneumocistosis. El paciente evoluciona favorablemente de manera espontánea, con normalización de la curva térmica luego de 4 semanas de evolución. Mantiene controles ambulatorios sin sintomatología nueva ni desmejoría clínica.

Biopsias: Ganglionar axilar: Linfadenitis Necrotizante Histiocítica (de Kikuchi - Fujimoto) con cariorrexis y ausencia de granulomas (Figura 1). Biopsia cutánea informa inflamación periglandular con escasos focos de necrosis y cariorrexis con inmunofluorescencia negativa para IgM, IgG, IgA y C3, compatible con manifestación extraganglionar de Kikuchi. La biopsia pulmo-

Enfermedad de Kikuchi - Fujimoto como causa de síndrome febril en Pediatría

Bordón, Paulina	Arancibia De Lara, Andrea Carolina	Castillo, Camila Milagro
Castro, María Belén	Mengual, German Andrés	Quintero, José Luis
Romano De Tommaso, Julieta	Rufino, María Florencia	Ruiz, Evangelina Nidia

nar notifica patrón de ocupación de espacios alveolares con material de eosinófilos amorfo (Figura 2), ausencia de hemosiderófagos, infiltración histiocitaria del intersticio pulmonar con cariorrexis asociada y fibrosis leve. El material que rellena alveolos es PAS +, lo que resulta compatible con proteinosis alveolar. Informe final compatible con Kikuchi.

DISCUSIÓN

El paciente presentó una linfadenitis aguda en el marco de síndrome febril prolongado que motivó un amplio panel de estudios, para descartar enfermedad autoinmune, infecciosa y neoplásica. Si bien se obtuvo un resultado positivo para infección por *Mycoplasma*, la respuesta al tratamiento antibiótico instaurado no fue satisfactoria, por lo que este agente se descartó como causal del síndrome febril. El diagnóstico se determinó por anatomía patológica, al obtener los resultados de las biopsias realizadas, como Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto con compromiso extraganglionar. La revisión de la historia clínica ante estos hallazgos, mostró casi todas las características clínicas descriptas para enfermedad de Kikuchi-Fujimoto en la bibliografía, como la fiebre prolongada, adenopatías (en este caso no cervical sino axilar), sudoración nocturna y pérdida de peso. Además, la evolución autolimitada del episodio y la resolución sin secuelas que presentó el paciente, reafirmaron este diagnóstico.

Consideramos la importancia del estudio sistemático de los pacientes con síndrome febril prolongado en forma escalonada y del trabajo multidisciplinario para arribar a diagnósticos de condiciones poco frecuentes, como en este caso, por tratarse de una patología con baja incidencia en pediatría, y con componentes (sexo masculino compromiso ganglionar axilar, comportamiento sistémico) que ofrecieron mayores dificultades.

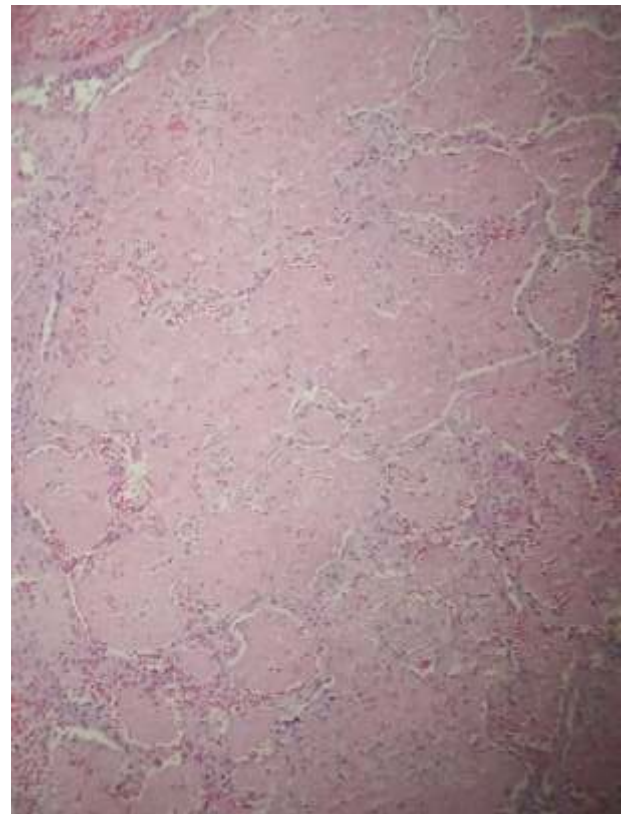


Figura 2: Microscopia de la biopsia de pulmón, en la que se observa material eosinófilo amorfo

Enfermedad de Kikuchi - Fujimoto como causa de síndrome febril en Pediatría

Bordón, Paulina	Arancibia De Lara, Andrea Carolina	Castillo, Camila Milagro
Castro, María Belén	Mengual, German Andrés	Quintero, José Luis
Romano De Tommaso, Julieta	Rufino, María Florencia	Ruiz, Evangelina Nidia

BIBLIOGRAFÍA

1. M.ªJ. Manzano Infante, M.ªS. Camacho Lovillo, I. Obando Santaella, R., et al. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto como causa de linfadenopatías. *An Pediatr (Barc)*. 2007;67(1):83-85
2. Lee KY, Yeon YH, Lee BC. Kikuchi-Fujimoto disease with prolonged fever in children. *Pediatrics*. 2004;114:e752-6.
3. Jiménez Saenz JM, Llorente Arenas EM, Fuentes Solsona F, De Miguel García F, Álvarez Alegret R. Kikuchi-Fujimoto's disease and the association with systemic lupus erythematosus. *An Med Interna*. 2001;18:429-31.
4. Tordecilla J., Medina M., Ávila R, Campbell M. Enfermedad de Kikuchi-Fujimoto. *Rev. Chil. Pediatr*. 73 (5); 483-488, 2002
5. Duan W, Xiao ZH, Yang LG, Luo HY. Kikuchi's disease with hemophagocytic lymphohistiocytosis: A case report and literature review. *Medicine (Baltimore)*. 2020 Dec 18;99(51):e23500. doi: 10.1097/MD.00000000000023500. PMID: 33371072; PMCID: PMC7748204.
6. Lin HC, Su CY, Huang CC, Hwang CF, Chien CY. Kikuchi's disease: a review and analysis of 61 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2003 May;128(5):650-3. doi: 10.1016/s0194-5998(02)23291-x. PMID: 12748557
7. Selvanathan SN, Suhumaran S, Sahu VK, Chong CY, Tan NWH, Thoon KC. Kikuchi-Fujimoto disease in children. *J Paediatr Child Health*. 2020 Mar;56(3):389-393. doi: 10.1111/jpc.14628. Epub 2019 Oct 1. PMID: 31576642.

Incidencia de microorganismos multirresistentes en población obstétrica

| Manzur, Adriana | Boccardo, Jimena | Moreno, Hugo | Ruiz, Maria Silvia | Fernandez, Johana

| Meritello, Miriam | Ranea, Patricia | Lopez, Marisa | Vera, Ethel | Ferrari, Sandra

Servicio de Infectología, Sección de Bacteriología del Laboratorio Central. Hospital Público descentralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan, Argentina

Servicio de Maternidad. Hospital Público descentralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan, Argentina

Correspondencia: Dra. Manzur Adriana

Email: admanzur74@yahoo.com.ar

RESUMEN

Introducción

Los microorganismos multirresistentes (MMR) son un problema creciente, hay datos limitados de esta problemática en la población obstétrica, es importante el conocimiento epidemiológico local para adecuar esquemas antimicrobianos de profilaxis y tratamiento, teniendo en cuenta la situación especial que representa el binomio madre/hijo. El objetivo es describir la incidencia de MMR en el servicio de maternidad del hospital, en un estudio descriptivo prospectivo durante 2018.

Materiales y métodos

Estudio descriptivo prospectivo de enero a diciembre de 2018 llevado a cabo en el servicio de Maternidad.

Resultados

Se halló 21 pacientes colonizadas/infectadas por MMR con una incidencia de 1,34/1000 pacientes día. La edad promedio fue de 28,7 años, 47,61% tuvo parto abdominal. Los MMR más frecuentemente aislados fueron: 10 *Staphylococcus aureus* resistentes a meticilina (SARM), 10 enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE). Las muestras analizadas fueron, heridas quirúrgicas (61,9%), orina (33,3%). Requirieron internación 14 pacientes, con una mediana de internación de 4,5 días. Las pacientes colonizadas/infectadas por SARM no fueron descolonizadas al alta.

Discusión

Escasos reportes describen el problema de la resistencia antimicrobiana en esta población, de pacientes jóvenes, habitualmente sin comorbilidades. Se plantea la necesidad de conocer la portación individual de MMR o la prevalencia local en pacientes obstétricas, para adecuar esquemas de profilaxis prequirúrgica, esquemas de tratamiento empírico, terapias de descolonización y valorar medidas de precauciones de contacto considerando el binomio madre/hijo.

Palabras claves

Microorganismos multirresistentes, antimicrobianos, población obstétrica.

INTRODUCCIÓN

Las infecciones por microorganismos multirresistentes (MMR) son un problema en expansión¹. Existen datos limitados en cuanto a esta problemática en población obstétrica², que presenta características distintivas son pacientes jóvenes, mayormente sin comorbilidad, en quienes el impacto de un proceso infeccioso puede afectar

al feto generando abortos espontáneos, partos prematuros, mortinatos, sepsis neonatal entre otros³. Hay que tener en cuenta además que la selección del tratamiento antimicrobiano⁴, tanto en el embarazo como en el puerperio y lactancia, constituye un desafío por la probabilidad de teratogénesis, complicaciones del tercer trimestre como kernicterus y el pasaje a la leche materna.

Incidencia de microorganismos multirresistentes en población obstétrica

| Manzur, Adriana | Boccardo, Jimena | Moreno, Hugo | Ruiz, Maria Silvia | Fernandez, Johana

| Meritello, Miriam | Ranea, Patricia | Lopez, Marisa | Vera, Ethel | Ferrari, Sandra

Esta situación se torna más compleja al tener que definir un esquema antimicrobiano empírico o dirigido con cobertura frente a MMR, ya que las opciones en este tipo de infecciones son limitadas.

Por lo antedicho, se comprende la importancia de conocer el contexto epidemiológico local en esta población, a fin de adecuar los tratamientos empíricos de infecciones durante el embarazo, así como el esquema de profilaxis antimicrobiana en cesárea y del tratamiento de las infecciones nosocomiales puerperales, como parte del uso racional de antimicrobianos de una institución^{5,6}.

La colonización o infección por MMR en general representa un desafío desde el punto de vista epidemiológico, en un intento de contener la dispersión de dichos microorganismos se aplican medidas de precauciones de contacto, lo que en las pacientes púerperas genera una dificultad teniendo en cuenta la situación especial que representan el binomio madre/hijo. No existen recomendaciones respecto de la aplicación de estas medidas preventivas en esta población.

OBJETIVOS

Describir la incidencia de MMR en el servicio de maternidad de un hospital público.
Describir el impacto clínico de las infecciones por MMR en pacientes obstétricas.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo prospectivo de enero a diciembre de 2018 llevado a cabo en el servicio de Maternidad del Hospital público descentralizado Dr. Guillermo Rawson. El mismo cuenta con 104 unidades de internación y aproximadamente 8.700 egresos anuales. Realiza 7.079 partos anuales, con un promedio de parto abdominal del 35%. Es centro de derivación de la provincia de embarazos de alto riesgo.

La incidencia de endometritis es de aproximadamente 3% siendo significativamente mayor en parto abdominal.

El protocolo de profilaxis antimicrobiana pre quirúrgica en cesárea se realiza con cefazolina 2g infundida 30 minutos antes de la inducción anestésica.

El protocolo de manejo de pacientes colonizadas o infectadas con MMR aplicado en el servicio de obstetricia es el mismo de la institución, cuando en muestras clínicas se detectan determinados MMR, se aplican precauciones de contacto hasta el alta. Enterobacterias productoras de betalactamasas de espectro extendido (BLEE) y enterococo resistente a vancomicina (EVR) no se requieren precauciones de contacto. Por el contrario ante la detección de *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina (SARM), enterobacterias productoras de carbapenemasas (EPC), *Acinetobacter sp.* y *Pseudomonas aeruginosa* multirresistente se aplican precauciones de contacto hasta el alta. No se realiza en el servicio estudio de vigilancia activa de MMR. No se realiza descolonización.

Se incluyó en el análisis a todas las pacientes del servicio de maternidad en las cuales desarrolló uno o más MMR en muestras clínicas o de vigilancia. Los casos se detectaron a partir de los informes de bacteriología, se analizó las historias clínicas informatizadas y en papel, de las pacientes colonizadas/infectadas por dichos microorganismos del servicio de maternidad.

Por el carácter descriptivo del estudio no se requirió de consentimiento informado, en el proceso de análisis de los datos se mantuvo protegida la identidad de las pacientes.

Incidencia de microorganismos multirresistentes en población obstétrica

| Manzur, Adriana | Boccardo, Jimena | Moreno, Hugo | Ruiz, Maria Silvia | Fernandez, Johana

| Meritello, Miriam | Ranea, Patricia | Lopez, Marisa | Vera, Ethel | Ferrari, Sandra

RESULTADOS

Durante el periodo estudiado se halló 21 pacientes colonizadas/infectadas por MMR con una incidencia de 1,34/1.000 pacientes- día (IC95%= 0,98 - 1,7). La edad media de las pacientes fue de 28,7 años (DE= 8,5) y el tipo de parto fue abdominal en el 47,61%. Los resultados se resumen en la tabla 1.

Solo 1 paciente presentó dos episodios de ISQ por MMR

Los MMR aislados fueron 22: 10 SARM, 10 enterobacterias productoras de BLEE, 9 *Escherichia coli* y 1 *klebisella pneumoniae*, 1 *Klebsiella aerogenes* resistente a carbapenemicos y 1 EVR.

En cuanto a las muestras analizadas, 13 (61,9%) correspondieron a heridas quirúrgicas, 7 (33,3%) urocultivos, 1 (4,7%) absceso de mama y 1 (4,7%), hemocultivo positivo para SAMR.

Según el foco de infección encontramos 22 episodios monomicrobianos:

14 ISQ (una con bacteriemia secundaria). 9 por SARM, 4 por enterobacterias productoras de BLEE y 1 EVR

7 Infecciones del Tracto Urinario (ITU) 3 de ellas fueron bacteriuria asintomática post parto. Todas por *E. coli* productoras de BLEE

1 mastitis con absceso de mama por SARM.

Respecto del origen de la infección 5 fueron comunitarias (4 *E. coli* BLEE y 1 SARM) y el resto asociadas al cuidado de la salud, 5 nosocomiales 9 con internación previa reciente y por último 2 pacientes con SARM derivados de otra institución.

Requirieron internación 14/21 pacientes, 7 pacientes con infección de sitio quirúrgico (ISQ), 1 de ellas con bacteriemia, 6 ITU y 1 absceso de mama lactante. La media de internación de 11,4 días, con una mediana de 4,5 días (rango intercuartil 3 - 10). La mayoría de las pacientes que no requirió internación presentaba ISQ y fue manejada con drenaje de manera ambulatoria.

Del total de pacientes una falleció luego de presentar ISQ con compromiso órgano y espacio, anexohisterectomía y bacteriemia por SAMR, que requirió terapia intensiva, ventilación mecánica e internación prolongada, el óbito fue relacionado al evento infeccioso.

Respecto a la profilaxis antibiótica en cesárea, solo en 4 de 10 pacientes en las que se realizó cesárea, se obtuvo registro en la historia clínica, y de ellas sólo 1 fue correcta en dosis y tiempo de administración.

Las pacientes colonizadas/infectadas por SARM no fueron descolonizadas al alta.

Tabla 1: Resumen de los principales resultados hallados en la serie de casos de pacientes del servicio de maternidad colonizadas o infectadas por MMR

N	Edad	Microorganismo	Muestra	Mecanismo de resistencia	Procedencia	Días de internación
1	30	<i>Staphylococcus aureus</i>	Herida quirúrgica	Resistencia a meticilina	internación previa	4

Incidencia de microorganismos multirresistentes en población obstétrica

| Manzur, Adriana | Boccardo, Jimena | Moreno, Hugo | Ruiz, Maria Silvia | Fernandez, Johana

| Meritello, Miriam | Ranea, Patricia | Lopez, Marisa | Vera, Ethel | Ferrari, Sandra

2	22	<i>Escherichia coli</i>	Orina	BLEE	comunitaria	4
3	23	<i>Staphylococcus aureus</i>	Herida quirúrgica	Resistencia a meticilina	internación previa	0
4	27	<i>Escherichia coli</i>	Herida quirúrgica	BLEE	nosocomial	20
5	44	<i>Enterococcus faecalis</i>	Herida quirúrgica	Resistencia a vancomicina	nosocomial	13
6	18	<i>Klebsiella pneumoniae</i>	Herida quirúrgica	BLEE	nosocomial	75
7	20	<i>Escherichia coli</i>	Orina	BLEE	internación previa	4
8	40	<i>Staphylococcus aureus</i>	Herida quirúrgica	Resistencia a meticilina	Comunitaria	8
9	25	<i>Escherichia coli</i>	Orina	BLEE	nosocomial	5
10	22	<i>Staphylococcus aureus</i>	Herida quirúrgica	Resistencia a meticilina	internación previa	0
11	21	<i>Escherichia coli</i>	Orina	BLEE	comunitaria	3
12	31	<i>Escherichia coli</i>	Orina	BLEE	comunitaria	3
13	30	<i>Staphylococcus aureus</i>	Herida quirúrgica	Resistencia a meticilina	otra institución	0
14	21	<i>Staphylococcus aureus</i>	Herida quirúrgica	Resistencia a meticilina	internación previa	0
15	46	<i>Escherichia coli</i>	Herida quirúrgica	BLEE	nosocomial	9
16	41	<i>Klebsiella aerogenes</i>	Orina	Resistencia a carbapenémicos	internación previa	3
17	28	<i>Escherichia coli</i>	Herida quirúrgica	BLEE	internación previa	0

Incidencia de microorganismos multirresistentes en población obstétrica

| Manzur, Adriana | Boccardo, Jimena | Moreno, Hugo | Ruiz, Maria Silvia | Fernandez, Johana

| Meritello, Miriam | Ranea, Patricia | Lopez, Marisa | Vera, Ethel | Ferrari, Sandra

18	37	<i>Staphylococcus aureus</i>	Herida quirúrgica	Resistencia a meticilina	internación previa	6
19	20	<i>Staphylococcus aureus</i>	Herida quirúrgica	Resistencia a meticilina	otra institución	3
20	36	<i>Staphylococcus aureus</i>	Herida quirúrgica	Resistencia a meticilina	internación previa	0
21	44	<i>Escherichia coli</i>	Orina	BLEE	Comunitaria	0

DISCUSIÓN

En el estudio realizado durante el 2018 encontramos una incidencia de MMR en el servicio de maternidad de 1,34/1.000 pacientes-día, en el mismo año dicha incidencia en sala general de la institución fue de 1,97/1.000 pacientes-día. La distribución de los microorganismos encontrados fue similar en el servicio de maternidad y el resto de los servicios generales del hospital. La principal fuente de infección fue la ISQ, siendo los principales, enterobacterias productoras de BLEE y SARM. Este dato coincide con la distribución reportada en estudios realizados en otros países⁷⁻⁹.

Resalta de la serie de casos analizada 5 pacientes procedentes de la comunidad con infecciones por MMR, principalmente E. coli productoras de BLEE y un caso de SARM comunitario, si bien es una situación que está bien descrita en nuestro país y ha mostrado un incremento en los últimos años. El informe de la Red Nacional de Vigilancia de la Resistencia a los Antimicrobianos WHONET Argentina 2019 sobre la resistencia antimicrobiana en infecciones de la comunidad en nuestro país, reporta alrededor del 6% de E. coli productora de BLEE en mujeres jóvenes y una prevalencia de SARM de origen comunitario del 46%¹⁰. La prevalencia de colonización por SARM en embarazadas podría ser inferior^{11,12}.

El impacto clínico que se describe es considerable, ya que la mayoría de las pacientes requirió internación, si bien la misma fue breve excepto en un caso. Teniendo en cuenta las circunstancias de las pacientes, como la necesidad de dar continuidad a la lactancia y los cuidados que requiere el recién nacido el impacto de una hospitalización debería considerar otros factores como los psicosociales.

Debido al bajo número de pacientes encontradas en esta serie, no podemos realizar un análisis para determinar la influencia de la profilaxis prequirúrgica adecuada en el desarrollo posterior de ISQ. Sin embargo un aspecto a reforzar es el registro de dicha indicación en cada procedimiento de parto abdominal, para obtener en un futuro información al respecto. El espectro antimicrobiano de la profilaxis antimicrobiana previo a la cesárea protocolizada en nuestra institución siguiendo recomendaciones nacionales e internacionales, no contempla cobertura frente a MMR. La intervención no requiere valoración previa sobre el estado de colonización de las pacientes a fin de adecuar la profilaxis o realizar descolonización^{5,6,11,12}.

Se sabe que las pacientes colonizadas por SARM detectadas en una internación, presentan más episodios de infección luego del alta. Por este

Incidencia de microorganismos multirresistentes en población obstétrica

| Manzur, Adriana | Boccardo, Jimena | Moreno, Hugo | Ruiz, Maria Silvia | Fernandez, Johana

| Meritello, Miriam | Ranea, Patricia | Lopez, Marisa | Vera, Ethel | Ferrari, Sandra

motivo un estudio reciente propuso evaluar el impacto de la descolonización con mupirocina nasal y baños de clorhexidina durante 5 días, dos veces al mes cada 6 meses, demostrando al año de seguimiento menor incidencia de infecciones en el grupo tratado. Teniendo en cuenta esta reciente evidencia deberíamos indicar al alta la descolonización en las pacientes en quienes se detecta SARM¹³.

Hay escasos reportes que describan el problema de la multirresistencia en la población obstétrica, compuesta predominantemente de pacientes jóvenes, habitualmente sin comorbilidades. El presente análisis nos plantea si es necesario conocer la portación de MMR, y en qué situaciones, para poder adecuar esquemas de

profilaxis prequirúrgica, cambiar esquemas de tratamiento empírico, aplicar terapias de descolonización evitando futuras infecciones y valorar medidas de precauciones de contacto considerando el binomio madre/hijo.

Consideramos necesario promover el uso racional de antibióticos para disminuir el impacto de la multirresistencia en esta población y trabajar en adherencia a profilaxis antibiótica para disminuir las complicaciones infecciosas en el puerperio.

CONFLICTO DE INTERÉS DE LOS AUTORES: NINGUNO

BIBLIOGRAFÍA

- Giacomini E, Perrone V, Alessandrini D, Paoli D, Nappi C, Degli Esposti L. Evidence of Antibiotic Resistance from Population-Based Studies: A Narrative Review. *Infect Drug Resist.* 2021; 14: 849–858. Asmat
- U, Phil M, Mumtaz MZ, Malik A. Rising prevalence of multidrug-resistant uropathogenic bacteria from urinary tract infections in pregnant women. *J Taibah Univ Med Sci.* 202; 16(1): 102–111.
- Abutheraa N, June Grant J, Mullen A. An Observational Cohort Study Evaluating Antimicrobial Use in Peripartum Sepsis: A Tendency towards Overdiagnosis? *Pharmacy (Basel).* 2020; 8(4): 211.
- Scapellato P, Basombrío A, Battistini A, Bernachea P, Bernardi G, Clara L, et al. Antimicrobianos durante el embarazo y la lactancia. SADI 2017. <https://www.sadi.org.ar/documentos/guias-recomendaciones-y-consensos/item/432-cuadernillos-de-formacion-medica-continua-ano-2017-numero-ii-antimicrobianos-en-embarazo-y-lactancia>
- Clara L, Cornistein W, Peralta N, Calmaggi A, del Castillo M, Colombini A, et al. Consenso SADI - INE "Prevención de Infección de Sitio Quirúrgico" 2015. <https://www.sadi.org.ar/documentos/guias-recomendaciones-y-consensos/item/300-consenso-sadi-ine-prevencion-de-infeccion-de-sitio-quirurgico-2015>
- Williams M, Ribeiro do Valle CC, Gillian MI Gyte. Different classes of antibiotics given to women routinely for preventing infection at caesarean section. *Cochrane Database Syst Rev.* 2021;3:CD008726.
- Salmanov AG, Vitiuk AD, Zhelezov D, Bilokon O, Kornatska AG, Dyndar OA, et al. Prevalence of postpartum endometritis and antimicrobial resistance of responsible pathogens in ukraine: results a multicenter study (2015-2017) *Wiad Lek.* 2020;73(6):1177-1183.
- Salmanov AG, Voitok TG, Maidannyk IV, Vdovychenko SY, Chorna OO, Marushchenko YL, Lugach OO. Episiotomy infections in the puerperium and antimicrobial resistance of responsible pathogens in Ukraine. *Wiad Lek.* 2020;73(11): 2325-2331.
- Woodd SL, Montoya A, Barreix M, Pi L, Calvert C, Rehman AM, et al. Incidence of maternal peripartum infection: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2019;16(12):e1002984.
- Resistencia a los Antimicrobianos en Aislamientos de Origen Comunitario RED WHONET- Argentina 2019 Fuente de los

Incidencia de microorganismos multirresistentes en población obstétrica

| Manzur, Adriana | Boccardo, Jimena | Moreno, Hugo | Ruiz, Maria Silvia | Fernandez, Johana

| Meritello, Miriam | Ranea, Patricia | Lopez, Marisa | Vera, Ethel | Ferrari, Sandra

datos: <http://antimicrobianos.com.ar/ATB/wp-content/uploads/2020/10/INFORME-RESISTENCIA-2019-ARGENTINA.pdf>

11. Holm MK, Kammann S, Rasmusson MS, Brooks L, Westh H, Bartels MD. Prevalence of MRSA nasal carriage among pregnant women in Copenhagen. PLoS One. 2021; 16(1): e0246343.
12. Dammeyer AH, Heinze S, Adler AC, Nasri L, Schomacher L, Zamfir M, et al. Clinical relevance of colonization with antimicrobial-resistant bacteria (AMRB) and methicillin susceptible Staphylococcus aureus (MSSA) for mothers during pregnancy. Arch Gynecol Obstet. 2019;300(5):1303-1316
13. Huang S.S., Singh R., McKinnell J.A., Park S., Gombosov A., Eells S.J., et al. Decolonization to Reduce Postdischarge Infection Risk among MRSA Carriers. N Engl J Med. 2019; 380(7): 638–650.

No todo patrón en vidrio esmerilado es COVID-19.

| Jaspe, Delfina

| Ocampo López, Victoria

| Filippa, Valeria

Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Descentralizado Dr. Guillermo Rawson, San Juan, Argentina.

Correspondencia: Jaspe: Jaspe, Delfina

Email: delfijaspe@gmail.com

RESUMEN

Desde el inicio de la pandemia por SARS-COV-2, los métodos de imagen y entre éstos la tomografía computada se volvieron una herramienta útil para contribuir al diagnóstico, pronóstico y seguimiento de los pacientes, sin embargo, los hallazgos típicos en la Tomografía computada de torax por COVID-19 como las opacidades en vidrio esmerilado de distribución bilateral y periférica, el patrón en empedrado y la neumonía organizativa no son patognomónicos, y se encuentran presentes en otras enfermedades.

El propósito de esta revisión fue contemplar los principales diagnósticos que se presentan con opacidad en vidrio esmerilado más allá de la neumonía por COVID-19, describir las características de cada entidad y ejemplificar con algunos casos representativos de nuestra institución.

INTRODUCCIÓN

A partir de la notificación de los primeros casos de coronavirus 2019 (COVID-19) a fines del año 2019 en Wuhan, China, hasta la actualidad, numerosos estudios han otorgado un papel clave a las técnicas de imagen para el manejo inicial de esta enfermedad^{1,2}.

La tomografía computada (TC) de tórax ha demostrado una alta sensibilidad (entre un 67 y 100%) en la detección desde el inicio de la enfermedad, resultando útil para los falsos negativos obtenidos por RT-PCR en las fases precoces de la enfermedad, en la identificación de diagnósticos alternativos y además contribuir en el pronóstico^{1,3}.

Sin embargo, su especificidad es del 25-80% y esto se atribuye en gran medida a la dificultad para distinguir los hallazgos de COVID-19 de otras enfermedades con similares características^{2,3}.

Típicamente la neumonía por COVID-19 se manifiesta con opacidades pulmonares de atenuación en "vidrio esmerilado" (VE), sin embargo este patrón radiológico aislado constituye un signo inespecífico común a muchos procesos patológicos pulmonares².

El propósito de esta revisión es contemplar los principales diagnósticos que se presentan con opacidad en vidrio deslustrado o esmerilado en la tomografía de tórax más allá del COVID-19, describir los hallazgos imagenológicos más representativos de cada entidad y ejemplificar con algunos casos representativos de nuestra institución.

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

La opacidad en "vidrio esmerilado o deslustrado" se define en la tomografía como "una opacidad aumentada nebulosa del pulmón, con preservación de los márgenes bronquiales y vasculares"⁴.

Este patrón radiológico aislado puede deberse a múltiples causas como por ejemplo llenado parcial de los espacios aéreos, engrosamiento intersticial (debido a líquido, células y / o fibrosis), colapso parcial de los alvéolos, aumento del volumen sanguíneo capilar o una combinación de estos, siendo el factor común de muchos procesos patológicos pulmonares, de hecho en radiología torácica, los patrones de enfermedad pulmonar raramente son patognomónicos, por lo que a menudo es esencial la correlación clínica, analítica y epidemiológica^{5,6}.

Existen algunos datos en la presentación de las diferentes entidades tanto infecciosas como no infecciosas que pueden ser claves para

No todo patrón en vidrio esmerilado es COVID-19.

| Jaspe, Delfina

| Ocampo López, Victoria

| Filippa, Valeria

diferenciarlos del COVID-19².

ENTRE ESTOS DESTACAN:

> **CRONOLOGÍA:** A diferencia del cuadro de horas o días de evolución del COVID-19, el inicio súbito (por ej., una hemorragia alveolar) o el progresivo durante semanas (por ej., la enfermedad intersticial) sugieren otros procesos no infecciosos u otras infecciones como la tuberculosis o la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*².

> **FIEBRE:** si bien es característica de los procesos infecciosos, también está presente en procesos agudos como la hemorragia alveolar, e incluso en algunas enfermedades intersticiales. Por lo tanto, no permite excluir otras entidades, aunque su ausencia será infrecuente en infección por COVID-19².

> **ALTERACIONES ANALÍTICAS:** muchas de ellas, como la elevación de la proteína C reactiva, lactato deshidrogenasa, y dímero D, entre otros, presentes en casos graves de COVID-19 son consecuencia del proceso inflamatorio agudo común también a otros cuadros infecciosos y de otro origen².

> **ANTECEDENTES PERSONALES Y CUADRO CLÍNICO DEL PACIENTE:** conocerlos nos permitirá identificar factores precipitantes de determinadas complicaciones que constituyen alternativas clínico-radiológicas a la infección por SARS-CoV-2, aunque no podamos descartarla².

El tiempo de evolución de los síntomas, nos permitirá agrupar dichas entidades en tres grupos principales, a partir de los cuales podremos continuar con nuestro algoritmo diagnóstico la correlación clínica, analítica y epidemiológica^{5,6}.

Las enfermedades pulmonares más comunes que se presentan de forma aguda, dentro de un periodo de 10 días, son aquellas con ocupación del espacio aéreo alveolar por agua, sangre o pus. Entre las que destacan procesos infecciosos, edema (insuficiencia cardíaca), hemorragias, neumonía eosinofílica e intersticial aguda la correlación clínica, analítica y epidemiológica^{5,6}.

Pocas patologías se presentan entre los 10 y 30 días, consideradas como procesos subagudos, siendo la neumonía por hipersensibilidad, la bronquiolitis asociada al tabaco, la neumonía organizada y la neumonía lipoide las más frecuentes la correlación clínica, analítica y epidemiológica^{5,6}.

Finalmente, varios procesos resultan en opacidades en vidrio deslustrado en el contexto de síntomas crónicos, normalmente de semanas a meses de duración, destacándose la Neumonía Intersticial Usual, Neumonía Intersticial no específica, sarcoidosis, neumonía intersticial linfocitaria, neumonía eosinofílica, el adenocarcinoma entre otros la correlación clínica, analítica y epidemiológica^{5,6}.

Procesos Agudos:

NEUMONÍA VIRAL

Se observan con mayor frecuencia en niños, ancianos e inmunodeprimidos la correlación clínica, analítica y epidemiológica^{1,7}.

Las infecciones virales que con mayor frecuencia se asemejan a la COVID-19 por presentar patrón en vidrio esmerilado son la influenza, el citomegalovirus y otros coronavirus¹.

En general, en comparación con las neumonías virales no COVID-19, las opacidades parenquimatosas en la neumonía COVID-19 tienen más probabilidades de ser periféricas (80% frente a 57%), en vidrio deslustrado (91% frente a 68%), presentar opacidad reticular fina (56% vs 22%) y engrosamiento vascular (11% vs 1%) la correlación clínica, analítica y epidemiológica^{1,8}.

Mientras que los pacientes con neumonías no COVID-19 tienen más probabilidades de presentar distribución central y periférica, broncograma aéreo, árbol en brote, engrosamiento pleural, derrame pleural y linfadenopatía^{1,8}.

NEUMONÍA POR *Pneumocystis jirovecii* (PJP)

La PJP afecta predominantemente a pacientes inmunodeprimidos y el hallazgo más común en la TC es el patrón de vidrio esmerilado generalizado. Salvo en casos graves de COVID-19, este patrón nos debe sugerir un diagnóstico alternativo¹.

A diferencia de la neumonía por COVID-19, el patrón de vidrio esmerilado predomina en lóbulos superiores y típicamente suele asociar nódulos, quistes, "crazy paving" y/o neumotórax espontáneo¹.

No todo patrón en vidrio esmerilado es COVID-19.

| Jaspe, Delfina

| Ocampo López, Victoria

| Filippa, Valeria

NEUMONÍA EOSINOFÍLICA

Los pacientes a menudo tienen antecedente de asma bronquial¹. Se presentan con fiebre y síntomas respiratorios de inicio lento¹.

La apariencia de imagen de esta condición se conoce clásicamente como “negativo fotográfico de edema pulmonar”, ya que las opacidades son claramente periféricas¹.

La anomalía parenquimatosa consiste en consolidación y opacidad en vidrio esmerilado con predominio de la parte superior del pulmón. Puede haber “crazy paving”¹.

La predilección por la zona media o superior y la afectación no segmentaria son características diferenciadoras útiles¹.

HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA (HAD)

Inicialmente puede manifestarse como opacidades en vidrio esmerilado difuso y parcheado, de distribución perihiliar y con un gradiente anteroposterior por la gravedad^{1,5}.

En las etapas crónicas, las opacidades en vidrio deslustrado suelen retroceder y es posible que existan nódulos centrolobulillares residuales¹.

A diferencia de COVID-19, las opacidades en vidrio esmerilado no tienen un patrón específico, los hallazgos son muy similares y la diferenciación solo es posible en base a la historia clínica, comparando con estudios de imagen previos y el lavado broncoalveolar o las pruebas virales¹.

EDEMA AGUDO DE PULMON

Los hallazgos radiológicos incluyen: opacidades en vidrio esmerilado y engrosamiento del tabique broncovascular e interlobulillar. Asimismo pueden manifestarse con consolidación del espacio aéreo y asociar derrame pleural^{1,2,5}.

La presencia de antecedentes de enfermedad cardiovasculares y algunos indicadores como la presencia de calcificaciones de las arterias coronarias, la cardiomegalia y evidencia de una intervención coronaria previa nos debe sugerir este diagnóstico sobre COVID-19¹.

Otras características diferenciadoras útiles son la distribución del vidrio esmerilado, en general es central o dependiente de la gravedad y la presencia de linfadenopatía y derrames pleurales en el edema pulmonar cardiogénico¹.

Procesos Subagudos:

NEUMONÍA ORGANIZADA CRIPTOGENICA

Puede ser idiopática o secundaria a otros procesos, como las infecciones, entre ellas la neumonía por COVID.

Los hallazgos más frecuentes de la neumonía organizada criptogénica incluyen: consolidaciones parcheadas bilaterales, multifocales (presentes en hasta el 90% de los casos) uni o bilaterales y anomalías en vidrio esmerilado de distribución subpleural y/o peribroncovascular; nódulos peribroncovasculares y engrosamiento o dilatación de las paredes bronquiales¹.

Además puede presentar un patrón perilobulillar en más de la mitad de los pacientes, el cual aparece como opacidades poligonales principalmente subpleurales rodeadas de pulmón aireado¹.

El signo del halo invertido, también llamado signo del atolón, que si bien es muy específico, solo se observa en un 20% de los pacientes¹.

La presencia de condiciones predisponentes para neumonía organizada y la respuesta a los esteroides son datos útiles a la hora de sospechar ésta etiología. Además las opacidades pulmonares, a diferencia de la neumonía por COVID-19 suelen ser migratorias (en el 11-24% de los pacientes) y si el engrosamiento perilobulillar, está presente, es otra característica diferenciadora útil¹.

NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD O ALVEOLITIS ALÉRGICA EXTRÍNSECA.

La enfermedad se divide en aguda, subaguda y crónica según el tiempo de evolución, cada una con su presentación clínica característica¹.

En la tomografía la característica distintiva de la neumonitis por hipersensibilidad es la atenuación en mosaico¹.

No todo patrón en vidrio esmerilado es COVID-19.

| Jaspe, Delfina

| Ocampo López, Victoria

| Filippa, Valeria

En las fases agudas suele asociar patrón en vidrio esmerilado bilateral con predominio por los campos pulmonares medios e inferiores y de distribución peribroncovascular. Luego de semanas o meses de la primera exposición al alérgeno, aparecen nódulos pulmonares centrolobulillares diminutos, menores a los 6mm, mientras que en etapas tardías puede haber fibrosis bilateral de predominio perihilar y de la zona media.

En raras ocasiones, puede haber quistes pulmonares relacionados con la enfermedad de las vías respiratorias pequeñas¹.

Aunque las opacidades en vidrio esmerilado generalizadas de la neumonitis por hipersensibilidad pueden parecer similares a la neumonía COVID-19, otros hallazgos, como las opacidades centrolobulillares, la atenuación en mosaico y el atrapamiento aéreo en las imágenes espiratorias, pueden ayudar a distinguir estas dos condiciones¹.

NEUMONÍA INTERSTICIAL DESCAMATIVA

Afecta con mayor frecuencia a hombres y su asociación con el tabaquismo es una característica diferenciadora⁵. También puede estar relacionado con la inhalación del humo de marihuana, infecciones como el VIH, toxinas o exposición ocupacional¹.

La TC de alta resolución muestra opacidades en vidrio esmerilado predominantemente basal, periférica y difusa. Algunos casos pueden mostrar opacidades lineales o reticulares finas en las zonas pulmonares periféricas y basales⁵.

Dentro de las áreas de vidrio esmerilado pueden desarrollarse pequeños espacios quísticos y estos generalmente no se ven con COVID-19⁵.

Procesos crónicos:

NEUMONIA INTERSTICIAL NO ESPECÍFICA (NINE).

En comparación con el COVID-19, los síntomas de la NINE son de inicio insidioso y puede estar asociada a trastornos del tejido conectivo y otras afecciones predisponentes¹.

En las primeras etapas de la enfermedad la tomografía demuestra opacidades en vidrio esmerilado de distribución predominantemente perivascular y basal, conocida como NINE celular¹.

A medida que la enfermedad avanza se desarrollan cambios fibróticos como bronquiectasias por tracción, pérdida de volumen, distorsión de la arquitectura y opacidades reticulares irregulares subpleurales¹.

Una característica bastante específica de la NINE, cuando está presente, es la preservación subpleural; sin embargo, solo está presente en unos pocos casos¹.

Si se observa un rápido desarrollo de consolidación del espacio aéreo o una anomalía en vidrio deslustrado en un paciente grave con NINE, se debe considerar la posibilidad de una exacerbación aguda¹.

NEUMONIA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA (NIL)

Tiene predilección por el sexo femenino y con frecuencia se asocia al síndrome de Sjögren y otras enfermedades autoinmunes y del colágeno, como así también al SIDA^{2,10}.

Los principales síntomas clínicos son la aparición de disnea y tos gradual de aproximadamente seis meses de evolución¹⁰.

Afecta predominantemente el lóbulo medio e inferior y puede presentarse con patrón de vidrio deslustrado, nódulos, engrosamiento broncovascular e intersticial y quistes diseminados de paredes finas de diversos tamaños (1-30mm). Otro hallazgo asociado son las adenopatías mediastinales¹⁰.

PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR

Se manifiesta como un engrosamiento del tabique interlobulillar liso con opacidad en vidrio deslustrado en ambos pulmones, lo que da la característica apariencia de "pavimento loco" de los pulmones. El pavimento loco en la proteinosis alveolar pulmonar está muy extendido, con áreas marcadamente marginadas de preservación lobulillar^{1,5}.

No todo patrón en vidrio esmerilado es COVID-19.

| Jaspe, Delfina

| Ocampo López, Victoria

| Filippa, Valeria

La fuerte asociación con el tabaquismo y la presentación del paciente con síntomas inespecíficos y el lento desarrollo de la intolerancia al ejercicio guían hacia la proteinosis alveolar pulmonar. A diferencia de COVID-19, no hay predilección zonal. Los pacientes pueden recordar antecedentes de un episodio similar en el pasado y mostrar una mejoría con el lavado broncoalveolar¹.

ADENOCARCINOMA DE PULMON

Actualmente se considera el subtipo histológico más común de cáncer de pulmón¹¹. Se presenta con fatiga y disnea leve seguida de tos crónica y hemoptisis en etapas posteriores¹¹.

En cuanto a las imágenes, sabemos que el cáncer de pulmón se puede presentar como nódulos sólidos o subsólidos ya sea parcialmente sólidos o bien con atenuación de vidrio esmerilado y que histológicamente, la atenuación en vidrio esmerilado se corresponde a un patrón de crecimiento lepidótico y el componente sólido a patrones invasivos¹¹.

Es por esto que el colegio americano de radiología en el contexto del screening del cáncer de pulmón propone utilizar el sistema Lung-RADS versión 1.1 para categorizar los hallazgos tomográficos y así sugerir conductas de seguimiento y gestión según la probabilidad de malignidad^{12,13}.

Los nódulos subsólidos y de vidrio esmerilado se encuentran en las categorías 2, 3 y 4, destacándose la variabilidad en cuanto a la probabilidad de malignidad la cual va de menos de un 1% para la categoría 2 a más del 15% para la categoría 4^{12,13}.

La categoría 2 incluye aquellos nódulos subsólidos menores a los 6 mm en la detección inicial o bien nódulo(s) de vidrio esmerilado <30 mm o ≥30 mm y sin cambios o de crecimiento lento^{12,13}.

Categoría 3: nódulo(s) subsólidos ≥6 mm de diámetro total con componente sólido <6 mm, un nuevo <6 mm de diámetro total o bien nódulo(s) de vidrio esmerilado ≥30 mm en la TC basal o nueva^{12,13}.

Categoría 4A: son aquellos nódulos subsólidos ≥6 mm de diámetro total con componente sólido ≥6 mm a <8 mm o que presenten componente sólido nuevo o en crecimiento <4 mm^{12,13}.

Categoría 4B: nódulo subsólidos con un componente sólido ≥8 mm o que desarrollen componente sólido o muestren un crecimiento ≥4 mm^{12,13}.

MATERIALES Y MÉTODOS

A partir de la búsqueda bibliográfica se reconocieron aquellos diagnósticos que por sus características imagenológicas simulaban una neumonía COVID-19

Luego se identificaron los diagnósticos definitivos de aquellos pacientes a los que se le realizó una tomografía de tórax por sospecha de neumonía COVID-19 durante la pandemia por SARS-COV 2 desde febrero del 2020 a febrero del 2021 en el servicio de diagnóstico por imágenes del Hospital Dr. Guillermo Rawson de la provincia de San Juan. Posteriormente se analizaron los hallazgos radiológicos de aquellos cuyo diagnóstico definitivo coincidió con alguno de los descriptos en la literatura y se seleccionaron los casos más representativos con el fin de ejemplificarlos.

Previo al uso de la información se constató que los pacientes hubieran firmado el consentimiento para uso de la información que por protocolo del servicio de imágenes se efectúa previo a realizar el estudio tomográfico.

RESULTADOS

De la búsqueda bibliográfica surgieron 12 entidades que por sus hallazgos tomográficos pueden simular la neumonía por COVID-19, de las cuales 9 fueron halladas en nuestro hospital.

A continuación se muestran los casos más representativos que cumplían con los requisitos de selección, detallando brevemente la forma clínica de presentación y adjuntando a las imágenes más características la descripción de los hallazgos radiológicos visualizados.

No todo patrón en vidrio esmerilado es COVID-19.

| Jaspe, Delfina

| Ocampo López, Victoria

| Filippa, Valeria

NEUMONÍA POR *Pneumocystis jirovecii* (PJP)



Figura 1: PJP: hombre de 33 años con diagnóstico reciente de HIV consulta por fiebre y tos con expectoración. Tc: patrón en vidrio esmerilado que se asocia a pequeñas formaciones quísticas aéreas, con compromiso de ambos campos pulmonares de vértice a base y pequeña zona de consolidación.

NEUMONÍA EOSINOFÍLICA

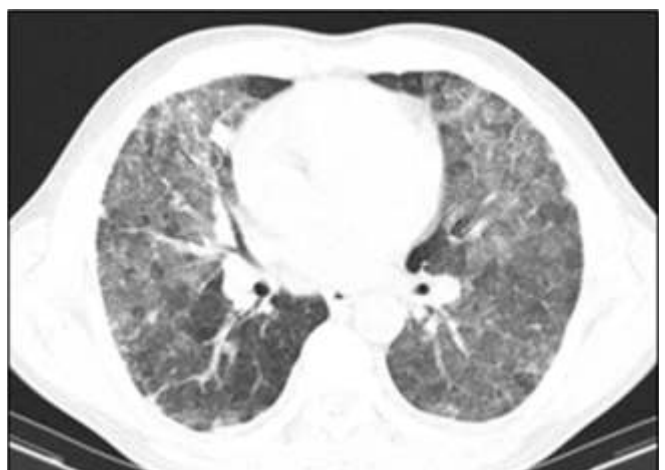


Figura 2: Neumonía eosinofílica: hombre de 44 años con antecedentes de asma, consulta por fiebre de 38°C asociado a disnea clase funcional III de 3 días de evolución. TC: áreas parcheadas de patrón en vidrio esmerilado y en empedrado que predomina en campos pulmonares superiores, en forma bilateral..

No todo patrón en vidrio esmerilado es COVID-19.

| Jaspe, Delfina

| Ocampo López, Victoria

| Filippa, Valeria

HEMORRAGIA ALVEOLAR DIFUSA (HAD)

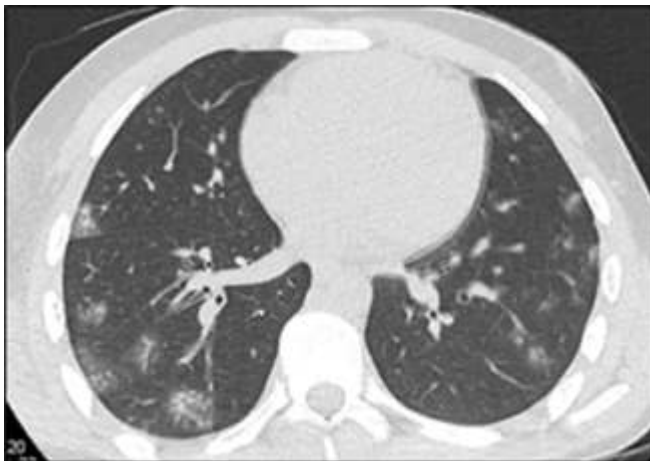


Figura 3: HAD: joven de 16 años consulta por presentar episodios de tos hemoptoica. TC: múltiples focos de patrón en vidrio esmerilado que se distribuye en forma aleatoria de vértice a base, asociados a pequeños nodulillos.

NEUMONÍA ORGANIZADA CRIPTOGÉNICA:

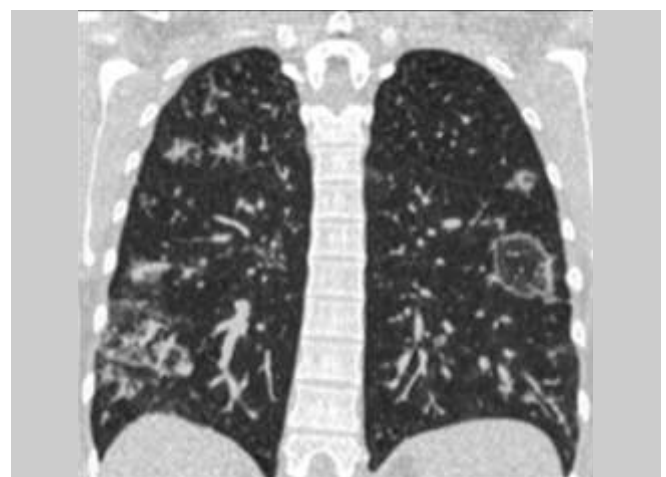
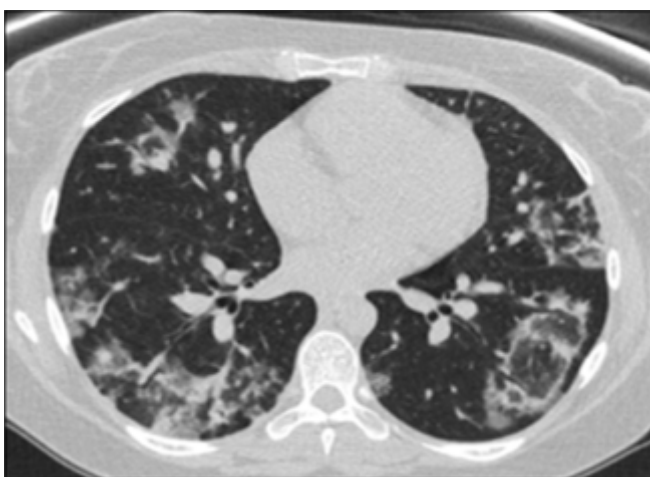


Figura 4: Neumonía organizada criptogénica: Mujer 33 años con antecedentes de LES y fenómeno de Raynaud, consulta por disnea a medianos esfuerzos y sibilancias, sin expectoración ni fiebre. Analítica de guardia: anemia, plaquetopenia. TC: múltiples aéreas de patrón en vidrio esmerilado asociada a bandas densas conformando el signo del atolón, comprometiendo ambos campos pulmonares.

No todo patrón en vidrio esmerilado es COVID-19.

| Jaspe, Delfina

| Ocampo López, Victoria

| Filippa, Valeria

NEUMONITIS POR HIPERSENSIBILIDAD O ALVEOLITIS ALÉRGICA EXTRÍNSECA.

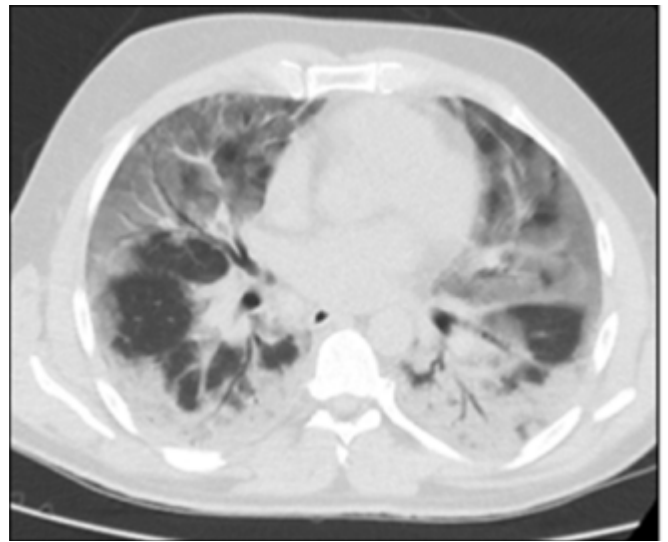
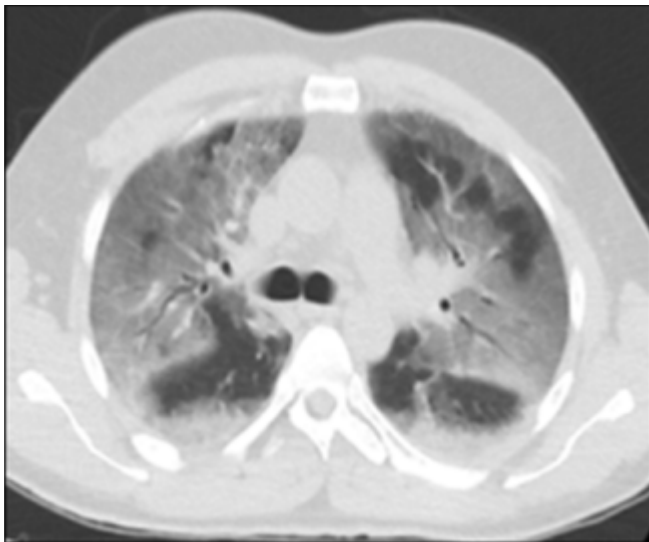


Figura 5: Neumonitis por Hipersensibilidad: Masculino de 40 años, sin antecedentes patológicos previos, se presenta con fiebre, mialgia, cefalea, tos y disnea de 4 hs. de evolución. Al examen físico presenta roncus y sibilancias a predominio bibasales. TC: áreas parcheadas de patrón en vidrio esmerilado que alternan con áreas de atrapamiento aéreo conformando patrón en mosaico.

NEUMONIA INTERSTICIAL NO ESPECÍFICA (NINE).

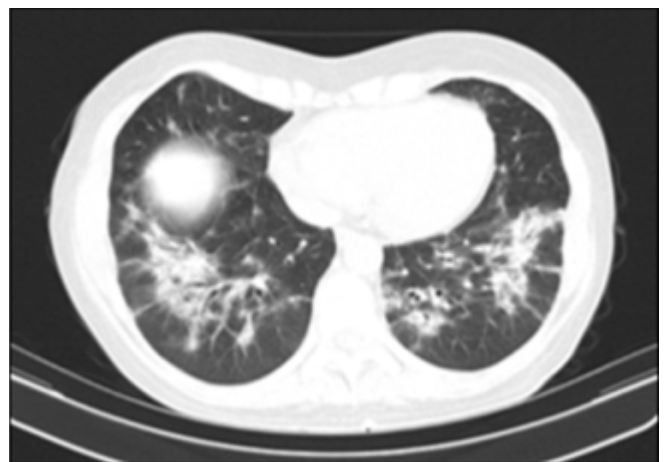
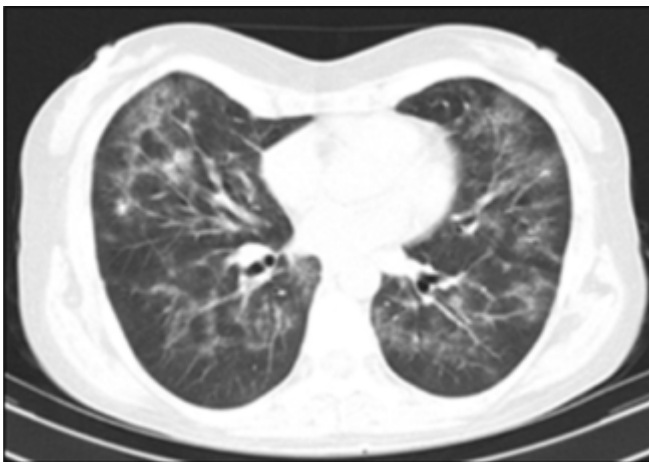


Figura 6: NINE: paciente de sexo femenino de 49 años de edad no tabaquista que consulta por disnea progresiva de más de un mes de evolución. TC: áreas de patrón en vidrio esmerilado asociada con zonas de ocupación del espacio aéreo alveolar con predominio bibasal y cierto respeto por espacios subpleurales.

No todo patrón en vidrio esmerilado es COVID-19.

| Jaspe, Delfina

| Ocampo López, Victoria

| Filippa, Valeria

NEUMONÍA INTERSTICIAL LINFOCÍTICA (NIL)

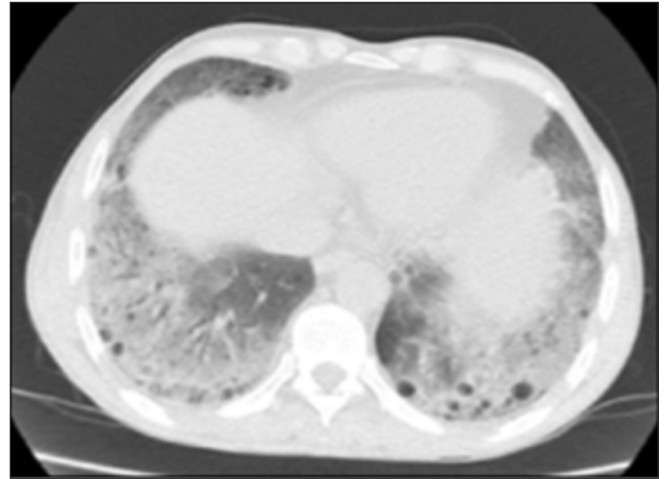
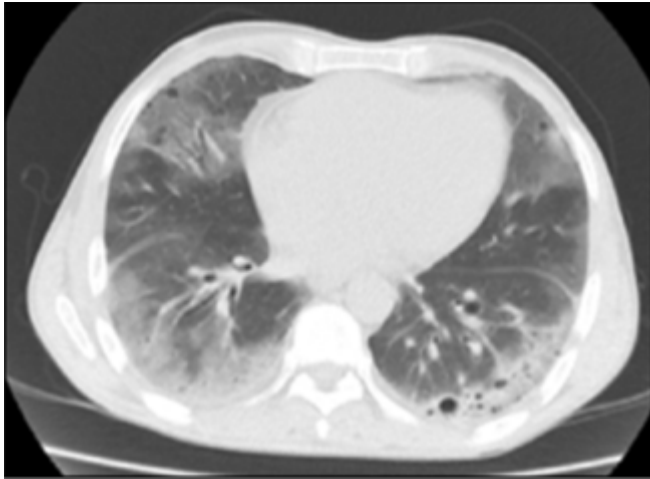


Figura 7: NIL: paciente femenino de 52 años de edad con síndrome de Sjögren consulta por tos y disnea progresiva. TC: áreas de patrón en vidrio esmerilado con predominio bibasal asociado a aislados quistes aéreos de pequeño tamaño.

PROTEINOSIS ALVEOLAR PULMONAR

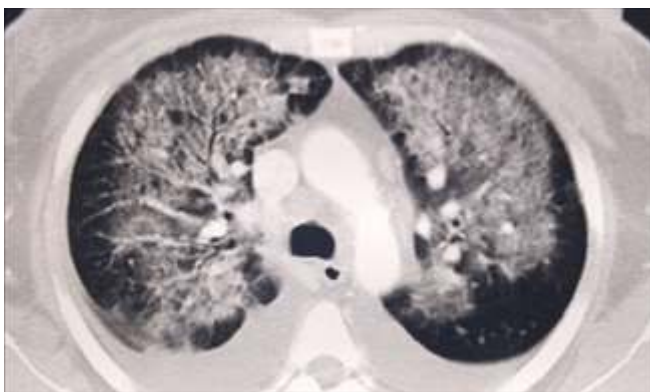


Figura 8: Proteinosis alveolar: mujer de 70 años que consulta por tos seca y disnea progresiva. TC: Extensas áreas de patrón en vidrio esmerilado y engrosamiento del intersticio interlobulillar con predominio central y bilateral, mas derrame pleural leve bilateral.

No todo patrón en vidrio esmerilado es COVID-19.

| Jaspe, Delfina

| Ocampo López, Victoria

| Filippa, Valeria

ADENOCARCINOMA DE PULMON

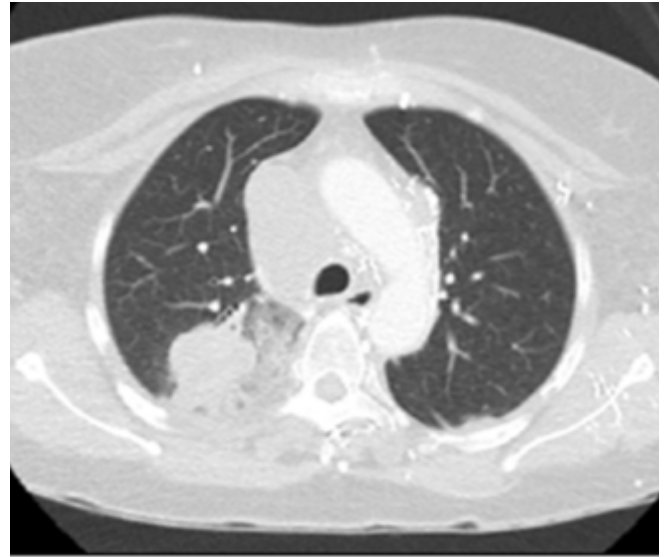
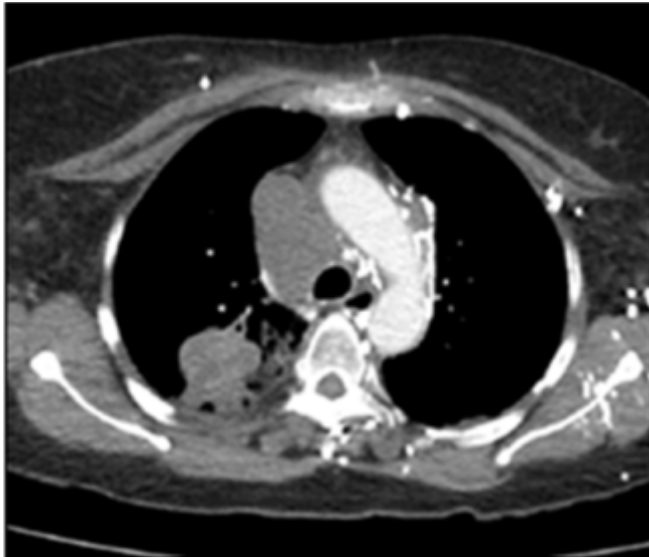


Figura 9: Adenocarcinoma: paciente femenino de 52 años, ex-tabaquista severa, es derivada por presentar tos hemoptoica de un mes de evolución. TC: Masa lobulada, con realce heterogéneo al contraste EV, en segmento apical del lóbulo inferior derecho rodeada de patrón en vidrio esmerilado. A nivel del mediastino se puede visualizar adenomegalia.

DISCUSIÓN

Los patrones radiológicos aislados constituyen signos inespecíficos para arribar a un diagnóstico certero, de hecho en radiología torácica, los patrones de enfermedad pulmonar raramente son patognomónicos^{1,2}. Si bien existen hallazgos típicos en la TC de tórax para neumonía por COVID-19 como son: opacidades periféricas en vidrio deslustrado, patrón alveolar difuso, patrón en empedrado y neumonía organizativa, resulta de vital importancia recordar que su presencia dependerá del transcurso de la enfermedad en el que se realice el estudio, pudiendo ser incluso normal al comienzo de la misma^{1,2}.

Es decir que la sospecha diagnóstica de los hallazgos radiológicos, debe ir acompañada necesariamente del contexto clínico-epidemiológico del paciente haciendo más posible llegar a un diagnóstico acertado^{1,2}.

CONCLUSIÓN

Valernos de la tecnología para afrontar la pandemia fue fundamental, gracias a los métodos por imágenes, y en especial a la tomografía computada de tórax se pudo agilizar la atención de los pacientes con sospecha de infección por SARS COV2, incluso antes de obtener los resultados de la prueba de PCR, contribuyendo así a cortar la cadena epidemiológica de transmisión.

Sin embargo como médicos especialistas en diagnóstico por imágenes nos resulta imprescindible enfatizar en la importancia de obtener una adecuada información clínica a la hora de valorar otras posibles entidades que presenten este patrón, haciendo hincapié en los síntomas, su tiempo de evolución, los antecedentes epidemiológicos, patológicos e inmunológicos del paciente, para esto es imperiosa la comunicación interdisciplinaria con los diferentes especialistas a cargo de los pacientes, a fin de estrechar los diagnósticos diferenciales.

No todo patrón en vidrio esmerilado es COVID-19.

| Jaspe, Delfina

| Ocampo López, Victoria

| Filippa, Valeria

BIBLIOGRAFÍA

1. Parekh M, Donuru A, Balasubramanya R, Kapur S. Review of the Chest CT Differential Diagnosis of Ground-Glass Opacities in the COVID Era. *Radiology* [internet] 2020 [citado 03 Mar 2021];297(3):E289–E302. Disponible en: <https://doi.org/10.1148/radiol.2020202504>
2. Arenas-Jiménez JJ, Plasencia-Martínez JM, García-Garrigós E. Cuando la neumonía no es COVID-19 [When pneumonia is not COVID-19]. *Radiología* [internet] 2021 [citado 03 Mar 2021];63(2):180-192. Spanish. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rx.2020.11.003>
3. Kovács A, Palasti P, Vereb D, Bozsik B, Palko A, Kincses ZT. The sensitivity and specificity of chest CT in the diagnosis of COVID-19. *Eur Radiol* [internet] 2021 [citado 03 Mar 2021];31(5):2819-2824. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00330-020-07347-x>
4. Hansell DM, Bankier AA, MacMahon H, McLoud TC, Müller NL, Remy J. Fleischner Society: Glossary of terms for thoracic imaging. *Radiology* [internet]. 2008 [citado 03 Mar 2021];246(3):697–772. Disponible en: <https://doi.org/10.1148/radiol.2462070712>
5. Muñoz Nuñez C, Martínez C, Fonfría C, Calvillo P, Mancheño N, Trilles L. Correlación TC – Histología del patrón en “vidrio deslustrado” pulmonar. *seram* [Internet]. 22nov.2018 [citado 15mar.2021]. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/2032>
6. Amini B. Ground-glass opacification | Radiology Reference Article | Radiopaedia.org [Internet]. Radiopaedia.org. 2021 [citado 15 mar 2021]. Disponible en: <https://radiopaedia.org/articles/ground-glass-opacification-3>
7. Koo HJ, Lim S, Choe J, Choi SH, Sung H, Do KH. Radiographic and CT Features of Viral Pneumonia. *RadioGraphics* [internet]. 2018 [citado 15 Mar 2021];38(3):719–739. Disponible en: <https://doi.org/10.1148/rg.2018170048>
8. Liu M, Zeng W, Wen Y, Zheng Y, Lv F, Xiao K. COVID-19 pneumonia: CT findings of 122 patients and differentiation from influenza pneumonia. *Eur Radiol* [internet]. 2020 [citado 17 Mar 2021];30(10):5463-5469. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00330-020-06928-0>
9. Weerakkody Y. Hypersensitivity pneumonitis | Radiology Reference Article | Radiopaedia.org [Internet]. Radiopaedia.org. 2021 [citado 17 mar 2021]. Disponible en: [https://radiopaedia.org/articles/hypersensitivity-pneumonitis#:~:text=Hypersensitivity%20pneumonitis%20\(HP\)%2C%20also,can%20lead%20to%20lung%20fibrosis](https://radiopaedia.org/articles/hypersensitivity-pneumonitis#:~:text=Hypersensitivity%20pneumonitis%20(HP)%2C%20also,can%20lead%20to%20lung%20fibrosis)
10. Weerakkody Y. Lymphocytic interstitial pneumonitis | Radiology Reference Article | Radiopaedia.org [Internet]. Radiopaedia.org. 2021 [citado 02 abr 2021]. Disponible en: <https://radiopaedia.org/articles/lymphocytic-interstitial-pneumonitis->
11. Gaillard F. Adenocarcinoma of the lung | Radiology Reference Article | Radiopaedia.org [Internet]. Radiopaedia.org. 2021 [citado 17 marzo 2021]. Disponible en: <https://radiopaedia.org/articles/adenocarcinoma-of-the-lung#:~:text=Adenocarcinoma%20of%20the%20lung%20is,patterns%20and%20degrees%20of%20differentiation>
12. Lung Rads [Internet]. *Acr.org*. 2021 [citado 17 Mar 2021]. Disponible en: <https://www.acr.org/Clinical-Resources/Reporting-and-Data-Systems/Lung-Rads>
13. García De Salazar A, Gallardo Madueño G, Gómez Campos D. Clasificación LU-RADS: . *seram* [Internet]. 22nov.2018 [citado 18mar.2021]. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/2691>

Persistencia de RNA viral de SARS-COV-2 en muestras respiratorias

Gallardo, Paris Carolina	Castro Ocampo, Gerardo	Adarvez, Daniel	Barrera, Gimena
Berenguer, Ofelia	Bonetto, Maria Elisa	Ciallella, Alejandra	Correa, Santiago
Fierro, Leopoldo	Herrera, Lorena	Rodriguez, Jorge	Saavedra, Carlos

Bioquímico. Laboratorio Central. Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.
San Juan, Argentina

Correspondencia: Carolina Gallardo

Email: andreagp86@hotmail.com

RESUMEN

La persistencia de una Reacción en cadena de la polimerasa por real time (RT-PCR) detectable en pacientes infectados por el virus es variable, así es como pacientes dados de alta por COVID 19 pueden continuar siendo detectables aun cuando se encuentran asintomáticos. La misma puede variar por distintos factores incluyendo edad, estado inmune, severidad de la enfermedad, etc. Así es como el objetivo de nuestro estudio fue evaluar el tiempo de persistencia de RNA viral de SARS-CoV-2, según sexo, edad y procedencia de muestras respiratorias analizadas en el Laboratorio Central del Hospital Dr. Guillermo Rawson. Para esto se realizó un estudio observacional, retrospectivo, de los datos provenientes de RT-PCR realizadas en el Laboratorio Central del Hospital Dr. Guillermo Rawson para la detección de ARN del virus SARS-CoV-2 durante un periodo de 396 días. Se obtuvo una mediana de persistencia viral de 15 días con un IC (95%) de 14 a 16 días, sin obtener diferencias significativas cuando se comparó los días de persistencia según sexo, edad y procedencia de la muestra. Observamos, además, en 4 pacientes una fluctuación de los resultados de PCR, luego del diagnóstico se obtuvo una PCR no detectable, seguido nuevamente de un resultado detectable. En base a los resultados obtenidos, nuestro estudio aporta información acerca del comportamiento de la persistencia de ARN viral en muestras respiratorias en relación a los factores demográficos analizados.

Palabras Clave:

COVID-19; ARN viral; Reacción en cadena de la polimerasa por real time (RT-PCR); SARS CoV 2.

INTRODUCCIÓN

En diciembre de 2019, en la ciudad de Wuhan un nuevo coronavirus (CoV) fue aislado de pacientes con neumonía de origen desconocido. Este virus, SARS-CoV-2, fue rápidamente diseminado alrededor del mundo causando la enfermedad conocida como COVID 19.

Luego de que su secuencia genómica fuera conocida, los test más comúnmente utilizados para diagnóstico se basan en la detección por reacción en cadena de la polimerasa por real time (RT-PCR)

La persistencia de una RT – PCR detectable en pacientes infectados por el virus es variable así es como pacientes dados de alta por COVID 19 pueden continuar siendo detectables aun cuando se encuentran asintomáticos. La misma puede variar por distintos factores incluyendo edad, estado inmune, severidad de la enfermedad, etc¹.

El período de transmisibilidad y de eliminación del virus sigue siendo motivo de estudio actualmente ya que una prueba con resultado detectable por RT-PCR no indica necesariamente la presencia de virus replicante y transmisible².

Persistencia de RNA viral de SARS-CoV-2 en muestras respiratorias

Gallardo, Paris Carolina	Castro Ocampo, Gerardo	Adarvez, Daniel	Barrera, Gimena
Berenguer, Ofelia	Bonetto, Maria Elisa	Ciallella, Alejandra	Correa, Santiago
Fierro, Leopoldo	Herrera, Lorena	Rodriguez, Jorge	Saavedra, Carlos

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el tiempo de persistencia de RNA viral de SARS-CoV-2, según sexo, edad y procedencia de muestras respiratorias analizadas en el Laboratorio Central del Hospital Dr. Guillermo Rawson.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, de los datos provenientes de RT-PCR realizadas en el Laboratorio Central del Hospital Dr. Guillermo Rawson para la detección de ARN del virus SARS-CoV-2 durante un periodo de 396 días.

Criterios de inclusión

Se incluyeron en el análisis los datos provenientes de RT-PCR realizadas a pacientes a los cuales se les realizó al menos un test luego del diagnóstico inicial de SARS-CoV-2.

Criterios de exclusión

Se excluyeron del análisis los datos de RT-PCR realizadas a pacientes a los cuales se les realizó un test dentro de los 10 días de la fecha de diagnóstico inicial y aquellos que sólo se les realizó un único test.

De manera de cumplir con los criterios propuestos se analizaron 69855 datos de RT-PCR para SARS-CoV-2 realizadas por el Laboratorio Central del Hospital Dr. Guillermo Rawson de San Juan durante el periodo de marzo de 2020 hasta marzo de 2021. Se encontraron 9608 pacientes a los cuales se les realizó más de un test, totalizando 26892 RT-PCR de las cuales 24313 resultaron no detectables y 2579 fueron detectables para SARS-CoV-2. De las muestras detectables, se encontraron 853 test duplicados detectables provenientes de 398 pacientes. En estos pacien-

tes, se analizó el periodo de tiempo transcurrido entre el primer test de diagnóstico detectable y el último resultado de PCR detectable. En consideración de las recomendaciones de las entidades regulatorias, solo se analizaron los resultados de pacientes que presentaron al menos un segundo test detectable con una diferencia superior a 10 días, resultando un total de 227 pacientes.

Detección de ARN de SARS-CoV-2

Todos los datos analizados en este estudio provinieron como resultado del análisis de muestras de hisopados oro y/o nasofaríngeo y de aspirado nasofaríngeo de pacientes sintomáticos y asintomáticos que fueron testeados para la detección de ARN viral en el marco de la pandemia COVID-19. Los kits diagnósticos, basados en la detección de los genes E y/o N y RdRP como gen confirmatorio, fueron utilizados según las recomendaciones del fabricante. Los resultados obtenidos fueron registrados como “no detectable” cuando no se encontró presencia de ARN viral o como “detectable” cuando se encontró presencia de ARN de SARS-CoV-2 en cualquiera de las muestras analizadas.

Análisis de datos

En análisis estadístico fue realizado de forma anonimizada en los programas estadísticos MedCalc y GraphPad Prism 5. Para evaluar la normalidad de la distribución de los datos se realizó el test D'Agostino-Pearson. Las variables utilizadas no siguieron una distribución normal por lo que fueron comparadas con la prueba Mann-Whitney U.

Los días de persistencia viral fueron calculados como los días transcurridos entre la fecha del primer test RT-PCR detectable hasta la fecha del último test detectable realizado. Se calcularon la mediana de días y el intervalo de confianza

Persistencia de RNA viral de SARS-COV-2 en muestras respiratorias

Gallardo, Paris Carolina	Castro Ocampo, Gerardo	Adarvez, Daniel	Barrera, Gimena
Berenguer, Ofelia	Bonetto, Maria Elisa	Ciallella, Alejandra	Correa, Santiago
Fierro, Leopoldo	Herrera, Lorena	Rodriguez, Jorge	Saavedra, Carlos

para los días transcurridos de total de datos obtenidos y distribuidos según sexo, edad y procedencia de la muestra. Se consideraron diferencias significativas cuando $p < 0,05$.

Aspectos Éticos

Toda la información se procesó de forma retrospectiva y anonimizada en el marco de las solicitudes admisionadas en el laboratorio. No se realizó ningún tipo de intervención sobre los pacientes.

Resultados

De los 227 pacientes analizados para la evaluación del tiempo de persistencia viral, 104 fueron mujeres y 123 hombres, con edades comprendidas entre los 8 y 98 años y en cuanto a la procedencia 179 fueron ambulatorios y 48 Internados.

Se obtuvo una mediana de 15 días con un IC (95%) de 14 a 16 días. En la *figura N°1* se muestra la distribución de días de persistencia según sexo. No se observó diferencias significativas cuando se comparó los días de persistencia en mujeres y hombres. ($p=0.981$).

El análisis de los días de persistencia de ARN viral según rango de edades mostró la siguiente distribución que se muestra en la *figura N°2*. No se observaron diferencias significativas entre los grupos etarios ($p=0.069$).

Además, se analizaron los días de persistencia según la procedencia de la muestra entre ambulatorios e internados. No se observó diferencias significativas ($p=0.089$). Estos datos se muestran en la *figura N°3*.

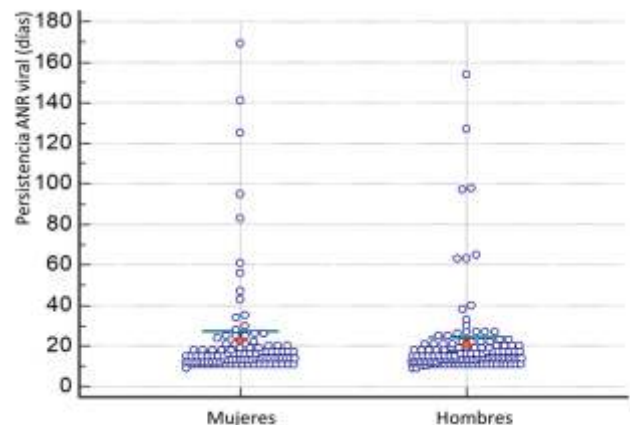


Figura 1: Persistencia de ARN Viral según sexo.

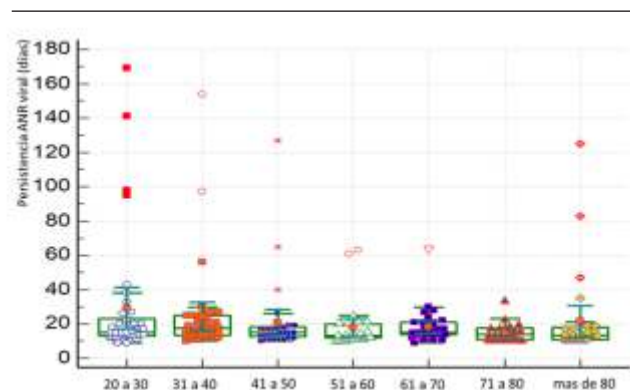


Figura 2: Persistencia de ARN Viral según edades.

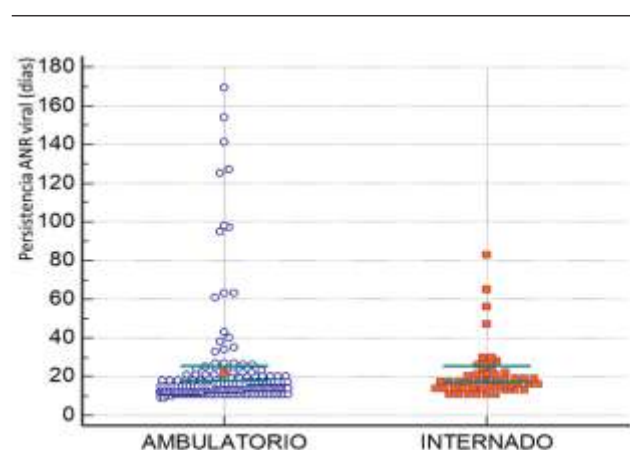


Figura 3: Persistencia de ARN Viral según procedencia de la muestra.

Persistencia de RNA viral de SARS-COV-2 en muestras respiratorias

Gallardo, Paris Carolina	Castro Ocampo, Gerardo	Adarvez, Daniel	Barrera, Gimena
Berenguer, Ofelia	Bonetto, Maria Elisa	Ciallella, Alejandra	Correa, Santiago
Fierro, Leopoldo	Herrera, Lorena	Rodriguez, Jorge	Saavedra, Carlos

DISCUSIÓN

En nuestro estudio encontramos que el tiempo de persistencia del RNA viral en muestras respiratorias analizadas mediante PCR tuvo una mediana de 15 días. En la comparación de los días de persistencia viral con el sexo de los pacientes, masculino o femenino, no se obtuvo diferencia significativa, como así tampoco al comparar la persistencia viral con la edad de los pacientes, ni con la procedencia ambulatorio o internado de los mismos. En otros estudios se han encontrado 21 días de persistencia, en los cuales se han realizado seguimiento a los pacientes hasta la negativización del resultado^{3,4}. En nuestro caso esto fue una limitación ya que no se posee el dato de resultado de PCR no detectable inmediatamente posterior al último resultado detectable. La persistencia viral, detectada mediante RT-PCR, con la que se detecta la presencia RNA viral, no necesariamente está relacionada con la infectividad y transmisibilidad. Hay estudios que demuestran ausencia de crecimiento viral en cultivos celulares por debajo de 10^5 copias de RNA, a pesar de seguir siendo detectable el RNA viral mediante PCR⁵.

Se encontraron 5 casos con detección de ARN viral luego de los 100 días diagnóstico inicial. Diversos autores han publicado hallazgos similares desde el inicio de la pandemia lo que permitió adoptar cambios en las estrategias de alta de los pacientes basándose en la presencia de síntomas en detrimento de estrategias basadas en pruebas de detección de ARN viral^{6,7}. En particular, se han publicado hallazgos en niños con deficiente respuesta humoral en donde la persistencia viral ha alcanzado los 162 días⁸.

Observamos, además, en 4 pacientes una fluctuación de los resultados de PCR, luego del diagnóstico se obtuvo una PCR no detectable, seguido nuevamente de un resultado detectable. Se ha encontrado en otros estudios casos simila-

res, donde estos resultados fluctuantes han sido atribuidos más a falsos negativos que a casos de reinfección. En nuestro caso, debería contarse con mayor información clínica y epidemiológica para evaluar de forma adecuada si se trataron de casos de persistencia viral o reinfecciones⁹⁻¹¹.

En base a los resultados obtenidos, nuestro estudio aporta información acerca del comportamiento de la persistencia de ARN viral en muestras respiratorias en relación a los factores demográficos analizados.

Conflictos de intereses

Los autores manifiestan no poseer ningún conflicto de interés que pudiera influir en el presente trabajo.

Agradecimientos

A la jefatura del Laboratorio por su apoyo y sobre todo al personal técnico del Laboratorio Central, que con su soporte permitieron lograr contener la demanda en los momentos de mayor incertidumbre.

Persistencia de RNA viral de SARS-COV-2 en muestras respiratorias

Gallardo, Paris Carolina	Castro Ocampo, Gerardo	Adarvez, Daniel	Barrera, Gimena
Berenguer, Ofelia	Bonetto, Maria Elisa	Ciallella, Alejandra	Correa, Santiago
Fierro, Leopoldo	Herrera, Lorena	Rodriguez, Jorge	Saavedra, Carlos

BIBLIOGRAFÍA

1. Stehlik P, Alcorn K, Jones A, Schlebusch S, Wattiaux A, Henry DA. Repeat testing for SARS CoV 2: persistence of viral RNA is common, and clearance is slower in older people. The Medical Journal of Australia. 10 de mayo de 2021;214(10):n/a-n/a.
2. Cento V, Colagrossi L, Nava A, Lamberti A, Senatore S, Travi G, et al. Persistent positivity and fluctuations of SARS-CoV-2 RNA in clinically-recovered COVID-19 patients. J Infect. septiembre de 2020;81(3):e90-2.
3. He X, Lau EHY, Wu P, Deng X, Wang J, Hao X, et al. Temporal dynamics in viral shedding and transmissibility of COVID-19. Nature Medicine. mayo de 2020;26(5):672-5.
4. Viral Kinetics and Antibody Responses in Patients with COVID-19 | medRxiv [Internet]. [citado 18 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.24.20042382v1>
5. Test de PCR a SARS-CoV-2 persistentemente positivo. No siempre la detección del virus es COVID-19 | Anales de Pediatría [Internet]. [citado 18 de mayo de 2021]. Disponible en: <https://www.analesdepedia.org/es-test-pcr-sars-cov-2-persistentemente-positivo--articulo-S1695403320302678>
6. Gombar S, Chang M, Hogan CA, Zehnder J, Boyd S, Pinsky BA, et al. Persistent detection of SARS-CoV-2 RNA in patients and healthcare workers with COVID-19. J Clin Virol [Internet]. agosto de 2020 [citado 18 de mayo de 2021];129. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7260561/>
7. Sun J, Xiao J, Sun R, Tang X, Liang C, Lin H, et al. Prolonged Persistence of SARS-CoV-2 RNA in Body Fluids. Emerg Infect Dis. agosto de 2020;26(8):1834-8.
8. Truong TT, Ryutov A, Pandey U, Yee R, Goldberg L, Bhojwani D, et al. Persistent SARS-CoV-2 infection and increasing viral variants in children and young adults with impaired humoral immunity. medRxiv [Internet]. 2 de marzo de 2021 [citado 18 de mayo de 2021]; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7941650/>
9. An J, Liao X, Xiao T, Qian S, Yuan J, Ye H, et al. Clinical characteristics of recovered COVID-19 patients with re-detectable positive RNA test. Ann Transl Med [Internet]. septiembre de 2020 [citado 18 de mayo de 2021];8(17). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7575971/>
10. Xing Y, Mo P, Xiao Y, Zhao O, Zhang Y, Wang F. Post-discharge surveillance and positive virus detection in two medical staff recovered from coronavirus disease 2019 (COVID-19), China, January to February 2020. Euro Surveill [Internet]. 12 de marzo de 2020 [citado 18 de mayo de 2021];25(10). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7078824/>
11. Osman AA, Al Daajani MM, Alsahafi AJ. Re-positive coronavirus disease 2019 PCR test: could it be a reinfection? New Microbes New Infect. septiembre de 2020;37:100748.

Presentación de caso: Uso de colgajos libres en Cirugía reconstructiva, en paciente traumatizado

| Puchetta, Luis | Navarta, Gabriel | Gempel, Juan Pablo | Espinosa, Emanuel

Servicio de Cirugía General, Hospital Dr. Guillermo Rawson. San Juan, Argentina

Correspondencia: Puchetta, Luis

Email: luisdanielpuchetta@gmail.com

RESUMEN

La complejidad y extensión de las lesiones traumáticas del miembro inferior son muy variables, incluyendo dehiscencias de abordajes quirúrgicos en lesiones cerradas, fracturas expuestas, avulsiones y amputaciones. El aporte de la microcirugía en estos pacientes radica especialmente en la reconstrucción mediante la movilización a distancia de tejidos vitales bien irrigados.

La microcirugía es una herramienta fundamental para lograr reconstrucciones complejas con un diseño versátil, así los colgajos libres otorgan coberturas bien vascularizadas y se adaptan a requerimientos tan diversos. El éxito final de una reconstrucción debe ser evaluado en cuanto a la reinserción del paciente a sus actividades de vida diaria y a su calidad de vida. La coordinación y trabajo con los distintos profesionales necesarios en este proceso permite aproximarse a este objetivo¹.

Presentación de caso:

Paciente de 30 años, que ingresa al servicio médico de urgencia, con diagnóstico de politraumatismo por accidente vial. Presenta luego de múltiples intervenciones traumatológicas cirugía reconstructiva de miembro inferior.

Conclusiones:

El colgajo libre radial es una herramienta útil y versátil para la reconstrucción de tejidos blandos en pie.

Palabras claves:

Extremidad inferior, microcirugía, colgajos libres.

INTRODUCCIÓN

La reconstrucción en situaciones de déficit de cobertura cutánea y de partes blandas ha representado un desafío desde los orígenes de la cirugía plástica¹. Según Sir Harold Gillies, uno de los padres de la cirugía plástica moderna, el desafío de la cirugía reconstructiva es la batalla constante entre el aporte de tejidos bien vascularizados, por una parte y la belleza por otra, es decir el aspecto estético tanto de la reconstrucción como de las zonas dadoras. De esta manera uno de sus principios fue reconstruir “like with like”, es decir, aportar tejidos similares a los que se encuentran en un defecto. Las variables que a menudo son consideradas en la toma de decisión frente a un defecto cutáneo son²:

- El tamaño, profundidad y características de la
- Localización
- Las zonas dadoras disponibles y vasos receptores disponibles
- Los recursos técnicos y habilidades adquiridas por el cirujano, recursos materiales
- Su disponibilidad, condición general del paciente y requerimientos específicos según el desempeño proyectado de una determinada reconstrucción.

Las diferentes opciones pueden ser ordenadas de manera lógica mediante el esquema de escalera reconstructiva, donde los diversos métodos son enumerados de menor a mayor complejidad.

Presentación de caso: Uso de colgajos libres en Cirugía reconstructiva, en paciente traumatizado

| Puchetta, Luis | Navarta, Gabriel | Gempel, Juan Pablo | Espinosa, Emanuel

El esquema clásico de escalera reconstructiva incluye:

- > Cierre secundario
- > Cierre primario
- > Injerto
- > Colgajos locales
- > Colgajos regionales
- > Colgajos libres

A esto debemos agregar métodos que se han incorporado a la reconstrucción de forma complementaria y en ocasiones reemplazando a las anteriormente mencionadas, como por ejemplo, expansión cutánea, coberturas transitorias biológicas (ej. heteroinjertos, Ez derm®), coberturas sintéticas (ej. Biobrane®), sustitutos cutáneos y regeneradores dérmicos (ej. Integra®), y sistemas de presión negativas para el tratamiento de heridas (ej. VAC®, Renasys®).

Este modelo escalonado permite tener un ordenamiento lógico de las opciones disponibles, pero no se recomienda como estrategia de reparación secuencial. De esta manera, el paradigma actual es el denominado ascensor reconstructivo, donde debemos considerar y efectuar la mejor opción disponible, directamente y sin pasar necesariamente por opciones más simples que no ofrezcan un óptimo resultado³. Así, en un defecto donde se requiere movilización de tejidos vitales distantes, especialmente si la lesión es extensa, o si no hay buenas opciones regionales, un colgajo libre será la primera opción. Incluso en casos de falla de un colgajo libre, en ocasiones la segunda mejor opción sigue siendo un segundo colgajo libre.

En defectos postraumáticos de extremidades inferiores, la indicación de colgajos libres con técnicas de microcirugía se realiza principalmente en defectos de diversos tamaños en el tercio distal de la pierna, tobillo y pie. Si bien en defectos más proximales existen más opciones, de igual forma se requerirán colgajos libres cuando estos sean extensos, o en casos donde no hay adecuada disponibilidad de tejidos regionales⁴.

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente de 30 años, sin antecedentes patológicos, acude al servicio de urgencias el día 02/08/2020, por presentar accidente vial moto-automóvil, ingresando con diagnóstico de fractura de platillo tibial izquierdo, fractura expuesta de pierna izquierda y fractura expuesta de pie izquierdo⁵.

Se realiza intervención quirúrgica de urgencia para estabilización hemodinámica y de fracturas múltiples.

Luego de la primera intervención es derivada al servicio de traumatología para seguimiento y control. Durante su internación se realizan múltiples toilettes, presentando a consecuencia una solución de continuidad extensa en base de Hallux izquierdo y primer metatarsiano con exposición óseo articular y osteomielitis con posible amputación. (fig. 1, A)

Se realiza interconsulta al servicio de cirugía general, quien evalúa la posibilidad de cirugía reconstructiva para preservación de miembro. Después de 42 días de internación se decide cirugía conjunta con el servicio de traumatología, donde realiza toilette más injerto óseo de cresta ilíaca más colgajo libre radial con micro anastomosis de vasos radiales a tibiales posteriores término lateral para preservar el arco plantar debido a las múltiples heridas profundas que presentaba el pie. (fig. 1, B).

En recuperación post quirúrgica con esquema de antibiótico y reposo. Luego de 13 días de post operada, por presentar buena evolución del colgajo micro quirúrgico y del estado general, la paciente es externada.

Actualmente la paciente deambula, en rehabilitación con kinesiología y en seguimiento por traumatología, con colgajo micro quirúrgico sin complicación con preservación su miembro inferior izquierdo. (fig. 1, C)

Presentación de caso: Uso de colgajos libres en Cirugía reconstructiva, en paciente traumatizado

| Puchetta, Luis | Navarta, Gabriel | Gempel, Juan Pablo | Espinosa, Emanuel



(Figura 1) A. Miembro inferior izquierdo luego de múltiples toilette. **B.** Colgajo micro quirúrgico libre post cirugía. **C.** Estado actual del miembro inferior izquierdo de la paciente.

DISCUSIÓN:

La microcirugía ofrece múltiples opciones de reconstrucción de lesiones traumáticas de extremidades inferiores. El aporte de tejidos bien vascularizados es crucial en la reparación de lesiones extensas en trauma, tanto de partes blandas como a nivel óseo.

Los pacientes deben ser informados oportunamente de los riesgos y beneficios de las estrategias de reconstrucción que se planteen. La versatilidad de la microcirugía, especialmente de los colgajos basados en perforantes, constituyen

una herramienta disponible y segura en la reconstrucción de defectos complejos de las extremidades. En este caso el aporte de un colgajo libre bien vascularizado permitió preservar el miembro afectado.

El rol del cirujano, con experiencia en procedimientos de microcirugía reconstructiva, es fundamental en el tratamiento de estos pacientes, en estrecha coordinación con traumatólogos y apoyados por numerosos profesionales de otras áreas.

BIBLIOGRAFÍA

1. McCarthy J, May J., and Littler J. Introducción to Plastic Surgery. In Plastic Surgery. Philadelphia: Saunders, 1990.
2. Mangelsdorff G. Microcirugía Reconstructiva en Trauma de Extremidades Inferiores. REV. MED. CLIN. CONDES. 2016; 27(1):54-64
3. Gottlieb LJ, Krieger LM. From the reconstructive ladder to the elevator. Plast Reconstr Surg. 1994 Jun;93(7):1503-4.
4. Engel H, Lin CH, Wei FC. Role of microsurgery in lower extremity reconstruction. Plast Reconstr Surg. 2011 Jan;127 Suppl 1:228S-238S.
5. Combalá Aleu A, García R, Segur Vilalta J, Ramón Soler R. Fracturas abiertas (I): evaluación inicial y clasificación. Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Instituto Clínico del Aparato Locomotor. Hospital Clínico Universitario. Barcelona. Febrero 2000; Vol.35.Nº2:43-50.

Reactivación de enfermedad de chagas con compromiso cerebral en un paciente con VIH/SIDA: Reporte de caso.

| Gómez, Pablo

| Palmés, Carlos

| Manzur, Adriana

| Salva, Liliana

Servicio de Infectología Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.
San Juan - Argentina

Servicio Clínica Médica Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.
San Juan - Argentina

Programa Chagas Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan - Argentina

Correspondencia: Gómez Pablo

E-mail: pabloraulgomezespejo@gmail.com

RESUMEN

En pacientes con diagnóstico de infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana y compromiso de la inmunidad celular en Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es frecuente la afectación del sistema nervioso central como complicación de su patología, y se estima que independientemente del estado de enfermedad o fase desarrollarán alguna alteración a este nivel.

Presentamos a un paciente con diagnóstico reciente de lesión ocupante de espacio cerebral de carácter infeccioso, que ingresa al servicio de Clínica Médica por trastornos neurológicos. Por la falta de respuesta al tratamiento se plantean diagnósticos diferenciales en base a estudios por imágenes y una biopsia cerebral, que llevan a solicitar pruebas en busca de reactivación por Enfermedad de Chagas. A pesar de iniciar tratamiento antiparasitario específico, continúa con mala evolución clínica y finalmente fallece.

Siendo el "Chagoma cerebral" la lesión ocupante de espacio más infrecuente, debemos contextualizar con la epidemiología regional con el fin de diagnosticar con mayor rapidez a estos pacientes para mejorar la efectividad del tratamiento antiparasitario.

Palabras claves

Enfermedad de Chagas, Inmunodeficiencia, meningoencefalitis.

INTRODUCCIÓN

En pacientes con diagnóstico de infección por virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y compromiso de la inmunidad celular en síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es frecuente la afectación del sistema nervioso central (SNC) como complicación de su patología, y se estima que independientemente del estado de enfermedad o fase desarrollarán alguna alteración a este nivel.

Las lesiones ocupantes de espacio (LOE) cerebrales aparecen con recuentos de linfocitos T CD4+ inferiores a 100 células/mm³, planteando un desafío para el diagnóstico de la reactivación de la enfermedad de Chagas (ECH) observándose mayoritariamente en pacientes en fase SIDA¹.

En cuanto a las imágenes, dentro de las formas más frecuentes se encuentra la lesión denominada como "Chagoma cerebral" con dificultad para establecer diagnóstico diferencial con Toxoplasmosis Cerebral (TC), Criptococosis y el Linfoma Primario del SNC (LPSNC), ya que son indistinguibles².

También se han reportado con menos frecuencia la aparición de una meningoencefalitis difusa coincidente con la detección en sangre o visualización directa por líquido cefalorraquídeo (LCR) de tripomastigotes^{3,6}.

El tratamiento plantea varias dificultades debido a dos aspectos importantes en cuanto a la eficacia y adherencia. En primer lugar, tener a esta enfermedad en consideración por estar dentro

Reactivación de enfermedad de chagas con compromiso cerebral en un paciente con VIH/SIDA: Reporte de caso.

| Gómez, Pablo

| Palmés, Carlos

| Manzur, Adriana

| Salva, Liliana

de las causas más prevalentes debido a ser una zona endémica en Argentina, podría haber aumentado la eficacia del tratamiento. En segundo lugar, independiente de la toxicidad asociada a los fármacos, presenta baja tasa de respuesta efectiva.

La finalidad de este reporte de caso es remarcar la importancia de sospechar enfermedades endémicas más allá de las recomendaciones por consensos internacionales. Siendo el “Chagoma cerebral” la lesión ocupante de espacio más infrecuente, debemos contextualizar con la epidemiología regional con el fin de diagnosticar con mayor rapidez a estos pacientes para mejorar la efectividad del tratamiento antiparasitario.

CASO CLÍNICO

Paciente de 56 años con antecedentes patológicos de infección por HIV desde 2017 sin tratamiento (Linfocitos T CD4+49/mm³), con diagnóstico reciente de LOE cerebral (frontal izquierda) de probable etiología infecciosa, interpretada como toxoplasmosis cerebral, en tratamiento con Pirimetamina y Sulfadiazina durante un mes sin respuesta terapéutica clínica ni imagenológica consulta a servicio de infectología por presentar vómitos y cefaleas de 72hs de evolución a las que se agrega unas horas previas hemiparesia derecha y afasia, decidiéndose su internación para control evolutivo y tratamiento.

Se realiza resonancia magnética nuclear (RMN) de cerebro de urgencia donde se informa “Lesión focal de 3cm en hemisferio frontal izquierdo con marcado edema vasogénico adyacente, con poca claridad de realce de la misma, difusión negativa, que probablemente corresponde una lesión por secundarismo. No se puede descartar proceso infeccioso como Toxoplasmosis cerebral.” (Figura 1) por lo que inicia tratamiento intravenoso con Trimetoprima + Sulfametoxazol y glucocorticoides.

El resultado de la biopsia cerebral de internación previa informaba “Los cortes seriados muestran

tejido cerebral con extensa necrosis. Se reconoce tejido viable con gliosis e inflamación aguda. Con tinción de PAS y Giemza no se reconocen elementos compatibles con *Toxoplasma sp* ni otros microorganismos.” por lo que en búsqueda de diagnósticos alternativos se solicita Prueba de Microstrout siendo positiva para parasitemia por *Trypanosoma cruzi*. Además, se recibe resultado positivo de Elisa de 4° generación y Hemaglutinación Indirecta para Chagas.

Al asumirse como “reactivación de ECh con compromiso en SNC” inicia tratamiento con Benznidazol. Presenta tórpida evolución, intercurriendo con status convulsivo y bronconeumonía aspirativa con insuficiencia respiratoria y finalmente fallece.

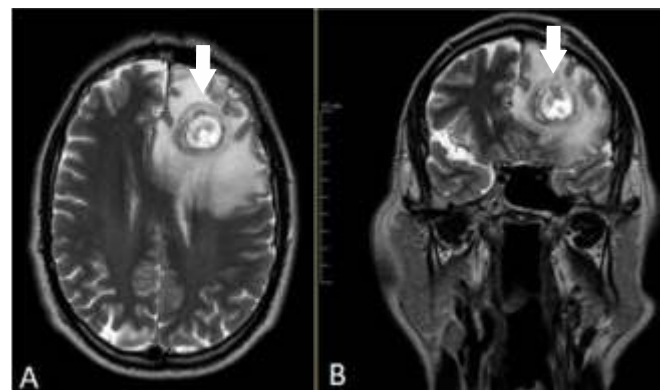


Figura 1: Imágenes de Resonancia Magnética Nuclear en corte axial (A) y coronal (B) donde lesión ocupante de espacio (flecha blanca) a nivel frontal izquierda (Chagoma) con extenso edema vasogénico perilesional.

Reactivación de enfermedad de chagas con compromiso cerebral en un paciente con VIH/SIDA: Reporte de caso.

| Gómez, Pablo

| Palmés, Carlos

| Manzur, Adriana

| Salva, Liliana

DISCUSIÓN

La reactivación de la enfermedad de Chagas crónica es infrecuente. Sin embargo, las exacerbaciones agudas de la infección crónica pueden ocurrir en pacientes inmunosuprimidos, especialmente en aquellos con compromiso de la inmunidad celular como ocurre en el SIDA, con recuentos de linfocitos T CD4+ inferiores a 100 células/mm³. Estas reactivaciones suelen acompañarse de elevadas parasitemias y se caracterizan por el compromiso del sistema nervioso central (SNC) y el miocardio⁴.

Se define como reactivación de ECh en SNC a uno o más de los siguientes tres criterios mayores: 1) presencia de tripomastigotes al examen directo del LCR; 2) observación de amastigotes en el examen histopatológico de tejido cerebral por biopsia o necropsia; y 3) presencia de tripomastigotes en sangre por observación directa al microscopio óptico, en paciente con signo-sintomatología neurológica compatible (masa ocupante o síndrome meníngeo) y descartada otra enfermedad neurológica concomitante, o con falta de respuesta al tratamiento empírico antitoxoplásmico a los 14-21 días de iniciado⁵. Nuestro paciente presentaba un criterio mayor de reactivación de ECh, criterios clínicos de enfermedad neurológica compatibles y falta de respuesta a tratamiento para toxoplasmosis, como diagnóstico alternativo.

Puntualmente la reactivación crónica a nivel cerebral de la ECh se ha demostrado en pacientes en estadio de SIDA comportándose clínicamente con sintomatología que en orden de frecuencia presenta déficit focal (75%), cefalea (50%), deterioro cognitivo (31%)⁵, los mismos fueron presentados por nuestro paciente un mes antes como motivo de consulta.

En cuanto al diagnóstico por RMN las lesiones son de dificultad para la diferenciación con otras afecciones como la TC, Criptococosis y el LPSNC, diagnósticos alternativos de mayor frecuencia y presentación en pacientes en estadios avanzados de la enfermedad y que son indistinguibles radiológicamente de las lesiones por *T. cruzi*⁷.

En pacientes con HIV que habiten zonas endémicas con alta transmisión vectorial de *T. cruzi* es fundamental solicitar serologías en busca de dicho diagnóstico⁸⁻¹⁰. Es importante reportar este hecho debido a que las dificultades tanto diagnósticas como terapéuticas que conllevan a la alta tasa de mortalidad, son ocasionadas por no considerar en zonas endémicas la prevalencia de Chagas. Cabe destacar el papel del Programa Provincial Chagas (Dependencia del Ministerio de la Salud de la Nación), y de su grupo de trabajo "Información, Educación y comunicación" (IEC) cuyo propósito es garantizar conocimientos en las personas y comunidades vulnerables a la ECh, que fortalezcan sus capacidades de prevención y cuidado frente a esta problemática. También es un espacio donde se comparten información y se realizan convocatorias a instituciones interesadas en el tema.

Reactivación de enfermedad de chagas con compromiso cerebral en un paciente con VIH/SIDA: Reporte de caso.

| Gómez, Pablo

| Palmés, Carlos

| Manzur, Adriana

| Salva, Liliana

BIBLIOGRAFÍA

1. Nardin M, Gimenez F, Mollerach A, et al. "Chagoma como lesión ocupante de espacio" (internet). Rev Arg Parasitol Vol. 5 - Octubre 2016 (citado 1 may 2021) p: 28-25. Disponible en: revargparasitologia.com.ar
2. Cecchini DM "Reactivación de la enfermedad de Chagas en el sistema nervioso central de pacientes infectados por virus de la inmunodeficiencia humana". (internet) 2009 (citado 24 abr 2021) volumen 17 . número 64: 52-59. Disponible en: huésped.org.ar
3. Corti M: "Enfermedad de chagas y síndrome de inmunodeficiencia adquirida" (internet) 2003 (citado en 28 de abr 2021) 5 (1): 13-19 Disponible en: biblioguia.uma.es
4. Sztokhamter D "Reactivación de enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis americana) con compromiso cerebral, en pacientes VIH/sida en Argentina" (internet) 2010 (citado 1 de mayo 2021) número 68:49-54. Disponible en: huésped.com.ar
5. Miranda G. "Enfrentamiento imagenológico de las lesiones cerebrales en pacientes VIH". Revista Chilena de Radiología. Vol. 14 N° 4, 2008; 200-207.
6. Del Castillo M "SIDA y enfermedad de Chagas con lesion tumoral del Sistema nervioso central, 1990 volumen 88, numero 6 P693-394
7. Simioli F, Sanchez-Cunto M, Velazquez E: "Enfermedad de Chagas en el sistema nervioso central en paciente con infección por VIH: dificultades diagnósticas y terapéuticas" Rev chilena Infectol 2017; 34 (1): 62-66.
8. Corti M et al. "La biopsia estereotáctica en el diagnóstico de las lesiones cerebrales focales en SIDA". 2008, vol.68, n.4, pp. 285- 290.
9. Sztokhamer D, Arias L, Dinerstein E, Gustincic M, Gárgano S. "Reactivación de la enfermedad de Chagas (Tripanosomiasis americana) con compromiso cerebral en pacientes VIH/SIDA en Argentina" 2010 Actualizaciones en SIDA (Buenos Aires) 18: 49-54.
10. Cardozo A, Mansilla M, Purstcher H "Meningoencefalitis chagastica en el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)" Rev Med Uruguay 1992; 8: 214-217.

“Sífilis: Un problema vigente en pediatría”

| Bertoni, Liliana | Galdeano, Emilio | Mengual, Marcela | Daniel, Mariana | De los Ríos, Noelia

Sección Infectología Pediátrica, Servicio de Infectología Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan. Argentina

Servicio de Pediatría Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson. San Juan. Argentina

Correspondencia: Bertoni, Liliana

Email: lilibertoni@yahoo.com.ar

RESUMEN

Introducción:

La Sífilis continúa siendo un desafío de salud en nuestro medio. El presente trabajo se realizó con el objetivo de determinar la epidemiología de pacientes (p) pediátricos que presentaron Sífilis congénita o adquirida asistidos en el consultorio de Infectología pediátrica entre 2016 y 2018.

Material y Métodos:

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes pediátricos expuestos y/o infectados por Sífilis. Los datos fueron obtenidos de historias clínicas digitalizadas y se analizaron con medidas de tendencia central.

Resultados:

Se estudiaron 136 pacientes expuestos a Sífilis congénita (114) con Sífilis adquirida (22). Los porcentajes más altos según procedencia correspondieron a Rawson, Pocito y Chimbas. La tasa de incidencia anual de los pacientes categorizados como expuestos a Sífilis congénita durante el período de estudio fue de 4,5 x 1000 Recién Nacidos Vivos. Entre los pacientes con Sífilis adquirida se observó. Sexo: Femenino (77,22%), Masculino (22,72%). Edad (media) 16 años (rango 13-17 años). Motivo consulta: control serológico de embarazo 3 p. (pacientes), abuso sexual 4p., síntomas clínicos 12 p., cartilla sanitaria 3 p. Otras enfermedades de transmisión sexual (ETS): 7 p. Completaron el seguimiento 2 p.

Conclusiones:

En nuestra provincia la prevalencia de Sífilis es mayor en los departamentos densamente poblados. La incidencia anual de los pacientes con diagnóstico de expuestos a Sífilis congénita durante el periodo de estudio fue mayor a la publicada en igual período por el Ministerio de Salud de Nación. Optimizar las redes de vigilancia de ETS en la provincia, descentralizar la atención y establecer estrategias de prevención deberían ser las metas a lograr.

Palabras clave:

Sífilis. Pediatría. Epidemiología.

INTRODUCCIÓN

Las ETS son una de las causas principales de morbilidad en las personas sexualmente activas. Estas pueden desarrollar enfermedades leves o de larga duración que impactan de manera directa en la calidad de vida y la salud sexual y reproductiva de las personas. En este sentido, la Sífilis permanece como un problema significativo para la salud pública a nivel mundial, como una infección ampliamente diseminada que afecta a más de 300.000 embarazadas en América Latina y el Caribe. Se estima que sin tratamiento, una terce-

ra parte de sus hijos nacerán con Sífilis congénita y otro tercio morirá intraútero. Teniendo en cuenta los informes de la OPS, los casos de Sífilis congénita aumentaron en los últimos años, alcanzando tasas de 2,1 casos por 1000 nacidos vivos desde el año 2017, incluidos los mortinatos^{1,2}.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, retrospec-

“Sífilis: Un problema vigente en pediatría”

| Bertoni, Liliana | Galdeano, Emilio | Mengual, Marcela | Daniel, Mariana | De los Ríos, Noelia

tivo en el Hospital Dr. Guillermo Rawson de la provincia de San Juan. Para ello, se analizaron las historias clínicas digitalizadas de los pacientes pediátricos expuestos y/o infectados por Sífilis asistidos en la Sección de Infectología Pediátrica del Hospital Dr. Guillermo Rawson entre los años 2016 y 2018, siendo el tipo de muestreo, intencional.

Las variables de estudio en los casos de Sífilis congénita seleccionados fueron: síntomas, diagnóstico y tratamiento materno, seguimiento del paciente. En los pacientes con Sífilis adquirida se estudiaron las variables edad, sexo, síntomas, otras ETS, procedencia. Los datos se registraron en una tabla matriz de autoría propia. Se aplicaron para el análisis estadístico de los datos, tasas y medidas de tendencia central a través de Excel 2016.

Dado que la muestra fue de carácter anónimo y el registro de datos fue no vinculable se consideró suficiente el consentimiento informado para uso de datos personales que el Hospital Dr. Guillermo Rawson prevé en caso de investigaciones descriptivas. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Docencia e Investigación de dicha institución.

Conflictos de interés: Ninguno

RESULTADOS

Se obtuvieron datos de 136 p. que fueron clasificados en dos categorías:

Expuestos a Sífilis congénita: 114 p.

Pacientes con Sífilis adquirida: 22 p.

En relación a la procedencia de los pacientes consultantes se obtuvieron los siguientes datos:

25 de mayo: 9 p. (6,61%); 9 de Julio: 3 p. (2,20%); Angaco: 3 p. (2,20%); Capital: 7p. (5,14%); Caucete: 13 p. (9,55%); Chepes 1 p. (0,73%); Chimbab: 16 p. (11,76%); Iglesia :2 p. (1,47%); Pocito 24 p. (17,64%); Rawson: 25 p. (18,38%); Rivadavia 8 p. (5,88%); San Martin 2 p. (1,47%); Santa Lucía 8 p. (5,88%); Sarmiento 10 p. (7,35%); Valle Fértil 1 p. (0,73%). (Gráfico 1)



Gráfico N°1: Distribución de pacientes expuestos y/o infectados por Sífilis asistidos en la Sección de Infectología Pediátrica del Hospital Dr. Guillermo Rawson entre los años 2016 y 2018, según departamento de procedencia.

Dentro del primer grupo de estudio, la tasa de incidencia anual de los pacientes categorizados como expuestos a Sífilis congénita durante el período de estudio fue de 4,5 x 1000 Recién Nacidos Vivos y se distribuyeron en las categorías expuestas en la tabla 1 (tabla 1).

Tabla 1: Categorización de pacientes expuestos a Sífilis congénita según su abordaje neonatal

Pacientes infectados	10 (8,77%).
Pacientes expuestos asintomáticos tratados en etapa neonatal (por tratamiento incompleto materno durante el embarazo)	59 (51,75 %)
Pacientes expuestos asintomáticos no tratados en etapa neonatal (por tratamiento completo materno durante el embarazo)	42 (36,84%)
Sin registro de datos	17 (14,1%)

Entre los pacientes categorizados como expuestos a Sífilis congénita se registraron según su seguimiento infectológico postneonatal: asistencia a sólo un control postneonatal: 86p. (75,4%) y asistencia a 2 o más controles postneonatales: 28 p. (24,56%). Se registró constata-

“Sífilis: Un problema vigente en pediatría”

| Bertoni, Liliana | Galdeano, Emilio | Mengual, Marcela | Daniel, Mariana | De los Ríos, Noelia

ción de negativización de VDRL durante el seguimiento en 28 casos (24,56%)

Entre los pacientes con Sífilis adquirida 17 p. (77,22%) correspondieron al sexo femenino y 5p. (22,72%) al masculino. La edad (media) al momento de la consulta fue de 16 años (rango 13-17 años) y 3 pacientes de 2 años de edad consultaron por Sífilis adquirida por abuso sexual. Entre los motivos de consulta se registraron: control serológico de embazo 3 p., abuso sexual 4p., síntomas clínicos 12 p., controles de cartilla sanitaria 3 p., otras ETS: 7 p. De este grupo de estudio, completaron su seguimiento 2 p. (9%) y consultaron por primer episodio de Sífilis 22p.

DISCUSIÓN

En nuestra provincia la prevalencia de Sífilis es mayor en los departamentos periféricos adyacentes a la Capital y más densamente poblados como son Rawson, Pocito y Chimbab, disminuyendo en los departamentos más alejados de la Capital como son 9 de Julio, Angaco, Iglesia, San Martín y Valle Fértil.

La tasa de incidencia anual de los pacientes con diagnóstico de Sífilis congénita durante el período de estudio fue de 4,5 x 1000 Recién Nacidos Vivos. Al comparar los datos obtenidos con los publicados por el Ministerio de Salud de Nación en los años 2016, 2017 y 2018 observamos un incremento en relación a la tasa publicada en dicho documento (Tabla 2).

Tabla 2: Tasas de incidencia

TASA DE SIFILIS CONGENITA		
	2017 (MSAL)	2016-2018 (HDGR)
San Juan	1,1	4,5
Nación	1,7	
Región de Cuyo	0,5	

Tasas publicadas por el Ministerio de Salud de Nación (MSAL) año 2017 vs tasa según registro de consultas clínicas a la Sección de Infectología Pediátrica del Hospital Dr. Guillermo Rawson (HDGR) en similares períodos.

Los resultados del presente estudio, surgen del registro clínico de los pacientes, por lo que probablemente puedan diferir de los resultados publicados como cifras oficiales, ya sea por subregistro de datos, falta de notificaciones, falta de seguimiento por el servicio de salud o falta de asistencia a los controles por parte de las embarazadas³.

Entre los pacientes expuestos a Sífilis congénita se pudo observar que el 60,32% de los pacientes requirió tratamiento en la etapa neonatal, lo que pudiera explicarse por la falta de diagnóstico temprano de la madre o de tratamiento y/o seguimiento oportuno de la misma, perdiéndose la oportunidad de recibir tratamiento el binomio madre-hijo de una infección curable y prevenible en el recién nacido. Estos datos locales se correlacionan con lo publicado en “Nuevas generaciones sin la infección por el VIH, Sífilis y Hepatitis B en las Américas 2018” a través de la Organización Panamericana de la Salud, la Organización Mundial de la Salud y Unicef, donde se registra que el acceso de las embarazadas a la atención prenatal y del parto es elevado en la Región de las Américas. Según cifras del 2017, 89% de las embarazadas en la Región de las Américas recibió atención prenatal sistemática con cuatro o más consultas y el parto tuvo lugar en un hospital en 95% de los casos. A pesar de ello, el tamizaje de la infección por Sífilis en las embarazadas que acudieron a la atención prenatal disminuyó de 74% en el 2011 a 69% en el 2017¹.

En relación a los pacientes consultantes con diagnóstico de Sífilis adquirida, el motivo que con mayor frecuencia generó la consulta fueron los síntomas clínicos en adolescentes, la sospecha de abuso sexual en pacientes pre púberes, y por último los controles de cartilla sanitaria. Durante la evaluación de los pacientes, se determinó que el 31,82% del total de pacientes registrados con Sífilis adquirida presentaba otras ETS al momento de la consulta. En relación a ello, parece conveniente destacar lo mencionado en la literatura en cuanto a que el inicio de las relaciones sexuales se produce en una etapa temprana de la vida coincidente con el abandono de la escolaridad y la accesibilidad

“Sífilis: Un problema vigente en pediatría”

| Bertoni, Liliana | Galdeano, Emilio | Mengual, Marcela | Daniel, Mariana | De los Ríos, Noelia

coincidente con el abandono de la escolaridad y la accesibilidad facilitada a las redes sociales, hechos que facilitan los encuentros sexuales sin medidas de prevención, y su consecuente repercusión en la salud⁴.

Como conclusión del presente trabajo se destaca el hecho que, pese a las múltiples estrategias internacionales, nacionales y locales, la sífilis continúa siendo un problema de salud pública que afecta la población pediátrica y adolescente. La Sífilis congénita, a diferencia de otras enfermedades infecciosas congénitas es prevenible desde el abordaje de la embarazada. Estos datos hacen necesario acentuar la concientización de la población sobre las enfermedades de transmisión sexuales y del equipo médico sobre el abordaje integral de los pacientes para llevar a cabo un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno y eficaz. Optimizar las redes de vigilancia de ETS en la provincia, descentralizar la atención y establecer estrategias de prevención deberían ser las metas a lograr⁵.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Panamericana de la Salud. Nuevas generaciones sin la infección por el VIH, la sífilis, la hepatitis B y la enfermedad de Chagas en las Américas 2018. ETMI Plus. Washington, D.C.: OPS; 2019.
2. Organización Panamericana de la Salud. Plan de acción para la prevención y control de HIV y enfermedades de transmisión sexual 2016-2021. 68.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL DE LA OMS PARA LAS AMÉRICAS Washington, D.C., EUA, del 26 al 30 de septiembre del 2016. Disponible en <https://www.paho.org/es/documentos/plan-accion-para-prevencion-control-infeccion-por-vih-infecciones-transmision-sexual>
3. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina, Boletín sobre el VIH, Sífilis e ITS en Argentina, Número 35, diciembre 2018, Año XX.
4. Azevedo Dantas Livia, Jerônimo Silvana Helena Neves de Medeiros, Teixeira Gracimary Alves, Lopes Thais Rosental Gabriel, Cassiano Alexandra Nascimento, Carvalho Jovanka Bittencourt Leite de. Perfil epidemiológico de sífilis adquirida diagnosticada y notificada en hospital universitario materno infantil. *Enferm. glob.* [Internet]. 2017 [citado 2021 Mar 14]; 16(46): 217-245.
5. Bolonga, Rosa. Sífilis congénita: todavía con nosotros y en aumento, *Medicina Infantil* Vol. XXIV N° 4 diciembre 2017, pag 361-363

Síndrome de pseudo Meigs en Pediatría

| Martínez Sánchez, Natalia

| Baistrocchi, Valentina

Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Público Descentralizado Dr. Guillermo Rawson.
San Juan. Argentina

Correspondencia: Martínez Sánchez, Natalia

Email: martinez.natalia@live.com.ar

RESUMEN

Introducción:

El Síndrome de Meigs se define por la presencia de ascitis, hidrotórax y tumor benigno sólido de ovario, como el fibroma o tumores simil fibroma, que ante la remoción del tumor cede la clínica. Cuando esta tríada presenta una etiología diferente a las descriptas, se la denomina como Síndrome de pseudo-Meigs.

El objetivo es presentar el caso de una paciente adolescente con Síndrome de pseudo-Meigs, debido a su rara frecuencia en el rango etario pediátrico.

Caso clínico:

Presentamos el caso de una adolescente que consultó por distensión y dolor abdominal. En los estudios por imágenes se evidenció una lesión anexial derecha, ascitis y derrame pleural bilateral. Ingresó a quirófano de urgencia donde se le realizó: ooforectomía, resección tumoral y omentectomía parcial. Presentó una evolución favorable y se constató de forma ambulatoria la resolución espontánea del hidrotórax y ascitis, con un resultado de la biopsia definitiva: tumor del saco vitelino.

Discusión:

El Síndrome de Meigs es una presentación rara dentro de la patología ginecológica de la mujer, que se manifiesta luego de la tercera década de vida. Asimismo, los tumores de ovario en pediatría corresponden al 1-5% de los tumores sólidos, siendo en su mayoría benignos. Sin embargo, es esencial descartar malignidad ante tumor asociado a hidrotórax y ascitis.

Como conclusión, este caso cumple con la definición de Síndrome de pseudo-Meigs, debido a la desaparición de la clínica luego de la exéresis de la lesión y la biopsia negativa para fibroma.

Palabras claves:

Síndrome de Meigs, tumor del seno endodérmico, neoplasias abdominales, ascitis, derrame pleural.

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Meigs es un cuadro clínico caracterizado por: ascitis, hidrotórax y tumor benigno sólido de ovario, como el fibroma o tumores simil fibroma¹, cuya signosintomatología remite espontáneamente tras la resección de la lesión^{2,3}. Cuando la presentación es la misma, pero su etiología son neoplasias benignas diferentes a las descriptas o malignas, se lo define como Síndrome de pseudo Meigs⁴. Es una condición rara antes de la tercer

década de la vida^{1,5}, pero a tener en cuenta como principal diagnóstico diferencial de cáncer de ovario⁶.

El objetivo es presentar el caso clínico de una paciente adolescente con Síndrome de pseudo Meigs debido a su rara frecuencia antes de la tercera década de la vida⁴.

CASO CLÍNICO

Paciente de 14 años de sexo femenino que consulta en el área de urgencia pediátrica de

Síndrome de pseudo Meigs en Pediatría

| Martínez Sánchez, Natalia

| Baistrocchi, Valentina

nuestro nosocomio por distensión abdominal en hemiabdomen inferior y dolor abdominal generalizado de 72 horas de evolución, asociados a náuseas e hiporexia. No presentaba antecedentes patológicos de relevancia.

En la exploración física se encontraba en buen estado general, con signos vitales conservados. Se apreciaba un abdomen globuloso, distendido a predominio de hemiabdomen inferior, blando, depresible, doloroso a la palpación profunda generalizada, sin defensa ni reacción peritoneal a la descompresión. A la percusión, se valoraba matidez en hemiabdomen inferior y onda ascítica positiva. Los ruidos hidroaéreos se encontraban positivos a la auscultación.

Los resultados del hemograma, coagulograma, función renal, albúmina, proteínas totales y orina completa fueron normales. Los reactantes de fase aguda se encontraban aumentados, eritrosedimentación (VSG) 48 mm/hora y reacción en cadena de la polimerasa reacción en cadena de la polimerasa por proteína C reactiva (PCR) 17,09 mg/l. En la radiografía de abdomen de pie se observaba borramiento de los márgenes del hígado (signo del abdomen en vidrio esmerilado) y del músculo psoas compatible con ascitis.

Fue ingresada al Servicio de Cirugía Pediátrica donde se solicitó inicialmente una ecografía abdominal que informó ascitis moderada y masa voluminosa heterogénea en hipogastrio y fosa ilíaca derecha, de características sólido quística con vascularización central al Doppler color, con márgenes poco definidos, de 13,8 x 11,1 x 9,4 cm aproximadamente. Se complementó el estudio con un escaneo tomográfico con contraste endovenoso de tórax, abdomen y pelvis, donde se visualizó una mejor definición de la anatomía de la tumoración. Se evidenció a nivel torácico derrame pleural bilateral a predominio izquierdo, sin metástasis. En el corte de abdomen y pelvis impresionaba una gran lesión que se extendía desde el anexo derecho, mixta, heterodensa, mal definida, que comprometía flanco derecho-hipogastrio y realizaba luego del contraste en sectores sólidos, sin compromiso de ganglios retroperitoneales (Fig 1, A y B). Se concluyó en conjunto con los servicios de

oncohematología y ginecología infantojuvenil, que la neoplasia era una lesión localizada, de probable origen germinal.

Luego de 24 horas de internación, la paciente presentó desmejoría clínica, se constataron 3 registros febriles y taquicardia, asociado a normotensión. En su examen físico se acentuó la distensión, su abdomen se tornó tenso, doloroso a la palpación profunda generalizada con reacción peritoneal a la descompresión y matidez a la percusión generalizada.

Se decidió conducta quirúrgica de urgencia, por lo que se extrajo una muestra sanguínea para la detección de marcadores tumorales previo a la inducción anestésica. En la laparotomía exploradora se evidenció una tumoración limitada al anexo derecho, de 14 cm de diámetro aproximadamente, con componente hemorrágico en su interior. La cápsula presentaba dos soluciones de continuidad por donde debitaba contenido hemático escaso continuo. En la semiología intraoperatoria de la cavidad abdominal impresionaba ausencia de implantaciones peritoneales y los órganos restantes (anexo izquierdo, útero, intestino delgado y grueso) eran normales. Se aspiraron 3900 ml de líquido ascítico serohemático. Se realizó ooforectomía derecha con resección de la tumoración anexial ipsilateral y omentectomía parcial para estadificación. La biopsia por congelación informó elementos glandulares y elementos epiteliales atípicos compatibles con tumor germinal mixto. Al finalizar la cirugía, se obtuvieron los resultados de los marcadores serológicos tumorales. Los valores alterados fueron: Ca 125: 435 U/ml, lactato deshidrogenasa (LDH): 663 U/l y Alfa fetoproteína (AFP): 17.363 ng/ml.

Durante su internación, se completó su estadificación tomográfica donde no se apreciaron metástasis. Además, se realizaron extracciones sanguíneas seriadas para dosaje de marcadores tumorales, cuyas curvas fueron en descenso. En el postoperatorio evolucionó favorablemente y al cuarto día de la cirugía se

Síndrome de pseudo Meigs en Pediatría

| Martínez Sánchez, Natalia

| Baistrocchi, Valentina

procedió al egreso hospitalario. A los 15 días de la resección del tumor anexial, se citó a la paciente para control radiológico de su derrame pleural el cual había resuelto espontáneamente.

La anatomía patológica definitiva describió una

masa de 15 x 10 x 6 cm de diámetro (Fig. 2, A y B) compatible con tumor del saco vitelino, cuyos márgenes se encontraban libres. El epiplón no presentó células atípicas. Con el resultado de la biopsia por diferido se inició el protocolo de quimioterapia de tumor germinal de alto riesgo.



Figura 1 Tomografía computada del tumor anexial derecho. (A) Corte coronal. (B) Corte sagital. En ambas imágenes se señala una gran tumoración heterodensa que se extiende desde el anexo derecho.

Síndrome de pseudo Meigs en Pediatría

| Martínez Sánchez, Natalia

| Baistrocchi, Valentina

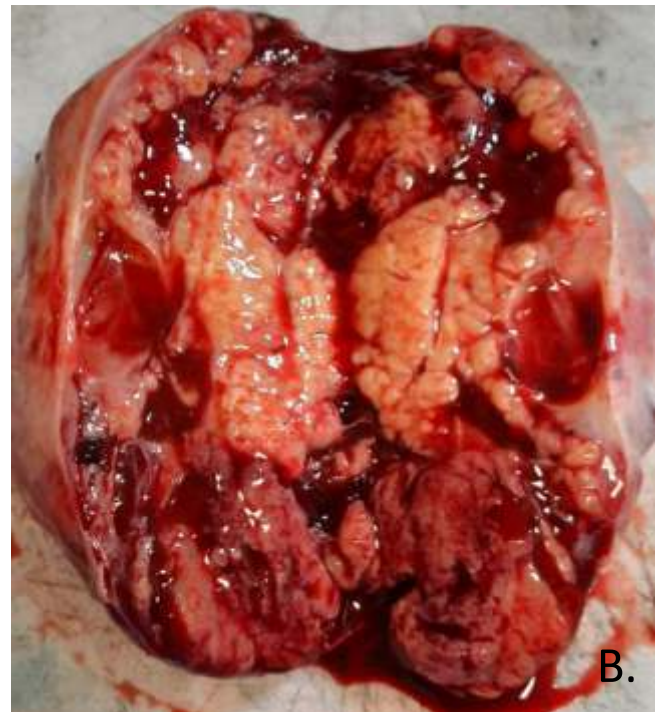


Figura 2. Pieza quirúrgica (A) Superficie externa lisa y congestiva con área de efracción capsular de 2x1 cm (B) Corte macroscópico: lesión sólida, friable, con áreas quísticas, de necrosis y hemorragia.

CONCLUSIÓN Y DISCUSIÓN

Las neoplasias ováricas son poco frecuentes y ocurren en 2,6 / 100 000 niñas por año; las neoplasias malignas representan alrededor del 1% de todos los casos de cáncer infantil⁷.

El Síndrome de Meigs es una entidad poco frecuente que representa el 1% de los tumores de ovario⁸. No es habitual su aparición antes de la tercera década de la vida. En mujeres peri o postmenopáusicas la presencia de tumor de anexial asociado a derrame pleural y ascitis es sugestivo de malignidad^{4,8}.

La presunción diagnóstica del Síndrome pseudo Meigs es la tríada de masa pélvica, ascitis y derrame pleural, asociada a tumores que no sean el fibroma o simil fibroma. En nuestro reporte, la paciente presentó la mayor parte de la signo-sintomatología descrita en la bibliografía. Fue intervenida inicialmente con sospecha de tumor germinal benigno por visualizarse en la tomografía lesión localizada

sin metástasis, sumado a la edad de presentación del cuadro. Sin embargo, ante las características macroscópicas de la pieza quirúrgica durante la cirugía, se sospechó malignidad llevándose a cabo la ooforectomía derecha con resección del tumor. El objetivo quirúrgico en el paciente pediátrico consiste en la resección de la lesión, preservando la mayor proporción de tejido sano y así, la fertilidad futura⁷. Por esta razón, no se realizó una cirugía más radical como en el caso de las mujeres perimenopáusicas donde la indicación quirúrgica es la salpingooforectomía bilateral con histerectomía.

La obtención del marcador tumoral alfa fetoproteína elevado inmediatamente luego del procedimiento quirúrgico, aportó sustento a la sospecha de malignidad. Según los artículos consultados, la confirmación de este síndrome está dada por el resultado final del estudio de la biopsia por diferido⁹ sumado a que la clínica y marcadores resuelven tras extirpar el

Síndrome de pseudo Meigs en Pediatría

| Martínez Sánchez, Natalia

| Baistrocchi, Valentina

tumor^{10,11}. Por esta razón, al obtener el diagnóstico de tumor de ovario del seno endodérmico se inició con esquema de quimioterapia para tumor germinal de alto riesgo y se controló la reabsorción de su derrame pleural.

El derrame pleural derecho es el más frecuente (70%), siendo el izquierdo y bilateral un 15%⁴. En nuestro caso la paciente presentó derrame pleural bilateral a predominio izquierdo, sin requerimiento de realizar toracocentesis por no presentar sintomatología respiratoria. A los 14 días de su laparotomía, se valoró la desaparición del hidrotórax radiográficamente concordando con el tiempo estimado según revisiones, que data entre el 3° y 14° día tras la resección del tumor, aunque puede demorar hasta 6 meses en resolverse espontáneamente⁴.

Creemos importante exponer este caso ya que la bibliografía es escasa respecto del síndrome descrito, existiendo limitada información en la presentación en adolescentes. Es un diagnóstico diferencial importante a tener en cuenta dada la malignidad que puede tener el tumor de no ser tratado como tal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Antunes M, Pizzol D, Zambon M, Colangelo AC. Giant ovarian fibroma with associated Meigs syndrome in low resources setting. *J Surg Case Reports*. 2019;2019(4):1–3.
2. López González E, Forero Díaz C, Rodríguez González N, Rojas Luna JA. Case of pseudo-Meigs, guide sign of underlying gynecological condition. *Rev Cuba Obstet y Ginecol*. 2019;45(2):1–13.
3. Gökçe Ş, Kurugöl Z, Orujov E, Serin G. Primary ovarian rhabdomyosarcoma coexisting with pseudo-Meigs' Syndrome in a young patient: A case report and brief literature review. *Türk Pediatr Ars*. 2020;55(2):203–6.
4. Losa EM, Villar M, Pascual A, Gómez T, González De Merlo G. Síndrome de Meigs y pseudo-Meigs. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2006;33(1):25–34.
5. McVorrán S, Song J, Pochineni V, Abrudescu-Opran A. Systemic Lupus Erythematosus Presenting with Massive Ascites: A Case of Pseudo-Pseudo Meigs Syndrome. *Case Rep Rheumatol*. 2016;2016(c):1–5.
6. Choi K, Lee HJ, Pae JC, Oh SJ, Lim SY, Cho EY, et al. Ovarian granulosa cell tumor presenting as Meigs' Syndrome with elevated CA125. *Korean J Intern Med*. 2005;20(1):105–9.
7. Sonmez K, Turkyilmaz Z, Karabulut R, Basaklar C. Tumores ováricos en niñas y adolescentes. *Arch Argent Pediatr*. 2018;116(3):359–64.
8. Ting Y, Yang L, Juan Z, Xing W, Feng YX. Ovarian thecoma with massive pleural effusion in postmenopausal women: A case report. *Mol Clin Oncol*. 2016;4(6):1003–5. 11
9. Sumi S, Meiri R. Meigs' and Pseudo-Meigs' syndrome. *AJUM*. 2012;15(February):29–31.
10. Tajima Y, Kameyama H, Yamada S, Yagi R, Nakano M, Nagahashi M, et al. Long-term survival in pseudo-Meigs' syndrome caused by ovarian metastases from colon cancer. *World J Surg Oncol [Internet]*. 2016;14(1):1–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12957-016-1040-0>
11. Maeda H, Okabayashi T, Hanazaki K, Kobayashi M. Clinical experience of pseudo-Meigs' Syndrome due to colon cancer. *World J Gastroenterol*. 2011;17(27):3263–6.